

## Formulario de informes de incidentes críticos para asegurados

Envíe este formulario por fax al Departamento de Coordinación de Servicios médicos al 312-946-3899 o llame a nuestro número directo para denunciar incidentes críticos con esta información al 855-653-8127.

*Para obtener ayuda para traducir o entender esta carta, o solicitarla en formatos alternativos, llame a Atención al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 7-1-1). Atendemos los siete (7) días de la semana. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Servicio de correo de voz disponible los fines de semana y los días feriados federales. Si deja un mensaje de voz, un representante de Atención al Asegurado le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.*

*Nombre del asegurado (apellido, nombre):	Número de Medicaid del asegurado:
*Fecha de nacimiento:	Número de asegurado de BCBS:
Prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés):	*Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> MMAI (Medicare Medicaid Alignment Initiative) <sup>SM</sup>
*Categorías de elegibilidad:	
<input type="checkbox"/> Personas mayores	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/> VIH/sida
<input type="checkbox"/> Servicios en un centro de enfermería	<input type="checkbox"/> Centros de vida asistida
	<input type="checkbox"/> Ancianos, ciegos y discapacitados
	<input type="checkbox"/> Programa de servicios de vida asistida
	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
*Fuente de referencia (persona o entidad que informa el incidente):	
Nombre: _____	
Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____	
*Indique la fecha y hora del incidente. Fecha: _____ Hora: _____	
*Ubicación del incidente:	
<input type="checkbox"/> Hogar del asegurado	<input type="checkbox"/> Asilo
<input type="checkbox"/> Hospitalización como paciente agudo	<input type="checkbox"/> Centro para pacientes ambulatorios
<input type="checkbox"/> Centro residencial de tratamientos	<input type="checkbox"/> TFC
	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias
	<input type="checkbox"/> Otra
Dirección: _____	
Teléfono: _____	
*Resumen del incidente: (Puede usar páginas adicionales, de ser necesario)	
Nombre de todas las personas involucradas en el incidente crítico: _____	
Nombre de la agencia involucrada en el incidente crítico, si corresponde: _____	
*Las sospechas de incidentes críticos por abuso, negligencia o explotación deben informarse a las siguientes agencias estatales. <u>Marque la casilla para indicar qué agencia fue notificada.</u>	
➔ Indique fecha y hora de la notificación. Fecha: _____ Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Para asegurados mayores de 18 años: número directo de Illinois Department on Aging-Adult Protective Services (servicios de protección para adultos del departamento para personas de la tercera edad de Illinois): 866-800-1409 (voz) TTY: 888-206-1327	
<input type="checkbox"/> Para asegurados en centros de enfermería: número directo de Department of Public Health Nursing Home (área de centros de enfermería del departamento de salud pública) para denuncias sobre centros de enfermería: 800-252-4343	
<input type="checkbox"/> Para asegurados en centros de vida asistida: número directo de Department of Healthcare and Family Services SLF (área de centros de vida asistida del departamento de salud y servicios para familias) para denuncias sobre centros de vida asistida: 800-226-0768	
<input type="checkbox"/> Autoridades de Seguridad Pública: llame al 9-1-1 para comunicarse con las autoridades de su localidad.	

*(continúa en la página 2)*

## Formulario de informes de incidentes críticos para asegurados, continuación

Los incidentes críticos que impliquen un fraude al sistema de Medicaid deben ser denunciados a los siguientes números de teléfono:

- Teléfono de la Illinois Office of the Inspector General (oficina del inspector general de Illinois): 800-368-1463
- Número directo de Investigaciones Especiales de BCBS para denuncias de fraude: 800-543-0867

**\*Información requerida; el campo debe completarse**

*Tipo de incidente		
<input type="checkbox"/> <b>Abuso</b> <input type="checkbox"/> Abuso físico <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Abuso emocional/verbal	<input type="checkbox"/> <b>Negligencia</b> <input type="checkbox"/> Negligencia pasiva <input type="checkbox"/> Negligencia activa/voluntaria <input type="checkbox"/> Descuido de sí mismo	<input type="checkbox"/> <b>Explotación</b> <input type="checkbox"/> Apropiación indebida de bienes, incluido el robo de bienes de los asegurados <input type="checkbox"/> Explotación financiera <input type="checkbox"/> Explotación sexual <input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Médico/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Emergencia médica/psiquiátrica <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida/herida que requiere atención médica	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta <input type="checkbox"/> El asegurado está desaparecido <input type="checkbox"/> El asegurado está en posesión de un arma <input type="checkbox"/> El asegurado muestra un comportamiento físicamente agresivo <input type="checkbox"/> Intento de suicidio por parte del asegurado	<input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Cualquier delito que ocurra en la propiedad de las instalaciones <input type="checkbox"/> Corte de energía eléctrica de más de una hora <input type="checkbox"/> Evacuación de residentes por cualquier motivo <input type="checkbox"/> Lesión física a los residentes por una falla mecánica o fuerzas de la naturaleza <input type="checkbox"/> Activación de la alarma de incendios con lesiones o daños en el apartamento
<input type="checkbox"/> Riesgos ambientales <input type="checkbox"/> Daños o afectaciones por incendios o desastres naturales <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Amenaza/idea de suicidio por parte del asegurado <input type="checkbox"/> Sospecha de abuso de alcohol o sustancias por parte del asegurado <input type="checkbox"/> Daños a la propiedad por un valor de \$50 o más por parte del asegurado <input type="checkbox"/> Autoabuso	<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Participación de los medios de comunicación/investigación de los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Amenazas contra agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Falsificación de credenciales o registros <input type="checkbox"/> Denuncias contra agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Soborno o intento de soborno de una agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Evento médico significativo del asegurado o prestador de servicios médicos <input type="checkbox"/> Robo de bienes del prestador de servicios médicos por parte de un asegurado
<input type="checkbox"/> Muertes <input type="checkbox"/> Muertes previstas <input type="checkbox"/> Muertes imprevistas <input type="checkbox"/> Muerte inusual de un asegurado <input type="checkbox"/> Muerte relacionada con abuso, negligencia o explotación <input type="checkbox"/> Muerte, tercero	<input type="checkbox"/> Acto delictivo/Autoridades de Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Asegurado arrestado, acusado o condenado por un delito <input type="checkbox"/> Prestador de servicios médicos arrestado, acusado o condenado por un delito <input type="checkbox"/> Reclusión en un centro penitenciario <input type="checkbox"/> Actividades fraudulentas por parte del asegurado	<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Participación de los medios de comunicación/investigación de los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Amenazas contra agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Falsificación de credenciales o registros <input type="checkbox"/> Denuncias contra agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Soborno o intento de soborno de una agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Evento médico significativo del asegurado o prestador de servicios médicos <input type="checkbox"/> Robo de bienes del prestador de servicios médicos por parte de un asegurado
<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Robo en las instalaciones <input type="checkbox"/> Problema médico físico o riesgoso descubierto <input type="checkbox"/> Incidente grave que da lugar a medidas legales	<input type="checkbox"/> Actividades fraudulentas por parte del prestador de servicios médicos <input type="checkbox"/> Actividades fraudulentas del cuidador, p. ej.: firmar la hoja de horarios por horas no trabajadas	<input type="checkbox"/> Restricción <input type="checkbox"/> Aislamiento/reclusión
<input type="checkbox"/> Conducta sexual indebida <input type="checkbox"/> Acoso sexual <input type="checkbox"/> Conducta sexualmente problemática		
*Nombre y número de teléfono de la persona que completa el formulario si es diferente de la fuente de referencia mencionada anteriormente:		
Nombre:	Teléfono:	
*Fecha en que se completó el formulario:		

**\*Información requerida; el campo debe completarse.**

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan)<sup>SM</sup>. HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le proporcionó estos servicios o que le discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960.

Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de derechos civiles está a su disposición. También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo postal 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)  
Formularios para presentar quejas disponibles en

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-723-7702 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-723-7702 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-723-7702 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-723-7702 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-723-7702 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-723-7702 (TTY :711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-723-7702 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-723-7702 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-723-7702 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-723-7702 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-723-7702 (TTY: 711). سيقوم شخص ما بتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजनाके बारे में आपके ककसी भी प्रश्नवाबेके ककए हमारे पास मुफ्त दुभाककया सेवाएँ उकपब्ध हैं. एक दुभाककया प्राप्त ककए, बस हमें 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोक ता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-723-7702 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-723-7702 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-723-7702 (TTY :711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-723-7702 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-723-7702 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。