



HealthChoice  
Illinois

# Manual Para Miembros

**SERVICIOS PARA MIEMBROS: 312-864-8200 /  
855-444-1661 (LLAMADA SIN CARGOS) / 711 (TDD/TTY)**



# Bienvenido a CountyCare

Estamos felices de tenerlo como miembro de CountyCare. Estamos comprometidos con su salud, su bienestar y con darle la atención médica que necesita.

En CountyCare queremos apoyarle para que tenga un estilo de vida saludable y le pedimos que participe activamente en su salud. Su equipo de cuidado médico incluye a su PCP (proveedor de cuidado médico primario, por sus siglas en inglés), proveedores de cuidado especializado, coordinadores de cuidado médico, su farmacéutico y usted.

El personal de CountyCare está disponible en el 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) /

711 (TDD/TTY) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. (hora estándar central) para responder sus preguntas. También puede llamar a nuestra línea telefónica de enfermeros asesores las 24 horas del día todos los días del año, para cualquier duda que tenga sobre su salud. **Cuenta con personal de enfermería que puede ayudarle en cualquier idioma que pueda necesitar.** Nuestra meta principal es asegurarnos de que usted reciba un cuidado médico de alta calidad.

A photograph of a woman with dark hair smiling and holding a young child with curly hair. The child is looking up at her. They are both against a blue background.

Este manual para CountyCare, CountyCare Access (Beneficios Médicos para Personas Mayores Inmigrantes) y miembros potenciales le informa sobre sus beneficios médicos. Queremos que lea todo lo que se incluye en este paquete y que anote cualquier pregunta que tenga. Explica lo siguiente:

- Cómo obtener servicios del cuidado de la salud
- Cuáles son sus beneficios
- Sus derechos y responsabilidades como miembro
- Información de contacto para que pueda saber a dónde llamar.

Su Certificado de Cobertura está disponible en: [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 para solicitar una copia.

**Nos dará mucho gusto poder colaborar con usted para responder a todas sus necesidades de cuidado médico.**

# Números telefónicos e información de contacto importantes

El horario habitual de atención de CountyCare es:  
Lunes a viernes: de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora central)  
Sábados: de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. (hora central)

Emergencia	911
Servicios para Miembros y Proveedores	312-864-8200 855-444-1661 (llamada sin cargos) 711 (TDD/TTY)
Facsímile de Servicios para Miembros	312-548-9940
Facsímile de Servicios para Proveedores	312-548-9940
Línea Telefónica de Enfermeros Asesores las 24 Horas	312-864-8200
Transporte que no es de emergencia	312-864-8200
Beneficios dentales	312-864-8200
Beneficios para la visión	312-864-8200
Beneficios de farmacia	312-864-8200
Sitio web	<a href="http://www.countycare.com">www.countycare.com</a>

Por favor llámenos si necesita ayuda para comprender este manual o si lo necesita en otro idioma o formato, como: en inglés, en polaco, con letra grande, en braille, en cinta de audio o disco compacto (CD).

ATTENTION: If you speak ENGLISH, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TTY/TDD).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TTY).

## Fuera del horario laboral y días festivos

Cuando requiera recomendaciones médicas, primero debe llamar a su proveedor de cuidado médico primario de CountyCare (PCP, por sus siglas en inglés), ya que él o ella tiene acceso a su expediente médico y le puede brindar recomendaciones personalizadas. Si no puede encontrar a su PCP, puede llamar a la línea telefónica de enfermeros asesores de CountyCare. Esta es nuestra línea telefónica de enfermeros de turno, disponibles las 24 horas, en el número 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). El personal de esta línea consiste en enfermeros que pueden asistirle en el idioma que usted necesite.

## Miembros con discapacidades auditivas

Llame a la Línea de Retransmisión de Illinois al 711. Pida al operador que le comuniquen con nosotros al 312-864-8200 o al 855-444-1661 (llamada sin cargos). Informe a su doctor si necesita un intérprete de lenguaje de señas para una consulta médica. Si su doctor no cuenta con uno, llámenos al menos siete días antes de su consulta para que coordinemos que un intérprete esté presente durante su cita.

## Accesibilidad

Si usa una silla de ruedas, un andador ortopédico u otro dispositivo de ayuda, y necesita ayuda para entrar al consultorio de su doctor, llame al consultorio antes de llegar ahí. De esta forma, alguien estará listo para ayudarle cuando llegue.

## Ayuda con otros idiomas

CountyCare brinda ayuda con otros idiomas las 24 horas del día, los siete días de la semana, incluyendo días festivos y fines de semana.

Si su doctor no habla el mismo idioma que usted, o no cuenta con alguien que pueda hablarle de forma que usted entienda, por favor comuníquese con CountyCare para pedir ayuda. Con siete días de anticipación a su cita, podemos coordinar que un intérprete vaya con usted a su siguiente consulta.

Si necesita ayuda para traducir sus beneficios de cobertura de salud y servicios disponibles, o para cualquier duda, por favor llame al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## English

For help with translating your health benefits coverage and available services, or if you have any additional questions, please call 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).

## Otros idiomas

Este manual para miembros también está disponible en inglés y en polaco. Si desea una copia impresa, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## Comunicaciones de CountyCare

Como apreciado miembro de CountyCare, nos comunicaremos con usted de manera periódica. Esto incluirá:

- Una copia de este manual cuando se convierta en miembro de CountyCare.
- Una llamada para llevar a cabo una evaluación de riesgos de salud.
- Un boletín informativo enviado por correo a su domicilio cada cuatro meses.

También podría recibir correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas telefónicas para recordarle si necesita exámenes médicos.

**Nuestro personal siempre se identificará como personal de CountyCare cuando le llamemos o le devolvamos la llamada.**

Es importante mantener actualizados a CountyCare y a su oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) sobre su dirección y número telefónico, para asegurarnos de que reciba la información que necesita.

## Sitio web de CountyCare

El sitio web de CountyCare le ayuda a obtener respuestas. Nuestro sitio web incluye recursos, información y funciones que le facilitan obtener cuidado médico de calidad, como:

- Manual para miembros (prueba de cobertura/ contrato)
- Directorio de proveedores
- Noticias
- Funciones de autoservicio para miembros
- Envío de formularios en línea
- Información de salud
- Información de programas y servicios de CountyCare

La dirección de nuestro sitio web es:  
[www.countycare.com](http://www.countycare.com)

## Portal seguro para miembros de CountyCare

CountyCare cuenta con un portal seguro para miembros donde usted puede:

- Cambiar de PCP (proveedor de cuidado médico primario, por sus siglas en inglés)
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal
- Enviar o recibir mensajes seguros a/de CountyCare a través de nuestro sistema de mensajes seguros
- Obtener información de salud personalizada

Para inscribirse a nuestro portal seguro para miembros, visite [www.countycare.com](http://www.countycare.com). Ahí podrá registrar su cuenta del portal. Lo único que requiere es su número de identificación de miembro, el cual se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de CountyCare.

# Contenido

Servicios Para Miembros De Countycare .....	4
Tarjeta De Identificación De Miembro.....	5
Inscripción Abierta (Open Enrollment) .....	5
Acceso Al Cuidado Médico.....	6
Red De Proveedores.....	7
Proveedor De Cuidado Médico Primario (PCP, Por Sus Siglas En Inglés) .....	7
Proveedor De Atención Médica Para La Mujer (WHCP, Por Sus Siglas En Inglés) .....	7
Cómo Cambiar De PCP .....	8
Continuidad Y Transición Del Cuidado Médico.....	9
Cuidado Especializado .....	9
Si Necesita Atención De Inmediato Qué Hacer Y A Dónde Ir.....	9
Servicios De Emergencia.....	9
Servicios Posteriores A La Estabilización.....	10
Línea Telefónica De Enfermeros Asesores Las 24 Horas.....	10
Cuidado Médico En Otro Estado.....	10
Cuidado Médico Fuera De La Red.....	11
Servicios Preventivos .....	11
Costos Compartidos ("Copagos") .....	13
Servicios Cubiertos Por Countycare.....	14
Servicios Cubiertos Limitados.....	15
Servicios Sin Cobertura .....	15
Beneficios Adicionales Para Miembros De Countycare.....	15
Cobertura De Servicios En El Hogar Y En La Comunidad (HCBS, Por Sus Siglas En Inglés; O "Servicios De Exención") .....	18
Cuidado De Largo Plazo (LTC, Por Sus Siglas En Inglés).....	19
Cobertura De Servicios Y Apoyos Administrados De Largo Plazo (MLTSS) .....	19
Servicios Dentales.....	19
Servicios Para La Visión .....	20
Servicios De La Salud Del Comportamiento Y El Uso De Sustancias .....	20
Servicios De Planificación Familiar.....	21
Servicios De Embarazo Y Maternidad .....	22
Programa Brighter Beginnings .....	22
Servicios De Farmacia .....	23
Servicios De Transporte .....	23
Transporte En Ambulancia.....	23
Coordinación Del Cuidado Médico.....	24
Programas De Salud Administrada Para La Población.....	24
Derechos Y Responsabilidades De Los Miembros De La Atención Médica Administrada.....	25
Programa De Mejora De Calidad .....	26
Programa De Restricción De Recipientes .....	27
Voluntades Anticipadas .....	27
Quejas Y Apelaciones.....	28
Derechos Y Responsabilidades .....	33
Fraude, Desperdicio Y Abuso .....	35
Salud, Seguridad, Bienestar, Reporte Y Seguimiento De Incidentes.....	36
Definiciones .....	37
Cláusulas De Exención De Responsabilidad .....	38
Aviso De Prácticas De Privacidad De Countycare.....	40

# Servicios Para Miembros De CountyCare

## Bienvenido a CountyCare.

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está listo para ayudarle a obtener el máximo beneficio de su plan de seguro médico.

### Número telefónico de Servicios para Miembros:

312-864-8200 /  
855-444-1661 (llamada sin cargos) /  
711 (TDD/TTY)

### Horario laboral:

Lunes a viernes: 8:00 a.m. a 6:00 p.m.  
Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

En CountyCare queremos asegurarnos de que tenga toda la información que necesita sobre su plan de seguro médico. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener la siguiente información:

- Sus beneficios, incluyendo todos los incentivos adicionales para miembros que ofrece CountyCare
- Cómo recibir servicios de salud
- Actualizar sus datos personales
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Cambiar de PCP
- Autorizaciones requeridas para cualquier servicio de salud
- Línea telefónica de enfermeros asesores
- Cómo recibir servicios de emergencia
- Cómo recibir servicios posteriores a la estabilización
- Sus derechos y responsabilidades como miembro de CountyCare
- Cómo presentar una queja y una apelación
- Procedimientos de audiencias imparciales
- La dirección de Internet de CountyCare y la información básica incluida en el sitio en línea
- Nuestro Certificado de Cobertura, el cual explica que estamos contratados por el estado de Illinois
- Nuestros proveedores afiliados
- Preguntar dudas u obtener información

La mayor parte de esta información también está incluida en este manual. Puede encontrar información adicional en el sitio web de CountyCare: [www.countycare.com](http://www.countycare.com). Si en cualquier momento necesita ayuda con esta información, o si quisiera solicitar información adicional, por favor comuníquese con Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). CountyCare le notificará cada año sobre su derecho a recibir esta información básica.

Puede comunicarse con CountyCare las 24 horas del día, los siete días de la semana a través de nuestro número telefónico sin costo: 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Puede verificar su elegibilidad para beneficios y comunicarse con nuestra línea telefónica de enfermeros asesores en cualquier momento, de día o de noche.

## Espere una llamada de bienvenida

Un representante de CountyCare le llamará para darle la bienvenida a CountyCare durante sus primeros 30 días. También responderán sus preguntas y le pedirán que llene una evaluación de riesgos de salud.

## Transición del cuidado médico de los nuevos afiliados

Si usted se acaba de inscribir a CountyCare y está recibiendo tratamiento de un proveedor de cuidado médico que no es proveedor de CountyCare, puede seguir yendo a ese doctor hasta 90 días después de haberse inscrito a nuestro plan. Cubriremos todos los servicios siempre y cuando el doctor esté inscrito como proveedor de Medicaid del estado de Illinois y los servicios sean necesarios por razones médicas. El proveedor también debe estar de acuerdo con recibir nuestro pago.

Por favor infórmenos de cualquier proveedor que no pertenezca a CountyCare que lo atienda. Necesitamos saber para coordinar el pago de sus servicios e intentar tener un contrato con ellos para que usted pueda continuar sus servicios con ellos después de 90 días.



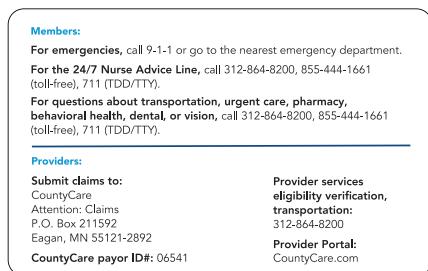
# Tarjeta De Identificación De Miembro

Su tarjeta de identificación de miembro viene incluida en su paquete de bienvenida. Por favor revise su tarjeta de identificación para asegurarse de que contiene la información correcta. Si su tarjeta de identificación de miembro no viene incluida en su paquete de bienvenida, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200, TTY 711.

Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de CountyCare. Muéstrela cada vez que obtenga servicios de cuidado médico. Podría tener problemas para obtener cuidado médico o medicamentos de receta médica si no lleva su tarjeta de identificación. Si tiene otras tarjetas de cobertura de salud, también llévelas consigo.



Frente de la tarjeta



Reverso de la tarjeta

## Actualización de su dirección y número telefónico

Es muy importante informar a CountyCare, a su coordinador de atención y al estado de Illinois si cambia su dirección o número de teléfono. Llame a CountyCare y dénos su información actualizada. Puede comunicarse con nosotros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY). Puede comunicarse con el estado al 1-877-805-5312.

# Inscripción Abierta (Open Enrollment)

Cada año usted puede cambiar de plan de seguro médico durante un período específico llamado "Inscripción Abierta" (Open Enrollment). El departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois (CES, por sus siglas en inglés) le enviará una carta sobre la Inscripción Abierta aproximadamente 60 días antes de su fecha de aniversario. Su fecha de aniversario es un año a partir de la fecha de comienzo de su plan de seguro médico y está incluido en la carta de inscripción abierta. Tendrá hasta la fecha indicada en su carta de inscripción abierta para cambiar de plan de salud. Puedes cambiar de plan, llamando a CES al 877-912-8880 o conectándose en línea <https://enrollhfs.illinois.gov>. **Si no desea cambiar de plan, no tiene que hacer nada y permanecerá en CountyCare.**

**Después del período de 60 días, ya sea que haya cambiado de plan o no, deberá permanecer en su plan por 12 meses.**

Si tiene dudas en cuanto a su inscripción o cancelación de su plan de CountyCare, por favor comuníquese con CES (Servicios de Inscripción de Clientes) al 877-912-8880.

## Redeterminación: para mantener su cobertura de Medicad

La redeterminación es el proceso anual mediante el cual una persona se asegura de que aún es elegible para el programa de Medicaid. Recibirá formularios del estado por correo postal al menos 30 días antes de la fecha de la redeterminación. Algunos miembros no tendrán que responder, ya que Medicaid se les renovará de manera automática. En el formulario que reciban, se leerá: "Aviso de redeterminación de beneficios médicos" y se indicará que su cobertura continuará. Otros miembros deberán responder. En los formularios que deben completarse, se leerá: "Beneficios médicos: Aviso de hora de hacer la renovación". Los miembros que reciben esos formularios deben completarlos antes de la fecha límite que figura en la documentación, de lo contrario, podrían perder su cobertura de CountyCare.

Es importante mantener su dirección actualizada ante el estado de Illinois para asegurarse de recibir la documentación de renovación. Si se muda o tiene una nueva dirección postal, llame al 1-877-805-5312.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con su redeterminación, puede llamar a la línea directa de redeterminación de CountyCare al 1-312-864-REDE (7333).

## ¿Qué pasa si pierdo mi cobertura?

Si no lleva a cabo su redeterminación antes de la fecha límite y pierde su cobertura de Medicaid, tiene hasta 90 días para enviar los formularios. Una vez que el estado haya procesado su redeterminación, si aún es considerado elegible, se restablecerá su cobertura de Medicaid y deberá volver a inscribirse en CountyCare.

## Encuestas de satisfacción de miembros

Es muy importante para nosotros que usted esté satisfecho con CountyCare. Podría recibir una encuesta por correo o por teléfono preguntándole qué tan satisfactorios o insatisfactorios han sido para usted los servicios que está recibiendo. Por favor tómese el tiempo necesario para responder. Su opinión es muy valiosa para nosotros. Le ayudará a CountyCare a mejorar los servicios que proporcionamos.

## Comité Asesor de Afiliados

CountyCare invita a nuestros miembros a reunirse con nosotros para compartir sus opiniones en persona. Durante esta junta, los miembros revisan nuestros materiales y sitio web y nos dicen qué opinan de nuestro programa. CountyCare utiliza esta información para hacer cambios en el programa basándose en las necesidades de los miembros. Si usted desea formar parte de nuestro Comité Asesor de Afiliados, llámenos al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

# Acceso Al Cuidado Médico

En CountyCare trabajamos para proporcionarle acceso a servicios de cuidado médico dentro de un plazo adecuado. Colaboramos con nuestros proveedores para cumplir las normas de calidad establecidas. Estas normas establecen un período de tiempo razonable para que lo vea un proveedor una vez que usted haya hecho una cita.

## Para hacer citas

Es muy importante que usted vaya a las citas que haya hecho, ya sea de visitas al doctor, pruebas de laboratorio o radiografías. Si necesita ayuda para hacer una cita, por favor comuníquese con Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Cuando necesite cuidado médico, llame primero a su PCP, quien le ayudará a coordinar todos sus servicios de salud. Si cree que necesita ver a un especialista o a otro proveedor, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo a decidir si necesita ir con otro proveedor. No necesita ser referido por su PCP para recibir tratamiento de salud mental o uso de sustancias.

Los proveedores afiliados a la red estarán disponibles en un horario razonable. Usted obtendrá una cita de acuerdo a sus necesidades médicas. Deben darle una cita dentro de los plazos a continuación.

**IMPORTANTE:** Si no puede ir a una cita, por favor llame al consultorio del doctor para cancelarla por lo menos con 24 horas de anticipación. Si necesita cambiar una cita, llame al consultorio lo más pronto posible y pueden programarle una nueva cita. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## PCP fuera del horario laboral

Los PCP cuentan con un servicio telefónico automático las 24 horas o un mensaje grabado. La grabación o el servicio telefónico le indicará cómo recibir cuidado médico fuera del horario laboral.

Si tiene una duda o problema médico y no puede encontrar a su PCP durante el horario regular, puede llamar a la Línea Telefónica de Enfermeros Asesores de CountyCare, las 24 horas del día, al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY) para hablar con un enfermero(a). Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya al Departamento de Emergencia más cercano (ED, por sus siglas en inglés).

TIPO DE CITA CON SU PCP	NORMA DE DISPONIBILIDAD
Visita de rutina	Dentro de un plazo de 5 semanas
Visita que no es urgente	Dentro de un plazo de 3 semanas
Visita de cuidado urgente	Dentro de un plazo de 24 horas
Visita de emergencia	Inmediatamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y sin autorización previa.
Visita inicial, mujeres embarazadas	1. <sup>er</sup> trimestre: 2 semanas    2. <sup>o</sup> trimestre: 1 semana    3. <sup>er</sup> trimestre: 3 días
Cobertura fuera del horario laboral	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Tiempo de espera en el consultorio	Máximo una hora después de la hora de la cita programada

## Tiempo/distancia para tener acceso al cuidado médico

Los miembros de CountyCare tienen acceso a cuidado médico primario en un plazo máximo de 30 minutos o a una distancia máxima de 30 millas en zonas urbanas; y 60 minutos o a una distancia máxima de 60 millas en zonas rurales. Los miembros de CountyCare pueden llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY) para obtener ayuda para encontrar un PCP en su zona. Un miembro puede decidir viajar más allá de la distancia estándar al seleccionar un PCP o un proveedor de cuidado especializado.

## Miembros confinados en casa

Si un miembro está confinado en su casa, o tiene limitaciones de movilidad significativas, CountyCare proporcionará acceso al cuidado médico a través de visitas en el hogar, a cargo de un proveedor de cuidado médico con las licencias correspondientes. Comuníquese con CountyCare si requiere este servicio.

## Red De Proveedores

Una red de proveedores es el conjunto de médicos, especialistas, clínicas y hospitales con los que los planes médicos tienen contratos para dar atención médica a los miembros. CountyCare tiene una amplia red de proveedores entre los que puede elegir. Puede ver qué proveedores están en nuestra red visitando [www.countycare.com](http://www.countycare.com) y haciendo clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor). El directorio de proveedores muestra el nombre, la dirección, el número de teléfono, las credenciales profesionales, la especialidad, la educación, el estado de certificación por la junta y los idiomas que habla cada proveedor. Puede llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY) para que le ayuden a encontrar un proveedor o para pedir que le envíen una copia impresa del directorio de proveedores.

## Proveedor De Cuidado Médico Primario (PCP, Por Sus Siglas En Inglés)

Todos los miembros de CountyCare tienen un proveedor de cuidado médico primario (PCP, por sus siglas en

inglés). Debe ir con su PCP para su cuidado médico a pruebas de rutina y exámenes medicos. Le pedimos que cuando esté enfermo, contacte primero a su PCP, a menos que sea una emergencia. Usted será referido al consultorio de su PCP asignado si llama para hacer una cita con alguien que no sea el PCP que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de CountyCare.

Si el PCP de su preferencia no aparece en su tarjeta de identificación, puede cambiarlo en el momento que desee. Si necesita ayuda para encontrar o cambiar su PCP, por favor comuníquese con Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Si es necesario, un especialista también puede ser su PCP, sin embargo, para que un especialista sea su PCP, ellos tiene que estar de acuerdo en brindarle dicho nivel de cuidado médico y CountyCare también debe aprobarlo. Por favor comuníquese con Servicios para Miembros si desea que su especialista sea también su PCP llamando al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Si usted es parte de un grupo indígena norteamericano o indígena de Alaska, tiene derecho a recibir servicios de un proveedor de una Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana dentro o fuera del Estado de Illinois.

## Proveedor De Atención Médica Para La Mujer (WHCP, Por Sus Siglas En Inglés)

Si es mujer con la cobertura de CountyCare, tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica de la mujer (WHCP, por sus siglas en inglés). Un WHCP es un doctor, enfermero de práctica avanzada (APN, por sus siglas en inglés) o asistente del doctor (PA) con licencia y certificado para ejercer la obstetricia (OB), ginecología (GYN) o medicina familiar.

Puede elegir un WHCP como su proveedor principal de atención médica, o puede elegir un WHCP además de su PCP. Puede acudir a cualquier WHCP participante para atención preventiva de rutina en ginecología y obstetricia. No necesita aprobación de CountyCare ni una derivación de su PCP.

# Cómo Cambiar De PCP

El nombre de su PCP está en su tarjeta de identificación de miembro. Si el PCP que aparece en su tarjeta no es el correcto, o si desea cambiar de doctor, puede hacerlo en cualquier momento llamando a Servicios

para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Para cambiar de PCP en línea, también puede ingresar a nuestro Portal Seguro para Miembros de CountyCare o llenar el Formulario de Solicitud Cambio de PCP disponible en nuestro sitio web: [www.countycare.com](http://www.countycare.com), en recursos para miembros.

Un cambio de PCP entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, los cambios solicitados entre el 1.<sup>º</sup> y el 31 de enero entrarán en vigor el 1.<sup>º</sup> de febrero.



## Formulario de Solicitud para Cambiar de PCP

### Datos del Miembro

Primer nombre/Segundo nombre/Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_

N° de identificación de miembro: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Solicitud para Cambiar de PCP

Nombre del PCP solicitado: \_\_\_\_\_

Identificación del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección de consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N° de teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_

Fecha de vigor: \_\_\_\_\_

### Motivo del cambio de PCP actual

- Ya es un paciente del PCP solicitado
- El PCP solicitado ya atiende a un miembro de su familia/Member preference
- Preferencia del miembro
- El miembro se ha mudado
- El horario de consultorio del PCP no coincide con las necesidades del miembro
- Calidad del cuidado médico
- Ubicación del consultorio del proveedor
- Barreras de idioma/comunicación
- Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
- Disponibilidad para hacerse una cita/ acceso al cuidado médico
- Asociación a un hospital o un grupo médico
- Estableció una relación con otro proveedor
- Otro

Firma del Miembro o Representante Autorizado Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso del Representante Autorizado

**Instrucciones:** Por favor envíe los formularios para cambiar datos del miembro por faximile, acompañado de una copia de la tarjeta de identificación del miembro, si está disponible, al departamento de Servicios para Miembros de CountyCare Health Plan al 312-548-9940, o envíelo por correo a: CountyCare Health Plan, P.O. Box 21153 Eagan, MN 55121 o envíe un correo electrónico a CountyCareCustomerService@evolent.com. Si el PCP correcto no está escrito en su tarjeta, o si desea cambiar de doctor, usted también puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Si usted tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de CountyCare Health Plan, el lunes al viernes, desde las 8:00 a.m. hasta las 6:00 p.m., y los sábados desde las 9:00 a.m. hasta las 1:00 p.m. al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

# Continuidad Y Transición Del Cuidado Médico

Si su proveedor se sale de la red de CountyCare mientras usted está recibiendo sus servicios cubiertos, usted podría seguir recibiendo algunos servicios de dicho proveedor. CountyCare colaborará con su proveedor para hacer un plan que cubra las siguientes situaciones:

- **Condiciones agudas.** Servicios cubiertos durante la condición.
- **Condiciones crónicas graves.** Servicios cubiertos durante un período de tiempo igual o menor a 12 meses a partir de la fecha de baja del proveedor.
- **Cuidado durante el embarazo.** Servicios cubiertos durante el embarazo, incluyendo el cuidado inmediato del parto.
- **Enfermedades terminales.** Servicios cubiertos durante la enfermedad.
- **Cirugía u otro procedimiento que forme parte de un tratamiento.** Los servicios cubiertos deben ser recomendados y programados dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha del último día del proveedor como parte de la red.

Si su proveedor no está dispuesto a participar en un plan de tratamiento para este tipo de situaciones, CountyCare le ayudará a transferirse a un nuevo proveedor. Para más información llame al departamento de Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## Cuidado Especializado

Un especialista es un doctor que lo atiende en relación con una condición o problema de salud específico que usted tenga. Algunos ejemplos de una especialidad médica son cardiología (salud del corazón) y ortopedia (huesos y articulaciones). Si su PCP cree que usted necesita a un especialista, él o ella colaborará con usted para elegir un especialista. Su PCP coordinará su cuidado especializado. En algunos casos, el proveedor de cuidado especializado podría ser asignado a su caso como su PCP, debido a una condición crónica que usted tenga. Sin embargo, para que un especialista pueda ser su PCP, ellos deben acordar proporcionarle ese nivel de cuidado médico.

Con CountyCare, usted no necesita ser referido para ir con un especialista, pero es mejor que vaya primero con su PCP, quien puede indicarle si se requiere un especialista, así como recomendarle especialistas de acuerdo a su condición o problema de salud específico. Si necesita servicios de salud mental, no necesita ser referido, siempre y cuando vaya con un proveedor de CountyCare. Si necesita ayuda para hacer una cita, por favor comuníquese con su coordinador de cuidado médico o con Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## Si Necesita Atención De Inmediato Qué Hacer Y A Dónde Ir

CountyCare tiene más de 150 centros de atención urgente/inmediata en la red para nuestros miembros que necesitan atención inmediata. Si necesita atención de inmediato, debe llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) que está en su tarjeta de identificación de miembro. Estos son casos en donde usted necesita atención de inmediato pero no es peligroso para su vida. La atención de inmediata no es lo mismo que el cuidado de emergencia. Su PCP lo atenderá dentro de un día laboral o le dirá a dónde puede ir para recibir cuidado. Algunos ejemplos incluyen:

- Lesiones leves o raspaduras
- Heridas leves
- Fiebre
- Dolor de oídos

Para encontrar el centro de atención de urgencia más cercano a usted, visite [www.countycare.com](http://www.countycare.com) y haga clic en ([Buscar un proveedor](#)). Usted debe ir a la sala de emergencia SOLO si se trata de situaciones en donde su vida está en peligro o cuando su doctor le aconseje que vaya. Llame a su PCP o a nuestra línea de Enfermeros Asesores al 312-864-8200, 711 (TDD/TTY), y ellos le dejarán saber en dónde recibir cuidado. Si necesita ayuda encontrando un PCP o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200, 711 (TDD/TTY).

## Servicios De Emergencia

Una condición médica de emergencia es algo muy grave. Incluso podría poner en riesgo la vida. Usted podría tener dolor severo, lesiones o enfermedades graves. Si tiene una emergencia llame al 9-1-1 inmediatamente.

Algunos ejemplos de emergencias son:

- Ataque al corazón
- Sangrado severo
- Envenenamiento
- Dificultad para respirar
- Huesos rotos

Qué hacer en caso de emergencia:

- Vaya al Departamento de Emergencia más cercano; puede usar cualquier hospital u otra instalación para recibir servicios de emergencia
- Llame al 911
- Si no hay servicio del 911 en el área, llame a una ambulancia
- No requiere ser referido
- No requiere autorización previa, pero tan pronto como su condición sea estable, debe llamar a su PCP para coordinar cuidado médico de seguimiento

## Servicios Posteriores A La Estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización son necesarios después de una condición médica de emergencia. CountyCare cubre estos servicios, mismos que pueden ser provistos en el hospital, en su domicilio o en un consultorio. Si desea una lista de proveedores o instalaciones que brindan estos servicios, puede encontrar proveedores en [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o puede llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Su coordinador de cuidado médico también puede ayudarle a establecer servicios posteriores a la estabilización.

Si usted tiene una condición médica que ocurre con frecuencia, hable con su PCP para elaborar un plan de emergencia. Si tiene que ir a un hospital o proveedor fuera de la red, llame a CountyCare tan pronto como le sea posible e infórmenos qué sucedió. Esto es importante para que podamos brindarle cuidado médico de seguimiento.

## Línea Telefónica De Enfermeros Asesores Las 24 Horas

Todas las personas tienen dudas sobre su salud. La mejor persona para llamar y preguntar sobre estas dudas es su proveedor de CountyCare, ya que tiene acceso a su expediente médico y le puede ofrecer recomendaciones personalizadas. Si no logra comunicarse con su proveedor, por favor llame a nuestra Línea Telefónica de Enfermeros Asesores 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

- Reciba recomendaciones médicas por teléfono de parte de enfermeros registrados
- Abierto las 24 horas del día, todos los días del año
- Obtenga ayuda para decidir a dónde ir para recibir cuidado médico

### Temas de salud de la línea telefónica de enfermeros:

- Recomendaciones para lesiones menores
- Preguntas sobre la glucosa y la insulina
- Qué hacer si tiene una herida
- Cómo manejar el asma
- Cuánta medicina usar/dar
- Qué hacer si tiene un dolor de cabeza
- Preguntas sobre el embarazo y los bebés

## Cuidado Médico En Otro Estado

Si viaja fuera del estado de Illinois y requiere servicios de emergencia, los proveedores del cuidado de la salud lo pueden atender. Ellos nos envían sus solicitudes de indemnización. Usted será responsable por el pago de cualquier servicio que obtenga fuera del estado de Illinois si el proveedor no nos envía solicitudes de indemnización o si no está dispuesto a aceptar nuestro pago. Los servicios de emergencia únicamente están cubiertos si son provistos dentro de Estados Unidos. Los servicios de emergencia provistos fuera de Estados Unidos no están cubiertos.

Ya sea en el caso de cuidado urgente o de rutina, si es en otro estado, debe obtener autorización de CountyCare para ir con un proveedor distinto. Llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY) para obtener esta autorización.

# Cuidado Médico Fuera De La Red

Usted debe recibir su cuidado médico de parte de proveedores y hospitales afiliados a la red. Puede encontrar una lista de proveedores y hospitales afiliados a la red utilizando la herramienta de búsqueda Encuentre un proveedor en [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o puede llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Para ir con proveedores que no forman parte de la red, debe contar con la autorización de CountyCare. Las únicas excepciones son tratamientos de emergencia, servicios de planificación familiar, servicios dentales escolares y hospitales operados por el estado.

## Servicios preventivos

EXAMEN	EDAD	FRECUENCIA
Chequeo médico rutinario	Menor de 1 año	Nacimiento, durante las primeras 2 semanas, al mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses
Chequeo médico rutinario	De 1 a 3 años	12 meses, 15 meses, 18 meses, 24 meses/30 meses
Chequeo médico rutinario	De 3 a 6 años	Cada año
Chequeo médico rutinario	De 6 a 21 años	Mínimo cada año o con mayor frecuencia si es necesario por razones médicas
Chequeo médico rutinario	De 22 a 65 años	Dentro del primer año de afiliación y después cada año cuando sea necesario o cuando lo indiquen las reglas de cuidado clínico
Chequeo médico rutinario	Mayores de 65 años	Cada año
Examen clínico de senos	De 20 a 40 años	Cada 1-3 años
Examen clínico de senos	Mayor de 40 años	Cada año

## Cuidado preventivo para la mujer

EXAMEN	EDAD	FRECUENCIA
Examen pélvico	Menores de 39 años	Cada 3 años
Examen pélvico	40 años o más	Anualmente, o según lo indique su médico
Papanicolaou	21 años o más	Cada 3 años (la frecuencia depende de su factor de riesgo; consulte a su doctor)
Mamografía	De 40 a 49 años	Consulte a su doctor
Mamografía	De 50 a 74 años	Cada año

# Servicios Preventivos

En CountyCare queremos ayudarle a obtener cuidado médico antes de que se enferme. Las gráficas a continuación muestran algunas de las pruebas y exámenes preventivos que deben obtener tanto niños como adultos.

Debe consultar a su doctor para definir cuál prueba es mejor para usted y la edad más adecuada para hacerse ciertas pruebas.

## Cuidado preventivo adicional

MUJERES	EDAD	SERVICIOS PREVENTIVOS RECOMENDADOS
	21-26	Vacuna contra la influenza (cada año) Prueba de detección de cáncer de cuello uterino Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) Pruebas de detección de todas las enfermedades de transmisión sexual Vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (debe ponerse cada 10 años)
	27-49	Vacuna contra la influenza (cada año) Prueba de detección de cáncer de cuello uterino Prueba del colesterol (comenzar a los 35 años de edad y después cada 5 años) Prueba de detección de diabetes tipo 2 (comenzar a los 45 años de edad y después cada 3 años) Vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (debe ponerse cada 10 años)
	50+	Vacuna contra la influenza (cada año) Prueba del colesterol (comenzar a los 35 años de edad y después cada 5 años) Prueba de detección de cáncer de cuello uterino Prueba de detección de cáncer colorrectal (comenzar a los 50 años de edad) Vacuna contra la culebrilla (zóster recombinante) (dos dosis a partir de los 50 años de edad) Vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (debe ponerse cada 10 años) Vacuna antineumocócica

HOMBRES	EDAD	SERVICIOS PREVENTIVOS RECOMENDADOS
	21-26	Vacuna contra la influenza (cada año) Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) Pruebas de detección de todas las enfermedades de transmisión sexual Vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (debe ponerse cada 10 años)
	27-49	Vacuna contra la influenza (cada año) Prueba del colesterol (empezar a los 35 años de edad y después cada 5 años) Prueba de detección de diabetes tipo 2 (comenzar a los 45 años de edad y después cada 3 años) Vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (debe ponerse cada 10 años)
	50+	Vacuna contra la influenza (cada año) Prueba del colesterol (cada 5 años) Prueba de detección de cáncer colorrectal (comenzar a los 50 años de edad) Examen de la próstata Vacuna contra la culebrilla (zóster recombinante) (dos dosis a partir de los 50 años de edad) Vacuna de refuerzo contra el tétanos y la difteria (debe ponerse cada 10 años) Vacuna antineumocócica

## Cuidado médico del bienestar del niño

### Cuidado preventivo para miembros de hasta 21 años de edad: Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés)

EPSDT es un programa de salud preventiva para personas desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. También se le conoce como "bienestar del niño" o "chequeo médico rutinario" basado en los calendarios recomendados para la edad e historial médico de su hijo o hija. Existen cinco categorías cubiertas por el programa EPSDT: el chequeo médico rutinario; servicios de visión, auditivos y dentales; y exámenes del desarrollo. Niños y jóvenes deben ir al doctor periódicamente aun cuando no estén enfermos. Nuestra intención es que su niño no pierda ninguna etapa importante hacia una salud óptima a medida que va creciendo.

Primero, tanto doctores como enfermeros revisarán a su niño o adolescente. Le pondrán vacunas contra ciertas enfermedades cuando sea necesario. Las vacunas son importantes para que su niño se mantenga saludable. Cada tanto tiempo, en intervalos de tiempo adecuados, los doctores y enfermeros también verifican que sus hijos no tengan problemas comunes, como pérdida de la vista o de la audición. Anualmente, brindan evaluaciones de la vista durante las visitas al doctor de los 3 a los 6 años, y luego otra vez a los 8, 10, 12, 15 y 18 años de edad. Los exámenes auditivos se brindan durante la visita de recién nacidos y cada año desde los 4 hasta los 6 años de edad; y de nuevo a los 8 y 10 años de edad.

Para evaluar cómo está creciendo y desarrollándose su hijo, se realizan exámenes de desarrollo a los 9, 18 y 24/30 meses de edad. Deben realizarle a su hijo la prueba de detección del autismo en las visitas de los 18 y 24 meses de edad. También deben hacerle una revisión dental antes de que cumpla 3 años. Además, le pueden pedir que le hagan a su hijo pruebas de sangre adicionales de detección de plomo a los 12 y 24 meses o después de los 24 meses de edad hasta los 7 años si no le han hecho una prueba de detección de plomo antes. Su hijo debe hacerse la prueba sin importar dónde vive. Los doctores y enfermeros también le preguntarán sobre problemas que le preoculen o que tenga su hijo y le brindarán apoyo para que su niño se mantenga saludable. Si encuentran un problema durante cualquier parte del examen o las evaluaciones, su PCP puede mandar a su niño a consultar a un especialista.

Llame a su doctor para programar una consulta de EPSDT. Si tiene algún problema para hacer su cita, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## Costos Compartidos ("Copagos")

Con CountyCare, usted no tendrá que pagar copagos por su atención médica ni por sus medicamentos con receta. Esto significa que no debe recibir facturas por beneficios cubiertos por CountyCare o servicios previamente autorizados. Si recibe una factura o estado de cuenta por error, no pague esa factura. Llame al número de teléfono que aparece en la factura y déles la información que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de CountyCare. Si tiene algún problema, llame de inmediato a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY) para obtener ayuda. Servicios para Miembros podría recomendarle que presente una queja para ayudar a resolver el problema.

### Cómo tomamos decisiones del cuidado médico en CountyCare

El personal y los proveedores de servicios del cuidado de la salud de CountyCare toman decisiones basadas en el cuidado médico adecuado para usted y en la cobertura de sus beneficios de Medicad. A esto se le conoce como Administración de Utilización (UM, por sus siglas en inglés). CountyCare no recompensa a sus proveedores por rehusarse a proveer su cuidado médico. Los empleados de CountyCare que toman decisiones de UM no son recompensados por limitar su cuidado médico.

Usted puede llamar a CountyCare si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, proveedores, o cualquier servicio que haya solicitado o recibido. Puede llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200 o al 855-444-1661 (llamada sin cargos), 711 (TDD/TTY). Estamos abiertos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Contamos con ayuda en diferentes idiomas para hablar con nuestros miembros sobre los beneficios y responder a sus preguntas. Cuando un representante conteste el teléfono, lo saludará y le dirá su nombre, puesto y compañía.

# Servicios Cubiertos Por CountyCare

CountyCare cubre todos los servicios cubiertos de Medicad que son necesarios por razones médicas, así como algunos beneficios adicionales para nuestros miembros. Cubrimos estos servicios sin ningún costo para usted. Incluimos una lista de los servicios cubiertos dentro de este manual. También puede visitar nuestro sitio web en [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o llamar a Servicios para Miembros para recibir una copia de nuestros servicios cubiertos.

Algunos servicios requieren autorización previa. Su PCP enviará las autorizaciones previas correspondientes.

## Servicios médicos cubiertos

La lista a continuación enumera algunos de los servicios médicos y beneficios que cubre CountyCare.

- Los servicios de aborto están cubiertos por Medicad (no por CountyCare) al utilizar su Tarjeta Médica de HFS
- Servicios de enfermeros de práctica avanzada
- Terapia y servicios de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA)
- Servicios de centros de tratamiento quirúrgico ambulatorio
- Dispositivos de ayuda/aumentativos de la comunicación
- Servicios de audiología
- Sangre, componentes sanguíneos, y la administración de los mismos
- Servicios quiroprácticos para afiliados mayores de 21 años de edad
- Servicios dentales, incluyendo cirujanos orales
- Servicios EPSDT para afiliados menores de 21 años de edad
- Servicios de planificación familiar y suministros
- Atención de afirmación de género
- Consejería y pruebas genéticas
- Visitas a clínicas FQHC, RHC y otras Clínicas con Tasa de Encuentro
- Visitas de la agencia de salud a domicilio
- Visitas al departamento de emergencia del hospital
- Servicios de hospital para pacientes hospitalizados
- Servicios de hospital ambulatorios
- Servicios de laboratorio y de radiografías
- Suministros médicos, equipo, prótesis y órtesis
- Los servicios de salud mental se proporcionan a través de las opciones clínicas y de rehabilitación de Medicaid, y de la gestión de casos específicos
- Cuidado de enfermería
- Cuidados de enfermería durante la transición de los niños desde el hospital hasta su hogar u otro entorno adecuado para afiliados menores de 21 años
- Servicios y suministros ópticos
- Servicios de optometrista
- Servicios paliativos y de hospicio
- Servicios de farmacia
- Servicios de terapia física, ocupacional y del habla
- Servicios del doctor
- Servicios de podología
- Servicios posteriores a la estabilización
- Visitas de práctica para afiliados con necesidades especiales
- Servicios de diálisis renal
- Equipo respiratorio y suministros
- Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud
- Enfermería especializada
- Servicios contra el alcoholismo subagudo y el abuso de sustancias, tratamiento diurno residencial y tratamiento diurno de desintoxicación
- Trasplantes\*
- Transporte para llegar a servicios cubiertos
- Servicios de la visión

\* La cobertura de CountyCare Access (HBIS) está limitada a trasplantes de células madre y trasplantes de riñón; ningún otro órgano de trasplante está cubierto para este grupo.

## Nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías pueden ser utilizadas para mejorar su cuidado médico. También pueden ayudarle a mejorar su salud. Pueden aplicarse en:

- Pruebas médicas
- Tratamientos de salud mental
- Tecnología farmacéutica
- Aparatos médicos y más

El uso de nuevas tecnologías es evaluado por el Director Médico y los Comités de Calidad y Utilización de CountyCare. Las nuevas tecnologías deben cumplir con las reglas de CountyCare para ser aprobadas. Estas reglas garantizan que sean seguras para usted y que mejoren su salud y calidad de vida.

# Servicios Cubiertos Limitados

- Servicios de esterilización de acuerdo con las leyes estatales y federales. El proveedor debe llenar la Forma 2189 de HFS y archivarla en el expediente médico correspondiente.
- Histerectomía si el proveedor llena la Forma 1977 de HFS y la archiva en el expediente médico correspondiente.

# Servicios Sin Cobertura

La siguiente es una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que no cubre CountyCare:

- Servicios experimentales o de investigación
- Servicios provistos por un proveedor que no forma parte de la red y que no han sido autorizados por su plan de seguro médico
- Servicios provistos sin la autorización previa requerida
- Cirugía estética electiva
- Servicios para la infertilidad
- Cualquier servicio que no sea necesario por razones médicas
- Servicios provistos a través de agencias locales de educación

**Si no está seguro de si un servicio específico está cubierto o no, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Ahí podremos indicarle si un servicio tiene o no cobertura.**

# Beneficios Adicionales Para Miembros De CountyCare

Al ser miembro de CountyCare, usted obtiene beneficios adicionales a su cobertura habitual de servicios del cuidado de la salud. Estos beneficios incluyen:

## Tarjeta de Recompensas de CountyCare (CountyCare Rewards Card)

### ¿Qué es?

El Programa de tarjeta de recompensas de CountyCare le permite ganar recompensas en efectivo para pagar lo que necesite, como comestibles, transporte, servicios públicos y más, en la mayoría de los lugares que aceptan Visa.

### Cómo funciona:

Cuando usted o sus hijos van al médico para recibir determinados servicios, su proveedor envía un reclamo a CountyCare que nos informa que usted recibió ese servicio calificado. Su proveedor tiene hasta seis meses (180 días) para presentarnos un reclamo. Una vez recibido y procesado el reclamo, la recompensa se entregará dentro de los 30 días.

CountyCare le enviará una tarjeta de recompensas Visa de CountyCare por correo la primera vez que gane una recompensa. Una vez que active la tarjeta, podrá usarla para pagar lo que necesite en la mayoría de los lugares que aceptan Visa. Su tarjeta no permitirá comprar alcohol, tabaco ni productos de armas de fuego. Cada vez que visite a su médico para un servicio elegible y su proveedor presente un reclamo, CountyCare acreditará su tarjeta existente con la cantidad elegible.

Los miembros tienen seis meses desde la fecha en que se agrega la recompensa a su tarjeta para usar el crédito. Después de seis meses, la recompensa vencerá. Si pierde su tarjeta, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente de CountyCare para bloquear la tarjeta y solicitar que le envíen una nueva e informar sobre cualquier fondo faltante o robado. No hay garantía de que Visa devuelva los fondos perdidos o robados.

Si ha transcurrido más tiempo que los plazos mencionados arriba o si tiene más preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al miembro de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) para obtener ayuda.



## Servicios elegibles y cantidad ganada

### Visita anual con su PCP - recompensa de \$50

CountyCare le dará a cada miembro mayor de 16 meses de edad una recompensa de \$50 por ir con su Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) asignado a un chequeo médico anual.

### Evaluación Anual de Riesgos para la Salud - recompensa de \$20

CountyCare dará a cada miembro una recompensa de \$20 una vez al año por completar una evaluación de riesgos para la salud. Llame a Servicios para Miembros para que le comuniquen con su coordinador de atención y pueda completar la evaluación.

### Notificación de embarazo - recompensa de \$50

Las miembros embarazadas pueden ganar una recompensa de \$50 cuando completen el formulario de Notificación de embarazo en [www.countycare.com](http://www.countycare.com) bajo Brighter Beginnings.

### Visitas pre y posnatales - recompensa de \$50/\$10

Las mujeres embarazadas que son miembros de nuestro Plan deben ir al doctor periódicamente, incluyendo después de tener a su bebé.

- Recompensa de \$50 por cada visita prenatal durante el primer trimestre.
- Recompensa de \$10 por visitas después del primer trimestre. Se pueden obtener recompensas por hasta 14 visitas durante todo el embarazo.
- Recompensa de \$50 por una visita al médico entre 1 y 12 semanas después de haber tenido su bebé.

### Visitas de niño: recompensas de \$50/\$10

Los miembros de hasta 15 meses de edad pueden obtener los siguientes incentivos por ver a su médico de CountyCare.

- Incentivos de \$50 cuando visitan al médico de CountyCare durante los primeros 30 días posteriores al parto
- Incentivo de \$10 por cada una de las siguientes 5 visitas al médico de CountyCare

### Detección de cáncer colorrectal: recompensa \$50

CountyCare le dará a cada miembro de 45 a 75 años un crédito de \$50 en su tarjeta de recompensas una vez al año por completar una prueba de detección de cáncer colorrectal de un proveedor de la red.

### Detección de cáncer de cuello uterino: recompensa \$50

CountyCare les dará a las mujeres miembros de 21-64 años un crédito de \$50 en su tarjeta de recompensas una vez al año por completar una prueba de detección de cáncer de cuello uterino de un proveedor de la red.

### Programa de mamografía - recompensa de \$50

Las mujeres de 45 a 74 años pueden obtener una recompensa de \$50 cada año al hacerse su mamografía.

### Control de la diabetes - recompensas de \$25

Los miembros con diabetes de entre 18 y 75 años pueden ganar:

- \$25 por completar su visita anual al PCP y hacerse análisis de sangre y orina
- \$25 por completar un examen de la vista una vez al año
- \$25 por surtir su primera receta de un fármaco de estatina

### Atención posterior/Visitas de seguimiento - recompensas de \$50/\$100

Los miembros que realicen un seguimiento con sus médicos después de visitas de emergencia o estancias en el hospital recibirán las siguientes recompensas:

- \$100 por acudir al doctor en un plazo de 7 días tras una visita a urgencias por motivos de salud conductual; o
- \$50 si la visita dura más de 7 días, pero no más de 30 días tras una visita a urgencias por motivos de salud conductual.
- \$100 por consultar a su doctor dentro de los 7 días posteriores a una estadía hospitalaria por motivos de salud conductual; o
- \$50 si son más de 7 días, pero dentro de los 30 días posteriores a una estadía hospitalaria por motivos de salud conductual.

### Vacuna contra la gripe - recompensa \$25/\$75

Los miembros deben vacunarse contra la gripe una vez al año con su PCP o en una farmacia de la red.

- Los miembros de 6 a 24 meses pueden ganar una recompensa de \$75
- Los miembros de 2 años en adelante pueden ganar una recompensa de \$25

### Vacunas para bebés: recompensas de \$10

- Los miembros menores de 2 años pueden ganar una recompensa de \$10 por cada vacuna que reciban (excluida la vacuna del COVID)

### Vacuna contra el COVID-19 - recompensa de \$25

Los miembros de 6 meses o más pueden ganar una recompensa de \$25 por recibir su vacuna anual contra el COVID-19.

### Vacuna contra el VPH: recompensas de \$25/\$50

Los miembros de 9 a 45 años que reciben ambas vacunas contra el VPH con un intervalo mínimo de 146 días entre cada una pueden ganar \$25 por la primera dosis y \$50 por la segunda dosis.

### Vacuna meningocócica y refuerzo: recompensas de \$25/\$10

Los miembros de 11 años en adelante que reciban la vacuna meningocócica y un refuerzo pueden ganar \$25 por la primera vacuna y \$10 por el refuerzo.

## **Vacunas Tdap: recompensa de \$25**

Los miembros de 10 a 13 años que reciban la vacuna Tdap pueden recibir \$25.

## **Completar la encuesta de satisfacción sobre la gestión de la atención: recompensa de \$15**

Los miembros afiliados en la gestión de la atención que completen la encuesta de satisfacción sobre la coordinación de cuidado pueden ganar \$15 cada año que completen la encuesta.

## **Algunos recordatorios acerca de la Tarjeta de Recompensas de CountyCare (CountyCare Rewards Card)**

- ¡Guarde su tarjeta! Agregaremos más recompensas conforme las vaya ganando.
- Obtenga la aplicación gratuita para teléfonos inteligentes y manténgase informado sobre el Programa de recompensas de CountyCare en su teléfono. Descargue la aplicación OTC Card Network para consultar su saldo y más. Funciona en Apple o Android.
- Si no son utilizados, los fondos de las recompensas caducarán seis meses a partir de la fecha en la que fueron agregados a su tarjeta.

## **Beneficios adicionales de CountyCare**

### **Programa de FoodCare**

Los miembros de CountyCare tienen acceso sin costo a un programa personalizado de nutrición y alimentación provisto por FoodCare. FoodCare es un programa de nutrición personal que ayuda a los miembros a crear un plan de alimentación que se adapte a sus metas de salud y bienestar, y a su presupuesto. FoodCare conecta a los miembros con su propio dietista registrado. Los miembros con ciertas condiciones crónicas también son elegibles para recibir entregas regulares de alimentos adaptados médicalemente para apoyar el manejo nutricional de sus condiciones. Para obtener más información, visite el sitio web de CountyCare.

### **Cirugía LASIK gratuita**

Los miembros de entre 21 y 45 años\* que cumplan con los requisitos pueden someterse a una cirugía LASIK sin costo alguno para ellos. Para más información visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

### **Pañales gratis**

Le enviaremos un cupón para pañales gratis cada mes cuando su bebé, de hasta 2 años esté al día con sus vacunas.

## **Kit de Sueño Seguro gratuito (Sleep Safe Kit)**

Las mujeres embarazadas pueden llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) y solicitar un kit de sueño seguro. CountyCare enviará el kit de sueño seguro gratuito a su domicilio. El kit incluye una cuna portátil con sábana ajustable, saco de dormir, libro para bebé y chupete.

## **Asiento infantil de auto gratuito**

Las mujeres embarazadas y los niños de hasta 8 años que son miembros de CountyCare son elegibles para recibir un asiento para automóvil gratuito. Los padres pueden llamar a Servicios para Miembros para solicitar el asiento y se les enviará al domicilio que proporcionen. Recomendamos que las mujeres embarazadas llamen un mes antes de su fecha estimada de parto, para que el asiento llegue antes de que nazca su bebé.

## **Club de lectura para niños**

Los miembros de 3 a 16 años pueden inscribirse en nuestro club de lectura para infantes y niños. CountyCare les enviará a los niños un libro nuevo por correo cada tres meses. Los niños de 5 a 16 años recibirán una tarjeta de regalo de Target de \$10 junto con su libro.

## **Prueba de embarazo en casa gratuita**

Las mujeres en edad de reproducción que son miembros de nuestro Plan pueden llamar a Servicios para Miembros y solicitar una prueba (máximo una al mes). Se acreditará dinero en su tarjeta de recompensas para que puedan comprar una prueba o se le enviará una por correo a la dirección que proporcionen.

## **Cupones de Weight Watchers**

Los miembros de CountyCare obtienen cupones gratuitos para reuniones de Weight Watchers en su vecindario. Llame a Servicios para Miembros para solicitarlos y se los enviaremos por correo.

**Si tiene dudas acerca de nuestros beneficios adicionales, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. También puede visitar nuestro sitio web para más información.**

# Cobertura De Servicios En El Hogar Y En La Comunidad (Hcbs, Por Sus Siglas En Inglés; O “Servicios De Exención”)

CountyCare opera cinco (5) Programas de Exención HCBS para individuos que califican para ellos a través del Departamento del Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés).

Un programa de exención brinda servicios que le permiten a ciertas personas quedarse en su propio hogar u otro tipo de ambiente comunitario, en lugar de vivir en una institución o instalación de enfermería. Estos servicios de exención HCBS están disponibles además de los beneficios médicos y de la salud del comportamiento. Los cinco (5) Programas de Exención HCBS operados actualmente por CountyCare incluyen: CountyCare no determina su elegibilidad para servicios HCBS. Dicha elegibilidad es determinada por el estado de Illinois a través de una herramienta de evaluación llamada Determinación de Necesidad (DON, por sus siglas en inglés). Tras la evaluación, es otorgada una calificación general DON, la cual determina su elegibilidad.

## Los cinco programas de exención de HCBS que actualmente opera CountyCare incluyen:

### WAIVERS

#### Exención por edad

Para personas de 60 o más años de edad que están en riesgo de ser colocadas en una instalación de enfermería.

#### Exención para personas con discapacidades

Para personas que tienen una discapacidad física, de 18 a 59 años de edad, que están en riesgo de ser colocadas en una instalación de enfermería.

#### Exención de VIH/SIDA

Para personas de cualquier edad que hayan sido diagnosticadas con VIH o SIDA que están en riesgo de ser colocadas en una instalación de enfermería.

#### Exención para personas con lesiones cerebrales

Para personas de cualquier edad con una lesión cerebral que están en riesgo de ser colocadas en una instalación de enfermería.

#### Exención para las instalaciones de vivienda asistida

Para personas de 22 a 64 años de edad con una discapacidad física; o de 65 o más años de edad que de otra manera estarían en una instalación de enfermería.

**Los servicios cubiertos dentro de cada uno de los programas de exención están especificados a continuación.**

### Departamento de Envejecientes (DoA, por sus siglas en inglés)

Personas de edad avanzada:

- Servicio del cuidado diurno de adultos
- Transporte para el servicio del cuidado diurno de adultos
- Empleada doméstica
- Sistema Personal de Respuesta en Casos de Emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)
- Servicio para Dispensar Medicamentos Automáticamente (AMDS, por sus siglas en inglés)

### División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés)

Personas con Discapacidades o VIH/SIDA:

- Servicio del cuidado diurno de adultos
- Transporte para el servicio del cuidado diurno de adultos
- Adaptaciones de accesibilidad al ambiente del hogar
- Auxiliar de salud en el hogar
- Enfermería intermitente
- Enfermería especializada (enfermera registrada o enfermera licenciada)
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Terapia del habla
- Empleada doméstica
- Alimentos a domicilio
- Proveedor individual/asistente personal
- Sistema Personal de Respuesta en Casos de Emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)
- Servicio de apoyo (respiro/alivio)
- Equipo y suministros médicos especializados

## **División de Servicios de Rehabilitación (DRS)**

Personas con lesiones cerebrales:

- Servicio del cuidado diurno de adultos
- Transporte para el servicio del cuidado diurno de adultos
- Adaptaciones de accesibilidad al ambiente del hogar
- Empleo asistido
- Auxiliar de salud en el hogar
- Enfermería intermitente
- Enfermería especializada (enfermera registrada o enfermera licenciada)
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Terapia del habla
- Servicios de preparación laboral
- Habilitación diurna
- Empleada doméstica
- Alimentos a domicilio
- Proveedor individual/asistente personal
- Sistema Personal de Respuesta en Casos de Emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)
- Servicio de apoyo (Respiro/Alivio)
- Equipos y suministros médicos especializados
- Servicios del comportamiento (nivel de maestría y doctorado)

## **Cuidado de la Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés)**

Instalación de asistencia en la vivienda:

- Vivienda asistida

## **Cuidado De Largo Plazo (Ltc, Por Sus Siglas En Inglés)**

El cuidado de largo plazo es llamado de diferentes formas, como asilo de ancianos, instalación de enfermería, instalación de cuidado de largo plazo, o instalación de enfermería especializada. Estas instalaciones cuentan con servicios que les ayudan a los residentes con sus necesidades médicas y con aquellas que no son médicas; y les brindan asistencia y apoyo para cuidarse a sí mismos debido a una enfermedad crónica o discapacidad. Si

usted vive en una instalación de cuidado de largo plazo, CountyCare tiene servicios de apoyo para asegurarse de que está recibiendo el cuidado que requiere. Si usted puede volver a su comunidad a vivir de manera independiente, tenemos recursos para ayudarle durante la transición.

Comuníquese con su coordinador de cuidado médico si le gustaría hablar sobre sus opciones de cuidado de largo plazo o acerca de la posibilidad de vivir en su comunidad.

Los servicios de atención a largo plazo, incluyendo los servicios de exención en centros de enfermería y en la casa y la comunidad, no están cubiertos para los miembros de Beneficios Médicos para Personas Mayores (Health Benefits for Seniors, HBIS) en el programa CountyCare Access.

## **Cobertura De Servicios Y Apoyos Administrados De Largo Plazo (Mltss)**

MLTSS es un programa para miembros que tienen todos los beneficios de Medicad y Medicare, que viven en una instalación de enfermería o reciben HCBS (servicios de exención).

### **Los servicios cubiertos de MLTSS incluyen:**

- Algunos servicios de salud mental
- Algunos servicios para el uso del alcohol y sustancias
- Servicios de transporte sin emergencia a las citas médicas
- Servicios de cuidado de largo plazo en instalaciones especializadas e intermedias
- Todos los Servicios de Exención en el Hogar y la Comunidad como los enumerados previamente bajo 'Servicios HCBS cubiertos', si usted califica para recibirlos

## **Servicios Dentales**

CountyCare le brinda cobertura dental. Las limpiezas dentales pueden ayudar a prevenir las caries y otros problemas. Debe ir con su dentista periódicamente. Puede encontrar un proveedor dental de CountyCare en nuestro sitio web [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o llamando a CountyCare Servicios para miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Si tiene preguntas sobre servicios específicos, llame a Servicios para Miembros.

## **Beneficios dentales para miembros de hasta 20 años de edad**

- CountyCare cubre un examen dental y una limpieza a cada seis meses
- Braces (medically necessary)
- CountyCare cubre ortodoncia (frenos), radiografías, selladores, rellenos dentales, cirugía oral, coronas (fundas), endodoncias, dentaduras postizas, reparaciones de dentaduras postizas y extracciones (sacar dientes), servicios dentales de emergencia. Como beneficio adicional, CountyCare también cubre los siguientes servicios
- As an added benefit, CountyCare also covers:
  - Repetición del tratamiento de endodoncias

## **Beneficios dentales para miembros a partir de 21 años de edad**

- Radiografías, empastes, coronas (fundas), cirugía oral, extracciones (extracción de dientes), dentaduras postizas y reparaciones de dentaduras, servicios dentales de emergencia
- Como un beneficio adicional, CountyCare también cubre:
  - Exámenes dentales y limpiezas (1 cada 6 meses)
  - Visitas periódicas de tratamiento de ortodoncia, remoción de brackets y fabricación y colocación de retenedores para miembros que recibieron sus brackets cuando tenían 20 años o menos
  - Dentaduras parciales
  - Tratamientos de conductos radiculares (todas las piezas dentales)
  - Retratamiento de conductos radiculares
- Las afiliadas embarazadas reciben cheques regulares, limpiezas y trabajo periodontal (limpieza profunda y eliminación de sarro)

Todos los miembros cuentan con cobertura de servicios dentales de emergencia.

Si tiene dudas sobre ciertos servicios, por favor llame a Servicios para Miembros. Para poder recibir servicios dentales, debe ir con un proveedor afiliado a la red. Puede encontrar un proveedor dental de CountyCare en nuestro sitio web [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o llamando a Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## **Servicios Para La Visión**

Debe utilizar un proveedor de servicios para la visión afiliado a la red. Para buscar un proveedor de servicios para la visión, llame a Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY) o consulte el directorio de proveedores en línea en [www.countycare.com](http://www.countycare.com).

Si tiene preguntas sobre servicios específicos, llame a Servicios para Miembros.

El pediatra o la enfermera de sus hijos les harán un examen de la vista durante un chequeo de rutina. Si usted o el médico de su hijo tienen alguna preocupación sobre la vista de su hijo, puede llevarlo a un oculista.

### **Usted recibe:**

- Un examen de la vista cada año calendario de nuestra red de optometristas y oftalmólogos.
- Un marco estándar de su preferencia de nuestra selección. Como beneficio adicional, puede elegir una cantidad permitida de \$100 para el valor minorista de los marcos. Si los marcos cuestan más de \$100, usted es responsable de pagar la diferencia de precio.
- Para todos los miembros, un par de anteojos está disponible cada año calendario.
- Si se cumplen los requisitos de receta médica correspondientes, los lentes de visión simple y los bifocales para sus espejuelos (anteojos) estarán cubiertos.
- Puede elegir lentes de contacto en lugar de espejuelos; la cuota de colocación y ajuste está cubierta y usted recibe \$100 para la compra de sus lentes de contacto. Si el costo de sus lentes de contacto es mayor a \$100, usted tendrá que pagar la diferencia de precio.

## **Servicios De La Salud Del Comportamiento Y El Uso De Sustancias**

**Si tiene una emergencia que ponga en riesgo la vida, por favor llame al 911 o vaya al departamento de emergencia del hospital más cercano.**

CountyCare, a través de nuestra amplia red de proveedores, ofrece servicios de salud del comportamiento para brindar tratamientos de salud mental y trastornos por uso de sustancias. Los servicios de salud del comportamiento están disponibles para niños y adultos que son miembros de CountyCare. Queremos ayudarle a mantener saludable tanto su mente como su cuerpo. Para tener acceso a estos servicios, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY), seleccione la opción 4 y luego seleccione 1 para salud del comportamiento. Tendrá la opción de ser transferido a un proveedor que pueda atenderle en su primera cita dentro de un plazo máximo de siete días. Estos servicios están disponibles a nivel de paciente ambulatorio, hospitalizado y residencial, dependiendo de las necesidades del miembro.

#### **Nuestra red de proveedores afiliados ofrece tratamientos para:**

- Ansiedad
- Desorden bipolar
- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastornos por uso de sustancias (como problemas con el alcohol y/o las drogas)
- Otros problemas de salud mentales o del comportamiento

#### **Los servicios de salud del comportamiento cubiertos por CountyCare incluyen, pero no se limitan a:**

- Tratamiento de medicación asistida para los trastornos por uso de sustancias, como metadona, Suboxone y Vivitrol
- Servicios de estabilización en crisis
- Servicios de Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)
- Administración de medicamentos
- Evaluaciones de salud mental
- Administración de casos
- Terapia individual, colectiva y familiar
- Pruebas psicológicas
- Apoyo comunitario
- Hospitalización parcial
- Cuidado psiquiátrico para pacientes hospitalizados
- Terapia electroconvulsiva (TEC)
- Control del síndrome de abstinencia
- Rehabilitación residencial

Si necesita estos servicios, hable con su PCP, coordinador de cuidado médico, o llámenos al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). También puede visitar nuestro sitio web y seleccionar al proveedor con el que desea ir. CountyCare solo pagará los servicios proporcionados por un proveedor afiliado a la red. Para localizar a un proveedor de salud del comportamiento, visite nuestro sitio web en [www.countycare.com](http://www.countycare.com) o llámenos. Puede averiguar si el proveedor de su preferencia está afiliado a la red y obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento.

#### **Servicios de Ingreso y Remisiones en Caso de Crisis: CARES**

La línea de Servicios de Ingreso y Remisiones en Caso de Crisis (Crisis and Referral Entry Services, CARES) es un servicio de atención telefónica que atiende llamadas de crisis de salud mental para niños, adultos y familias de Illinois. Los miembros de CountyCare pueden usar la línea de Servicios de Crisis y Referencias (CARES) las 24 horas del día para hablar con un profesional de la salud del comportamiento. Puede llamar si usted o su hijo están en riesgo de hacerse daño a sí mismos o a los demás, si está teniendo una crisis de salud mental, o si quiere que lo remitan a servicios. Llame a la línea CARES al 1-800-345-9049 (TTY: 1-773-523-4504).

## **Servicios De Planificación Familiar**

CountyCare tiene una red de proveedores de planificación familiar donde puede obtener servicios de planificación familiar. Puede obtener servicios de cualquier proveedor de planificación familiar calificado. No es necesario que sean proveedores de la red. No necesita una remisión de su PCP ni permiso de CountyCare para obtener estos servicios.

#### **CountyCare cubre:**

- Todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos de anticoncepción y la colocación o inserción del dispositivo (como el DIU o implantes).
- Anticonceptivos de emergencia sin receta y con receta médica.
- Métodos anticonceptivos permanentes: vasectomías y ligaduras de las trompas.

# Servicios De Embarazo Y Maternidad

## CountyCare cubre:

- Servicios ambulatorios de proveedores del cuidado de la salud, incluyendo cheques médicos rutinarios prenatales y de posparto, pruebas de laboratorio y ultrasonidos, así como atención médica para problemas o complicaciones del embarazo y el parto.
- Servicios de hospitalización en un hospital participante, cuidado en un centro de partos fuera del hospital y servicios de emergencia fuera de la red para un parto de emergencia.
- Los procedimientos de diagnósticos prenatales, incluyendo pruebas genéticas, están cubiertos si usted tiene un embarazo de alto riesgo.

Puede quedarse en el hospital al menos 48 horas tras un parto vaginal normal y al menos 96 horas después de un parto por cesárea. A veces las madres quieren salir del hospital antes. Usted puede salir del hospital más pronto si, después de hablar con usted, su doctor la da de alta y hace una cita médica de paciente ambulatorio dentro de un plazo de 48 horas para usted y el bebé.

Puede elegir a una enfermera obstetra certificada para asistir en su parto. Puede buscar una enfermera obstetra certificada en el directorio de proveedores del Plan de Seguro Médico CountyCare bajo "Proveedores de Cuidado Especializado". No requiere la autorización de CountyCare para ir con una enfermera obstetra certificada.

## Incluir a su bebé en su caso

Una de las cosas más importantes que puede hacer es asegurarse de que su bebé tenga cobertura médica. Dentro de la semana siguiente al nacimiento de su bebé, llame al DHS al 1-800-843-6154 o ingrese al sistema de ABE (Application for Benefits Eligibility) en [www.abe.illinois.gov](http://www.abe.illinois.gov). Una vez que haya ingresado a ABE, vaya a Administrar Mi Caso para incluir a su bebé y elegir quedarse en CountyCare. Recibirá una notificación por correo cuando su bebé haya sido incluido. Si desea ayuda para afiliar a su bebé, por favor comuníquese con su coordinador de cuidado médico, quien puede ayudarle en todo el proceso ABE, llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200.

# Programa Brighter Beginnings

Brighter Beginnings es un programa para ayudar tanto a bebés, como a las familias que esperan un bebé, a mantenerse saludables durante el embarazo y después del nacimiento del bebé. Para más información sobre Brighter Beginnings, por favor visite el sitio web de CountyCare.

## Recompensas de CountyCare para mamás y bebés:

- Consultas prenatales: puede obtener \$50 en una tarjeta Visa de recompensas de CountyCare por asistir a sus consultas prenatales en el primer trimestre y \$10 por las consultas después del primer trimestre. Se pueden obtener recompensas por hasta 14 visitas en total.
- Consultas posnatales: puede obtener \$50 al consultar con su proveedor por un chequeo médico rutinario entre 1 y 12 semanas después de dar a luz.
- Consultas de control para el bebé: obtenga una recompensa de \$50 cuando traiga a su bebé para un chequeo médico rutinario en el plazo de un mes desde su nacimiento. Gane \$10 por las próximas cinco visitas.
- Vacunas: Gane una recompensa de \$10 por cada una de las vacunas que reciba su bebé antes de cumplir 2 años (excluyendo la vacuna del COVID).
- Obtenga un incentivo de \$75 cuando su hijo de entre 6 y 24 meses reciba la vacuna anual contra la influenza.
- Notificación de embarazo: Las miembros embarazadas pueden ganar una recompensa de \$50 cuando completen el formulario de Notificación de embarazo en [www.countycare.com](http://www.countycare.com) bajo Brighter Beginnings.

Los miembros tienen seis meses a partir de la fecha en que se agrega la recompensa para usar el crédito. Después de seis meses la recompensa caducará.

## Beneficios adicionales de CountyCare para mamás y bebés:

- Asiento infantil de auto gratuito: CountyCare proporciona asientos infantiles de auto gratuitos a los siguientes miembros: mujeres que están esperando un bebé y niños de hasta 8 años de edad. Llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 para solicitar un asiento y se lo enviarán a su domicilio.
- Kit de Sueño Seguro (Sleep Safe Kit): las mujeres embarazadas que son miembros de nuestro Plan pueden llamar a Servicios para Miembros y solicitar un Kit de Sueño Seguro. Una vez que usted haya ido al menos a 4 de sus visitas prenatales y que haya firmado y enviado el formulario de exención, el kit será enviado a su domicilio. El kit incluye una cuna portátil, un Sleepsack, un libro para niños para la hora de dormir y un chupón.

- Sacaleches (extractor de leche) gratuito: CountyCare cubre sacaleches eléctricos dobles. Hable con su proveedor para que le solicite un sacaleches. Usted puede recogerlo o pedir que se lo manden a su domicilio.
- Cupones de pañales gratis: Todas las familias con un bebé menor de 2 años recibirán un cupón una vez al mes para un paquete de pañales gratis. CountyCare enviará automáticamente el cupón cuando las vacunas de su bebé estén al día.

## Servicios De Farmacia

Al ser miembro de CountyCare, sus medicamentos recetados le son provistos sin ningún costo para usted cuando solicita sus medicamentos de receta médica en una farmacia afiliada a la red.

Para recibir sus medicinas requiere una receta médica por parte de su proveedor. Para solicitar o renovar sus medicamentos recetados, lleve su receta médica a una de nuestras farmacias afiliadas a la red.

Nuestra red de farmacias incluye varias cadenas minoristas nacionales como CVS, Kmart, Walgreens, Meijer, Osco, Target, Walmart y farmacias independientes. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación de miembro de CountyCare para mostrarla en la farmacia.

Si consulta a un proveedor de Cook County Health, nuestras farmacias de Cook County Health están disponibles para surtir sus recetas. Si su PCP forma parte de un centro de salud comunitario, es posible que también pueda utilizar su farmacia para obtener sus recetas.

Puede ver todos los medicamentos que cubrimos en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos de CountyCare. Puede localizar la Lista de Medicamentos Cubiertos en nuestro sitio web: [www.countycare.com](http://www.countycare.com), bajo Servicios para Miembros. Si no tiene acceso a Internet, por favor llame a Servicios para Miembros y le enviaremos una copia en papel. Si usted requiere un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos Cubiertos, su doctor puede solicitarle una reconsideración a CountyCare.

Si usted se inscribió a CountyCare recientemente, puede seguir sus medicamentos actuales durante sus primeros 90 días con nosotros. Dentro de estos 90 días, hable con su médico sobre sus medicamentos y las opciones de nuestro Formulario de CountyCare. Algunos niños con necesidades especiales de salud pueden continuar recibiendo sus medicamentos durante sus primeros 180 días con nosotros.

CountyCare también cubre medicamentos que se venden sin receta médica en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos sin ningún costo para usted. Se requiere una receta médica de su proveedor para tener cobertura del medicamento sin receta.

## Servicios De Transporte

CountyCare le ofrece servicios de transporte ida y vuelta a sus consultas médicas. Éstos deberán ser para servicios que estén cubiertos. Usted puede:

- Solicite los pases (Ventra y PACE) 2 semanas antes de su cita.
- Programar un viaje. Necesitará hacerlo al menos 72 horas (3 días) antes de su cita. Simplemente llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) o consulte nuestro [sitio web](#) para conocer formas adicionales de programar un viaje.

## Transporte En Ambulancia

### Cobertura de emergencia en ambulancia

Su cobertura incluye el servicio de ambulancia para cuidado de emergencia. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

### Criterios de Transporte en Ambulancia que NO son Considerados Emergencia

A partir del 1 de enero de 2022, la coordinación de todos los viajes por ambulancia que NO son considerados emergencia ha cambiado al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois Cobro por Servicio. (HFS FFS, por sus siglas en inglés) debido a la siguiente medida [Public Act 102-0661. CountyCare no seguirá coordinando estos viajes. First Transit Fee-for-Service \(FFS\) es el vendedor anterior del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois y no es un corredor "broker" de transporte.](#)

[Si necesita servicios de ambulancia que no son de emergencia, necesita:](#)

- Llamar a TransDev FFS directamente al 877-725-0569 (lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m. hora central).
- TransDev FFS verificará si es elegible. Ellos le harán preguntas para saber si reúne los requisitos.
- Si es elegible, TransDev FFS le enviará una lista de proveedores para transporte de ambulancia para que usted llame y coordine su transporte.
  - Si tiene problemas coordinando su viaje, puede llamar a TransDev FFS nuevamente para ayuda.
- Si no es elegible para transporte de ambulancia que no sea una emergencia, por favor comuníquese con el servicio de transportación de CountyCare al 630-403-3210 para hacer otros planes.

- Necesitará comunicarse con TransDev FFS nuevamente para finalizar el viaje.
- Una declaración de certificación del médico (PCS, por sus siglas en inglés) será necesaria para todos los viajes de ambulancia que no sean emergencia.

Solo los servicios de transporte de ambulancia por carretera que no sean emergencia serán transferidos de CountyCare a TransDev FFS. Todos los otros pedidos para otros medios de transporte (Air Ambulance, Medicar, Service Car, Taxi and Private Audio) no se verán afectados.

Puede llamar a Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200, 711 (TTY/TDD) para cualquier pregunta. También puede llamar a la Oficina de Servicios Profesionales y Auxiliares al 877-782-5565 para asuntos relacionados a cobro por servicio.

## Coordinación Del Cuidado Médico

CountyCare cuenta con varios programas para mejorar la salud de nuestros miembros; los llevamos a cabo a través de programas educativos y ayuda personalizada por parte del personal de CountyCare. A esto se le conoce como coordinación del cuidado médico. El objetivo de este servicio es incrementar la calidad de su cuidado médico y darle el apoyo que necesita para mejorar su salud. Puede investigar quién es su coordinador de cuidado médico llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

### Su COORDINADOR DE CUIDADO MÉDICO lo ayudará con:

- La comunicación con usted, la persona encargada de su cuidado médico y sus proveedores de cuidado médico
- Una evaluación de sus condiciones
- La planeación de su cuidado, al ayudarle a establecer sus metas a corto y largo plazo



- Coordinación de servicios para dar atención necesaria y eficiente
- Manejo autónomo de cualquier condición crónica

### Un COORDINADOR DEL CUIDADO MÉDICO es una persona que le ofrece los siguientes recursos:

- Responde a sus preguntas
- Comparte su conocimiento sobre el sistema de servicios del cuidado de la salud
- Le ayuda a analizar sus opciones y alternativas
- Le ayuda con referidos para tratamientos en instalaciones de servicios del cuidado de la salud
- Identifica servicios cubiertos
- Le ayuda a planear su transición de salida del hospital
- Le ayuda a conectarse con recursos de la comunidad
- Lo visita en una instalación de servicios de salud o en su domicilio

La información obtenida a través de nuestro proceso de coordinación del cuidado médico es confidencial. Solamente la compartimos cuando se requiere para ayudar a planear su cuidado médico y para pagar adecuadamente por sus servicios.

¿Cómo encontrar a su coordinador de atención? Llene el [formulario en línea](#) o llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY).

## Programas De Salud Administrada Para La Población

### Evaluación de salud, cuestionario de salud y plan de cuidado médico

Si su [coordinador de cuidado médico u otro miembro de nuestro equipo](#) lo llamará para preguntarle algunas preguntas básicas sobre su salud y su seguridad. A esto se le conoce como una [“evaluación de riesgos de la salud”](#).

Si usted nos indica que tiene algunas condiciones médicas u otros problemas que afecten su salud, podríamos hacerle más preguntas para saber cuáles servicios podemos recomendarle. A esto se le llama [“detección de riesgos para la salud”](#).

Si califica para el programa de atención médica administrada, usted y su coordinador de cuidado médico harán un [“plan de cuidado médico”](#). El plan enumerará los servicios que usted quiere que le brindemos y las cosas que quiere hacer para usted mismo o para sus hijos.

Su plan de cuidado médico es un Plan de Cuidado Médico Individual (IPoC, por sus siglas en inglés) y puede incluir cualquier cosa que puede ayudarle: citas con proveedores, educación acerca de condiciones médicas; acceso a fuentes de alimentos, ropa, transporte, vivienda o entrenamiento laboral; arreglos con la escuela de sus hijos; medidas que tal vez quiere tomar para mejorar su salud o prepararse para el futuro. La información que obtengamos de usted es confidencial. Normalmente la compartimos (solo cuando es necesario) con quien sea que le esté ayudando; por ejemplo, su doctor, su agencia comunitaria o la escuela de sus hijos: esto es para asegurarnos de que todos tienen claro lo que deben hacer. Usted siempre nos puede indicar que no compartamos información con ciertas personas, si así lo desea.

Usted también puede elegir si quiere que le proporcionemos servicios de evaluaciones, cuestionarios y planes de cuidado médico. Puede salirse o volver en cualquier momento. En el momento que sea, puede solicitar lo siguiente de un coordinador de cuidado médico:

- Información sobre bienestar o condiciones de salud
- Apoyo para resolver problemas

## **Programas para personas con condiciones especiales**

Podemos tener programas para ayudar a personas con condiciones médicas, de la salud del comportamiento u otras condiciones específicas. Si usted tiene una de estas condiciones, podríamos llamarle para saber si quiere ser parte de un programa. Usted puede elegir ser o no parte de cualquier programa. También puede pedirle a su coordinador de cuidado médico si califica para algún programa.

## **Evaluaciones de salud realizadas por usted mismo**

CountyCare ofrece herramientas en línea que usted puede usar en su teléfono móvil o computadora para saber más acerca de sus hábitos de salud.

Visite nuestra [página de salud y bienestar](#), haga clic en la herramienta que le interesa y responda las preguntas. Obtendrá una lista personalizada de medidas que puede tomar para mejorar su salud.

Puede responder las preguntas tan seguido como usted lo desee; o no contestar. Nadie del personal ni de la gente que lo está ayudando del plan de seguro médico sabrá lo que respondió.

Pero puede imprimir una copia y mostrársela a su proveedor de cuidado médico si ve algo de lo que usted quiera hablar con él o ella.

Si tiene problemas para usar estas herramientas, su coordinador de cuidado médico puede ayudarle por teléfono.

# **Derechos Y Responsabilidades De Los Miembros De La Atención Médica Administrada**

Un miembro puede aceptar afiliarse a un programa de coordinación del cuidado médico. Durante este programa, su coordinador de cuidado médico trabajará junto con usted para apoyarle y ayudarle a mejorar su salud.

## **Derechos de los Miembros**

Los miembros de CountyCare tienen derecho a:

1. Tener información acerca de los programas de CountyCare. Tener información sobre CountyCare, nuestro personal o sus certificaciones.
2. Elegir no participar en programas o servicios de CountyCare.
3. Conocer a los miembros del personal responsables de sus servicios de atención médica administrada. Saber cómo elegir a su administrador de atención médica.
4. Contar con apoyo de CountyCare cuando tome decisiones sobre su cuidado médico.
5. Conocer todos los servicios disponibles de atención médica administrada. Hablar de estos servicios con su proveedor.
6. Que su información médica esté segura. Saber quién tiene acceso a su información. Saber cómo guarda CountyCare su información de manera segura.
7. Ser tratado con respeto y dignidad por parte del personal de CountyCare en todo momento.
8. Comunicar una queja a CountyCare. Saber cómo presentar una queja. Saber cuánto tarda obtener una respuesta a su queja.
9. Tener información en un idioma o método que usted pueda entender.
10. Ser comprendido. Esto incluye si tiene un inglés limitado, una cultura distinta o una incapacidad.
11. Recibir una copia de su plan de cuidado médico (Plan de Cuidado Médico Individual / IPoC).

Usted puede ejercer sus derechos sin que se realice ninguna acción en su contra.

## **Responsabilidades de los miembros**

Los miembros de CountyCare tienen las siguientes responsabilidades:

1. Seguir las instrucciones y el plan de cuidado médico (IPoC) aceptado por usted y su proveedor.
2. Trate a su administrador de atención y a su equipo de apoyo de coordinación de atención con cortesía y respeto en todo momento.
3. El comportamiento hostil o amenazante puede poner en riesgo la eficacia de su administrador de atención.
4. Adherence to participation requirements.
5. Darle a CountyCare la información correcta para que podamos brindarle los servicios que necesita. Informar a CountyCare y al proveedor que le está brindando tratamiento si se sale del programa de Atención Médica Administrada de CountyCare.
6. Algunas responsabilidades adicionales aplican para miembros en Servicios en el Hogar y en la Comunidad. Por favor vea esa sección del Manual para más detalles.

## **Cancelación**

Un miembro puede darse de baja o "salirse" de la atención médica administrada voluntariamente y/o cuando su condición y circunstancias mejoren. Por favor comuníquese con su coordinador de cuidado médico para que le ayude con este proceso.

Los servicios de gestión de atención o coordinación de atención pueden interrumpirse para los miembros que no cumplen con sus responsabilidades enumeradas arriba.

## **Participación para miembros HCBS - (M)LTSS en programas de Atención Médica Administrada**

Los miembros afiliados a servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) deben participar en la atención médica administrada. Si no participan en visitas en el hogar y/o proporcionan un permiso o confirmación por escrito, esto implicará falta de participación en la atención médica administrada. Los miembros HCBS también deben cumplir con las reglas del programa relacionadas con la cooperación: estar presentes en el hogar para recibir los servicios, avisar al proveedor con anticipación de cualquier falta, permitir al proveedor que entre al hogar para brindar los servicios y no amenazar o actuar de forma abusiva. Los miembros de HCBS que no permitan visitas domiciliarias, rechacen la coordinación de la atención o no cumplan con un memorando de entendimiento (MOU) establecido, a veces llamado Acuerdo de gestión de atención, serán remitidos a la agencia estatal respectiva para la revisión de la elegibilidad para la exención y el inicio del cierre del caso.

## **Derechos de los Miembros (M)LTSS (Apoyo y Servicios a Largo Plazo)**

El consentimiento de un miembro (M)LTSS HCBS debe estar documentado, así como su confirmación por escrito de que comprende sus derechos y responsabilidades, los cuales incluyen:

- Informarse en cuanto a sus derechos como miembros al momento del inicio del servicio, cuando cambie el servicio y cada año
- Que se le brinde la oportunidad de participar en la elección de los tipos de servicios que se le otorguen y de proveedores
- Derecho de los miembros de opinar y aceptar el plan de cuidado médico
- Derecho del miembro de rechazar tratamientos o servicios y las implicaciones de dicho rechazo en relación con la elegibilidad de beneficios y/o resultados de salud
- Informarse sobre cómo y a quién reportar abuso, negligencia o explotación al momento de la evaluación y reevaluación
- Use of end of life and advance care directives
- Derecho a recibir notificación y justificación cuando se modifican o finalizan los servicios de coordinación de atención
- Otras opciones cuando el miembro y/o su familia no puedan participar de lleno en la fase de evaluación.

## **Programa De Mejora De Calidad**

Queremos que el cuidado médico y servicio al cliente que usted reciba sean excelentes. Medimos nuestros resultados cada año para ver qué estamos haciendo bien y qué podemos mejorar. Queremos que la gente reciba cuidado médico preventivo y cuidado médico para sus condiciones, así como un trato cortés y respetuoso.

Usted puede recibir encuestas para ayudarnos a saber si:

- ¿Está recibiendo el cuidado médico que necesita?
- ¿Está aprendiendo a cuidarse mejor a sí mismo?
- ¿Está satisfecho con los servicios que recibe?

También tomamos medidas a partir de la información que usted nos proporciona, como cuando usted:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado médico
- Tiene una queja sobre el servicio

Si desea obtener más información sobre el Programa de CountyCare, por favor llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Algunos de estos programas incluyen:

- Cuidado preventivo y el cuidado médico que requiere para su condición de salud
- Encuestas de satisfacción del cliente sobre el cuidado médico y los servicios que usted ha recibido
- Investigación de la calidad de las quejas sobre el cuidado médico
- Un equipo para atender sus quejas y mejorar la calidad del cuidado médico

Si quiere obtener más información sobre el Programa de Mejora de la Calidad (Quality Improvement) de CountyCare, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY).

## Programa De Restricción De Recipientes

El Programa de Opciones Limitadas (Lock-in Program), conocido también como el Programa de Restricción de Recipientes (Recipient Restriction Program), fue establecido por el Departamento del Cuidado de la Salud y Servicios para Familias y por CountyCare para asegurarse de que nuestros miembros utilicen correctamente los servicios disponibles para ellos. El objetivo de este programa es fomentar relaciones sólidas entre el paciente y el proveedor de atención médica conectando a los miembros con administradores de atención que pueden ayudar a coordinar la atención y respaldar el uso adecuado de los servicios de farmacia. Este programa asigna a cada miembro a una farmacia seleccionada o a un Proveedor de Cuidado Médico Primario específico. Si el miembro es seleccionado para este programa, recibirá un aviso por escrito y tendrá la oportunidad de apelar la resolución de Restricción de Recipientes (Recipient Restriction Program) dentro de los 60 días posteriores a la carta de notificación de Restricción de Recipientes (Recipient Restriction Program).

## Voluntades Anticipadas

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado médico. Un documento de voluntades anticipadas es una decisión por escrito que usted toma sobre su cuidado médico en el futuro en caso de que en un momento dado esté muy enfermo para tomar una decisión.

En el estado de Illinois hay cuatro tipos de voluntades anticipadas:

- **Poder Notarial para el Cuidado Médico** - Este documento le permite designar a alguien para que tome sus decisiones de cuidado médico en caso de que usted esté muy enfermo para tomarlas por sí mismo. Puede imprimir una copia desde el sitio web de CountyCare: [www.countycare.com/Media/Default/Resources/AdvanceDirectivePowerOfAttorney.pdf](http://www.countycare.com/Media/Default/Resources/AdvanceDirectivePowerOfAttorney.pdf)
- **Testamento Vital** - Este documento le indica a su doctor y a otros proveedores qué tipo de cuidado médico desea en caso de que usted sea un enfermo terminal. Enfermo terminal significa que su condición no mejorará.
- **Opciones de Salud Mental** - Esto le permite decidir si desea recibir ciertos tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarle.
- **Orden de No Resucitar (ONR) / Órdenes Médicas para Tratamiento de Soporte Vital (POLST, por sus siglas en inglés)** - Esto le indica a su familia, a todos sus doctores y a otros proveedores qué es lo que usted desea en caso de que se detenga su corazón o respiración. También puede usarse para escribir sus preferencias de tratamiento de soporte vital (para mantener la vida).

Puede obtener más información sobre instrucciones previas a través de su plan de seguro médico o doctor. Al ingresar en el hospital, es posible que le pregunten si cuenta con uno. No es necesario que cuente con un plan de seguro médico para recibir atención médica, aunque la mayoría de los hospitales le sugieren que cuente con uno. Puede elegir tener una o más de estas instrucciones previas si lo desea y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

Usted puede manifestar sus deseos sobre su cuidado médico por escrito mientras está saludable y es capaz de elegir. Un documento de voluntades anticipadas es una declaración por escrito acerca de cómo quiere que se tomen decisiones médicas cuando usted ya no puede tomarlas. La ley federal requiere que le indiquen su derecho a elaborar un documento de voluntades anticipadas cuando usted sea internado en una instalación de cuidado médico. También tienen que preguntarle si usted ha puesto sus deseos por escrito.

Nadie puede obligarlo a llenar un documento de voluntades anticipadas. Usted decide si desea tener voluntades anticipadas. Cualquier persona de 18 o más años de edad en su sano juicio y que puede tomar sus propias decisiones puede tener un documento de voluntades anticipadas. No necesita un abogado para llenar un documento de voluntades anticipadas. Sin embargo, usted puede decidir que desea hablar con un abogado.

Hable con su proveedor para obtener una forma de voluntades anticipadas. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una forma de voluntades anticipadas.

El sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois también tiene información útil sobre las voluntades anticipadas. Puede encontrar dichos recursos aquí:  
<http://www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

## Quejas Y Apelaciones

Queremos que usted esté satisfecho con los servicios que recibe de CountyCare y de nuestros proveedores. Si no está satisfecho, puede presentar una queja o apelación.

### Quejas

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea un servicio o artículo rechazado, reducido o suspendido.

CountyCare se toma las quejas de sus miembros muy seriamente. Queremos saber qué es lo que está mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor o sobre la calidad del cuidado médico o los servicios que ha recibido, debe informarnos enseguida. CountyCare cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos todo lo posible por responder a sus preguntas o para ayudar a solucionar el asunto que le preocupa. Presentar una queja no afectará en ninguna forma sus servicios del cuidado de la salud ni la cobertura de sus beneficios.

Si el agraviado es cliente del programa de Rehabilitación Vocacional (VR, por sus siglas en inglés), el agraviado puede tener derecho a recibir ayuda del Programa de Asistencia para Clientes de DHS-ORS (CAP, por sus siglas en inglés) durante la preparación, presentación y representación de los asuntos a ser tratados.

**Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que usted podría desear presentar una queja:**

- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no respetó sus derechos.
- Tuvo problemas para hacer una cita con su proveedor en un período de tiempo adecuado.
- No estuvo satisfecho con la calidad del cuidado médico o del tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare fue descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no fue sensible a sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que usted pueda tener.
- Usted recibió una factura médica que no debería haber recibido.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). También puede presentar su queja por escrito vía correo o por fax:

CountyCare Health Plan  
P.O. Box 21153  
Eagan, MN 55121  
Fax: 312-548-9940

En la carta de la queja, proporcionenos tanta información como le sea posible. Por ejemplo, indique la fecha y el lugar donde ocurrió el incidente; los nombres de las personas involucradas; y detalles de lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro. Nos puede pedir que le ayudemos a presentar su queja llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin ningún costo para usted. Por favor pida esta solicitud cuando presente su queja.

Si tiene discapacidades auditivas, llame a la Línea de Retransmisión de Illinois al 711.

En cualquier momento durante el proceso de queja, puede pedirle a alguien que usted conozca que lo represente o que tome decisiones en su nombre. Esta persona será su "representante".

Para nombrar a alguien que lo represente, usted puede:

1. Enviarnos una carta informándonos que usted desea que alguien más lo represente; e incluir en esta carta la información de contacto de dicha persona; o

- 2.** Llenar el formulario de Representante Autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web: [http://www.countycare.com/Media/Default/pdf/2018/CountyCare\\_Authorized\\_Rep\\_Form\\_110218.pdf](http://www.countycare.com/Media/Default/pdf/2018/CountyCare_Authorized_Rep_Form_110218.pdf)

CountyCare le enviará una carta notificándole que recibimos su queja en un plazo máximo de 48 horas. En CountyCare intentaremos resolver su queja de inmediato. Si no podemos, nos comunicaremos con usted para pedirle más información. En un plazo máximo de 90 días, usted recibirá una carta de CountyCare con nuestra resolución.

## Apelaciones

Una apelación es una forma en la que usted puede pedir una reconsideración de nuestras acciones. Si decidimos que un servicio solicitado no puede ser autorizado, o si un servicio es reducido o suspendido, usted recibirá una carta de "Determinación de Beneficios Adversa" (Adverse Benefit Determination). Esta carta le indicará lo siguiente:

- Qué acción se tomó y el motivo de ella
- Su derecho de presentar una queja y cómo hacerlo
- Su derecho de pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y cómo hacerlo
- Su derecho en algunas circunstancias para pedir una apelación acelerada y cómo hacerlo
- Su derecho de pedir que sus beneficios continúen durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo podría tener que pagar por los servicios

Puede ser que usted no esté de acuerdo con una decisión o acción realizada por CountyCare sobre sus servicios o un artículo que haya solicitado. Una apelación es una forma en la que usted puede pedir una reconsideración de nuestras acciones. Puede apelar dentro de un plazo de **60 días** a partir de la fecha de nuestra carta de Determinación de Beneficios Adversa (Adverse Benefit Determination). Si desea que sus servicios se mantengan igual mientras apela, debe mencionar esto cuando apele y debe presentar su apelación a más tardar en **10 días** a partir de la fecha de nuestra carta de Determinación de Beneficios Adversa (Adverse Benefit Determination). La lista a continuación incluye ejemplos de cuándo podría querer presentar una apelación.

- Cuando no autoricemos o paguemos un servicio o artículo que su proveedor solicitó
- Cuando suspendamos un servicio que había sido aprobado anteriormente

- Cuando no le brindemos un servicio o artículos en un período de tiempo adecuado
- Cuando no le informemos de su derecho a elegir proveedores libremente
- Cuando no le autoricemos un servicio porque no estaba afiliado a nuestra red

### Estas son dos maneras de presentar una apelación:

- 1.** Llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Si presenta una apelación por teléfono, tiene que darle seguimiento con una solicitud de apelación firmada por escrito.
- 2.** Envíe por correo o por fax su solicitud de apelación escrita a:

#### CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153  
Eagan, MN 55121  
Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661  
(llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY)  
Fax: 312-548-9940

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin ningún costo para usted. Por favor incluya esta petición cuando presente su apelación. Si tiene discapacidades auditivas, llame a la Línea de Retransmisión de Illinois al 711.

### ¿Puede alguien ayudarle con el proceso de apelaciones?

Usted cuenta con varias opciones para obtener ayuda. Puede:

- Pedirle a alguien que lo ayude representándolo. Esta persona podría ser su doctor de cuidado médico primario o un familiar, por ejemplo.
- Decidir que un profesional legal lo represente.

Para designar a alguien que lo represente:

- 1.** Mándenos una carta en la que nos informe su deseo de que otra persona lo represente e incluya en la carta la información de contacto de dicha persona; o
- 2.** Llene el formulario de Representante Autorizado (Authorized Representative form). Puede obtener este formulario en nuestro sitio web: [http://www.countycare.com/Media/Default/pdf/2018/CountyCare\\_Authorized\\_Rep\\_Form\\_110218.pdf](http://www.countycare.com/Media/Default/pdf/2018/CountyCare_Authorized_Rep_Form_110218.pdf)

## Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de confirmación dentro de un plazo de 3 días laborables indicando que recibimos su apelación. Le avisaremos si necesitamos más información y cómo proporcionarnos dicha información, ya sea en persona o por escrito. Un proveedor con la misma especialidad o una especialidad parecida a la del proveedor que le atiende reconsiderará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de rechazar, reducir o suspender el servicio médico.

CountyCare le enviará nuestra decisión por escrito dentro de un plazo de 15 días laborables a partir de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación. CountyCare puede solicitar una extensión de hasta 14 días adicionales para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión. Usted también nos puede pedir una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales para apoyar su apelación.

Le llamaremos para informarle nuestra decisión y para enviarles a usted y a su representante autorizado el Aviso de la Decisión (Decision Notice). El Aviso de la Decisión (Decision Notice) le informará de la decisión y la razón.

Si la decisión de CountyCare coincide con la Determinación de Beneficios Adversa (Adverse Benefit Determination), puede ser que usted tenga que pagar el costo de los servicios que recibió durante la tramitación de la apelación. Si la decisión de CountyCare no coincide con la Determinación de Beneficios Adversa (Adverse Benefit Determination), aprobaremos los servicios para que comiencen de inmediato.

Puntos que hay que tomar en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento usted puede proporcionarnos más información sobre su apelación, si es necesario.
- Usted tiene la opción de ver su expediente de apelación.
- Usted tiene la opción de estar presente cuando CountyCare reconsidera su apelación.

## ¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor cree que nuestro plazo de tiempo estándar de 15 días laborables para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en riesgo grave su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o por teléfono. Si nos escribe, por favor incluya su nombre, número de identificación de miembro, la fecha de su carta de Determinación de Beneficios Adversa (Adverse Benefit Determination), la información sobre su caso y la razón por la cual está pidiendo una apelación acelerada. Le indicaremos en un plazo de 24 horas si necesitamos más información. Una vez que toda la información haya sido proporcionada, le llamaremos en

un plazo de 24 horas para informarle nuestra decisión y también les enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de la Decisión (Decision Notice).

## ¿Cómo puede retractar una apelación?

Usted tiene derecho a retractar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento, durante el proceso de apelación.

Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito, utilizando la misma dirección que fue usada para presentar su apelación. La retracción de su apelación finalizará el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

CountyCare reconocerá la retracción de su apelación enviándole un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información acerca de cómo retractar su apelación, llame a CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

## ¿Qué pasa después?

Después de que reciba el Aviso de la Decisión (Decision Notice) de la apelación de CountyCare por escrito, usted no tiene que hacer nada y se cerrará su expediente de apelación. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede hacer algo al solicitar una Apelación de Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing Appeal) y/o una reconsideración externa de su apelación dentro de un plazo de **30 días** a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice). Puede elegir solicitar tanto una Apelación de Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing Appeal) como una reconsideración externa, o puede elegir solicitar solo una de las dos.

## Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing)

Si así lo decide, usted puede pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) dentro de un plazo de **120 días** a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice); sin embargo, si desea seguir con sus servicios, debe pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) dentro de un plazo de **10 días** a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice). Si no gana esta apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que le fueron otorgados durante el proceso de apelación.

Igual que con el proceso de apelaciones de CountyCare, usted puede pedir que alguien lo represente en la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing), como un abogado; o pedirle a un familiar o amigo que hable por usted. Para designar a alguien que lo represente, envíenos una carta en la que nos informe su deseo de que otra persona lo represente e incluya en la carta la información de contacto de dicha persona.

Puede pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) de una de las siguientes formas:

- Su centro local de recursos comunitarios para la familia le puede dar el formulario de apelación para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y le ayudará a llenarlo, si así lo desea.
- Visite <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> para crear una Cuenta de Apelaciones ABE (ABE Appeals Account) y envíe una Apelación de Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) en línea. Esto le permitirá seguir y administrar su apelación en línea; además de ver fechas importantes y avisos relacionados a la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y mandar la documentación correspondiente.
- Si desea presentar una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) relacionada con sus servicios o artículos médicos, o con servicios de Exención para Envejecientes (Programa de Cuidados Comunitarios o CCP, por sus siglas en inglés) envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Healthcare  
and Family Services  
Bureau of Administrative Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
Facsímile: (312) 793-2005  
Correo electrónico: HFS.FairHearings@illinois.gov

- O puede llamar al (855) 418-4421, TTY: (800) 526-5812
- Si desea presentar una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) relacionada con servicios o artículos de salud mental, servicios para el uso de sustancias, servicios de Exención para Personas con Discapacidades, servicios de Exención por Lesiones Cerebrales Traumáticas, servicios de Exención de VIH/SIDA, o cualquier Programa de Servicios en el Hogar (HSP, por sus siglas en inglés) envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human  
Services Bureau of Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
Facsímile: (312) 793-8573  
Correo electrónico: DHS.HSPAppeals@illinois.gov  
O también puede llamar al  
(800) 435-0774, TTY: (877) 734-7429

## Proceso de Audiencias Imparciales del Estado (State Fair Hearing)

La audiencia será llevada a cabo por un Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer) autorizado para llevar a cabo Audiencias Imparciales del Estado (State Fair Hearings).

Usted recibirá una carta de la Oficina de Audiencias correspondiente para informarle la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también le brindará información acerca de la audiencia. Es importante que lea detenidamente esta carta. Si crea una cuenta en <http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, puede tener acceso a todas las cartas relacionadas con su proceso de Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) a través de su Cuenta de Apelaciones ABE (ABE Appeals Account). También puede subir documentos en línea y ver sus citas.

Por lo menos 3 días laborables antes de la audiencia, recibirá información de parte de CountyCare incluyendo todas las evidencias que presentaremos en la audiencia. Esta información también le será enviada al Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer). Usted tendrá que proporcionar todas las evidencias que presentará en la audiencia a CountyCare y al Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer) por lo menos 3 días laborables antes de la audiencia. Esto incluye una lista de los testigos que se presentarán para apoyarlo, así como todos los documentos que usted usará para fundamentar su apelación.

Usted tendrá que notificar a la Oficina de Audiencias correspondiente de cualquier adaptación que pueda necesitar. Su audiencia puede ser llevada a cabo por teléfono. Por favor asegúrese de proporcionar el número telefónico más adecuado para localizarlo durante el horario laboral en su solicitud de una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing). La audiencia puede ser grabada.

## Continuación o aplazamiento

Usted puede solicitar una continuación durante la audiencia, o un aplazamiento antes de que empiece la audiencia, que podría serle otorgado si existe una buena justificación. Si el Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer) está de acuerdo, usted y todas las partes involucradas de la apelación serán notificadas por escrito sobre una nueva fecha, hora y lugar. El plazo de tiempo para que se concluya el proceso de apelación será prolongado de acuerdo a la extensión de la continuación o aplazamiento.

## **Incumplimiento por no presentarse a la audiencia**

Su apelación será descartada si usted o su representante autorizado no se presentan en la audiencia en la hora, fecha y lugar indicado en la notificación y si no han solicitado un aplazamiento por escrito. Si su audiencia es llevada a cabo por teléfono, su apelación será descartada si no contesta su teléfono a la hora designada de la apelación. Un Aviso de Desestimación (Dismissal Notice) será enviado a todas las partes involucradas de la apelación.

Su audiencia puede ser reprogramada si nos informa dentro de un plazo de **10 días** a partir de la fecha en la que recibió el Aviso de Desestimación (Dismissal Notice), si la razón por la que no se presentó a la audiencia fue:

- Un fallecimiento en su familia
- Lesión corporal o enfermedad que razonablemente le impidió que se presentara
- Una emergencia repentina e inesperada

Si la audiencia de apelación es reprogramada, la Oficina de Audiencias le mandará a usted o a su representante autorizado una carta con la nueva fecha de la audiencia con copias a todas las partes involucradas de la apelación.

Si negamos su solicitud para una nueva fecha de audiencia, recibirá una carta por correo informándole nuestro rechazo.

## **La Decisión de la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing)**

Una carta de Decisión Definitiva Administrativa (Final Administrative Decision) le será enviada por escrito a usted y a todas las partes involucradas por parte de la Oficina de Audiencias correspondiente. La decisión también estará disponible en línea a través de su Cuenta de Apelaciones ABE (ABE Appeals Account). Esta Decisión Definitiva Administrativa (Final Administrative Decision) solamente puede ser reconsiderada por el Tribunal del Circuito del Estado de Illinois. El período de tiempo más corto permitido por el Tribunal del Circuito para presentar dicha revisión puede ser tan breve como de 35 días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene alguna duda, por favor llame a la Oficina de Audiencias.

## **Reconsideración externa (únicamente para servicios médicos)**

Dentro de un plazo de **30 días** a partir de la fecha en el Aviso de la Decisión (Decision Notice) de la apelación de CountyCare, usted puede solicitar una revisión de una persona fuera de CountyCare. A esto se le conoce como **reconsideración externa**. Dicha persona, conocida como asesor externo, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un proveedor certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica con la misma especialización o una especialidad parecida a la del proveedor que le atiende

- Estar actualmente practicando la medicina
- No tener ningún interés financiero en la decisión
- No lo conoce a usted ni llegará a conocer su identidad durante la reconsideración

La Reconsideración Externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos a través de la Exención para los Envejecientes; la Exención para Personas con Discapacidades; la Exención para Lesiones Cerebrales Traumáticas; la Exención de VIH/SIDA; o el Programa de Servicios en el Hogar.

## **Su carta debe pedir una reconsideración externa de dicha acción y deberá ser enviada a:**

CountyCare Health Plan  
P.O. Box 21153  
Eagan, MN 55121  
Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661  
(llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY)  
Facsímile: 312-548-9940

## **¿Qué sucede después?**

- Revisaremos su solicitud para ver si cumple con los requisitos para una reconsideración externa. Contamos con 5 días laborables para hacer esto. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud cumple con los requisitos correspondientes. Si su solicitud cumple con los requisitos, la carta tendrá el nombre del asesor externo.
- Usted tiene 5 días laborables a partir de la carta que le enviamos para mandar al asesor externo cualquier información adicional sobre su solicitud.

El asesor externo le enviará a usted y/o a su representante y a CountyCare una carta con su decisión dentro de un plazo de 5 días a partir de la fecha de recibimiento de toda la información que requiere para llevar a cabo su reconsideración.

## **Reconsideración externa acelerada**

Si el plazo normal para una reconsideración externa podría poner en riesgo su vida o su salud, usted o su representante pueden pedir una **reconsideración externa acelerada**. Puede hacer esto por teléfono o por escrito. Para solicitar una reconsideración externa acelerada por teléfono, llame a Servicios para Miembros sin cargo al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la dirección a continuación. Solamente puede pedir una reconsideración externa una vez sobre una acción específica. Su carta debe pedir una reconsideración externa de esa acción.

CountyCare Health Plan  
P.O. Box 21153  
Eagan, MN 55121  
Fax: 312-548-9940

### **¿Qué sucede después?**

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta en la que pide una reconsideración externa acelerada, revisaremos su solicitud de inmediato para ver si califica para una reconsideración externa acelerada. Si califica, nos comunicaremos con usted o con su representante para darle el nombre del asesor.
- También enviaremos la información necesaria al asesor externo para que pueda empezar su revisión.
- Tan pronto como su condición de salud lo requiera, pero en no más de dos días laborables tras haber recibido toda la información necesaria, el asesor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le informará verbalmente a usted y/o a su representante y a CountyCare cuál fue la decisión. También dará seguimiento con una carta con la decisión dirigida a usted y/o su representante y a CountyCare dentro de un plazo de 48 horas.

## Derechos Y Responsabilidades

Al ser miembro de CountyCare, debemos honrar sus derechos y no podemos castigarlo cuando usted ejerce sus derechos.

### **Derechos de los Miembros:**

- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- Mantener la privacidad de la información personal de su salud y de su expediente médico, excepto cuando su divulgación sea permitida por la ley.
- Estar protegido de ser discriminado.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o aislamiento para forzar, controlar o evitar represalias.
- Recibir información, incluyendo el manual para miembros de CountyCare, en un idioma que usted entienda o en una forma que responda a sus necesidades, como audio, impresión en letra grande o braille.

- Utilizar un intérprete cuando sea necesario.
- Tener una plática franca con su proveedor acerca de las opciones adecuadas o necesarias por razones médicas para el tratamiento de sus condiciones, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios.
- Recibir información sobre opciones de tratamiento y alternativas disponibles. Esto incluye el derecho a preguntar una segunda opinión. Los proveedores deben explicarle su tratamiento de forma que usted lo comprenda.
- Recibir la información necesaria para estar involucrado en tomar decisiones sobre su tratamiento de cuidado médico y sus alternativas.
- Rechazar un tratamiento y ser informado sobre lo que puede sucederle a su salud si lo hace.
- Recibir una copia de su expediente médico y, en algunos casos, solicitar que sean modificados o corregidos.
- Elegir a su Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) de CountyCare. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.
- Presentar una queja o apelación sobre CountyCare o el cuidado médico que haya recibido sin tener miedo de ser tratado mal o de ningún tipo de repercusión.
- Apelar una decisión tomada por CountyCare por teléfono o por escrito.
- Contar con un intérprete durante cualquier proceso de quejas o apelaciones.
- Solicitar y recibir, en un período de tiempo razonable, información sobre CountyCare Health Plan, así como sobre sus proveedores, servicios y políticas.
- Recibir información sobre los Derechos y Responsabilidades de los Miembros de CountyCare. Usted también tiene derecho a sugerir cambios en estas políticas.
- Recibir servicios del cuidado de la salud que cumplan con las leyes federales y estatales. CountyCare debe hacer que los servicios cubiertos sean accesibles para usted. Los servicios deben estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

## **Responsabilidades de los miembros:**

- Tratar a su doctor y al personal del consultorio de manera cortés y respetuosa.
- Llevar consigo su Tarjeta de Identificación de CountyCare cuando vaya a sus citas con el doctor y a la farmacia a recoger sus medicamentos recetados.
- Ir a sus citas y llegar a tiempo a las mismas.
- Si no puede ir a sus citas, cancelarlas con anticipación.
- Proporcionar tanta información como le sea posible para que CountyCare y sus proveedores puedan brindarle el mejor cuidado médico posible.
- Conocer sus problemas de salud y participar lo más posible en la toma de decisiones sobre sus metas de tratamiento.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento acordado entre usted y su doctor.
- Informar a CountyCare y a su trabajador de caso si cambia su número telefónico o dirección.

- Informar a CountyCare y a su trabajador de caso si tiene otro seguro médico y seguir las reglas correspondientes.
- Leer su manual para miembros para conocer cuáles servicios están cubiertos y si hay cualquier tipo de reglas especiales.

## **Certificación de los proveedores e incentivos de los doctores**

Usted tiene derecho a obtener información sobre nuestros proveedores, la cual incluye su:

- Educación
- Certificación de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica
- Recertificación

Usted tiene derecho a preguntar si tenemos arreglos financieros especiales con nuestros doctores que puedan afectar el uso de referidos y otros servicios. que usted pudiera necesitar. Llámenos para obtener esta información.



# Fraude, Desperdicio Y Abuso

Denunciar el fraude, el desperdicio y el abuso (FWA) es responsabilidad de todos.

Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico o cualquier otro proveedor de atención médica o incluso una persona que recibe beneficios está haciendo algo mal.

Hacer algo malo podría tratarse de un fraude, desperdicio o abuso, lo cual es ilegal.

- Fraude es cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho.
- Desperdicio es cuando alguien usa en exceso o hace mal uso de servicios, recursos o materiales del programa de Medicad, lo cual tiene como consecuencia costos innecesarios.
- Abuso es cuando alguien causa daños o perjuicios financieros.

El fraude, el desperdicio y el abuso son incidentes que deben ser reportados.

Avísenos si cree que una persona:

- Está recibiendo pagos por servicios que no fueron brindados o no eran necesarios
- No está diciendo la verdad acerca de una afección médica para recibir un tratamiento médico.
- Está haciendo mal uso de sus beneficios del plan.
- Está dejando que alguien más use su identificación de Medicaid.
- Está usando la identificación de Medicaid de otra persona.
- No está diciendo la verdad acerca de la cantidad de dinero o recursos que posee con tal de recibir beneficios.



CountyCare le enviará cartas de vez en cuando para pedirle que confirme que ha recibido servicios médicos. Por favor revise y responda a estas cartas. Esto nos ayuda a prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso. Hay muchas maneras de reportar el fraude, el desperdicio y el abuso.

## ¿Qué puedo hacer?

Si cree que un proveedor de cuidado médico o una persona que está recibiendo beneficios está haciendo algo malo, debe reportarla de inmediato. Toda la información será confidencial.

Hay muchas formas de reportar el fraude, desperdicio y abuso:

Línea Telefónica de Fraude y Abuso de CountyCare: 844-509-4669

Servicios para Miembros de CountyCare: 312-864-8200  
855-444-1661  
711 (TDD/TTY)

Línea Telefónica de Fraude de Medicaid/Beneficencia de HFS: 844-453-7283  
1-844-ILFRAUD

Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS, por sus siglas en inglés): 800-368-1463

Departamento de Envejecientes de Illinois: 866-800-1409  
888-206-1327  
(TTY)

Línea de Ayuda para Envejecientes: 800-252-8966  
888-206-1327  
(TTY)

# Salud, Seguridad, Bienestar, Reporte Y Seguimiento De Incidentes

Los incidentes relacionados con la salud, seguridad y bienestar de los miembros son definidos por la ley del estado de Illinois. Involucran acciones que podrían poner en riesgo la salud, seguridad y bienestar de adultos vulnerables al causar daño o crear un riesgo grave de daño a una persona por parte de su cuidador u otra persona en la quien confía, independientemente de si el daño es o no intencional.

## Entre este tipo de incidentes se encuentran:

**Abuso físico:** infligir dolor físico o lesiones de manera deliberada, o la privación deliberada de servicios necesarios para la seguridad física de una persona

**Abuso emocional:** una acción que infinge daño emocional, provoca miedo o vergüenza, o afecta negativamente la salud mental o la seguridad de una persona

**Negligencia:** cuando una agencia, institución, empleado o cuidador no proporciona servicios importantes necesarios para mantener la salud física o mental de un adulto vulnerable

**Abuso financiero:** el mal uso o hurto de la propiedad o los recursos de un adulto vulnerable utilizando una influencia indebida, violación de una relación fiduciaria, engaño, acoso, coerción criminal, robo u otros medios ilegales o indebidos

## Requisitos para reportar incidentes

Los incidentes que involucran abuso, negligencia o abuso financiero de un miembro deben ser reportados a las autoridades, según los requerimientos de las leyes estatales.

## Cómo reportar un incidente

Los incidentes relacionados con miembros de CountyCare pueden reportarse a CountyCare por fax, correo electrónico o teléfono.

Llame a Servicios para miembros al **312-864-8200 / 855-444-1661 / 711 TTD/TTY**

Correo electrónico:

[countycarequalityofcare@cookcountyhhs.org](mailto:countycarequalityofcare@cookcountyhhs.org)

Fax: 312-637-8312

También puede reportar incidentes a la agencia estatal correspondiente, de acuerdo a lo siguiente:

- **Para los miembros de 18 a 59 años con una discapacidad o mayores de 60 años que viven en la comunidad:**
  - Línea Directa de los Servicios de Protección de Adultos del Departamento de
  - Adultos Mayores de Illinois: **866-800-1409 (voz); TTY: 888-206-1327**
- **Para los miembros menores de 18 años de edad:**
  - Línea Telefónica del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (DCFS, por sus siglas en inglés): **800-252-2873 (voz); TTY: 800-358-5117.**  
*Para los que nos de DCFS*
- **Para los miembros en instalaciones de enfermería:**
  - Línea Telefónica de Quejas de Asilos de Ancianos del Departamento de
  - Salud Pública: **800-252-4343**
- **Para los miembros de 18 a 59 años que reciben servicios de salud mental o de Discapacidades del Desarrollo en programas operados:**
  - licenciados, certificados o financiados por DHS: número telefónico de la Oficina del Inspector
  - General del Departamento de Servicios Humanos de Illinois: **800-368-1463 (voz y TTY)**
- **Para los miembros en centros de vivienda asistida (SLF, por sus siglas en inglés):**
  - Línea Telefónica de Quejas del Departamento del Cuidado de la
  - Salud y Servicios para Familias: **800-226-0768**

Si usted o un familiar son testigos de, escuchan o sospechan un incidente de abuso, negligencia, abuso financiero o cualquier otro suceso que podría poner en riesgo a un miembro o a los servicios de un miembro, es importante reportar dicha acusación de inmediato. Los siguientes son algunos ejemplos:

### **Indicios de abuso físico:**

- Puñetazos, golpes, golpizas
- Bofetadas, manotazos
- Empujones, sacudidas
- Pellizcos, cortadas
- Restricción física indebida

### **Indicios de abuso sexual:**

- Violación
- Violación durante una cita
- Intento de violación
- Caricias indebidas
- Agresión sexual
- Desnudez forzada
- Contenido sexual explícito

### **Indicios de abuso emocional:**

- Apodos ofensivos
- Gritos, intimidación
- Burlas, insultos
- Amenazas
- Imposición, manipulación

### **Indicios de negligencia:**

- Una lesión que no ha sido tratada adecuadamente
- Deshidratación o malnutrición sin que la causa esté relacionada con una enfermedad
- Palidez, ojos o cachetes hundidos
- Ropa o cama sucia
- Falta de recursos indispensables como comida, agua, gas o energía eléctrica; uso de la misma ropa todo el tiempo
- Uso de la misma ropa todo el tiempo
- Pulgas o piojos en una persona
- Desaliñado, sucio
- Cabello apelmazado, enredado o sin peinar

### **Indicios de abuso financiero:**

- Acceder a los fondos de otra persona sin su consentimiento
- Cambios de dueño de activos o recursos
- Falsificación de firma para transacciones financieras
- Modificación de documentos legales como testamentos
- Usar el dinero de alguien más por razones personales

## **Definiciones**

**Apelación** significa una petición para que su plan de seguro médico reconsidera una decisión.

**Autorización previa** significa que su plan o seguro médico decide que un servicio de salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es necesario por razones médicas. En algunas ocasiones es llamada preautorización, aprobación previa o precertificación. Su plan o seguro médico puede requerir una autorización previa para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en el caso de una emergencia. Una autorización previa no es una promesa de que su plan o seguro médico cubrirá el costo.

**Cobertura de Medicamentos Recetados** quiere decir que el plan o seguro médico ayuda a pagar medicamentos recetados.

**Condición Médica de Emergencia** es una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría cuidado médico inmediatamente para evitar daños severos.

**Copago** significa una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de salud cubierto, usualmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar dependiendo del tipo de servicio de salud cubierto.

**Cuidado de Enfermería Especializada** se refiere a los servicios de enfermería proporcionados bajo el esquema de la Ley de la Práctica de Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 et seq.) por enfermeros registrados, enfermeros licenciados o enfermeros vocacionales certificados para practicar en el estado de Illinois.

**Cuidado de la Salud en el Hogar** es los servicios del cuidado de la salud que recibe una persona en su casa.

**Cuidado Médico para Pacientes Ambulatorios** es el cuidado médico en un hospital que por lo general no requiere una estadía de una noche.

**Cuidado Urgente** quiere decir cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque cuidado médico de inmediato, pero no tan grave que requiera cuidado de la sala de emergencia.

**Equipo Médico Duradero** es el equipo y los suministros incluidos en un pedido hecho por un proveedor de cuidado médico para su uso diario o prolongado.

**Especialista** es un doctor que se concentra en un área específica de la medicina o un grupo específico de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.

**Fuera de la Red** significa proporcionarle a un beneficiario la opción de tener acceso a servicios del plan fuera de la red de proveedores contratados del plan. En algunos casos, los costos de los gastos pagados por el beneficiario pueden ser más altos para un beneficio fuera de la red.

**Hospitalización** es el cuidado médico en un hospital que requiere ser admitido como paciente hospitalizado y generalmente requiere quedarse una noche. Una estadía de una noche en observación también puede ser cuidado médico ambulatorio.

**Necesario por Razones Médicas** se refiere a los servicios o suministros del cuidado de la salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o padecimiento o sus síntomas y que cumplen con las normas establecidas de la medicina.

**Proveedor de Cuidado Médico Primario** es un doctor (médico o M.D., por sus siglas en latín; o Médico Osteópata, o D.O., por sus siglas en inglés), un enfermero autorizado a expedir recetas médicas, un especialista en enfermería clínica o un asistente del doctor, de forma permitida por las leyes estatales, que proporciona, coordina o ayuda a que un paciente tenga acceso a una variedad de servicios del cuidado de la salud.

**Queja** significa un reclamo que usted le comunica a su plan de seguro médico.

**Servicios de Emergencia** son la evaluación de una condición médica y su tratamiento para evitar que la condición empeore.

**Servicios de Hospicio** son los servicios para proporcionar consuelo y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal, así como a sus familias.

**Servicios Excluidos** son los servicios del cuidado de la salud que su seguro médico no paga o cubre.

**Servicios y Dispositivos de Habilización** son servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y su funcionamiento para la vida diaria. Un ejemplo es la terapia para un niño que no está caminando o hablando a la edad en la que se espera que lo haga. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en diversas instalaciones para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

**Servicios y Dispositivos de Rehabilitación** son los servicios del cuidado de la salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar sus habilidades o su funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o disminuido debido a que una persona estaba enferma, lesionada o discapacitada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátricos en diversas instalaciones para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

## Cláusulas De Exención De Responsabilidad

### Declaración de no discriminación

La discriminación es ilegal. De conformidad con las leyes federales de derechos civiles correspondientes, CountyCare no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. CountyCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CountyCare:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos para quienes el inglés no es su idioma principal, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, por favor comuníquese con **Servicios para Miembros** de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Si cree que CountyCare no ha proporcionado adecuadamente estos servicios o ha discriminado de cualquier otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

CountyCare Health Plan  
P. O. Box 21153  
Eagan, MN 55121  
Fax: (312) 548-9940

Puede presentar una queja en persona o por correo, facsímile o en nuestro sitio web. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Quejas y Apelaciones de CountyCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue,  
SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Los formularios de quejas están disponibles en:  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

#### English:

ATTENTION: If you speak ENGLISH, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TTY).

#### Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711 (TTY).

#### Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711 (TTY).

#### Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711。

#### Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711. 번으로 전화해 주십시오.

#### Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711.

#### Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انك اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرا لك بالمجان. اتصل برقم 711 / 312-864-8200 / 855-444-1661 (رقم هاتف الصم والبكم: .(312-864-8200 / 855-444-1661 / 711

#### Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 312-864-8200 / 855-444-1661 (телефон: 711).

#### Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિશ્ચિલુક્ત ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કોણ કરો 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

#### Urdu:

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں۔ 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711)

#### Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 1-711).



## **Italian**

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

## **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ़्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## **French**

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 312-864-8200 / 855-444-1661 (ATS : 711).

## **Greek**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

## **German**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

## **Ukrainian**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 312-864-8200 / 855-444-1661 (телефон: 711).

# Aviso De Prácticas De Privacidad De CountyCare

**ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA POR SU PLAN MÉDICO. TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE ACCEDER A SU PROPIA INFORMACIÓN MÉDICA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

## **¿Qué es este documento?**

Este documento, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, le informa de cómo CountyCare ("nosotros") puede usar y compartir su información médica. Este aviso también describe sus derechos para acceder a su información y nuestras responsabilidades de informarle si ocurre una violación de su información. Debemos mantener su información médica privada y segura.

## **¿Qué es información médica?**

La expresión "información médica" significa cualquier información relacionada con su atención médica que lo identifique. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, su nombre, fecha de nacimiento, detalles sobre la atención médica que recibió o los montos pagados por su atención.

## **¿Por qué se me entrega este aviso?**

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y darle información sobre cómo la usamos y compartimos. También estamos obligados por ley a darle este aviso. Estas leyes estatales y federales refuerzan nuestro compromiso con usted, como miembro, de mantener su confidencialidad con cuidado. No usaremos ni compartiremos su información salvo como se describe aquí, a menos que usted nos dé su permiso por escrito. Si nos da permiso para compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

## **¿Quién cumple este aviso?**

Todos los empleados, contratistas, consultores, proveedores, voluntarios y otros profesionales y organizaciones médicas que trabajan con CountyCare cumplen este aviso.

## **Cómo podemos usar y compartir su información médica**

**Para manejar su atención médica.** Usaremos y compartiremos su información médica para ayudar con su atención médica.

**Por ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

**Por ejemplo:** Podemos compartir su información médica con una agencia de servicios que organiza vivienda con apoyo para atención médica.

**Para operaciones de atención médica.** Usaremos y compartiremos su información médica para hacer nuestro trabajo y evaluar cómo lo estamos haciendo. Podemos comunicarnos con usted cuando sea necesario, o si usted aceptó ser contactado.

**Por ejemplo:** Usaremos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que está recibiendo buena atención.

**Por ejemplo:** Enviamos datos relacionados con su información médica al estado para demostrar que estamos cumpliendo nuestro contrato.

**Para pagar sus servicios médicos.** Podemos usar y compartir su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.

**Por ejemplo:** Compartiremos su información con una empresa de transporte para asegurarnos de que llegue a sus citas.

**Para administrar su plan.** Podemos compartir su información médica con otras empresas que tengan un contrato con CountyCare para la administración del plan.

**Por ejemplo:** Compartiremos su información con una empresa de transporte para asegurarnos de que llegue a sus citas.

**Con asociados comerciales.** Podemos compartir su información médica con otra empresa, llamada asociado comercial, que contratamos para dar un servicio a nosotros o en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el asociado comercial acepta por escrito mantenerla privada y segura.

## Cómo podemos usar o compartir su información médica con su permiso

Usted puede decidir cómo usamos y compartimos su información en las situaciones que se describen abajo. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no puede indicarnos su preferencia, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

**Con personas involucradas en el pago de su atención.** Podemos compartir su información médica con sus familiares, amistades u otra persona que usted nos indique que participa en su atención médica o que ayuda a pagarla. Usted tiene derecho a pedirnos que no compartamos su información con ciertas personas, pero debe informarnos. En una situación de emergencia u otra circunstancia en la que no pueda decirnos su preferencia, podríamos compartir parte de su información con familiares, amistades u otras personas si creemos que es lo mejor para usted.

**Para compartir información sobre beneficios relacionados con la salud, servicios y alternativas de tratamiento.** Podemos informarle sobre servicios médicos, productos, tratamientos posibles o alternativas disponibles para usted. Podemos darle esta información mediante boletines generales, en persona o a través de productos o servicios de valor nominal. Podemos compartir su información médica con un asociado comercial que nos ayude con estas actividades. Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas, encuestas para miembros, beneficios de programas de bienestar u otras comunicaciones generales y contenido relacionado con la atención médica si usted nos ha dado su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil. Podríamos contactarlo por llamada telefónica, correo electrónico o mensaje de texto si ha dado esos medios de contacto. Usted puede comunicarse con nosotros para pedir específicamente que no lo contactemos por alguno de esos medios. No podemos vender su información médica sin su permiso por escrito.

**Con padres y tutores legales de menores.** Podemos revelar información médica sobre niños menores a sus padres o tutores legales, a menos que dicha revelación esté prohibida por la ley. Si un menor está emancipado, casado, está embarazada o tiene un hijo, no compartiremos su información con sus padres o tutores legales sin el permiso del menor. Si un menor recibe atención por condiciones sensibles, como VIH/SIDA, salud mental, atención reproductiva u otras, no compartiremos esta información con sus padres o tutores legales sin su permiso o a menos que la ley lo exija o lo permita.

**Para hacer investigaciones.** Podemos usar y revelar su información médica con fines de investigación. La mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. La mayoría requiere su permiso si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique. Sin embargo, la ley permite que cierta investigación se haga usando su información médica sin requerir su autorización.

## Cómo debemos compartir su información médica

También debemos compartir su información en situaciones que contribuyen al bien o la seguridad pública, o si la ley nos exige compartirla. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de compartir su información para estos fines.

**Salud y seguridad pública.** Podemos compartir su información médica por razones médicas y de seguridad pública.

Por ejemplo:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para reportar nacimientos y defunciones;
- para reportar abuso o negligencia infantil;
- para ayudar a reportar información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) sobre productos que supervisa;
- para reportar reacciones adversas a medicamentos;
- para informarle de que pudo haber estado expuesto a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- a su empleador en ciertos casos limitados.

**Con organismos del orden público.** Compartiremos su información médica si así lo requiere la ley federal, estatal o local, o un proceso judicial.

- para responder a una orden judicial, orden de arresto, citación u otro proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida; o
- para obtener información sobre una víctima de un delito, real o presunta.

Podemos compartir información con un agente del orden público:

- si creemos que una muerte fue el resultado de un delito;
- para reportar delitos cometidos en nuestra propiedad; o
- en caso de emergencia.

**Como parte de procedimientos legales.** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o una citación. Solo compartiremos la información especificada en la orden. Si recibimos otras solicitudes legales, podemos compartir su información médica si nos informan de que usted está al tanto y no se opone a la revelación.

**Durante una investigación.** Compartiremos su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si la solicita como parte de una investigación sobre una violación de privacidad. Según estas leyes, debemos entregarle los registros sobre usted que solicite. En ciertas circunstancias limitadas, se nos permite retener parte de la información.

**Funciones gubernamentales especiales.** Podemos compartir su información médica con:

- funcionarios federales autorizados;
- autoridades de mando de las fuerzas armadas o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs) para determinar si usted es apto para el servicio militar, es elegible para servicios médicos para veteranos o si está médicaamente apto para recibir una autorización de seguridad del Departamento de Estado;
- con fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional; y
- para proteger al Presidente.

**Abuso y negligencia.** Es posible que tengamos que compartir su información para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Lo más probable es que se le informe cuando compartamos esta información con dichas agencias.

**Para asistencia en casos de desastre.** Podemos compartir su información médica en situaciones de asistencia por desastre.

**Prevenir una amenaza grave a la seguridad.** Podemos usar y compartir su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

**Con forenses, médicos legistas y directores de funerarias.** Podemos compartir información médica con un forense o médico legista para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos compartir información médica con directores de funerarias si la necesitan para hacer su trabajo.

**Actividades de supervisión en salud.** Ciertas agencias médicas son responsables de supervisar los sistemas de atención médica y los programas del gobierno, o de asegurarse de que se cumplan las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para esos fines.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos revelar información médica a las organizaciones encargadas de obtener, transportar o trasplantar un órgano, ojo o tejido.

**Compensación laboral.** Podemos compartir su información médica con agencias o personas para cumplir con las leyes de compensación laboral u otros programas similares.

## **Sus Derechos con Respecto a Su Información Médica.**

**Usted Tiene Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a pedirnos que limitemos las formas en que usamos y compartimos su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, aunque no estamos obligados a aceptar su solicitud. Estamos obligados a aceptar su solicitud si la revelación es con el propósito de hacer un pago o para operaciones de atención médica y no es requerida por ley. También debemos aceptar su solicitud si la información médica se refiere únicamente a un servicio o artículo de atención médica que usted u otra persona (que no sea su plan médico) pagó completamente por usted. Usted también puede pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos con sus familiares, amistades u otras personas que usted nos indique que están involucradas en su atención o ayudan a pagarla.

Debe enviarnos su solicitud por escrito, firmada y con fecha. Debe describir la información que quiere limitar y decírnos quién no debe recibirla. Debe enviar su solicitud escrita a: CountyCare Health Plan, Atención: Compliance, 1950 West Polk Street, Suite 9217, Chicago, IL 60612. Le informaremos si aceptamos o no su solicitud. Si la aceptamos, la cumpliremos, a menos que la información sea necesaria para tratarle en una emergencia.

**Usted tiene derecho a obtener una copia del conjunto de registros designado.** Usted tiene derecho a leer o recibir una copia del conjunto de registros designado que tenemos sobre usted.

Para revisar u obtener copias de esta información, debe completar su solicitud por escrito. Le entregaremos una copia o un resumen del conjunto de registros designado dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si solicita una copia, podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por concepto de copiado, envío por correo u otros gastos relacionados con su solicitud.

**Usted tiene derecho a solicitar cambios.** Puede pedirnos que modifiquemos su información médica o el registro de pagos si cree que contiene errores o está incompleto. Debe enviarnos una solicitud por escrito e incluir la razón por la que quiere el cambio. No estamos obligados a aceptar la modificación solicitada. Si no aceptamos el cambio, le informaremos por escrito dentro de los 60 días. Usted puede entonces enviar una declaración por escrito en desacuerdo con nuestra decisión. Dicha declaración se adjuntará a la información que usted quería corregir.

### **Usted tiene derecho a solicitar comunicación confidencial.**

Puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina), o que le envíemos correspondencia a una dirección distinta. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Estamos obligados a aceptar su solicitud si usted nos dice que su seguridad estaría en peligro si no lo hacemos.

### **Usted tiene derecho a obtener un registro de revelaciones.**

Usted tiene derecho a hacer una solicitud por escrito para obtener una lista de las veces que hemos compartido su información médica en los últimos seis años. La lista incluirá con quién la compartimos, la fecha y el motivo. Incluiríremos todas las revelaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cualquier revelación que usted nos haya pedido hacer. Daremos un registro al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de los siguientes 12 meses. Su solicitud por escrito debe indicar un período de tiempo.

**Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le entregaremos una copia impresa sin demora.

**Usted tiene derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre.** Si ha designado a alguien con un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Si ha elegido a alguien para que actúe en su nombre, debe enviar una copia de la documentación que le otorga a esa persona la autoridad para hacerlo.

**Información de salud reproductiva.** No usaremos su información médica para hacer ni ayudar a otros a hacer investigaciones ni imponer sanciones por el simple hecho de buscar, obtener o facilitar atención médica reproductiva que sea legal. En los casos en que recibamos solicitudes de su información médica que puedan incluir datos de salud reproductiva para actividades de supervisión de salud, procedimientos judiciales o administrativos, propósitos legales o revelaciones a forenses y médicos legistas, obtendremos una declaración firmada por quien haga la solicitud confirmando que su solicitud no tiene un propósito prohibido y que el uso o revelación indebida de su información médica puede resultar en sanciones penales.

**Información genética.** No está permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni el precio de esa cobertura.

**Uso de su información con fines de mercadeo.** No podemos usar ni revelar su información médica para propósitos de mercadeo a menos que tengamos su permiso por escrito.

**Venta de su información.** No podemos vender su información médica a menos que tengamos su permiso por escrito.

## Otros usos y revelaciones de su información médica

**información sensible.** Algunos tipos de información médica son muy sensibles y están sujetas a protecciones adicionales. La ley puede exigir que obtengamos su permiso por escrito para compartir esta información. La información médica sensible puede incluir pruebas genéticas, pruebas, diagnósticos o tratamiento de VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol o sustancias, agresión sexual o fertilización in vitro. También se requiere su permiso para el uso y la revelación de notas de psicoterapia.

## Cambios a este aviso

Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad, procedimientos y este Aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si cambiamos este Aviso, se publicará en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

## ¿Qué pasa si necesito reportar un problema?

Si usted está inconforme y reporta un problema, no usaremos su queja en su contra.

Si usted cree que CountyCare ha violado sus derechos de privacidad según este Aviso, puede presentar una queja ante CountyCare o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201

También puede llamar al 1-877-696-6775 o visitar <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/>

Puede comunicarse con la Oficina de Cumplimiento Corporativo de Cook County Health o con el Oficial de Privacidad de Cook County Health para hablar sobre cualquier inquietud que tenga, utilizando la información abajo:

Cook County Health & Hospitals System  
1950 West Polk, Suite 9217  
Chicago, IL 60612  
Telephone: 1-877-476-1873  
[compliance@cookcountyhhs.org](mailto:compliance@cookcountyhhs.org)



# Su Coordinador De Cuidado Médico

Puede comunicarse con su coordinador de cuidado médico al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. (hora estándar central). Si tiene discapacidades auditivas, llame a nuestra línea TDD/TTY al 711.

Es importante que se mantenga en contacto con su coordinador de cuidado médico. Él o ella le ayudará con los servicios. Asegúrese de anotar el nombre y teléfono de su coordinador de cuidado médico:

**Mi Coordinador de Cuidado Médico de CountyCare:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_



**Gracias por elegir a**  
**CountyCare**

