



Manual para Miembros

**Community
Care Partners** 

Working Together for Your Health

LOS SOCIOS DEL CUIDADO:



Tabla de Índice

Bienvenido a Community Care Partners	1
Números de Contacto Importantes	1
- ILLINOIS CLIENT ENROLLMENT SERVICES	1
- ILLINOIS HEALTH CONNECT	1
- DEPARTAMENTO DE CUIDADO DE SALUD Y SERVICIOS PARA FAMILIAS DE ILLINOIS	1
- DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DHS) LÍNEA DE AYUDA	1
- LÍNEA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA PARA EL REPORTE DE CAMBIOS DE INFORMACIÓN DE DHS	1
Inscripción	2
Community Care Partners (CCP)	2
- SERVICIO AL CLIENTE	2
- TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID)	3
- HABLAMOS SU IDIOMA	3
- AYÚDENOS A MEJORAR COMMUNITY CARE PARTNERS	3
- PALABRAS ÚTILES	3
- SUS BENEFICIOS	5
Cómo Trabaja	6
- SU HOGAR MÉDICO	6
- PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO	6
- CÓMO CAMBIAR DE PCP	7
- PRESCRIPCIONES	7
- REFERIDOS	7
- SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN SIN EMERGENCIA	7
Otros Servicios	8
- SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS	8
- SERVICIOS DENTALES	8
- ESPECIALISTAS DE LOS OJOS Y SERVICIOS	8
- SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA	8
- SERVICIOS PARA LA VISIÓN	8
Tipo de Cuidado Necesario: Dónde ir y a Quien Llamar	9
- SERVICIOS DE EMERGENCIA	9
- CUANDO DEBE LLAMAR PRIMERO A SU PCP	9
- EMERGENCIA VS. URGENTE VS. VISITAS RUTINARIAS	10
- CUIDADO FUERA DEL HORARIO DE CONSULTA	11
Mujeres y Niños	12
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SERVICIOS PARA LA SALUD DE LA MUJER	12
- ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL	12
- EL PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC)	12
- VISITAS RUTINARIAS DEL NIÑO	13
- SERVICIOS DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO	13
Programas Disponibles	14
Sus Derechos y Responsabilidades	15
Cómo Presentar su Protesta y Apelaciones	16
Privacidad y Confidencialidad	18

Nuestra meta es de proveerle todo el cuidado de salud que usted necesite para que pueda disfrutar de su **mejor salud a lo largo de su vida.**

Bienvenido a Community Care Partners

NorthShore University HealthSystem, Erie Family Health Center, Lake County Health Department and Community Health Centers y Vista Health System se han asociado para crear **Community Care Partners**. Nuestra meta es de proveerle todo el cuidado de salud que usted necesite para que pueda disfrutar de su mejor salud a lo largo de su vida. Estamos comprometidos a servir a adultos y niños elegibles para Medicaid en el condado de Lake y la parte norte del condado de Cook.

El Estado de Illinois decide quien es elegible para los programas médicos del Cuidado de Salud y Servicios Para Familias (HFA). Community Care Partners tiene un contrato con HFA para ofrecerle a usted servicios de Medicaid. Community Care Partners sigue todos los reglamentos federales y estatales y se asegura que no exista ninguna discriminación contra usted por su raza, color, religión, sexo, origen nacional, ancestro, edad o discapacidad física o mental. Community Care Partners también se asegurara que no exista ningún tipo de discriminación por su estado de salud o su necesidad de servicios de salud.

Números de Contacto Importantes:

Community Care Partners

4901 Searle Parkway
Suite 330
PO BOX 1006
Skokie, IL 60077
1-888-977-2447 (TTY/TDD: 800-855-2880)
Fax: 847-982-6963
www.care-partners.org

Illinois Client Enrollment Services

1-877-912-8880 (TTY: 1-866-565-8576)
<http://enrollhfs.illinois.gov>

Illinois Health Connect

1-877-912-1999 (TTY: 1-866-565-8577)
www.illinoishealthconnect.com

Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois

Bureau of Managed Care
401 South Clinton Street, 6th Floor
Chicago, IL 60607
Línea de Asistencia Telefónica de Beneficios Médicos del HFS: 1-866-468-7543
(TTY 1-877-204-1012)

Departamento de Servicios Humanos (DHS)

Línea de Ayuda
1-800-843-6154 (TTY: 1-800-447-6404)

Línea de Asistencia Telefónica para el Reporte de Cambios de Información de DHS

1-800-720-4166 (TTY: 1-800-447-6404)



Inscripción

Si usted es nuevo a Community Care Partners, tiene 90 días para cambiar de plan. Después de los 90 días, usted debe de mantenerse en el mismo plan durante un año hasta que cumpla la fecha de su inscripción anual. Para más información acerca de sus opciones de planes de cuidado de salud, contacte a Illinois Client Enrollment Services al 1-877-912-8880 (TTY: 1-866-565-8576).

Al final de su primer año de inscripción, usted recibirá una carta de Illinois Client Enrollment Broker (ICEB). La carta le informará que ya puede cambiar de plan de cuidado de salud, si así lo desea. Usted tendrá 60 días para cambiarse. La carta le dará las fechas en las que puede hacer los cambios. Este periodo de 60 días se llama “inscripción abierta”. Usted puede cambiar de plan de cuidado de salud durante los 60 días del periodo de inscripción abierta cada año.

Community Care Partners

SERVICIO AL CLIENTE

Tenemos representantes de servicios al cliente disponible los días laborales, 8:30 am a 5:00 pm, para contestar sus preguntas. Los representantes lo pueden ayudar a:

- Entender su elegibilidad
- Entender sus beneficios
- Actualizar sus datos
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Coordinar su transportación
- Escoger o cambiar de Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Encontrar un especialista u hospital
- Como hacer una protesta o apelación

Puede contactar a Servicio al Cliente al 888-977-2447 (TTY/TDD: 800-855-2880). Tenemos traductores disponibles para ayudar con sus necesidades. Todos los materiales están disponible en un formato diferente como Braille. También nos puede encontrar en línea en www.care-partners.org.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID)

Usted ya tuvo que haber recibido su tarjeta de ID de membresía de Community Care Partners. Cada miembro de su familia que se ha inscrito con Community Care Partners recibirá su propia tarjeta. Cada tarjeta es válida mientras la persona sea miembro de Community Care Partners y sea elegible para Medicaid.

Usted necesitará mostrar su tarjeta de ID cada vez que reciba servicios médicos. Esto quiere decir que usted necesitara su tarjeta de ID de Community Care Partners cada vez que usted:

- Vea su PCP
- Vea a un especialista u otro médico
- Visite a una sala de emergencia
- Visite a una instalación de cuidado urgente
- Visite al hospital por cualquier motivo
- Obtenga suministros médicos
- Obtenga medicamentos
- Obtener pruebas médicas

Llame a Servicio al Cliente en cuanto sea posible si:

- Usted no ha recibido su tarjeta(s) de ID
- Cualquier información en su tarjeta(s) de ID está incorrecta
- Pierde su tarjeta(s) de ID
- Hay cambios en su dirección o número de teléfono

HABLAMOS SU IDIOMA

Para nosotros es importante que usted comprenda la información en este manual, sus beneficios y como obtener cuidado. Si usted o un miembro de su familia hablan otro idioma aparte del inglés, nosotros proveemos asistencia en el idioma, por teléfono o en escrito. También usamos el sistema de teléfono TTY/TDD para nuestros miembros con discapacidades de visión y auditivas. Favor de contactar a Servicio al Cliente para obtener más información de los servicios de idioma o de TTY/TDD.

AYÚDENOS A MEJORAR COMMUNITY CARE PARTNERS

Hágase miembro del Consumer Advisory Board. El Consumer Advisory Board es un lugar para que sea escuchado, para ver cómo van las cosas con Community Care Partners y para ofrecernos comentarios acerca de cómo podemos mejorar. Usted nos puede ayudar a evaluar programas y materiales nuevos, darnos consejos de cómo podemos mejor conectarnos con otros miembros y recordarnos que hace a su comunidad tan maravillosa. Favor de contactar a Servicio al Cliente si usted desea ser miembro.

Community Care Partners Working Together for Your Health	
ENROLLEE NAME FIRST NAME M LAST NAME JR	EFFECTIVE DATE XX/XX/XXXX
MEDICAID RECIPIENT IDENTIFICATION NUMBER (RIN)	XXX-XXXXXXX-XXX
PRIMARY CARE PROVIDER (PCP) XXXX XXXX XXXX	PCP PHONE NUMBER XXX-XXX-XXXX
PCP CO-PAY: WAIVED. OTHER CO-PAY APPLY.	
THE CARE PARTNERS: 	

Attention Members: This card does not guarantee eligibility or payment for services. Medical providers must verify identity and eligibility when you need care.

Show this card each time you receive health care and pharmacy services. Contact your care team right away, if you have changes in your health, a hospitalization, an emergency department visit or have questions about your health care or needs.

If you need access to services after hours and cannot reach your PCP or care team, call the number below:

MEMBER HOTLINE:	888-977-2447
TTY (PARTIAL OR TOTAL HEARING LOSS):	800-855-2880

COMMUNITY CARE PARTNERS
4901 SEARLE PARKWAY | SUITE 330 | PO BOX 1006 | SKOKIE, IL 60076
WWW.CARE-PARTNERS.ORG

WORKING TOGETHER FOR YOUR HEALTH

Si su dirección o número de teléfono cambia, usted tendrá que cambiar esos datos llamando a Línea de Asistencia Telefónica para Reportar Cambios de Información al 1-800-720-4166 (TTY: 1-800-447-6404).

Palabras Útiles

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	Es su médico familiar, enfermera(o) u otro proveedor de servicios médicos que lo atiende a usted y a su familia en su hogar médico.
COORDINACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD	Nosotros le ayudaremos a organizar su cuidado de salud y otros servicios que necesite.
COPAGO	Esto es una pequeña tarifa que usted podría que tener que pagar por algunos servicios, como medicamentos con receta. Sus copagos dependen de su edad y del servicio que reciba a través de nosotros.
SERVICIOS CUBIERTOS	Los servicios que usted recibe de Community Care Partners. Por ejemplo, cobertura para servicios de transportación sin emergencia y ciertos servicios dentales son dados a ciertas personas, pero no a otras. Llame a la Línea de Asistencia Telefónica de Beneficios Médicos de HFS al 1-866-468-7543 para informarse que servicios están cubiertos para usted. Si usted usa un TTY, llame al 1-877-204-1012. La llamada es gratis. Usted también puede llamar al Servicio al Cliente de Community Care Partners para información acerca de los servicios que estén cubiertos.
DEPARTAMENTO DE CUIDADO DE SALUD Y SERVICIOS PARA FAMILIAS DE ILLINOIS (HFS)	La agencia estatal que administra los Programas Médicos de HFS. Usted puede hacer una protesta o apelación con ellos referente a su cuidado y servicios.
ILLINOIS CLIENT ENROLLMENT SERVICES	Es parte de HFS. Usted debe de usar este servicio para cambiar su PCP o inscribirse en un nuevo plan de cuidado de salud.
LÍNEA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA DE ILLINOIS	Llame la línea de asistencia cuando la oficina de su médico este cerrada, en la noche y fin de semanas, para hablar con una enfermera quien puede contestar cualquier pregunta que pueda tener y le puede ayudar a decidir si debe de ir a la sala de emergencia. Llame al 1-877-912-1999 (TTY 1-866-565-8577), 7:00 p.m. to 8:00 a.m., de lunes a viernes, y las 24 horas al día durante el fin de semana.
INMUNIZACIONES	Vacunas que ayudan a prevenir enfermedades como sarampión, paperas y varicela.
HOGAR MÉDICO	Un hogar médico es el lugar al que usted acude para su cuidado de salud. Su hogar médico es donde se archivan todos sus expedientes. Usted y su familia irán a su hogar médico para ver a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) cuando estén enfermos o cuando sea tiempo de su visita de rutina.
ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL	Son los cuidados médicos que se le dan a una mujer embarazada durante todo su embarazo. Recibir estos cuidados es importante para la salud de la madre y del bebé que va a nacer.
REFERIDO	Es lo que requiere cuando usted busca los servicios de un proveedor que no es su PCP.
ESPECIALISTA	Es un médico que se dedica a tratar una rama especial de la medicina, como médico de oídos, nariz y garganta o médico de los pies.

Sus Beneficios

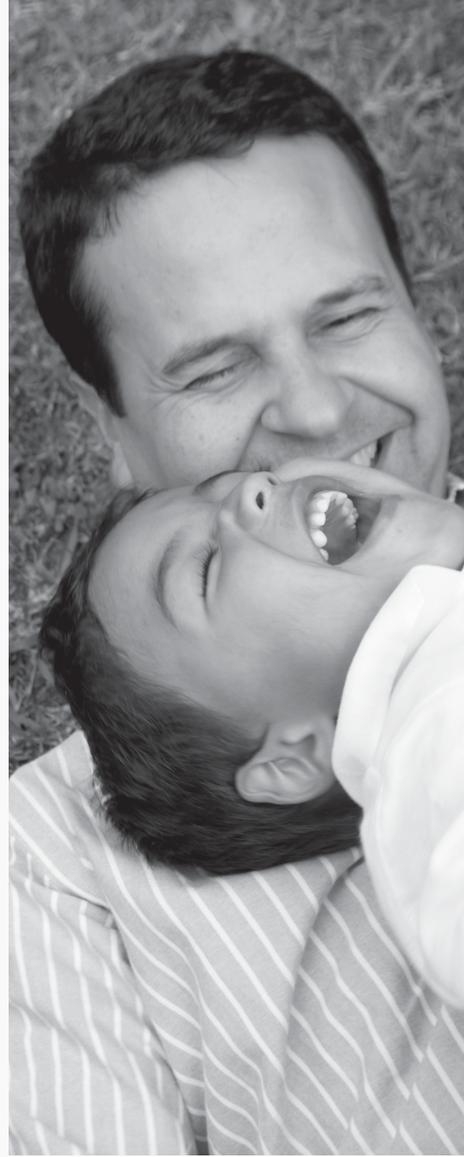
SERVICIOS CUBIERTOS

Usted y su familia pueden recibir los siguientes servicios de Medicaid a través de Community Care Partners:

- Cuidado de enfermería especializada (los primeros 90 días)
- Dispositivos protésicos y ortopédicos, incluidos los dispositivos protésicos o de cirugía reconstructiva incidentales a una mastectomía
- Educación sobre la salud
- Equipos y suministros médicos duraderos y no duraderos
- Farmacia (niños y adultos)
- Hospicio
- Inmunizaciones (niños y adultos)
- Medicinas sin receta médica o de venta libre (OTC por sus siglas en inglés)
- Óptica/visión
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de cuidado por maternidad
- Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico, y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés)
- Servicios de emergencia
- Servicios de enfermeras parteras
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios de médicos
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de podiatra (para personas con diabetes)
- Servicios de salud mental
- Servicios de trasplante (no experimentales)
- Servicios del bienestar del niño
- Servicios dentales
- Servicios para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios
- Servicios preventivos
- Servicios quiroprácticos (solo niños)
- Terapia física ocupacional y del habla
- Transportación
- Tratamiento para el abuso de sustancias y alcohol

NO SON CUBIERTOS

- Cirugía cosmética electiva
- Servicios de cuidado de custodia



Cómo Trabaja

SU HOGAR MÉDICO

Un hogar médico es el lugar al que usted acude para su cuidado de salud. Su hogar médico es donde se archivan todos sus expedientes. Usted y su familia irán a su hogar médico para ver a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) cuando estén enfermos y necesiten cuidado de salud o para visitas rutinarias.

El tener un hogar médico significa que usted obtendrá un cuidado de salud personalizado. Cuando se tiene un hogar médico, su doctor lo llega a conocer bien. Usted se sentirá más cómodo al hablar con su PCP sobre su salud o cualquier problema o pregunta que tenga. De esta manera, usted y su familia reciben el cuidado de salud de calidad que ustedes necesitan para permanecer saludables. Aunque usted esté saludable y nunca se enferme, es bueno tener un hogar médico. Trabajando con su hogar médico le ayudara a tomar control sobre su salud y mantenerse saludable.

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es el médico familiar, enfermera(o) u otro proveedor de servicios médicos que lo atiende a usted y a su familia en su hogar médico.

Su PCP:

- Responderá las preguntas que tenga sobre el cuidado de su salud.
- Le brindará la información que necesita para permanecer saludable.
- Le ayudará a controlar enfermedades y otras condiciones de salud como diabetes, hipertensión y asma.
- Lo referirá a especialistas u otros proveedores de servicios médicos cuando lo necesite.
- Lo atenderá cuando esté enfermo.
- Trabajará con usted para que reciba la atención médica que necesita.

Es muy importante que usted acuda a su cita médica. Si usted tiene alguna dificultad en atender su cita, por favor llame a su PCP lo más antes posible. Cuando llame tendrá la oportunidad de hacer otra cita.

En algunos casos, un especialista puede ser un PCP. Un especialista puede ser un PCP si ellos están asociado con Medicaid como un PCP. Esto significa que el especialista está de acuerdo a proveerle servicios de cuidado primarios (como revisiones y vacunas) y otros requisitos como PCP. Usted puede escoger un especialista para ser su PCP si usted ya recibe cuidado con ellos y ellos están asociado con Medicaid. Por ejemplo, una mujer embarazada puede querer que su obstetra/ginecólogo (OB/GYN) sea su PCP. Ella puede escoger si su OB/GYN es un PCP de Medicaid.

Para averiguar si un especialista se ha asociado con Medicaid como PCP, pregúntele a su especialista o llame a Servicio al Cliente. Si su especialista quiere ser su PCP, pero no se ha asociado con Medicaid, pídale que llame a Servicio al Cliente.

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

Cuando eligió Community Care Partners, también eligió un PCP. Es importante que usted y todos los integrantes de su familia visiten a su PCP lo antes posible para conocerlo. De esta forma, si usted o alguien de su familia necesitan atención médica o se enferma, el PCP podrá brindarles la mejor atención. Su PCP es el doctor que va a conocerlo bien y trabajar con usted para todos sus cuidados. El nombre y el teléfono están en su tarjeta de ID. Su PCP se encargara de sus visitas de rutina, vacunas y otros cuidados de rutina necesarios. Su PCP le proveera con un referido a un especialista cuando lo necesite.

CÓMO CAMBIAR DE PCP

Usted puede cambiar de doctor, por cualquier razón, una vez al mes. Para cambiar de doctor, llame a Servicio al Cliente y le asistiremos en escoger un nuevo PCP. Cuando elija un new PCP, llame a Illinois Health Connect al 1-877-912-1999 (TTY: 1-866-565-8577).

Community Care Partners le enviará una nueva tarjeta de ID con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP. Para ver los nombres de los PCPs en la red de Community Care Partners, usted puede acudir a su Directorio de Proveedores visitando la página web www.care-partners.org o llamando a Servicio al Cliente.

PRESCRIPCIONES

Medicaid provee cobertura para prescripciones (medicina). Para obtener sus medicamentos deberá contar con una receta firmada por su PCP. Adultos (19 – 64) son permitidos 4 prescripciones al mes. El PCP puede recetar más medicina con aprobación previa. En Illinois, casi todas las farmacias aceptan el Medicaid. Para asegurarse, llame a la farmacia primero.

Habrán copagos para la mayoría de los medicamentos. La cantidad del copago depende en el tipo de medicina cual esta descrita en la tabla: de marca comercial, genérica o de venta libre. Para los niños de All Kids, la cantidad de copago depende en el programa específico del All Kids. Si tiene alguna pregunta sobre que medicamento en Medicaid cubre o si tiene algún copago, llame a Servicio al Cliente.

TIPO	CANTIDAD DE COPAGO
Marca comercial	\$3.90
Genérica	\$2.00
Medicinas de venta libre recetadas por su PCP*	\$2.00

*Medicinas de venta libre no están cubierta bajo el plan de All Kids Premium level 2.
Los niños de All Kids Assist no tienen copagos

REFERIDOS

Queremos que usted tenga acceso a doctores cuando lo necesite. Usted no necesita un referido para ver a su PCP, OB/GYN, servicios dentales o visión, o para medicamento.

SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN SIN EMERGENCIA

Usted no necesita un referido de su PCP para recibir servicios de transportación en casos que no son de emergencia. Si tiene dificultad en poder asistir a sus citas con especialistas ya sea por no contar con un vehículo o por no poder pagar por el gasto de gasolina, Community Care Partners o HFS puede ayudarlo a llegar a la oficina de su PCP o a la clínica. Esto no se aplica a los servicios de ambulancia.

Servicio de transportación es cubierto bajo el Medicaid solamente para el doctor más cercano.

Para ver si usted cumple con los requisitos para recibir servicios de transportación de “no emergencia”, comuníquese con First Transit al 1-877-725-0569 (TTY: 1-877-204-1012). Puede llamar de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y 5:00 p.m. La llamada es gratis.

Community Care Partners también ha contratado a Ride Right para su servicio de transportación. Déjele saber a su PCP si usted necesita transportación o llame al Servicio al Cliente.

Tiene que llamar por lo menos 2 días laborales antes de su cita. Cuando llame a First Transit para pedir la aprobación del servicio de transportación, debe proporcionar los siguientes datos:

- Fecha, hora y motivo de la cita
- Nombre y dirección del consultorio del médico o de la clínica a donde la persona asistirá
- Nombre, dirección, y número telefónico de la persona que necesita transportación
- El número de identificación del beneficiario (es el número que aparece en la Tarjeta Médica del HFS o All Kids)
- Nombre del proveedor del servicio de transportación, si lo sabe

Otros Servicios

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Si usted necesita servicios de salud mental y/o por abuso de sustancias, llame a su PCP para recibir ayuda en coordinar su cuidado y para referirlo al lugar adecuado para usted, incluyendo un Centro de Salud Comunitario o una oficina de Illinois Department of Mental Health and Addiction Services (MHA). Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para más información, o usted mismo puede acudir directamente a un centro comunitario certificado para la salud mental o tratamiento. Favor de ver su directorio de proveedores o llamar a Servicio al Cliente para obtener los nombres y números de teléfono de las oficinas más cercanas a usted. También puede revisar el directorio en línea visitando www.care-partners.org.

SERVICIOS DENTALES

No necesita un referido de su PCP para servicios dentales. Medicaid cubre los servicios dentales para niños y adultos. Los niños deben visitar al dentista para una revisión cada seis meses empezando a los 2 años. Estos servicios incluyen visitas para prevenir enfermedades, identificar problemas y arreglar sus dientes - a través de exámenes, limpiezas orales, empastes de caries, tratamiento de conductos y extracciones. En algunos casos, puede haber un copago por los servicios, pero no hay copago por los exámenes. También puede haber limitaciones en la frecuencia que usted pueda recibir un servicio.

Dentro de los beneficios dentales, lo animamos que vaya con un dentista por un examen oral. Durante el examen, su dentista desarrollara un plan de tratamiento para usted. Si el plan de tratamiento incluye un servicio dental que este cubierto pero requiera pre-aprobación, el dentista solicitará la aprobación. Si es aprobado, el dentista puede proveer el servicio.

Si tiene alguna pregunta en cómo encontrar un dentista o que cubre sus beneficios dentales, llame a Servicios Dentales at 1-888-286-2447 (TTY: 1-800-466-7566).

Para más información, visite las páginas con los documentos para los miembros de DentaQuest: <http://www.dentaquest.com/state-plans/regions/illinois/member-page/member-documents/>

ESPECIALISTAS DE LOS OJOS Y SERVICIOS

Un especialista de los ojos se llama un oftalmólogo. Para ver a un oftalmólogo por causa de una enfermedad o lesión de los ojos, usted necesita un referido de su PCP.

Para informarse de que servicios de visión están cubiertos para usted, llama a la Línea de Asistencia Telefónica de Beneficios Médicos del HFS al 1-866-468-7543 (TTY: 1-877-204-1012). La llamada es gratis.

Si necesita ayuda en encontrar un proveedor de cuidado de visión o un oftalmólogo, favor de llamar a Illinois Health Connect al 1-877-912-1999 (TTY: 1-866-565-8577).



SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA

Queremos asegurarnos que usted siempre pueda ver al tipo de médico que necesita y reciba los exámenes y procedimientos necesarios. Aunque usted no es requerido usar la red de Community Care Partners, le exaltamos a que lo utilice. Esta red incluye todo tipo de médicos, seleccionados para cumplir con sus necesidades. Nuestros médicos hablan su idioma, están en su comunidad y trabajan con los Coordinadores de Cuidado de Salud de Community Care Partners para ayudarlo a que reciba todos los servicios que necesite. Si usted necesita un médico, favor de ver el Directorio de Proveedores en la página www.care-partners.org o llame a Servicio al Cliente.

SERVICIOS PARA LA VISIÓN

No necesita un referido de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para servicios para la visión por servicios cubiertos por Medicaid. Los servicios para la visión cubiertos por Medicaid incluyen examen de los ojos, espejuelos y servicios especiales, si son requeridos. Los adultos están limitados a un par de espejuelos en un periodo de dos años. Los niños están cubiertos para espejuelos conforme sea necesario.

Los servicios para la visión deben de ser provistos por un proveedor de cuidado para la visión que sea parte de Medicaid. Puede haber copagos por exámenes de la visión y otros servicios. Verifique con su proveedor de cuidado para la visión. Algunos servicios para la visión y materiales, como los lentes de contacto y aparatos para la visión baja, deben de ser aprobados antes de que usted los pueda obtener. Su proveedor de cuidado para la visión pedirá pre-aprobación si es necesario.

Tipo de Cuidado Necesario: Dónde ir y a Quien Llamar

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Una emergencia es un problema de salud que pone en riesgo su vida o que puede afectar seriamente su salud de no ser tratado de inmediato. Una emergencia se puede originar por un accidente o por una enfermedad repentina y lo pone en riesgo de muerte o de lesiones severas. Vaya a la Sala de Emergencias, únicamente si el problema es serio.

Algunos **ejemplos de emergencias** por las que debe ir a la Sala de Emergencias son:

- Deseo profundo de querer herirse a uno mismo o a otros
- Accidente grave
- Hemorragia (sangrado) que no se detiene
- Huesos rotos
- Dolor en el pecho
- Atragantamiento o imposibilidad para respirar correctamente
- Lesiones en los ojos
- Fiebre elevada
- Aborto espontáneo (cuando una mujer embarazada pierde a su bebé)
- Desmayos
- Envenenamiento
- Convulsiones
- Quemaduras graves
- Falta de aire severa
- Dolor abdominal severo
- Pérdida súbita de sensibilidad o imposibilidad para moverse
- Vómito de sangre

CUANDO DEBE LLAMAR PRIMERO A SU PCP

Algunos **ejemplos donde debe llamar primero a su PCP** para hacer una cita en lugar de ir a la Sala de Emergencias son:

- Tos
- Dolor de oído
- Fiebre
- Medicamentos contra el dolor
- Sarpullido (erupción cutánea)
- Reposición de medicamentos recetados que ya se le acabaron
- Goteo nasal

Si no logra comunicarse con su PCP fuera del horario de consulta o durante los fines de semana, la Línea de Asistencia Telefónica de Enfermería de Illinois también puede ayudarle a determinar si tiene una emergencia. Comuníquese al 1-877-912-1999 (TTY 1-866-565-8577) de lunes a viernes de 7 pm – 8 am y las 24 horas del día durante los fines de semana. La llamada es gratis. Si necesita una lista de los proveedores disponibles en su área en caso de emergencia, comuníquese a Illinois Health Connect al 1-877-912-1999 (TTY 1-866-565-8577.) La llamada es gratis. También puede llamar a la línea de Servicio al Cliente de Community Care Partners para información acerca de proveedores disponibles en su área en caso de emergencia.



Si usted tiene una emergencia, NO necesita de un referido. Llame al 911 (si está disponible en su área) o diríjase de inmediato a la Sala de Emergencias más cercana. En una emergencia usted puede acudir a cualquier hospital o hacer uso de los servicios de emergencia de otro proveedor.

EMERGENCIA VS. URGENTE VS. VISITAS RUTINARIAS

TIPO DE CUIDADO NECESARIO: DÓNDE IR Y A QUIEN LLAMAR	
Tratamiento de Emergencia	<p>Emergencias pueden incluir, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huesos rotos • Dolor en el pecho • Dificultad al respirar • Aborto espontáneo/embarazo con sangramiento vaginal • Sobredosis / Envenenamiento • Convulsiones • Quemaduras graves • Inconsciencia • Sangrado inusual o excesivo <p>Llame al 911 si está disponible en su área o diríjase a la Sala de Emergencias más cercana. 911 es un sistema telefónico local disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. El número de teléfono de Poison Control Center es 1-800-222-1222.</p>
Urgente (no-emergencia) tratamiento para una enfermedad o lesión	Llame a su PCP para solicitar una cita.
Cuidado rutinario como un examen físico, visitas de bienestar o vacunas	Llame a su PCP para solicitar una cita.
Servicios de Salud Mental y por Abuso de Sustancias	Llame a su PCP para ayuda en coordinar su cuidado y para ser referido a los lugares adecuados para usted, o a Community Health Center o a una oficina de Illinois Department of Mental Health and Addiction Services (MHA), o contacte a Community Care Partners para ayuda en obtener los servicios requeridos.
Planificación Familiar y Servicios de la Salud de la Mujer	Usted no necesita un referido para obtener servicios de Planificación Familiar y Servicios de la Salud de la Mujer. Usted puede ir directamente con su PCP, un obstetra/ginecólogo, Enfermera Partera Certificada o Proveedor Calificado de Planificación Familiar para recibir estos servicios. Usted no es requerido quedarse en la red de CCP para planificación familiar y servicios para la salud de la mujer.
Citas con Especialistas	Llame a su PCP para ayuda en coordinar su cuidado y para ser referido al especialista adecuado para usted.

Si usted tiene una emergencia llame al 911 o diríjase de inmediato a la Sala de Emergencia más cercana. Usted **no necesita de un referido** de su PCP ni tiene que llamar a Community Care Partners antes de ir a la Sala de Emergencia

Favor de enseñarle al personal de la Sala de Emergencia su tarjeta de ID así ellos sabrán quien es su PCP. Ellos le comunicarán a su PCP que lo vieron y que le dieron cuidado. Su PCP hará el seguimiento con usted para asegurarse que usted se encuentre bien y ayudarlo a obtener los medicamentos y exámenes necesarios. Usted debe de hacer una cita con su PCP para recibir cualquier cuidado de seguimiento. No es necesario que vaya a la Sala de Emergencia para recibir cuidado de seguimiento.

Servicios de post-estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que usted recibe después del cuidado médico de emergencia. Servicios de post-estabilización son proveídos y cubiertos las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Llame al 911 si está disponible en su área o diríjase a la Sala de Emergencias más cercana. 911 es un sistema telefónico local disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. El número de teléfono de Poison Control Center es 1-800-222-1222.

CUIDADO FUERA DEL HORARIO DE CONSULTA

¿Qué hace si usted necesita recibir cuidado y la oficina de su PCP no está abierta? Si es una emergencia que presenta una amenaza en contra de su vida, usted debe de llamar al 911 o ir a la Sala de Emergencia más cercana. Para una lista de instalaciones que proveen Servicios de Emergencia, favor de acudir a su Directorio de Proveedores. Si usted necesita hablar con su PCP fuera del horario de consulta, usted puede llamar a su PCP directamente usando el número de teléfono en su tarjeta de ID de Community Care Partners. Aun cuando la oficina de su médico este cerrada, alguien en la oficina está disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana para decirle que puede hacer.





Mujeres y Niños

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SERVICIOS PARA LA SALUD DE LA MUJER

No necesita un referido para recibir Servicios para la Salud de la Mujer o Planificación Familiar. Puede ir directamente a su PCP, un OB/GYN (obstetra/ginecólogo) que este en la lista de proveedores, Enfermeras Parteras Certificadas o un Proveedor Calificado de la Planificación Familiar para recibir estos servicios. No es requerido que usted se quede en la red de CCP para planificación familiar y servicio de salud para la mujer.

ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL

No necesita un referido de su PCP para servicios de obstetra / ginecólogo (OB/GYN). Las mujeres embarazadas necesitan un cuidado especial durante su embarazo llamado cuidado prenatal. El cuidado prenatal es muy importante. Las visitas de cuidado prenatal con el OB/GYN o clínica le ayudaran a la mujer embarazada mantenerse saludable y le ayudará también a sus bebés mantenerse saludable. Aunque una mujer ya haya estado embarazada anteriormente, el cuidado prenatal es aún muy importante. El cuidado prenatal debe de empezar en cuanto sea posible.

Aunque solo esté pensando en tener un bebé, usted debería de hablar con su PCP. Hay cosas que usted puede hacer antes de que quede embarazada que harán que su embarazo y su bebé sean más saludables.

EL PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC)

WIC es un programa de alimentos complementarios para ayudar a que las mujeres embarazadas, mamás primerizas, bebés y niños pequeños que se alimenten bien y se mantengan saludables.

WIC está disponible para mujeres embarazadas, amamantando o que acaban de tener un bebé, así como para los bebés y niños de hasta cinco años de edad (incluyendo niño en adopción o cuidado temporal) que son:

- De bajos o moderados ingresos
- Se encuentran en situación de riesgo nutricional durante una revisión de salud gratis

Es muy importante que los bebés y niños pequeños se alimenten bien. Esto les ayuda a crecer saludables y fuertes. WIC le puede enseñar acerca de la buena nutrición y salud. Con WIC usted recibe comidas saludables como leche, huevos, queso, frutas y vegetales, jugo, cereal, frijol o arvejas secas, comida para bebés y productos de salvado (pan de trigo y otras opciones). WIC también cubre fórmula de bebé con hiero para los bebés que no estén siendo amamantados. WIC también le puede dar información y ayudarla para que amamante a su bebé.

Para más información sobre WIC o para encontrar una oficina de WIC en su área, llame al 1-800-323-4769 (TTY 1-866-295-6817) o visite la página de web de DHS, www.dhs.state.il.us, y haga clic en Embarazo y Crianza de Niños, y después haga clic en Mujeres, Infantes y Niños (WIC).

VISITAS RUTINARIAS DEL NIÑO

Es importante que los niños reciban un cuidado de rutina - aunque no estén enfermos - desde el momento que nacen hasta que cumplan los 18 años. ¡Niños saludables son más propensos a convertirse en adultos saludables!

Su PCP necesitará saber el historial médico de su hijo (a). Dígale a su PCP sobre cualquier enfermedad u otra condición médica que tenga su hijo (a). Asegúrese de darle a su PCP una lista de los medicamentos que toma su hijo (a).

Durante las visitas de rutina, su PCP asegurará que su hijo (a) esté creciendo y desarrollándose debidamente.

El PCP va a:

- Darle a su hijo (a) un examen físico completo
- Revisar los oídos, ojos y boca de su hijo (a)
- Asegurar que su hijo (a) esté al día con sus inmunizaciones (vacunas)
- Hablar con usted de cómo puede mantener a su hijo (a) saludable

SERVICIOS DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO (EPSDT POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

El beneficio de EPSDT cubre exámenes médicos, inmunización (vacunas), educación sobre la salud y exámenes de laboratorio para toda persona elegible para Medicaid, menor de los 21 años de edad. Estos exámenes son importantes para asegurarse que los niños estén saludables y se estén desarrollando física y mentalmente. Las mamás deben recibir exámenes prenatal y los niños deben de tener exámenes al nacer, a los 3-5 días de nacidos y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deben de recibir por lo menos un examen por año.

EPSDT también cubre por completo los exámenes médicos, de visión, dentales, auditivos, nutrición, desarrollo y salud mental, aparte de otros cuidados para tratar condiciones físicas, mentales u otros problemas o condiciones que hayan sido encontradas a través de un examen. EPSDT cubre los exámenes y servicios de tratamientos que quizás no son cubiertos para la gente de más de 20 años de edad; algunos exámenes y servicios de tratamientos pueden requerir pre-autorización.

Los servicios de EPSDT son disponibles sin costo a los miembros e incluyen:

- Revisiones preventivas para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y jóvenes menores de 21 años de edad.
- Revisiones:
 - Examen médico completo (con un análisis del desarrollo de la salud física y mental)
 - Exámenes dentales
 - Exámenes de desarrollo
 - Exámenes auditivos
 - Pruebas de nivel de plomo en la sangre
 - Revisiones de nutrición
 - Exámenes de visión
- Exámenes de laboratorios para ciertas edades
- Inmunización (vacunas)
- Seguimiento para tratar problemas físicos, mentales u otros problemas de salud o asuntos que surjan durante una revisión. Esto puede incluir, pero no se limita a, servicios como:
 - Visitas con un PCP, especialista, dentista, optómetra y otro médico para diagnosticar y tratar los problemas o asuntos de salud
 - Visitas a clínicas
 - Cuidado de pacientes hospitalizados o ambulatorios
 - Exámenes de laboratorio
 - Medicamento con receta
- Educación sobre la salud

Es muy importante obtener un cuidado de rutina preventivo y revisiones así su proveedor puede encontrar temprano cualquier problema de salud y tratarlo, o darle un referido para un especialista para un tratamiento, antes de que el problema se convierta en algo más serio. Usted puede recibir estos servicios al llamar a su PCP y/o proveedor dental y solicitar una cita. Si usted tiene preguntas, o necesita asistencia, favor de llamar a Servicio al Cliente.



Programas Disponibles

PROGRAMA DE COORDINACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

Tenemos un Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud para ayudarle a manejar su cuidado. El Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud empieza con su Cuestionario de Salud, el cual usted completa ya sea en la oficina de su PCP, en la página web o en su hogar (y lo envía de regreso a nosotros en el sobre que va incluido.) Sus respuestas nos ayudan a conocerlo mejor e identificar donde quizás pueda necesitar un poco de ayuda. Así sea una condición médica, como la diabetes o el asma, una condición de salud conductual como la depresión, o con transportación o acceso a médicos, su equipo de coordinación de cuidado lo puede ayudar a lograr y mantener su mejor salud. Coordinación del Cuidado de la Salud es especialmente útil si usted tiene varias condiciones que complican su cuidado. El Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud está disponible a todos los miembros de Community Care Partners.

Usted puede ser inscrito en un cuidado administrado de diferentes maneras:

- Llame a Servicio al Cliente si usted cree que el programa lo beneficiaría.
- Su PCP puede llamar a Community Care Partners y recomendarlo para el programa.
- Un Coordinador de Cuidado de Salud lo llamará si ella piensa que estos servicios pueden ser útiles para usted.

Su equipo es guiado por un Coordinador de Cuidado de Salud, una enfermera o trabajadora social, quien trabaja con un equipo quien le puede ayudar con su cuidado, como nutricionistas, educadores y trabajadores de salud comunitaria. Su Coordinador de Cuidado de Salud se reunirá con usted en persona o lo llamará para hacerle preguntas acerca de su salud y estilo de vida para ayudar a desarrollar su plan de cuidado. Cuando el Coordinador de Cuidado de Salud haya desarrollado el plan de cuidado para usted, él o ella trabajarán con usted para enfrentar cualquier barrera que eviten alcanzar sus metas, y ayudarlo a llegar y mantenerse en el camino correcto. Su Coordinador de Cuidado de Salud trabajará con su PCP y con todos los médicos involucrados en su salud para ayudar a coordinar su salud. Él o ella le darán información acerca de recursos comunitarios que lo podrían ayudar.

Para más información acerca del Programa de Coordinación del Cuidado de la Salud, favor de llamar a Servicio al Cliente.

MANEJO DE ENFERMEDADES Y PROGRAMAS EDUCACIONALES PARA LA SALUD

Queremos asegurarnos que usted tenga acceso a programas educativos para ayudarlo a lograr y mantener su mejor salud. Usted tiene acceso a los siguientes programas:

- Educación sobre el Amamantamiento, consejería y apoyo en grupos
- Clases Educativas sobre la Diabetes y grupos de apoyo
- Educación de salud bucal y referidos para servicios dentales
- Promoción de un estilo de vida saludable
- Educación y consejería de nutrición
- Educación de ITS/VIH
- Educación y consejería de la cesión del tabaco
- El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) Programas Educativos de Nutrición Suplementaria y referidos para todas las mamás embarazadas y mamás con niños hasta 5 años de edad.

Sus Derechos y Responsabilidades

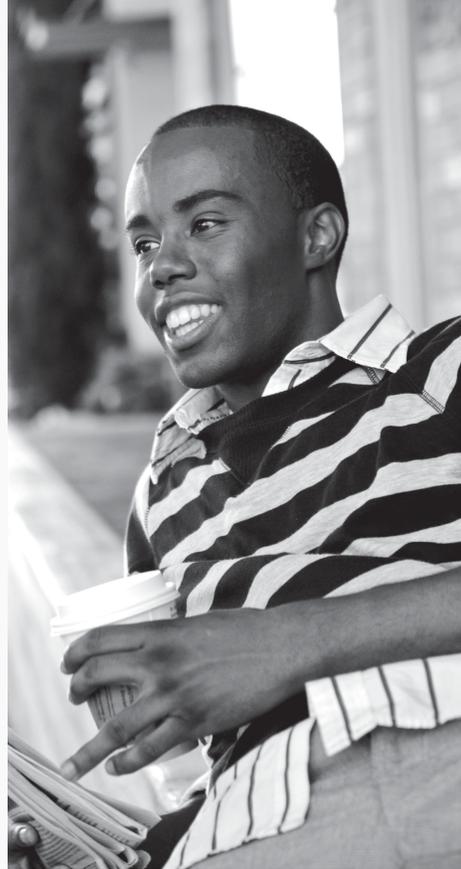
Cada año se les informará a los miembros de Community Care Partners acerca de los derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho de ejercer su derecho sin ningún prejuicio.

TIENE DERECHO A:

- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
- Ser informado acerca de su plan de tratamiento de manera que se entienda.
- Hacer preguntas y obtener respuestas por su proveedor.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Esto incluye decir “NO” si usted no está de acuerdo.
- Obtener de su proveedor una copia de su expediente médico y hacer correcciones si es necesario.
- Cambiar su proveedor cada mes si desea.
- Escoger el mismo PCP para toda su familia o escoger un PCP para cada individuo de su familia.
- Llamar a su proveedor y obtener ayuda.
- Expresar inquietudes o quejas sobre su proveedor.
- Estar libre de todo tipo de discriminación o represalia.

TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Entender sus derechos como miembro de Community Care Partners.
- Asistir a las citas y cancelar con anticipación si no puede atender.
- Tratar con cortesía y respeto a su PCP.
- Hablar con su PCP acerca de sus necesidades de salud y otros servicios que usted está utilizando.
- Estar al día con sus vacunas.
- Llamar primeramente a su PCP para consulta si no es una emergencia.
- No obtener cuidado por parte de un especialista, a menos que sea referido por su PCP.
- Hablar con su PCP acerca de otros servicios que usted utiliza que no necesita referido.
- Informar a su PCP de cambios importantes como nombre, dirección, teléfono, ingreso o composición familiar.
- Compartir con sus proveedores cualquier información importante que sea necesario.
- Seguir los planes y las instrucciones de cuidado que usted haya acordado con su PCP.



Cómo Presentar su Protesta y Apelaciones

Community Care Partners desea que usted obtenga el mejor servicio y cuidado posible. Cuando algo no va como debe, queremos saber.

PROTESTAS

Una protesta es una queja de algún asunto donde CCP está envuelto que no sea acerca de rechazo, reducción o cancelación de servicios médico o artículo médico. Community Care Partners toma muy seriamente todas las protestas de los miembros. Queremos saber que no está bien para poder mejorarlo. Community Care Partners tiene un proceso donde se facilita a los miembros presentar protestas. Estamos comprometidos en resolver algún problema o contestar todas sus preguntas. Sus servicios de salud o beneficios no serán afectados por presentar una protesta.

Estos son ejemplos de situaciones en las que podría presentar una protesta:

- Su proveedor o un miembro del personal de Community Care Partners no respetaron sus derechos.
- Usted tuvo problemas para hacer una cita con su proveedor o Coordinador de Cuidado de Salud, o hablar con su proveedor o Coordinador de Cuidado de Salud en un plazo razonable.
- Usted no está satisfecho con la calidad del cuidado o tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Community Care Partners fue descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Community Care Partners fueron desconsiderados con sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que usted pueda tener.

PASO 1: CÓMO PRESENTAR UNA PROTESTA

Si usted tiene una queja acerca de su PCP, Community Care Partners o de algún servicio que recibió:

1. Usted puede presentar su protesta por teléfono llamando a la línea de Servicio al Cliente de Community Care Partners
2. También puede presentar su protesta por escrito por correo, fax o correo electrónico a:
Community Care Partners
4901 Searle Parkway Blvd
Suite 330
PO BOX 1006
Skokie, IL 60077
Fax: 847-982-6963
www.care-partners.com
CCPCComplaintsandGrievances@NorthShore.org
3. Usted puede registrar su protesta en la página web de Community Care Partners, www.care-partners.com

En la carta de protesta debe proporcionarnos la mayor cantidad de información posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar del incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y su número de ID de miembro de Community Care Partners.

PASO 2: REVISAR SU PROTESTA

Haremos un registro de su queja. Tendremos alguien no implicado con el asunto de su queja que revise su protesta y trate de encontrar una solución. Su satisfacción es importante para nosotros.

PASO 3: TOMAMOS ACCIÓN

En menos de 30 días, tomaremos acción acerca de su protesta. Le informaremos acerca de nuestra decisión.

PASO 4: SI NO ESTÁS SATISFECHO CON LA ACCIÓN QUE TOMAMOS EN SU QUEJA, PUEDE ESCRIBIR AL:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Managed Care
Attn: ACE Grievances
401 South Clinton Street, 6th Floor
Chicago, IL 60607

Alguien de HFS examinará el asunto y se comunicará con usted tan pronto como sea posible.

Si usted necesita ayuda para presentar la protesta, usted puede designar a otra persona que lo haga. Simplemente tiene que llenar la forma Authorized Representative Designation. Esta forma se encuentra en la página web de Community Care Partners, www.care-partners.com. También puede llamar a la línea de Servicio al Cliente.

APELACIONES

Es posible que usted no esté de acuerdo con una decisión o una acción tomada por el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois (HFS) o el Departamento de Servicios Humanos (DHS). Una apelación es una manera de solicitar una revisión de las acciones y decisiones del departamento (HFS o DHS). Por ejemplo, puede ser que no esté de acuerdo con la decisión o acción de parte del departamento acerca de sus servicios o artículo médico que usted solicitó.

Usted puede apelar dentro de los **sesenta (60) días calendario** a partir de la fecha en nuestro formulario de notificación de acción. Si desea que sus servicios permanezcan sin cambios durante su apelación, debe hacérselo saber cuándo presente la apelación y debe presentarla dentro de un plazo no superior a los **(10) días calendario** a partir de la fecha indicada en nuestro formulario de notificación de acción. Cuando usted apela, usted solicita una vista para revisar su caso acerca de la decisión o acción del departamento. La persona que revisará su caso será el Oficial de Departamento.

También puede apelar si cree que el departamento hizo un error acerca de cualquier acción o decisión. Usted no puede obtener una audiencia sobre su apelación si la acción o decisión del departamento fue resultado de un cambio en la ley.

CÓMO HACER UNA APELACIÓN

Al presentar su apelación, dígame al departamento qué acción o decisión con la cual no está de acuerdo y desea una revisión. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, el correo electrónico y número de identificación médica de HFS (el número de "Member #" que se encuentra en su tarjeta médica.)

La apelación se presenta ya sea con HFS o DHS, dependiendo de la agencia que hizo la decisión que se impugna. En general, la apelación se presenta ante la agencia que tomó la decisión y le envió la carta, en la que le informaba de su negación o acción.

La siguiente lista incluye ejemplos de cuándo puede presentar una apelación. Usted debe considerar apelar si el departamento:

- No aprueba o paga por un servicio o artículo solicitado por su proveedor
- Interrumpe sus beneficios (cobertura)
- Tiene reducción en beneficios
- Hace cambios en su copago

Si quiere presentar una apelación relacionada con servicios o artículo médico, Developmental Disability(DD), Elderly Waiver, o servicios de Community Care Partners, envíe su petición por escrito vía correo, fax o correo electrónico a:

Illinois Department of Healthcare and Family Services

Attn: Fair Hearings Section
401 South Clinton, 6th Floor
Chicago, IL 60607
Fax #: 1-312-793-2005
Email: HFS.FairHearings@illinois.gov

O puede llamar a HFS al 1-855-418-4421. Si usted usa TTY, llame a HFS al 1-877-734-7429. La llamada es gratis.

Si quiere presentar una apelación con relación a su elegibilidad de Medicaid, food stamps, TANF, Persons with Disabilities Waiver services, Traumatic Brain Injury Waiver services, HIV/AIDS Waiver services, u otros servicios de Home Service Program (HSP), envíe su petición por escrito vía correo, fax o correo electrónico a:

Illinois Department of Human Services

Attn: Bureau of Hearings
401 South Clinton, 6th Floor
Chicago, IL 60607
Fax #: 1-312-793-3387
Email: DHS.BAHNewAppeal@illinois.gov

O puede llamar a DHS al 1-800-435-0774. Si usted usa TTY, llame a DHS al 1-877-734-7429. La llamada es gratis.

Privacidad y Confidencialidad

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Community Care Partners usa y comparte su información para proveerle con beneficios de salud. Community Care Partners le informa como su información será usada o compartida.

Protected Health Information, PHI (Información Médica Protegida) por sus siglas en inglés, significa información médica protegida. PHI se refiere a información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es utilizada o compartida por Community Care Partners.

Community Care Partners utiliza o comparte PHI de la siguiente manera:

- Para proveer tratamiento
- Para hacer pagos para su cuidado de salud
- Para revisar la calidad de servicios proveído
- Para informarle acerca de las opciones de cuidado de salud
- Para compartir PHI permitido o requerido por la ley

Tiene los siguientes derechos de privacidad:

- Ver su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI para pedir que nosotros no usemos o compartamos su PHI de ciertos modos
- Obtener una lista de las personas o lugares donde hemos proveído mi PHI

Community Care Partners utiliza muchas maneras de proteger PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye en la palabra escrita, hablada o PHI digital. Adelante hay algunas maneras que Community Care Partners protege PHI:

- Políticas y reglas para proteger PHI
- Limita quien puede ver PHI. Solamente empleados o contratista de Community Care Partners que necesitan ver al PHI pueden y comparten PHI.
- Entrenan al personal sobre cómo proteger y asegurar PHI.
- El personal debe estar de acuerdo por escrito a seguir las reglas y políticas que protejan y segura PHI.
- Asegura PHI digitalmente y se mantiene privada mediante el uso de contrafirewalls y contraseñas.

Por ley, Community Care Partners debe mantener en privado su PHI, ofrecerle información acerca de nuestras prácticas de privacidad por escrito y cumplir con los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si usted cree que sus derechos de privacidad no han sido protegidos usted tiene el derecho a presentar una queja con Community Care Partners o con el U.S. Department of Health and Human Services. No habrá perjuicio en tu contra. Su acción no cambiaría sus beneficios para la salud de ninguna manera.

Lo anterior es sólo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información acerca de cómo podemos utilizar y compartir PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso de Privacidad se incluye en la sección siguiente de su manual de miembro de Community Care Partners. El Aviso está publicado en nuestro sitio web en www.care-partners.org. También puede obtener una copia del Aviso llamando al Servicio al Cliente a 888-977-2447 ó 800-855-2880 (número para TTY/TDD).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

ENTENDIENDO SU EXPEDIENTE DE SALUD/INFORMACIÓN

Cada vez que usted visita Community Care Partners se registra su visita. Usualmente, este registro contiene sus síntomas, examen y los resultados de la prueba, diagnóstico, tratamiento y un plan para el cuidado futuro o tratamiento. Esta información se refiere a menudo como su historial de salud o médico.

DERECHOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

A pesar que su expediente de salud es copiado y pertenece al proveedor o a la oficina, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de este aviso de prácticas de información médica.
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente de manera oportuna; disponible en el formato electrónico si es requerido.
- Pedir enmendar su expediente de salud.
- Obtener un informe de divulgaciones de su información médica.
- Pedir comunicaciones confidenciales de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Revocar su autorización para usar o divulgar información médica excepto hasta el punto de que la acción ya se ha tomado.
- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información, incluyendo la divulgación de su información médica que usted ha pagado en su totalidad, de su propio bolsillo.

NUESTRA RESPONSABILIDADES

Es requerido que Community Care Partners:

- Mantenga la privacidad de su información médica.
- Proporcione un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumpla con los términos de este aviso.
- Notifique a usted si no podemos aceptar una restricción solicitada.
- Tome en cuenta las solicitudes razonables de recibir su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Notifique de una violación de seguridad de su información médica.

Tenemos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad. Si realizamos alguna revisión sustancial a esta notificación, publicaremos una copia de la notificación revisada en nuestra página web. No vamos a utilizar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en esta notificación.

PARA MÁS INFORMACIÓN O REPORTAR UN PROBLEMA

Si tiene preguntas o si desea más información, usted puede contactar con Servicio al Cliente. Respectamos su privacidad. Si usted cree que su derecho de privacidad ha sido violada, usted puede presentar una protesta con el Secretary of Health and Human Services. No tomaremos retaliación contra usted por presentar una queja.

EJEMPLOS DE DIVULGACIÓN POR TRATAMIENTO, PAGOS Y OPERACIONES ADMINISTRATIVAS

Podemos divulgar su información médica a un proveedor de cuidado de la salud que le esté brindando tratamiento. Por ejemplo, podemos usar su información para notificar a un médico, hospital u otro proveedor con copias de varios reportes de su expediente médico para asistirle con su tratamiento.

Utilizaremos su información médica para recibir pagos. Por ejemplo, un cobro podrá ser enviado a usted o a una tercera persona. La información puede incluir datos que pueda identificarlo, como también, su diagnóstico, procedimientos y equipo usado.

Podemos divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones administrativas. Por ejemplo, miembros del personal profesional, equipo de mejoramiento de la calidad, pueden utilizar la información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros casos como este. Luego, se utilizará esta información en un esfuerzo de mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención médica y servicio que proporcionamos.

DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES

Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, usted puede proporcionarnos su autorización por escrito para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. También la puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras esta haya estado en vigor. A menos que usted nos proporcione una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo, excepto los que se describen en esta notificación.

A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información de salud a los miembros de su familia, familiares o amigos personales cercanos identificados por usted, para que participen en su tratamiento o sean responsables de pagar su cuidado médico. Si usted no está presente para prestar su acuerdo u oponerse, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación tiene como fin beneficiarlo. Si decidimos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, familiar u otra persona identificada por usted, solo divulgaremos la información de salud que sea relevante para su tratamiento o pago.

Podemos divulgar su información de salud a un “socio de negocios” que necesite la información a fin de desempeñar una función o servicio para nuestras operaciones de negocios. Los administradores, auditores, abogados y consultores de terceros son algunos ejemplos de socios de negocios.

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros, a fin de cumplir con las normas establecidas por la ley o para cumplir con necesidades públicas importantes, las cuales se describen a continuación:

- si la ley nos obliga a hacerlo;
- a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia de un gobierno extranjero que colabore con tales funcionarios) a fin de que puedan desempeñar sus actividades relativas a la salud pública;
- a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones, así como investigaciones, procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales, incluidas las agencias que supervisan programas tales como Medicare y Medicaid;
- a una autoridad de salud pública, si razonablemente consideramos que usted es una posible víctima de abuso, abandono o violencia doméstica;
- a una persona o compañía regulada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para: (i) informar defectos o problemas de productos o hacer un seguimiento de estos; (ii) reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos o peligrosos; o (iii) supervisar el desempeño de un producto después de haber sido aprobado para su uso por el público en general;
- si así lo ordena un tribunal o un tribunal administrativo, o de conformidad con una citación, petición de presentación de pruebas u otra solicitud lícita de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se ha hecho todo lo posible para notificarlo a usted acerca de la petición o para obtener una orden judicial para proteger la información de otras divulgaciones;
- a funcionarios de ejecución de la ley para cumplir con órdenes judiciales o leyes, y para ayudar a dichos funcionarios a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida
- para prevenir una amenaza grave o inminente a su salud o a su seguridad, o a las de otras personas o del público en general, en cuyo caso solo compartiremos la información con una persona capaz de prevenir la amenaza;
- con fines de investigación;
- en la medida que resulte necesario para cumplir con las leyes relativas al programa de compensación de trabajadores y otros programas establecidos por ley, que proveen beneficios por lesiones o enfermedades laborales, sin considerar el fraude;
- a las autoridades competentes de rango militar para las actividades que consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar;
- a funcionarios de prisiones o funcionarios de ejecución de la ley si es necesario para proveerle a usted cuidado de la salud, o para mantener la seguridad y el orden en el lugar donde usted esté confinado;
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a un médico forense o examinador médico, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte;
- directores de funerarias, en la medida que resulte necesario para cumplir sus obligaciones; y
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a organizaciones que obtengan o almacenen órganos, ojos u otros tejidos, a fin de que puedan investigar si la donación o el trasplante son posible según las leyes vigentes.

Podemos utilizar y divulgar información de salud “parcialmente encubierta” sobre usted con fines de salud pública y de investigación, o para operaciones de negocios, si la persona que recibe la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de tal información, en la medida en que lo requieren las leyes federales y estatales. La información de salud parcialmente encubierta no contendrá ninguna información que permita identificarle directamente (por ejemplo, su nombre, dirección, número de Seguro Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia de conducir).

Si tiene alguna preguntas acerca de cómo Community Care Partners utiliza su información médica, usted puede comunicarse con Servicio al Cliente.

DERECHOS A ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

1. DERECHO A ACCEDER A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información de salud, a excepción de la información: (i) incluida en notas de psicoterapia; (ii) de la información: recopilada previendo una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, o para ser utilizada en ellos; y (iii) con algunas excepciones, información sujeta a las Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988 (CLIA). Si usamos o mantenemos un registro de salud electrónico (EHR) para usted, usted tiene derecho a obtener una copia de dicho registro en formato electrónico, y también tiene derecho a indicarnos que le enviemos una copia de su EHR a un tercero designado claramente por usted.

a. Si desea acceder a su información de salud, por favor envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Normalmente responderemos a su solicitud dentro de 30 días, si la información se encuentra en nuestras instalaciones, y dentro de 60 días si se encuentra en otro sitio. Si necesitamos más tiempo para responder, se lo haremos saber tan pronto como sea posible. Podemos cobrarle un cargo razonable para cubrir los costos de las copias y el franqueo. Si usted solicita una copia de su EHR, no le cobraremos más que los costos de nuestra mano de obra para facilitársela.

b. Es posible que no le permitamos acceder a su información de salud si esta: (1) con probabilidad razonable podría poner en riesgo su vida o su seguridad física o las de un tercero; (2) se refiere a otra persona y el acceso por parte de usted probablemente causaría daños a dicha persona; o (3) un profesional del cuidado de la salud determina que el acceso por parte de usted, como representante de otra persona, probablemente causaría daños a dicha persona o a un tercero. Si su pedido de acceso es rechazado por alguno de estos motivos, usted tiene derecho a una revisión por parte de un profesional del cuidado de la salud designado por nosotros, el cual no habrá intervenido en la decisión de denegar el acceso. Si el acceso es finalmente denegado, usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito en la que se detallarán los motivos del rechazo.

2. DERECHO A ENMENDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Si usted considera que tenemos información sobre su persona que es incorrecta o incompleta, puede solicitar por escrito una enmienda a su información de salud. Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga. Usted recibirá una respuesta en un plazo de 60 días después de que se haya recibido su solicitud. En caso de que nosotros no hayamos generado su información de salud o si esta ya es exacta y completa, podemos rechazar su solicitud y notificarle nuestra decisión por escrito. También puede presentar una declaración para manifestar que está en desacuerdo con nuestra decisión, la cual podemos refutar. Usted tiene derecho a pedir que su solicitud original, nuestro rechazo, su declaración de desacuerdo y nuestra refutación se incluyan en cualquier divulgación futura de su información de salud.

3. DERECHO A RECIBIR UN INFORME DE DIVULGACIONES

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros y nuestros socios de negocios. Usted puede solicitar dicha información para el período de seis años anterior a la fecha de su solicitud. El informe no incluirá las divulgaciones: (i) con fines de pago, tratamiento u operaciones de cuidado de la salud; (ii) efectuadas a usted o a su representante personal; (iii) que usted haya autorizado por escrito; (iv) efectuadas a sus familiares y amigos involucrados en su cuidado o en el pago de su cuidado médico; (v) efectuadas con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de negocios; (vi) efectuadas a funcionarios federales con motivos de seguridad nacional y actividades de inteligencia; y (vii) que sean incidentales a una utilización o divulgación permitidas o exigidas por la ley.

a. Si desea recibir un informe de divulgaciones, por favor escriba a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga. Usted recibirá una respuesta dentro de los 60 días después de que se haya recibido su solicitud. Usted recibirá una solicitud anual sin cargo, pero podemos cobrarle un cargo razonable, de acuerdo con los costos, por solicitudes adicionales dentro de un mismo período de doce meses.

4. DERECHO A SOLICITAR PROTECCIÓN DE PRIVACIDAD ADICIONAL

Usted tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. Si acordamos hacerlo, cumpliremos nuestro acuerdo excepto en una situación de emergencia. No estamos obligados a prestar nuestro acuerdo a la restricción, a menos que la información se refiera exclusivamente a un artículo o servicio de cuidado de la salud que usted haya pagado de su bolsillo y en su totalidad.

5. DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos, siempre que usted exprese claramente que la divulgación de dicha información podría significar un riesgo para usted. Si desea recibir comunicaciones confidenciales por medios o en lugares alternativos, por favor envíe su solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad y describa el modo o lugar alternativo en el que desea recibir las comunicaciones.

6. DERECHO A SER NOTIFICADO SOBRE INCUMPLIMIENTO RELATIVO A INFORMACIÓN DE SALUD SIN SEGURIDAD

Nuestra política es cifrar nuestros archivos electrónicos que contienen su información de salud a fin de proteger la información de personas que no deben tener acceso a ella. Sin embargo, si por alguna razón experimentamos un incumplimiento en la protección de su información médica sin seguridad, tal incumplimiento le será notificado.

7. DERECHO A OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTA NOTIFICACIÓN

Usted tiene derecho a recibir, en cualquier momento, una copia impresa de esta Notificación de Privacidad, aun si esta hubiera sido recibida por un medio electrónico. Por favor, envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad o visite nuestro sitio web en www.care-partners.org.

Fraude y Abuso

Community Care Partners procura sostener los estándares éticos más altos para la provisión de beneficios de la asistencia médica y servicios a sus miembros y apoya los esfuerzos de autoridades federales y estatales para prevenir el fraude y el abuso. Community Care Partners investiga todos los casos sospechados de fraude y abuso e inmediatamente reporta todos los casos confirmado a las agencias gubernamentales apropiadas.

Usted tiene el derecho de informar sobre estas inquietudes a Community Care Partners y/o el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familia de Illinois (HFS). Cuando denuncie los presuntos incidentes, por favor deje un mensaje detallado incluyendo los nombres y números de teléfono de las partes involucradas. Usted no tiene que dejar su nombre si no desea hacerlo. O usted puede enviar en su información por escrito a:

Community Care Partners
Attn: Compliance Officer
4901 Searle Parkway
Suite 330
PO BOX 1006
Skokie, IL 60077
Confidential Compliance Hotline: 877-275-3642

Unos ejemplo de fraude y abuso en cuidado de salud:

- Su proveedor receta más servicios que sean necesarios, como:
 - Citas
 - Tratamientos
 - Medicinas
- Cobros por servicios que no recibió
- Otra persona usando su tarjeta de identificación de miembro
- Venden sus medicinas
- Cambio de información en sus receta de medicina