



**Blue Cross Community  
Health Plans<sup>SM</sup>**



**HealthChoice  
Illinois**  
Illinois Department of  
Healthcare and Family Services



# Świadczenia zdrowotne dla osób dorosłych i seniorów imigrantów

**Blue Kit<sup>SM</sup>**

Poradnik dla członków i  
poświadczenie ubezpieczenia  
w jednym miejscu.

Dział obsługi klienta: **1-877-860-2837** (TTY 711)

[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

Obowiązuje od stycznia 2024 r.

Blue Cross Community Health Plans zapewniane są przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois, oddział Health Care Service Corporation, firmę Mutual Legal Reserve Company (HCSC), niezależnego licencjobiorcę stowarzyszenia Blue Cross and Blue Shield Association.

IL\_BCCHP\_WlcmKit24

Język polski 250725.0224

# Witamy w rodzinie Blue Cross Community Health Plans (BCCHP<sup>SM</sup>)!

Cieszymy się, że zdecydował się Pan/zdecydowała się Pani na BCCHP w ramach programu Medicaid. Pana/Pani plan Medicaid obejmuje świadczenia w zakresie opieki zdrowotnej, okulistycznej i stomatologicznej. Niniejszy poradnik wyjaśnia, jak korzystać ze swoich nowych świadczeń zdrowotnych.

## Poniższa lista będzie pomocna w rozpoczęciu korzystania z planu ubezpieczenia zdrowotnego:

- ❑ Ustalenie tego, co jest refundowane przez plan. Ten poradnik może w tym pomóc. Dobrze jest mieć go pod ręką! Aby dowiedzieć się więcej o swoich świadczeniach, można też odwiedzić stronę [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).
- ❑ Ukończenie corocznej oceny zagrożeń zdrowotnych (ang. Health Risk Screening, HRS). Pracownik Pani/Pana planu opieki zdrowotnej wkrótce zadzwoni do Pana/Pani lub wyśle wiadomość, by przypomnieć o wypełnieniu HRS. Da nam ona wgląd w Pana/Pani nawyki zdrowotne, czynniki ryzyka oraz ewentualną potrzebę zapewnienia koordynatora opieki. Aby wypełnić HRS, można również zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.
- ❑ Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM<sup>SM</sup>) to bezpieczny portal dla członków zapewniony przez Blue Cross Community Health Plans, gdzie członkowie mogą przejrzeć informacje na temat planu opieki zdrowotnej w dowolnym momencie. Do swojego konta można zalogować się na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub przy użyciu **aplikacji mobilnej BCBSIL**.
- ❑ Swoją kartę członkowską (ID) należy mieć zawsze przy sobie i okazywać ją w każdym przypadku, gdy potrzebna będzie opieka zdrowotna. Na karcie członkowskiej wymieniono lekarza podstawowej opieki (PCP). Aby zmienić swojego PCP, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** lub użyć konta BAM.
- ❑ Należy zadzwonić i umówić się na wstępne badanie do swojego PCP w ciągu 30 dni od dołączenia do planu. Podczas pierwszego badania PCP pozna Pana/Pani potrzeby zdrowotne. By znaleźć świadczeniodawcę w pobliżu, można użyć narzędzia Provider Finder<sup>®</sup> (Wyszukiwarka świadczeniodawców) na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub **aplikacji mobilnej BCBSIL**.

## Jesteśmy tu po to, aby pomóc!



**Dział obsługi klienta**  
**1-877-860-2837**

Prosimy dzwonić, by spytać o swój plan opieki zdrowotnej BCCHP



**Linia porad pielęgniarskich**  
**czynna 24/7**  
**1-888-343-2697**

Tu można prywatnie porozmawiać o swoim zdrowiu z pielęgniarką 24/7



W razie pytań należy dzwonić do działu obsługi klienta BCCHP pod bezpłatny numer **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na linię porad pielęgniarskich dostępną 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**.

# Często zadawane pytania (FAQ)

Spis treści pomoże znaleźć więcej informacji.

## Czy obowiązuje mnie współpłatność?

Tak. Pana/Pani plan uwzględnia współpłatność do \$250 w przypadku nienagłych pobytów w szpitalu oraz do 10% kwoty pokrywanej przez Medicaid w przypadku nienagłych usług ambulatoryjnych zapewnionych przez przyszpitalne lub ambulatoryjne poradnie chirurgii. Świadczeniodawca poinformuje Pana/Panią, jaki ponosi Pan/Pani koszt podczas zapewniania opieki.

## Czy mam zapewnioną opiekę stomatologiczną i/lub okulistyczną?

Tak! BCCHP pokrywa zarówno opiekę stomatologiczną, jak i okulistyczną. Więcej informacji na ten temat zawierają rozdziały **Opieka stomatologiczna** i **Opieka okulistyczna**.

## Gdzie mogę znaleźć listę świadczeniodawców należących do sieci?

Świadczeniodawców oraz szpitale w pobliżu można znaleźć dzięki Provider Finder® (wyszukiwarce świadczeniodawców). Znaleźć ją można na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub po pobraniu aplikacji mobilnej BCBSIL. Jeśli potrzebna będzie pomoc w znalezieniu lekarza, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Członkowie mają również dostęp do pełnej listy świadczeniodawców w postaci katalogu świadczeniodawców. Katalog świadczeniodawców znaleźć można na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Po wybraniu „Resources” (Zasoby) należy przejść do „Forms and Documents” (Formularze i dokumenty).

Swojego PCP można zmienić w dowolnym momencie, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** lub używając konta BAM. Do konta BAM można zalogować się na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Najlepiej jest pozostać przy tym samym PCP. Dzięki temu będzie on/ona w stanie poznać Pana/Pani potrzeby zdrowotne.

## Gdzie mogę dowiedzieć się, które leki są refundowane przez plan?

By dowiedzieć się, czy plan refunduje dany lek, należy odwiedzić naszą stronę <https://www.bcbsil.com/bcchp/benefits-and-coverage/drug-coverage> lub zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. BCCHP korzysta z listy preferowanych leków (PDL). Ma to na celu pomóc Pani/Panu oraz lekarzowi zdecydować, które wybrać dla Pana/Pani leki. Można poprosić o przesłanie drukowanej kopii listy pocztą bez ponoszenia kosztów, dzwoniąc do działu obsługi klienta.

## Jak mogę otrzymać pomoc w stanie zagrożenia życia i zdrowia?

Należy udać się do najbliższy oddział ratunkowy (Emergency Room) lub zadzwonić pod numer **911**. Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą **911**, należy wezwać pogotowie. W nagłych przypadkach nie jest wymagana wcześniejsza autoryzacja. Współpłatność nie obowiązuje w przypadku pomocy w stanie zagrożenia życia i zdrowia. BCCHP pokrywa koszty takiej pomocy na terenie USA.

## Z kim należy się skontaktować, jeśli potrzebuję opieki zdrowotnej?

Pierwszym krokiem jest telefon do gabinetu swojego PCP. Można również zadzwonić na linię porad pielęgniarskich, która czynna jest 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

W razie pytań należy dzwonić do działu obsługi klienta BCCHP pod bezpłatny numer **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na linię porad pielęgniarskich dostępną 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**.

## Gdzie mogę znaleźć więcej informacji o moim ubezpieczeniu zdrowotnym?

Należy odwiedzić stronę [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

Prosimy zalogować się do Blue Access for Members (BAM) na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub przez **aplikację mobilną BCBSIL**. Można ją pobrać wysyłając wiadomość o treści **BCBSILAPP** pod numer **33633**.

Można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Z przedstawicielem można porozmawiać w godzinach od 08:00 do 17:00 czasu centralnego od poniedziałku do piątku. Z systemu samoobsługowego i opcji pozostawienia wiadomości głosowej korzystać można 24/7, łącznie z weekendami i świętami.

## Jak uzyskać dostęp do mojej karty członkowskiej?

Należy zalogować się do konta BAM na komputerze lub przez aplikację mobilną BCBSIL. Tam można uzyskać dostęp do tymczasowej karty członkowskiej lub zamówić nową. Aby poprosić o przysłanie nowej karty członkowskiej, można również zadzwonić do działu obsługi klienta. Należy upewnić się, że BCCHP ma Pana/Pani aktualny adres.

## Czy mogę skorzystać z transportu do i z placówek opieki zdrowotnej?

BCCHP korzysta z usług ModivCare, by zapewnić pacjentom dojazd do placówek opieki zdrowotnej. Aby zamówić dojazd, należy zadzwonić do ModivCare co najmniej trzy dni przed wizytą. Dojazd zamówić można również przez nową aplikację ModivCare na swoim smartfonie.

## Czy poza granicami Illinois jestem objęty(-a) planem?

BCCHP obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. BCCHP nie obejmuje żadnych usług świadczonych poza granicami USA. W przypadku świadczeń poza granicami Illinois wymagana jest wcześniejsza autoryzacja. Jeśli nie otrzyma Pan/Pani wcześniejszej autoryzacji, może zajść konieczność pokrycia kosztów świadczenia. Jeśli konieczna jest opieka zdrowotna podczas podróży poza granice Illinois, należy zadzwonić do działu obsługi klienta.

Jeśli konieczna jest pomoc w stanie zagrożenia życia i zdrowia, należy udać się do najbliższego szpitala. Plan pokrywa koszt pomocy w stanie zagrożenia życia i zdrowia świadczonej na terenie Stanów Zjednoczonych. W przypadku świadczeń w stanie zagrożenia życia i zdrowia na terenie USA nie jest wymagana wcześniejsza autoryzacja.

## Czy mogę otrzymać pomoc od koordynatora opieki?

Tak. Koordynator opieki pełni rolę konsultanta w zakresie opieki zdrowotnej. Może on(a) pomóc Panu/Pani w osiągnięciu celów zdrowotnych. Wypełnienie przez Pana/Panią arkusza oceny zagrożeń zdrowotnych (HRS) pomoże nam zdecydować, czy potrzebny będzie koordynator opieki. W dowolnym momencie można poprosić o koordynatora opieki dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Jak mogę otrzymać świadczenia i materiały w innych formatach i językach?

Aby połączyć się z naszą usługą wsparcia językowego, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Spis treści

### Poradnik dla członków

Ważne numery telefonów.....	2	Nowe metody leczenia.....	10
Dział obsługi klienta.....	3	Wcześniejsza autoryzacja .....	11
Blue Access for Members <sup>SM</sup> (BAM <sup>SM</sup> )....	3	Usługi refundowane.....	12
Karta członkowska (ID).....	4	Usługi medyczne.....	13
Kwalifikowalność.....	4	Ograniczone usługi refundowane ...	13
Odnowa ubezpieczenia Medicaid (ponowne rozpatrzenie).....	5	Usługi nierefundowane .....	14
Otwarte zapisy.....	6	Opieka stomatologiczna.....	14
Sieć świadczeniodawców .....	6	Opieka okulistyczna.....	15
Lekarz podstawowej opieki (PCP) .....	7	Usługi farmaceutyczne .....	15
Jak zmienić lekarza podstawowej opieki.....	7	Usługi transportowe w przypadkach nienagłych .....	16
Lekarz chorób kobiecych (WHCP).....	8	Dodatkowe świadczenia .....	17
Planowanie rodziny.....	8	Świadczenia w ramach zdrowia behawioralnego (BH) .....	18
Opieka specjalistyczna .....	8	Koordinacja opieki.....	19
Umawianie się na wizytę.....	8	Programy edukacji zdrowotnej .....	21
Podział kosztów .....	9	Program ograniczeń dla beneficjentów .....	23
Opieka w nienagłych przypadkach...	9	Testament życia.....	23
Pomoc w nagłych przypadkach (ang. Urgent Care).....	9	Zażalenia i odwołania.....	24
Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia.....	10	Prawa i obowiązki .....	31
Opieka nad pacjentami ustabilizowanymi.....	10	Oszustwa, przemoc i zaniedbania ..	32
		Definicje .....	34
		Polityka prywatności .....	35

## Spis treści

### Poświadczenie ubezpieczenia

Poświadczenie ubezpieczenia .....	37	Pomoc w nagłych przypadkach .....	43
Karta opisowa zakresu planu ubezpieczeniowego .....	38	Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia .....	43
Usługi refundowane .....	38	Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP) .....	43
Ograniczone usługi refundowane .....	42	Dostęp do opieki specjalistycznej ...	44
Usługi nierefundowane .....	42	Inne zasoby .....	44
Wcześniejsza autoryzacja .....	42		
Ciągłość leczenia .....	43		

### Zastrzeżenia

DentaQuest jest niezależną firmą świadczącą opiekę stomatologiczną dla Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Heritage Vision Plans Inc., obsługiwane przez VSP, jest niezależną firmą świadczącą opiekę okulistyczną dla Blue Cross Community Health Plans.

ModivCare jest niezależnym wykonawcą, organizującym i zarządzającym usługami transportowymi w sytuacjach nienagłych dla wybranych planów Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Prime Therapeutics LLC jest osobną firmą zarządzającą świadczeniami farmaceutycznymi dla Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Learn to Live, Inc. jest niezależną firmą oferującą narzędzia online oraz programy wsparcia zdrowia behawioralnego. Learn to Live jest programem edukacyjnym i nie powinien być rozpatrywany jako leczenie. ©2023 Learn to Live, Inc.

## Poradnik dla członków



W razie pytań należy dzwonić do działu obsługi klienta BCCHP pod bezpłatny numer **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na linię porad pielęgniarskich dostępną 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**.



## Ważne numery telefonów

**Linia porad pielęgniarskich czynna 24/7** całodobowa linia pomocy **1-888-343-2697**,  
TTY/TDD: **711**

Opieka w stanach zagrażających życiu i zdrowiu **911**

**Dział obsługi klienta** **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne.

Z przedstawicielem można porozmawiać w godzinach od 08:00 do 17:00 czasu centralnego od poniedziałku do piątku.

Z systemu samoobsługowego i opcji pozostawienia wiadomości głosowej korzystać można 24/7, łącznie z weekendami i świętami.

**Strona internetowa** [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

Usługi transportowe w przypadkach nienagłych **1-877-831-3148**, TTY/TDD: **1-866-288-3133**

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Linia ds. kryzysu zdrowia behawioralnego **1-800-345-9049**, TTY/TDD: **711**

Zażalenia i odwołania **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Oszustwa i przemoc **1-800-543-0867**, TTY/TDD: **711**

Koordinacja opieki **1-855-334-4780**, TTY/TDD: **711**

Usługi opiekuńcze dla dorosłych **1-866-800-1409** TTY: **1-888-206-1327**

DentaQuest **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Heritage Vision Plans **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Illinois Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego Illinois) **1-217-782-4977**

## Dział obsługi klienta

Nasz dział obsługi klienta jest gotów do pomocy w wykorzystaniu w pełni korzyści z Pana/Pani planu opieki zdrowotnej. Można się do nas dodzwonić pod numerem **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne. Z przedstawicielem można porozmawiać w godzinach od 08:00 do 17:00 czasu centralnego od poniedziałku do piątku. Z systemu samoobsługowego i opcji pozostawienia wiadomości głosowej korzystać można 24/7, łącznie z weekendami i świętami. Nasz personel został odpowiednio przeszkolony, by pomóc członkom w zrozumieniu planu opieki zdrowotnej. Możemy podać szczegóły dotyczące świadczeń zdrowotnych, stomatologicznych i okulistycznych.

### Możemy również odpowiedzieć na pytania dotyczące:

- uzyskania leków/realizacji recept
- usług refundowanych i nier refundowanych
- wyboru lekarza podstawowej opieki (PCP)
- pomocy w innych językach
- zamawiania transportu na wizytę u lekarza lub do apteki
- odnawiania ubezpieczenia Medicaid
- złożenia zażalenia lub odwołania
- praw i obowiązków członków

### Telefoniczny dostęp do opieki

PCP dostępny jest przez całą dobę pod numerem telefonu podanym na karcie członkowskiej. Po godzinach pracy lekarza automatyczna sekretarka powiadomi Pana/Panią, jak uzyskać opiekę po godzinach pracy. Można również zadzwonić na linię porad pielęgniarskich, która czynna jest 24/7 pod numer **1-888-343-2697**. W sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER).

### Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM<sup>SM</sup>)

Blue Access for Members (członkowski dostęp do Blue) to bezpieczny portal dla członków BCCHP, gdzie można:

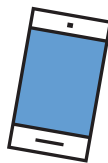
- uzyskać dostęp do tymczasowej karty członkowskiej lub zamówić nową
- znaleźć lekarzy i szpitale w zakładce „Doctors and Hospitals” (Lekarze i szpitale)
- Przejrzeć refundowane świadczenia
- zapoznać się z listą swoich leków na receptę
- sprawdzić na swój profil opieki
- włączyć powiadomienia w postaci wiadomości tekstowych
- znaleźć informacje na temat zdrowia i dobrej kondycji fizycznej i psychicznej

### Jeśli jeszcze nie zarejestrował(a) się Pan/Pani w BAM, można to zrobić na stronie:



#### [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

Należy zalogować się na komputerze lub tablecie na naszej stronie. Opcja znajduje się w prawym górnym rogu!



#### Aplikacja mobilna BCBSIL

Należy pobrać aplikację mobilną. Można wpisać BCBSIL w wyszukiwarkę sklepu z aplikacjami lub wysłać wiadomość o treści **BCBSILAPP** pod numer **33633**.

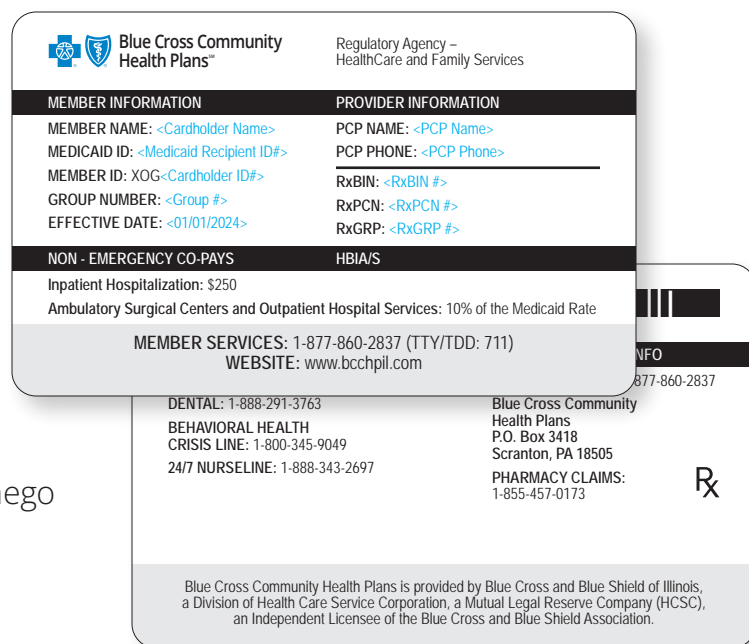
\*Mogą obowiązywać opłaty za wiadomości i transmisję danych.

## Karta członkowska (ID)

Wysłaliśmy Panu/Pani kartę członkowską Blue Cross Community Health Plans przy przystąpieniu do planu. Kartę należy zawsze mieć przy sobie. Są na niej ważne numery telefonów. Trzeba ją okazywać przy otrzymywaniu świadczeń. Jeśli nie otrzymał Pan/nie otrzymała Pani swojej karty członkowskiej lub karta zginęła, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Po zmianie lekarza pierwszej opieki automatycznie wysyłamy nową kartę członkowską.

### Informacje na karcie członkowskiej

- Imię i nazwisko
- Nazwa planu
- Stanowy numer identyfikacyjny (ID) Medicaid
- Numer identyfikacyjny (ID) członka
- Numer grupy
- Data wejścia planu w życie
- Stanowy organ regulacyjny
- Numer telefonu działu obsługi klienta
- PCP (imię i nazwisko, numer telefonu)
- Numer linii porad pielęgniarskich czynnej 24/7
- Numer linii ds. kryzysu zdrowia behawioralnego
- Numer telefonu opieki stomatologicznej
- Numer telefonu usług transportowych
- RxBIN, RxPCN, RxGRP (informacje dla świadczeniodawców przy rozliczaniu)
- Nazwa i adres planu BCCHP
- Współpłatność i współubezpieczenie



## Kwalifikowalność

### Kwalifikowalność do Medicaid

Od 1 stycznia 2024 r. członkowie programów Health Benefits for Immigrant Adults (Świadczenia opieki zdrowotnej dla dorosłych imigrantów; HBIA) oraz Health Benefits for Immigrant Seniors (Świadczenia opieki zdrowotnej dla seniorów imigrantów) zostali przeniesieni z systemu opłaty za usługę do systemu opieki zarządzanej przez Medicaid.

Jeśli spełnia się wymogi kwalifikowalności do programu „Świadczenia zdrowotne dla osób dorosłych i seniorów imigrantów”, można dołączyć do Medicaid stanu Illinois. Wtedy kwalifikuje się Pan/Pani do objęcia planem ubezpieczenia zdrowotnego Blue Cross Community Health Plans.

Rejestracja w programie ubezpieczenia zdrowotnego przez organizację zorganizowanej opieki zdrowotnej, taką jak HBIS i HBIA, nie liczy się jako dodatkowy ciężar publiczny. Rejestracja w tych programach nie wpłynie na Pana/Pani status imigracyjny, ani wnioski o zezwolenie na pobyt. Więcej informacji na temat ciężaru publicznego znaleźć można w zakładce About Us (O nas) — PIF-IL strony ([protectingimmigrantfamiliesillinois.org](https://protectingimmigrantfamiliesillinois.org)) lub na stronie <https://keepyourbenefits.org/en/il/>. Można również zadzwonić na linię wsparcia dla rodzin ICIRR, dostępną w językach angielskim, hiszpańskim, koreańskim i polskim: **1-855-HELP-MY-FAMILY (1-855-435-7693)**.

## Health Benefits for Immigrant Adults (Świadczenia zdrowotne dla dorosłych imigrantów)

**Aby kwalifikować się do tego programu, należy spełniać wszystkie z poniższych czterech wymogów:**

1. Mieć co najmniej 42 lata i nie więcej niż 64.
2. Być jednym z poniższych:
  - a. osobą z prawem stałego pobytu (ang. lawful permanent resident, LPR) przez mniej niż pięć lat (czyli mieć tzw. zieloną kartę) lub
  - b. nieudokumentowanym imigrantem (obejmuje to osoby z tymczasowym statusem chronionym, TPS)
3. Być mieszkańcem stanu Illinois.
4. Posiadać dochód za rok 2022 nieprzekraczający \$18,754 dla jednej osoby lub nieprzekraczający \$25,268 \$ dla dwóch osób w gospodarstwie domowym. Limit dochodu zależy od liczby członków gospodarstwa domowego.

## Health Benefits for Immigrant Seniors (Świadczenia zdrowotne dla seniorów imigrantów)

**Aby kwalifikować się do tego programu, należy spełniać wszystkie z poniższych czterech wymogów:**

1. Być w wieku 65 lat i powyżej
2. Być mieszkańcem stanu Illinois
3. Być jednym z poniższych:
  - a. osobą z prawem stałego pobytu (ang. lawful permanent resident, LPR) przez mniej niż pięć lat (czyli mieć tzw. zieloną kartę) lub
  - b. nieudokumentowanym imigrantem (obejmuje to osoby z tymczasowym statusem chronionym, TPS)
4. Posiadać dochód za rok 2022 nieprzekraczający \$13,590 dla jednej osoby lub 18,310 \$ dla dwóch osób\*
5. Posiadać aktywa o wartości nieprzekraczającej \$17,500.

## Odnawianie ubezpieczenia Medicaid (ponowne rozpatrzenie)

**Nie warto ryzykować utraty ubezpieczenia Medicaid — kluczem jest ponowne rozpatrzenie na czas!**

Co roku musi Pan/Pani przejść przez proces odnowienia ubezpieczenia, by je zachować. Ten proces nazywa się ponownym rozpatrzeniem (ang. redetermination). Ponowne rozpatrzenie obejmuje kwalifikowalność do Medicaid, SNAP lub pomocy pieniężnej. Organa stanowe muszą zdecydować, czy nadal spełnia Pan/Pani wymogi otrzymywania świadczeń. Ubezpieczenie Medicaid należy odnawiać co najmniej raz w roku. Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia SNAP, ponowne rozpatrzenie następuje dwa razy w roku.

**Jak odnowić ubezpieczenie Medicaid:**

### 1. Na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov) należy kliknąć „*Manage My Case*” (Zarządzaj swoją sprawą)

- Należy stworzyć konto lub zalogować się na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov), by zarządzać swoimi świadczeniami. **Najlepszą drogą, by to zrobić, jest droga internetowa.**

### 2. Weryfikacja adresu

- Jeśli korzysta Pan/Pani z Medicaid, Pana/Pani adres musi być zawsze aktualny. Należy kliknąć „*Manage my Case*” i zweryfikować adres w zakładce „*Contact us*” (Kontakt) lub zadzwonić pod numer **1-877-912-8880**.

### 3. Znalezienie terminu (zwanego też datą ponownego rozpatrzenia)

- Termin (datę ponownego rozpatrzenia), należy sprawdzić w zakładce Benefit Details (Szczegóły świadczeń) na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov)
- Czy chciałby Pan/chciałaby Pani otrzymywać przypomnienia, gdy nadchodzi czas ponownego rozpatrzenia? Można włączyć opcję alertów w formie emailów i wiadomości tekstowych w zakładce „Account Management” (Zarządzanie kontem) w sekcji „Manage your communication preferences” (Zarządzaj opcjami komunikacji).

### 4. Sprawdzanie poczty

- Department of Health care and Family Services (Departament opieki zdrowotnej i świadczeń rodzinnych, HFS) wyśle pocztą list z powiadomieniem miesiąc przed terminem odnowy. W nim zawarta będzie informacja, czy ma Pan/Pani obowiązek wypełnić formularz odnowienia ubezpieczenia. Będą w nim też instrukcje, jak ukończyć proces ponownego rozpatrzenia.

### 5. Ukończenie ponownego rozpatrzenia

- Nie warto ryzykować utraty ubezpieczenia Medicaid. Wniosek o odnowienie można złożyć na kilka sposobów.

#### Wniosek o ponowne rozpatrzenie Medicaid można złożyć:

- **Przez internet.** Na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov) należy kliknąć „Manage My Case” (Zarządzaj swoją sprawą)
- **Pocztą lub przez faks** wysłać można wypełniony formularz i wszelkie wymagane dokumenty weryfikacyjne
- **Przez telefon** pod numerem **1-800-843-6154**
- **Osobiście.** By znaleźć urząd, można użyć wyszukiwarki urzędów IDHS (IDHS Office Locator) na stronie [www.dhs.state.il.us](http://www.dhs.state.il.us)

**Przestrzegamy przed oszustwami.** Illinois nigdy nie zażąda pieniędzy, by odnowić lub złożyć wniosek o Medicaid. Oszustwa należy zgłaszać na linię ds. zgłaszania oszustw pod numerem **1-844-453-7283 (1-844-ILFRAUD)**.

## Otwarte zapisy

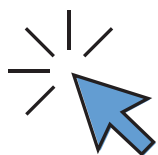
Raz w roku można zmienić plan opieki zdrowotnej podczas specjalnego okresu zwanego otwartymi zapisami (ang. Open Enrollment). Dział zapisów klientów (ang. Client Enrollment Services, CES) wyśle do Pana/Pani list z powiadomieniem o otwartych zapisach około 60 dni przed rocznicą zapisu do aktualnego planu. Data rocznicy przypada jeden rok od dnia rozpoczęcia Pana/Pani planu opieki zdrowotnej. Członkowie mają 60 dni na zmianę planu podczas otwartych zapisów, co można zrobić, dzwoniąc do CES pod numer **1-877-912-8880**. Gdy upłynie 60 dni, bez względu na to, czy plan został zmieniony, czy nie, nie można dokonywać zmian przez 12 miesięcy. W razie pytań na temat zapisów do BCCHP lub rezygnacji z planu, prosimy skontaktować się z CES pod numerem **1-877-912-8880**.

## Sieć świadczeniodawców

Blue Cross Community Health Plans współpracuje z lekarzami, specjalistami i szpitalami, by zapewnić świadczenia opieki zdrowotnej. Należy używać świadczeniodawców należących do sieci. Jeśli zdecyduje się Pan/Pani na wizytę u lekarza spoza sieci, będzie Pan/Pani zobowiązany(-a) do opłacenia kosztów usług. Plan nie obejmuje świadczeń spoza sieci z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Przed otrzymaniem świadczeń należy spytać świadczeniodawcę, czy należy do sieci BCCHP.

Niektóre usługi wymagają otrzymania zgody przed rozpoczęciem leczenia. Nazywa się to wcześniejszą autoryzacją. BCCHP może nie pokryć kosztów usługi, jeśli nie wyda wcześniejszej zgody. Może Pan/Pani być zobowiązany(-a) do opłacenia opieki świadczonej poza obszarem usług, jeśli nie jest to sytuacja zagrażająca życiu i zdrowiu lub nie otrzymał(-a) Pan/Pani wcześniejszej autoryzacji.

## Jak znaleźć lekarza podstawowej opieki (ang. Primary Care Provider, PCP):



**Provider Finder<sup>SM</sup>**  
(Wyszukiwarka  
świadczeniodawców)  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

Dostępna online  
24/7 lub w  
aplikacji BCBSIL.



**Katalogi  
świadczeniodawców**  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

PDF z listą dostępny  
do wglądu  
lub pobrania.



**Dział  
obsługi klienta**  
**1-877-860-2837**

Połączenie  
jest bezpłatne.

## Współpracujemy z innymi firmami, by zapewnić opiekę:

- Opieka stomatologiczna dostępna jest przez DentaQuest®
- Opieka okulistyczna dostępna jest przez Heritage Vision Plans Inc., obsługiwaną przez VSP
- Usługi farmaceutyczne dostępne są przez Prime Therapeutics®

## Lekarz podstawowej opieki (ang. Primary Care Provider, PCP):

Lekarz podstawowej opieki to lekarz, który zapewnia większość opieki. Może on też kierować pacjentów do innych świadczeniodawców, jeśli wymagają opieki specjalistycznej. W planie BCCHP pacjent może wybrać swojego PCP.

Jako swojego PCP można zawsze wybrać następujące specjalizacje lekarskie:

- Lekarza rodzinnego lub ogólnego
- Położnika/ginekologa (OB/GYN)
- Internistę (specjalista chorób wewnętrznych)
- Samodzielnie praktykującą pielęgniarkę (ang. Nurse Practitioner, NP), asystenta medycznego (ang. Physician Assistant, PA) lub pielęgniarkę zaawansowanej opieki (ang. Advanced Practice Nurse, APN)
- Kliniki takie jak Federally Qualified Health Centers (FQHC) (Federalne ośrodki zdrowia) lub Rural Health Clinics (RHC) (Wiejskie ośrodki zdrowia) mogą również pełnić funkcję PCP

Jeśli jest Pan/Pani rdzennym Amerykaninem lub rdzennym mieszkańcem Alaski, ma Pan/Pani prawo otrzymywać świadczenia od świadczeniodawców plemion rdzennych (ang. Indian Tribes), organizacji plemiennych (Tribal Organization) lub organizacji rdzennych Amerykanów w miastach (ang. Urban Indian Organization) w granicach stanu Illinois oraz poza nimi.

Jeśli potrzebna będzie pomoc w zmianie PCP, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne. Można również użyć wyszukiwarki świadczeniodawców na stronie [bcchpil.com](http://bcchpil.com).

## Jak zmienić lekarza podstawowej opieki

Swojego PCP można zmienić w dowolnym momencie. Należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Połączenie jest bezpłatne. Można również użyć Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM<sup>SM</sup>). Do konta BAM można zalogować się na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Jeśli zmiana nie jest naprawdę konieczna, najlepiej jest pozostać przy tym samym PCP. Dzięki temu lekarz będzie w stanie poznać Pana/Pani potrzeby zdrowotne i historię zdrowia. Po zmianie PCP należy przesłać nowemu PCP swoją dokumentację medyczną.

## Lekarz chorób kobiecych (WHCP)

Jako kobieta objęta planem BCCHP ma Pani prawo wybrać lekarza chorób kobiecych (WHCP). Lekarz chorób kobiecych to lekarz z prawem wykonywania zawodu w specjalizacjach położnictwa, ginekologii lub medycyny rodzinnej.

## Planowanie rodziny

BCCHP posiada sieć świadczeniodawców, u których można otrzymać świadczenia związane z planowaniem rodziny. Można jednak wybrać usługi i materiały związane z planowaniem rodziny od każdego świadczeniodawcy spoza sieci bez skierowania — będą one zawsze pokryte.

### Do refundowanych usług planowania rodziny należą:

- Wizyty dotyczące antykoncepcji
- Planowanie, edukacja i porady związane z małżeństwem/rodziną
- Testy ciążowe
- Badania laboratoryjne
- Badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową
- Sterylizacja

### Część usług nie jest refundowana:

- Zabieg chirurgiczny cofnięcia sterylizacji
- Terapie leczenia niepłodności, w tym sztuczne zapłodnienie lub zapłodnienie in vitro

## Opieka specjalistyczna

Specjalista to lekarz, który zapewnia opiekę medyczną ograniczoną do określonych chorób. Specjalistami są na przykład kardiolog (zdrowie serca) i ortopeda (kości i stawy). PCP pomoże Panu/Pani wybrać specjalistę, jeśli uzna, że wymaga Pan/Pani opieki specjalistycznej. PCP zajmie się zorganizowaniem Pana/Pani opieki specjalistycznej. Do specjalisty należącego do sieci można umówić się bez skierowania.

## Umawianie się na wizytę

Zgłaszanie się na każdą umówioną wizytę lekarską, badania laboratoryjne lub RTG jest bardzo ważne. Jeśli nie może Pan/Pani przyjść na umówioną wizytę, należy zadzwonić do PCP co najmniej dzień wcześniej. Jeśli potrzebna będzie pomoc w umówieniu się na wizytę, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Idąc na wizytę u lekarza, należy:

- Zabrać kartę członkowską
- Przybyć punktualnie
- Natychmiast zadzwonić do gabinetu lekarskiego, jeśli musi Pan/Pani się spóźnić lub odwołać wizytę
- Jeśli pacjent się spóźni, PCP może nie być w stanie go przyjąć.

## Telemedycyna

Plany BCCHP ułatwiły pacjentom kontakt ze świadczeniodawcami, oferując opcję telemedycyny. Potrzebną opiekę można otrzymać nawet wirtualnie. By dowiedzieć się więcej, można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837** lub spytać swojego lekarza, czy oferuje porady telemedyczne. Jeśli lekarz oferuje usługi telemedyczne, można je uzyskać na kilka sposobów. Jeśli potrzebna będzie pomoc w umówieniu się na wizytę, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Podział kosztów

Pana/Pani plan obejmuje współpłatność (ang. co-payment). Współpłatność to ustalona kwota, którą płaci pacjent za świadczenia zdrowotne refundowane przez plan, zazwyczaj przy otrzymywaniu świadczenia. Kwota do zapłacenia będzie uzależniona od świadczenia i świadczeniodawcy. Współpłatność nie będzie wymagana w przypadku pomocy doraźnej potrzebnej do oceny lub stabilizacji stanu zagrożenia życia i zdrowia. Współubezpieczenie (ang. coinsurance) jest tą częścią kwalifikujących się kosztów opieki medycznej, za którą odpowiada pacjent. Na przykład jeśli Pani/Pana współubezpieczenie wynosi 10%, to jest Pan/Pani odpowiedzialny(-a) za opłacenie 10% kwalifikujących się kosztów medycznych, a plan opłaci pozostałe 90%. Kwoty te mogą zależeć od rodzaju świadczenia zdrowotnego objętego planem.

## Współpłatność

Świadczenie	Podział kosztów	Komentarz
Hospitalizacja w sytuacji nienagłej	\$250 za hospitalizację	Hospitalizacja to pobyt w szpitalu przez noc
Ambulatoryjne poradnie chirurgii i ambulatoria	10% dopuszczalnej kwoty	Ambulatoryjne poradnie chirurgii są jednostkami wykonującymi zabiegi chirurgiczne niewymagające pobytu w szpitalu

## Opieka w nienagłych przypadkach

W nienagłych przypadkach wymagających opieki lekarskiej, na przykład przy bólu głowy lub problemów z żołądkiem, należy zadzwonić na linię porad pielęgniarskich dostępną 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**. Pielęgniarka pomoże zdecydować, czy należy zadzwonić do lekarza, czy leczyć problem domowymi sposobami. Niektóre nagłe przypadki zagrażają życiu lub mogą mieć poważne konsekwencje dla zdrowia, jeśli nie są natychmiast leczone. Do oddziału ratunkowego należy się zgłaszać tylko w takich sytuacjach. Zgłoszenie się do oddziału ratunkowego, gdy sytuacja nie zagraża życiu i zdrowiu, może skutkować dłuższym czasem oczekiwania i wyższym kosztem.

## Pomoc w nagłych przypadkach (ang. Urgent Care)

Niektóre nagłe przypadki wymagają natychmiastowej opieki, ale nie zagrażają życiu.

### Przykładami takich nagłych przypadków są:

- Małe rany cięte i zadrapania
- Gorączka
- Przeziębienie
- Ból ucha

By otrzymać opiekę w nagłym przypadku, należy zadzwonić do swojego PCP lub działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Zawsze można również zadzwonić na linię porad pielęgniarskich, która czynna jest 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**.



## Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia

Stan zagrożenia zdrowia to bardzo poważny problem. Może nawet zagrażać życiu. Może to być ostry ból, uraz lub choroba. W sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). Plan pokrywa koszt usług w stanach zagrożenia życia i zdrowia świadczonych w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana, ale należy zadzwonić do swojego PCP oraz do działu obsługi klienta w ciągu 24 godzin. Dopilnują oni, by po ustabilizowaniu otrzymał(a) Pan/Pani wszelką potrzebną opiekę.

### Przykładami stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu są:

- Zawał serca
- Obfite krwawienie
- Zatrucie
- Trudności z oddychaniem
- Złamania kości

### Co należy zrobić w stanie zagrożenia życia i zdrowia:

- Należy udać się do najbliższego oddziału ratunkowego. By otrzymać pomoc doraźną, można udać się do jakiegokolwiek szpitala lub innej placówki
- Należy zadzwonić pod numer **911**. Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą **911**, należy wezwać pogotowie
- Skierowanie nie jest konieczne
- Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana, ale należy zadzwonić do nas w ciągu 24 godzin od otrzymania opieki

## Opieka nad pacjentami ustabilizowanymi

Świadczenia opieki nad pacjentami ustabilizowanymi to konieczne świadczenia zapewnione osobie objętej planem po tym, jak została ona ustabilizowana po sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu, po to, by pomóc jej wyzdrowieć. Niektóre świadczenia dla pacjentów ustabilizowanych po zagrożeniu zdrowia są objęte BCCHP. Świadczenia rehabilitacyjne w placówce opieki długoterminowej konieczne z medycznego punktu widzenia są ograniczone do maksymalnie 90 dni dla każdego przypadku. Przykładem świadczenia objętego planem jest wizyta kontrolna w celu zapewnienia opieki psychicznej. Informacje o tym, czy wcześniejsza autoryzacja jest wymagana, można uzyskać dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Nowe metody leczenia

BCCHP przeprowadza oceny nowych metod leczenia. Grupa lekarzy PCP, specjalistów i planistów do spraw medycznych decyduje, czy:

- Leczenie zostało zatwierdzone przez organy rządowe
- W wiarygodnym badaniu wykazano, jak leczenie wpływa na pacjentów
- Leczenie pomoże pacjentom i poprawi ich stan w takim samym lub większym stopniu niż inne, aktualne metody

Grupa ocenia te kryteria i podejmuje decyzję o tym, czy leczenie jest konieczne z medycznego punktu widzenia. Jeśli Pana/Pani lekarz spyta o nową, jeszcze nieocenioną metodę leczenia, nasza grupa medyczna oceni szczegóły metody i podejmie decyzję. Dadzą oni znać lekarzowi, czy metoda jest konieczna z medycznego punktu widzenia i zatwierdzona.

## Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji, czyli „zielonego światła” od BCCHP. Nie ma konieczności się z nami kontaktować, by ją uzyskać. Aby złożyć wniosek o autoryzację, można wykorzystać pomoc swojego lekarza.

BCCHP oraz PCP (lub specjalista) razem ustalą, które świadczenia są konieczne z medycznego punktu widzenia. Termin „konieczne z medycznego punktu widzenia” odnosi się do usług, które:

- Ratuja życie
- Zapobiegają poważnym chorobom lub niepełnosprawności
- Diagnozują problem, by móc wyleczyć chorobę lub uraz
- Pomagają pacjentowi w czynnościach takich jak jedzenie, ubieranie się, kąpiel

Jeśli nie otrzyma Pan/Pani wcześniejszej autoryzacji, nie pokryjemy kosztów usług przez świadczeniodawców spoza sieci. Można skorzystać z pomocy świadczeniodawcy spoza sieci w zdobyciu wcześniejszej autoryzacji przez rozpoczęciem świadczenia.

### Przykładami świadczeń niewymagających wcześniejszej autoryzacji są:

- Podstawowa opieka
- Opieka specjalistów należących do sieci
- Planowanie rodziny
- Usługi WHCP (należy wybierać lekarzy należących do sieci)
- Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia

## Decyzje refundacyjne

BCCHP przestrzega surowych zasad dotyczących tego, jak podejmować decyzje o Pana/Pani opiece zdrowotnej. Nasi lekarze i pracownicy podejmują decyzje na temat Pana/Pani opieki wyłącznie na podstawie potrzeb i korzyści. Odmowa lub zachęcanie do świadczenia pomocy nie są nagradzane. BCCHP nie zachęca lekarzy, by zapewniali mniej opieki, niż jest konieczne. Lekarzom nie płaci się za odmowę opieki.

Można porozmawiać z pracownikiem BCCHP na temat naszego procesu efektywnego wykorzystania placówek medycznych (ang. utilization management, UM). System ten oznacza, że przeglądamy dokumentację medyczną, roszczenia i wnioski o wcześniejszą autoryzację. Ma to za zadanie upewnienie się, że świadczenia są konieczne z medycznego punktu widzenia. Zyskujemy również pewność, że świadczenia udzielane są w odpowiednich warunkach oraz że są spójne ze zgłoszonym problemem zdrowotnym. By dowiedzieć się więcej o tym, jak podejmujemy decyzje o opiece nad pacjentami, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

### Uzyskanie drugiej opinii medycznej

Może Pan/Pani mieć pytania co do opieki, jakiej potrzebuje zdaniem PCP lub innego lekarza.

#### W związku z tym może Pan/Pani zechcieć zasięgnąć drugiej opinii w celu:

- Zdiagnozowania choroby
- Upewnienia się, że plan leczenia jest dla Pana/Pani odpowiedni

Kwestię uzyskania drugiej opinii należy omówić ze swoim PCP.

#### Skieruje on Pana/Panią do lekarza, który:

- Również współpracuje z BCCHP
- Jest lekarzem tej samej specjalizacji co lekarz, który wydał pierwszą opinię

By pójść na wizytę do lekarza spoza sieci, będzie Pan/Pani potrzebować wcześniejszej autoryzacji od BCCHP. Pomoc w kwestii drugiej opinii można uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Można również zadzwonić na linię porad pielęgniarskich, która czynna jest 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**, by dowiedzieć się więcej.

### Usługi refundowane

BCCHP pokryje koszty wszelkich koniecznych z medycznego punktu widzenia świadczeń w rozdziale „Refundowane usługi medyczne”. Konieczne może być zapłacenie za opiekę lub świadczenia, które nie zostały wymienione na liście lub nie są konieczne z medycznego punktu widzenia. Pokryjemy pełny koszt usług wymienionych na liście i niezbędnych z medycznego punktu widzenia.

PCP może wysłać Pana/Panią do specjalisty lub innego świadczeniodawcy na badania. Może on umówić Pana/Panią na wizytę. Skierowanie nie jest konieczne. Czasami będzie Pan/Pani musiał(a) sam(a) umówić się na wizytę. Nazywa się to bezpośrednim zapisem. Można również zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**, by uzyskać pomoc w umawianiu się na wizyty.

BCCHP obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. BCCHP nie obejmuje usług świadczonych poza granicami USA. Jeśli konieczna jest opieka zdrowotna podczas podróży poza granice Illinois, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

W przypadku świadczeń poza granicami Illinois wymagana jest wcześniejsza autoryzacja.

Jeśli nie otrzyma Pan/Pani wcześniejszej autoryzacji, może zająć konieczność pokrycia kosztów świadczenia. Jeśli konieczna jest pomoc w stanie zagrożenia życia i zdrowia, należy udać się do najbliższego szpitala. Plan refunduje koszt usług w stanach zagrożenia życia i zdrowia świadczonych w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych. W przypadku świadczeń w stanie zagrożenia życia i zdrowia na terenie USA nie jest wymagana wcześniejsza autoryzacja.

## Usługi medyczne

W Blue Cross Community Health Plans chcemy upewnić się, że otrzymuje Pan/Pani potrzebną opiekę. BCCHP pokrywa wszystkie konieczne z medycznego punktu widzenia świadczenia pokrywane przez Medicaid. W razie pytań na temat świadczeń należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. W razie pytań związanych ze stanem zdrowia, można zadzwonić na linię porad pielęgniarskich, dostępną 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji lub mogą obowiązywać ich ograniczenia. Pana/Pani lekarz pomoże złożyć wnioski o wcześniejszą autoryzację. Więcej szczegółów na temat świadczeń objętych ubezpieczeniem można znaleźć w części Poświadczenie ubezpieczenia BCCHP.

### Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń refundowanych przez Blue Cross Community Health Plans:

- Usługi aborcyjne są refundowane przez Medicaid (nie przez Pana/Pani organizację zarządzającą opieką zdrowotną, MCO) przy użyciu karty HFS (Departamentu opieki zdrowotnej i świadczeń rodzinnych)
- Akupunktura jest refundowana przez Medicaid (nie przez Pana/Pani MCO) przy użyciu karty HFS
- Usługi pielęgniarki zaawansowanej opieki (ang. Advanced Practice Nurse, APN)
- Usługi ambulatoryjnych poradni chirurgii
- Aparaty słuchowe/urządzenia wzmacniające dźwięk
- Usługi audiologiczne (dotyczące słuchu)
- Krew, składniki krwi i usługi zarządzania nimi
- Usługi chiropraktyka
- Usługi stomatologiczne, w tym chirurgia jamy ustnej
- Usługi planowania rodziny i materiały
- Wizyty w klinikach takich jak Federally Qualified Health Centers (FQHC) (Federalne ośrodki zdrowia), Rural Health Clinics (RHC) (Wiejskie ośrodki zdrowia) i innych klinikach typu Encounter Rate Clinic
- Wizyty na szpitalnym oddziale ratunkowym
- Szpitalne usługi stacjonarne
- Szpitalne usługi ambulatoryjne
- Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG
- Sprzęt i materiały medyczne, protezy i ortezy
- Usługi związane ze zdrowiem psychicznym
- Usługi i materiały optyczne
- Usługi optometrysty
- Usługi farmaceutyczne
- Usługi fizykoterapeutyczne, terapia zajęciowa i logopedia
- Usługi lekarskie
- Usługi podiatry
- Usługi dla pacjentów ustabilizowanych, 90 dni
- Usługi dializy nerek
- Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie
- Usługi profilaktyki chorób i promocji zdrowia
- Usługi w przypadku podostrego alkoholizmu i nadużywania substancji odurzających
- Transport w celu zapewnienia pokrywanych świadczeń

### Ograniczone usługi refundowane

- BCCHP może zapewnić usługi sterylizacji tylko w zakresie dozwolonym przez prawo federalne i stanowe
- Jeśli BCCHP zapewnia histerektomię, BCCHP wypełni formularz HFS nr 1977 i złoży wypełniony formularz w dokumentacji medycznej pacjenta
- Świadczenia przeszczepowe są ograniczone do przeszczepu nerek i przeszczepu komórek macierzystych w trybie stacjonarnym

## Usługi nierefundowane

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń nierefundowanych przez BCCHP:

- Świadczenia eksperymentalne lub na etapie badań
- Świadczenia zapewniane przez świadczeniodawcę spoza sieci i niezatwierdzone przez BCCHP
- Świadczenia zapewniane bez wymaganego skierowania lub wcześniejszej autoryzacji
- Operacje plastyczne niekonieczne z medycznego punktu widzenia
- Leczenie niepłodności, takie jak cofnięcie sterylizacji oraz zabiegi, w tym sztuczne zapłodnienie lub zapłodnienie in vitro
- Wszelkie świadczenia niekonieczne z medycznego punktu widzenia
- Świadczenia zapewniane przez lokalne agencje edukacyjne
- Leki odchudzające lub wspomagające dietę
- Stomatologiczne zabiegi kosmetyczne
- Odbarwianie lub wybielanie zębów
- Implanty stomatologiczne
- Ubezpieczenie obejmujące soczewki kontaktowe
- Urządzenia dla osób niedowidzących
- Laserowa korekcja wzroku
- Świadczenia programu Home and Community Based Waiver nie są refundowane
- Świadczenia placówek opieki długoterminowej nie są refundowane

**Nie jest to pełna lista nierefundowanych usług.**

Więcej informacji o świadczeniach uzyskać można w dziale obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

## Opieka stomatologiczna

BCCHP współpracuje z DentaQuest, by zapewnić opiekę stomatologiczną.

Świadczeniodawcy usług stomatologicznych dbają o zęby pacjentów. Korzystanie z opieki stomatologicznej nie wymaga wcześniejszej autoryzacji PCP. Należy kliknąć „Find a Provider” (Znajdź świadczeniodawcę) na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com), by znaleźć stomatologa należącego do sieci. Można również zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

**BCCHP refunduje następujące usługi stomatologiczne\*:**

- Członkowie BCCHP otrzymują jedno dodatkowe czyszczenie rocznie w ramach dodatkowych świadczeń dla członków, co daje łącznie dwa czyszczenia na 12 miesięcy
- Dwa badania stomatologiczne co 12 miesięcy
- Prześwietlenia RTG
- Wypełnienia
- Korony
- Usuwanie zębów
- Pogotowie stomatologiczne
- Ograniczone leczenie kanałowe
- Ograniczone protezy

\*Świadczenia te mogą obejmować pewne ograniczenia. Niektóre świadczenia mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji.

## Opieka okulistyczna

BCCHP współpracuje z Heritage Vision Plans Inc., obsługiwaną przez VSP, by zapewnić opiekę okulistyczną. Okuliści dbają o oczy pacjentów. Korzystanie z opieki okulistycznej nie wymaga wcześniejszej autoryzacji PCP. By znaleźć okulistę, można użyć narzędzia Provider Finder (Wyszukiwarka świadczeniodawców) na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub w aplikacji mobilnej BCBSIL. Można również zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Usługi obejmują:

- Jedno badanie wzroku co 12 miesięcy.
- Okulary:
  - pokrywane raz na dwa lata
  - co dwa lata może Pan/Pani otrzymać \$40 na refundację niestandardowych opravek do okularów
- Soczewki kontaktowe są refundowane, jeśli są konieczne z medycznego punktu widzenia, o ile okulary nie mogą zapewnić pożądanego rezultatu.

W przypadku zgubienia lub kradzieży okularów lub soczewek kontaktowych należy skontaktować się z działem obsługi klienta. Do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** można zadzwonić zawsze, kiedy ma Pan/Pani pytania. Plan zapłaci wyłącznie za usługi, na które wyda zgodę.

## Usługi farmaceutyczne

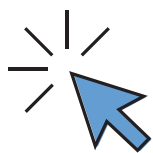
BCCHP korzysta z listy preferowanych leków (ang. Preferred Drug List, PDL). Listę tę zapewnia Departament Opieki Zdrowotnej i Świadczeń Rodzinnych w stanie Illinois (ang. Illinois Department of Healthcare and Family Services, HFS). BCCHP jest zobowiązane do stosowania się do PDL zapewnionej przez HFS. Ma to na celu pomóc Pana/Pani lekarzowi zdecydować, które wybrać dla Pana/Pani leki. Refundowane leki z PDL mają \$0 współpłaty, jeśli recepta realizowana jest w aptece należącej do sieci. Część leków z listy wymaga zatwierdzenia lub jest objęta ograniczeniami w oparciu o konieczność z medycznego punktu widzenia. By uzyskać więcej szczegółów w związku z usługami farmaceutycznymi, można pobrać PDL ze strony [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) w sekcji Drug Coverage (Refundacja leków). Można również zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**, by dowiedzieć się, jakie leki są na liście. Można także poprosić o wysłanie PDL pocztą.

Leki należy wykupować w aptece należącej do sieci. Otrzyma Pan/Pani zapas maksymalnie na miesiąc (30 dni). W przypadku recept na leki refundowane zrealizowanych w aptekach należących do sieci nie obowiązuje współpłata. Należy upewnić się, że Pana/Pani lekarz wie o przyjmowanych lekach. Dotyczy to również leków dostępnych bez recepty.

## Apteki należące do sieci

Do naszej sieci należy wiele aptek, dostępnych przez Prime Therapeutics®. Udając się do apteki, należy mieć przy sobie kartę członkowską oraz receptę. Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy, by dostać się do apteki, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## By znaleźć aptekę w pobliżu



**Wyszukiwarka aptek**  
[www.myprime.com](http://www.myprime.com)  
 Należy kliknąć „Pharmacies” (Apteki).



**Katalog aptek**  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)  
 Dostępne do wglądu lub pobrania w sekcji Drug Coverage (Refundacja leków).



**Dział obsługi klienta**  
**1-877-860-2837**  
 Połączenie jest bezpłatne.

## Leki nieujęte na liście preferowanych leków

Jeśli bierze Pan/Pani lek, który nie jest ujęty na PDL, ma Pan/Pani dwie opcje:

- Można porozmawiać ze świadczeniodawcą, który zdecyduje, czy przed wnioskiem o wyjątek uczestnik może najpierw wypróbować lek z listy.
- Wnioski o refundację leku w drodze wyjątku należy kierować do działu obsługi klienta. Jako uzasadnienie wniosku należy dołączyć oświadczenie lekarza. BCCHP musi podjąć decyzję w ciągu 24 godzin (jednego dnia) od uzyskania oświadczenia lekarza.

Wnioski o wyjątek są zazwyczaj akceptowane, jeśli inne leki z listy są mniej skuteczne lub byłyby niebezpieczne dla Pana/Pani zdrowia.

## Program apteki internetowej

Oferujemy program apteki internetowej w przypadku leków na choroby przewlekłe. Może Pan/Pani otrzymać zapas leków do trzech miesięcy (90 dni), który zostanie wysłany bezpośrednio do domu. Pacjent nie ponosi żadnych kosztów. By uzyskać pomoc, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

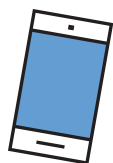
## Leki i materiały dostępne bez recepty (OTC)

Są to leki i materiały, które można kupić w aptece bez recepty. Jako członek BCCHP może Pan/Pani zamówić produkty bez recepty o wartości do \$25 raz na kwartał. Oznacza to zamówienie raz na trzy miesiące zupełnie bezpłatnie. Kwota refundowana przez ubezpieczenie nie przenosi się na kolejny kwartał. Katalog OTC dostępny jest na naszej stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Zamówienie online można złożyć na stronie [www.mpaotc.com](http://www.mpaotc.com). Przy pierwszym zamówieniu trzeba się zarejestrować. Można również złożyć zamówienie przez telefon w dziale obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Zamówienie zostanie wysłane na Pana/Pani adres w ciągu 7 do 10 dni zupełnie bezpłatnie.

## Usługi transportowe w przypadkach nienagłych

BCCHP współpracuje z ModivCare, by zapewnić usługi transportowe. Może Pan/Pani zamówić transport na wizytę lekarską, do apteki (po wizycie) lub na wydarzenie sponsorowane przez BCCHP. Można również skorzystać z tych usług, by dotrzeć do Blue Door Neighborhood Center (Sąsiedzki Ośrodek Blue Door).

### By zamówić transport



#### Aplikacja ModivCare

Należy wyszukać „ModivCare” w sklepie z aplikacjami i używać jej do rezerwacji transportu.



#### Rozmowa z ModivCare **1-877-831-3148**

Poniedziałek – piątek  
8.00 – 18.00  
czasu centralnego.



#### Potwierdzenie rezerwacji **1-877-831-3148**

Należy zadzwonić lub sprawdzić aplikację trzy dni przed datą transportu.

### W dniu transportu:

- Należy być gotowym do drogi godzinę przed umówionym czasem.
- Po przyjeździe na miejsce kierowca zatrąbi, zapuka, zadzwoni dzwonkiem lub na telefon. Kierowcy mają obowiązek czekać przez pięć minut. Po pięciu minutach mogą odjechać i zgłosić niewykorzystaną rezerwację.
- Kierowcy mogą transportować kilku członków w tym samym czasie. Nie powinno to przedłużyć czasu Pana/Pani podróży o więcej niż 45 minut.

**Transport powrotny:**

- Transport powrotny można zamówić z wyprzedzeniem. Kierowca powinien być na miejscu w ciągu 30 minut.
- Jeśli nie ma Pan/Pani wcześniejszej rezerwacji na konkretną godzinę, można zadzwonić do ModivCare po zakończonej wizycie. Kierowca powinien przyjechać w ciągu godziny od rozmowy telefonicznej.

Każda osoba niebędąca członkiem planu musi zostać zatwierdzona podczas rezerwowania transportu. To Pan/Pani jest odpowiedzialny(-a) za wszelki sprzęt medyczny lub bezpieczne siedzenie. Obejmuje to wózki inwalidzkie i foteliki dla dzieci. BCCHP nie pokrywa transportu z powodów niezwiązanych ze zdrowiem z wyjątkiem wydarzeń sponsorowanych przez BCCHP. Bez specjalnej zgody BCCHP nie pokrywa transportu na dystans powyżej 40 mil lub do świadczeniodawców spoza sieci. Transport w nagłym przypadku nie wymaga zgody Planu.

**Jeśli kierowca się spóźnia, należy zadzwonić na linię „Gdzie mój kierowca” pod numer 1-877-831-3149.** W razie potrzeby ModivCare zapewni inne opcje transportu. Można złożyć zażalenie na ModivCare, dzwoniąc do działu obsługi klienta lub do ModivCare. Członek planu może również zażądać, by konkretny kierowca nie był do niego przysyłany w przyszłości.

**Aplikacja ModivCare**

Aplikacja ModivCare zapewnia elastyczność rezerwowania transportu związanego ze zdrowiem w dowolnym miejscu i o dowolnym czasie. Jedyne, co trzeba zrobić, to wyszukać „ModivCare” w sklepie Google Play® lub Apple App Store®, by ją pobrać. Należy upewnić się, że ma się pod ręką swój adres email, by założyć konto. Po rejestracji rezerwacja transportu wymaga tylko kilku kliknięć!

**Dzięki pobraniu aplikacji ModivCare, uzyskuje się dostęp do:**

- Rezerwacji, zmian i odwoływania transportu
- Śledzenia transportu na żywo
- Aktualnej lokalizacji kierowcy i szacowanego czasu przyjazdu
- Wysyłania wiadomości i rozmów telefonicznych z kierowcą, by zapobiec niewykorzystanym rezerwacjom
- Pomocy z aplikacji dzięki rozmowie z przedstawicielem

**Inne opcje transportu**

Jeśli mieszka Pan/Pani w odległości dwóch przecznic od publicznego przystanku autobusowego, może otrzymać Pan/Pani bezpłatne karnety na przejazdy. Bezpłatne przejazdy autobusem mogą zostać zapewnione na dojazdy na wizyty lekarskie i powrót do domu. Aby poprosić o karnety autobusowe, należy zadzwonić do ModivCare przy najmniej dwa tygodnie przed wizytą. Karnety będą wysłane na Pana/Pani adres.

**Dodatkowe świadczenia**

Blue Cross Community Health Plans oferuje dodatkowe świadczenia. Dostępne są one tylko dla członków planu BCCHP Medicaid. Te świadczenia są dostępne dla członków BCCHP w dodatku do świadczeń Medicaid Illinois. Szczegóły dotyczące każdego świadczenia dodatkowego oraz zapisów znajdują się poniżej. By dowiedzieć się więcej lub zapisać się do programów, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

**Blue365®**

Członkowie otrzymują bezpłatne członkostwo Blue 365. Jest to program oferujący ekskluzywne zniżki na świadczenia zapewniające zdrowie i dobrą kondycję fizyczną i psychiczną. Więcej informacji znajduje się na naszej stronie [www.blue365deals.com](http://www.blue365deals.com).



## Leki i materiały dostępne bez recepty (OTC)

Są to leki i materiały, które można kupić w aptece bez recepty. Jako członek BCCHP może Pan/Pani zamówić produkty bez recepty o wartości do \$25 raz na kwartał (raz na trzy miesiące) zupełnie bezpłatnie. Kwota refundowana przez ubezpieczenie nie przenosi się na kolejny kwartał. Katalog OTC dostępny jest na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Zamówienie online można złożyć na stronie [www.mpaotc.com](http://www.mpaotc.com). Przy pierwszym zamówieniu trzeba się zarejestrować. Można również złożyć zamówienie przez telefon w dziale obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Zamówienie zostanie wysłane na Pana/Pani adres w ciągu 7 do 10 dni zupełnie bezpłatnie.

## Opieka stomatologiczna

BCCHP oferuje dodatkowe świadczenia stomatologiczne. Kwalifikujący się członkowie BCCHP mogą skorzystać z czyszczenia zębów dwa razy w roku.

## Telefon komórkowy

Może Pan/Pani kwalifikować się do otrzymania bezpłatnie telefonu komórkowego, który umożliwi kontakt z lekarzem, koordynatorem opieki lub połączenie z numerem **911**.

## Transport

Może Pan/Pani zamówić transport na wizytę lekarską, do apteki (po wizycie) lub na wydarzenie sponsorowane przez BCCHP. Jest to dodatkowe świadczenie osobne od standardowych świadczeń transportowych. Więcej informacji znajduje się na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

## Zdrowotne programy motywacyjne

Może Pan/Pani kwalifikować się do otrzymania kart podarunkowych po otrzymaniu pewnych świadczeń profilaktycznych, będących częścią zdrowotnych planów motywacyjnych, na przykład:

- Karta podarunkowa o wartości \$15 dla kobiet w wieku 50-74 lat, które zgłoszą się na coroczne badanie przesiewowe w kierunku raka piersi

## Rzucanie palenia

Koordynator opieki zapewni Panu/Pani narzędzia, które pomogą rzucić palenie.

## Świadczenia w ramach zdrowia behawioralnego (BH)

Świadczenia w ramach zdrowia behawioralnego mogą pomóc osobom zmagającym się z zaburzeniami psychicznymi, uzależnieniami lub kryzysem zdrowia behawioralnego. Rodzaj potrzebnej opieki będzie zależał od konkretnej sytuacji pacjenta. Usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji, należy więc zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** i spytać. Na wizytę u świadczeniodawcy należącego do sieci nie jest wymagane skierowanie. **Niektóre z refundowanych świadczeń w ramach zdrowia behawioralnego to:**

- Środowiskowe zdrowie behawioralne
- Leczenie szpitalne w trybie dziennym
- Program intensywnej opieki ambulatoryjnej
- Świadczenia ambulatoryjne: zarządzanie farmakoterapią, terapia i porady
- Leczenie uzależnienia od alkoholu, narkotyków i leków

## Linia ds. kryzysu zdrowia behawioralnego

Jeżeli zmagają się Pan/Pani z kryzysem zdrowia behawioralnego, prosimy o telefon pod numer **1-800-345-9049**. Jest to usługa interwencji i stabilizacji w sytuacjach kryzysowych dostępna całą dobę. Podczas kryzysu zdrowia behawioralnego wykwalifikowany specjalista zdrowia psychicznego wysyłany jest na badanie osobiście.

## Learn to Live (Nauka życia): platforma dla zdrowia behawioralnego

Learn to Live (Nauka życia) jest bezpłatnym programem zdrowotnym online. Learn to Live zapewnia rozwiązania dla problemów ze zdrowiem psychicznym w tempie preferowanym przez pacjenta. Poza tym oferuje dostęp do trenerów dla członków, dostępnych 24/7. Może to pomóc w częstych wyzwaniach, takich jak stres, niepokój, depresja i nadużywanie substancji odurzających. Aby zacząć korzystać, należy zarejestrować się na stronie **[www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid](http://www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid)** (kod dostępu: **ILMED**).

## Koordynacja opieki

Członkowie co najmniej raz w roku wypełniają ocenę zagrożeń zdrowotnych (ang. Health Risk Assessment, HRA). BCCHP zadzwoni do Pana/Pani lub wyśle wiadomość po dołączeniu do planu, by przypomnieć o wypełnieniu HSR. Da nam ona wgląd w Pana/Pani nawyki zdrowotne, czynniki ryzyka oraz ewentualną potrzebę zapewnienia koordynatora opieki. Jeśli nie udało się kontakt telefoniczny lub SMS, ale chciał(a)by Pan/Pani wypełnić HRS, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

HRS pomoże nam ustalić, czy potrzebny będzie koordynator opieki. Jeśli kwalifikuje się Pan/Pani i zdecyduje o udziale w tej usłudze, zapewnimy Panu/Pani koordynatora opieki. Koordynator opieki będzie współpracować z nami, byśmy wspólnie mogli zarządzać Pana/Pani opieką. Będzie on Pana/Pani koordynatorem w zakresie opieki zdrowotnej. Będzie nadzorować plan opieki, który Pan/Pani oraz zespół opieki zdrowotnej uznają za właściwy. Koordynatorzy opieki mogą pomóc osiągnąć cele zdrowotne przy użyciu objętych planem świadczeń.

### Koordynatorzy opieki BCCHP:

- Planują osobiste wizyty lub kontakt telefoniczne z pacjentem
- Zajmują się problemami pacjenta
- Pomagają pacjentowi uzyskać dostęp do usług i zdiagnozować problemy zdrowotne, zanim się nasilą (opieka profilaktyczna)
- Razem z lekarzem pacjenta i innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej pomagają w określeniu potrzebnej opieki
- Pomagają pacjentom, ich rodzinom i opiekunom lepiej zrozumieć schorzenia pacjenta, stosowane przez niego leki oraz metody leczenia

### Zespół opieki zdrowotnej pomoże w uzyskaniu pomocy i opieki, które pomogą zachować dobry stan zdrowia. Obejmuje to:

- Wskazówki, jak kontrolować wagę ciała, lepiej się odżywiać i zachować dobrą formę dzięki programowi ćwiczeń
- Broszury ze wskazówkami, jak radzić sobie z chorobą przewlekłą lub aktualnie występującą
- Asystentów wsparcia w powrocie do zdrowia, którzy wspierają pacjentów w podróży powrotu do zdrowia z zaburzenia psychicznego lub uzależnienia
- Wskazówki odnośnie do zdrowych zachowań i konieczności wykonywania rutynowych badań
- Planowanie rodziny

## Usługi związane ze świadczeniami szpitalnymi

Do usług związanych ze świadczeniami szpitalnymi kwalifikują się osoby umówione na planowaną operację w trybie stacjonarnym lub przyjęte do szpitala zapewniającego pomoc doraźną. Nasze usługi pomogą, gdy nadejdzie czas na wypis do domu lub na niższy poziom opieki. Zwracamy szczególną uwagę na pomoc pacjentom w przeniesieniu się z jednego poziomu opieki na inny. Na przykład wtedy, gdy zostaje Pan/Pani wypisany(-a) do domu ze szpitala. Ważna jest pomoc w zrozumieniu zaleceń z karty informacyjnej oraz zapewnienie że pacjent posiada wszystko to, co potrzebne do powrotu do zdrowia. Współpracujemy z pacjentem, by upewnić się, że jest umówiony na wszystkie wizyty kontrolne. Dbamy również, by pacjent otrzymał wszystkie przepisane leki i zlecone usługi. W ten sposób zapewniony jest płynny wypis i powrót do zdrowia.

### Koordynator opieki może pomóc:

- Zorganizować konieczne usługi, łącznie z umawianiem wizyt i stawianiem się na nie
- Zapewnić kompleksową koordynację usług, by po wypisie ze szpitala pacjent miał bezpieczną, szybką, wysokiej jakości opiekę
- Zrozumieć Pana/Pani problemy zdrowotne i zapewnić wsparcie Pana/Pani możliwości zadbania o siebie
- Zapewnić doradztwo przed planowym przyjęciem do szpitala, na przykład na planową operację. Zapewnić doradztwo również po wypisie w przypadku, gdy będzie miało miejsce przyjęcie w trybie pilnym
- Zapewnić edukację w związku z Pana/Pani lekarstwami i zaleceniami lekarskimi

## Zarządzanie przypadkami skomplikowanymi

Oferujemy specjalne usługi zarządzania przypadkami skomplikowanymi dla członków ze skomplikowanymi chorobami. Przykładami są choroby nerek, depresja oraz nadużywanie substancji odurzających. Jeśli się Pan/Pani kwalifikuje, skontaktuje się z Panem/Panią koordynator opieki, by pomóc w radzeniu sobie z zaburzeniem. Będzie Pan/Pani pracować z koordynatorem opieki nad wypracowaniem konkretnych celów. Wszystko to ma na celu poprawę ogólnego stanu zdrowia.

### Koordynator opieki wspiera pacjentów przez:

- Umawianie wizyt lekarskich w razie potrzeby
- Organizowanie transportu do placówek leczniczych i powrotnego
- Pozyskiwanie leków i wyjaśnianiu farmakoterapii
- Pomoc w zrozumieniu Pani/Pana choroby i sposobach poprawy stanu zdrowia i jakości życia
- Pomoc w korzystaniu ze świadczeń, by zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia
- Oferowanie narzędzi edukacyjnych, by pomóc pacjentowi, rodzinie i opiekunom lepiej zrozumieć schorzenia, recepty, leki dostępne bez recepty oraz metody leczenia

## Program zarządzania chorobą

Jeśli ma Pan/Pani nadciśnienie (wysokie ciśnienie krwi), cukrzycę lub astmę, kwalifikuje się Pan/Pani do naszego programu zarządzania chorobą. Wybrani członkowie otrzymują wsparcie w oparciu o poziom ich potrzeb. Wszyscy członkowie mają dostęp do Blue Access for Members, gdzie znaleźć można różne narzędzia i pomoc. Portal ten oferuje wiele materiałów, które pomagają zachować dobry stan zdrowia. Portal dla członków można znaleźć na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Z członkami ze średnim ryzykiem kontaktuje się koordynator opieki, który specjalizuje się w zarządzaniu ich schorzeniem. Jeśli jest Pan/Pani zapisany(-a) do tego programu, będzie Pan/Pani pracować ze swoim koordynatorem opieki nad wypracowaniem konkretnych celów, by poprawić ogólny stan zdrowia.

**Koordinator opieki zapewnia:**

- Informacje i materiały związane z Pana/Pani diagnozą
- Pomoc w zrozumieniu i pozyskaniu leków
- Informacje związane z dostępnymi świadczeniami, które poprawiłyby efekty leczenia
- Polecenia programów społecznościowych i materiałów, gdzie znaleźć można więcej informacji i wsparcia, na przykład związanych z poprawą dostępu do zdrowej żywności i programami aktywności fizycznej w społeczności.

**Usługi opcjonalne**

Koordinator opieki pomaga podopiecznym wykorzystać świadczenia opieki zdrowotnej i usługi dostępne w społeczności. Mają one na celu pomóc osiągnąć cele zdrowotne. Programy koordynacji opieki są opcjonalne. Można zrezygnować z nich w dowolnym momencie. Jeśli się Pan/Pani kwalifikuje, automatycznie zapiszemy Pana/Panią, gdy znajdziemy program, który może pomóc. By zapisać się do koordynacji opieki lub z niej zrezygnować, można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

**Programy edukacji zdrowotnej**

BCCHP oferuje programy, które pomogą zachować dobry stan zdrowia i radzić sobie z chorobami na każdym etapie życia. Lekarz może sprawdzić dietę pacjenta, poziom aktywności fizycznej, wagę oraz zdrowie behawioralne, jamy ustnej i oczu. Wszelkie konieczne szczepienia i badania kontrolne będą wykonane podczas wizyty. Poniższe tabele należy przejrzeć ze swoim PCP.

**Zalecane świadczenia profilaktyczne dla dorosłych**

W wieku	Potrzebne są
35–49 lat	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), cytologia, badanie poziomu cholesterolu (> 44 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry (> 39 lat), wyjściowe badanie mammograficzne (pokrywane raz u członków w wieku 35–40 lat), coroczna mammografia przesiewowa (> 40 lat)
50–64 lat	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przeciw Covid-19, szczepienie przeciw półpaścowi, szczepienie przypominające przeciw błonicy-tężcowi (co 10 lat), cytologia, mammografia, badanie poziomu cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, badanie przesiewowe w kierunku jaskry
Powyżej 65 lat	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), szczepienie przeciw pneumokokom, mammografia (do 74 lat), badanie poziomu cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (do 75 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry, badanie przesiewowe słuchu

Aby dowiedzieć się więcej o tych programach, można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Można również sprawdzić naszą stronę. Informacje znajdują się w sekcji Member Resources (Materiały dla członków) na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). Programy te mają na celu pomóc pacjentom osiągnąć i zachować dobry stan zdrowia.

**Blue365®**

Blue365 pozwala członkom zaoszczędzić na kosztach produktów potrzebnych do opieki, które zazwyczaj nie są refundowane przez BCCHP. Członkowie i osoby na ich utrzymaniu mają dostęp do szerokiej gamy zniżek. Obejmuje to najpopularniejszych dystrybutorów sprzętu fitness, karnety na siłownię, zdrową żywność i wiele więcej. Do udziału nie trzeba składać wniosków, otrzymać skierowań ani pokrywać dodatkowych opłat. By zacząć korzystać, należy odwiedzić stronę [www.blue365deals.com](http://www.blue365deals.com).

## **Blue Door Neighborhood Centers® (BDNCs)**

Blue Door Neighborhood Centers (Sąsiedzkie Ośrodki Blue Door) są ośrodkami dla społeczności. Zapewniają miejsce, by się uczyć, poznawać ludzi i skupić się na swoim zdrowiu. Można tam również znaleźć programy edukacyjne i profilaktyczne związane ze zdrowiem i dobrą kondycją fizyczną i psychiczną, a także dostęp do pomocy lokalnej społeczności. BDNC oferują bezpłatne usługi dostępne dla wszystkich, nie tylko członków.

**Misja:** Bliska współpraca ze społecznością, by zapewnić wsparcie w osiągnięciu zdrowia ciała i umysłu.

**Wizja:** Chcemy być godnym zaufania partnerem i źródłem pomocy dla członków społeczności w ich podróży zdrowotnej.

**Podejście trzech gałęzi:** Blue Door Neighborhood Center zapewnia: zarządzanie schorzeniami, promocję zdrowia i edukację zdrowotną, a także program społecznych determinantów zdrowia (ang. Social Determinants of Health, SDOH).

Na stronie [www.bcbsil.com/bdnc](http://www.bcbsil.com/bdnc) można dowiedzieć się więcej na temat BDNC i nadchodzących wydarzeń. **Adresy BDNC:**

### **Ośrodek Morgan Park**

**1-872-760-8090**

11840 S. Marshfield Ave.  
Chicago, IL 60643

### **Ośrodek Pullman**

**1-773-253-0900**

756 E. 111th St.  
Suites 102 & 103  
Chicago, IL 60628

### **Ośrodek South Lawndale**

**1-872-760-8450**

2551 W. Cermak Road  
Chicago, IL 60608

## **Dla spokoju ducha**

Nasza linia porad pielęgniarskich czynna 24/7 umożliwi prywatne rozmowy z pielęgniarką na temat zdrowia. Zadzwoń na linię pod numerem **1-888-343-2697** można bezpłatnie, o dowolnej porze i w dowolnym dniu tygodnia. Pielęgniarka może podać szczegółowe informacje dotyczące określonych problemów zdrowotnych i środowiskowych usług zdrowotnych.

**Można również wysłuchać nagrań audio dotyczących ponad 300 zagadnień zdrowotnych, takich jak:**

- Alergie i układ odpornościowy
- Cukrzyca
- Nadciśnienie
- Choroby przenoszone drogą płciową, takie jak HIV/AIDS

BCCHP zapewnia również usługi związane ze świadczeniami szpitalnymi, zarządzanie przypadkami skomplikowanymi i usługi zarządzania chorobą. Szczegóły można znaleźć w rozdziale **Care Coordination on page 19**.

Poza programami BCCHP dostępna jest również inna pomoc organizacji stanowych. Aby dowiedzieć się więcej, można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Program ograniczeń dla beneficjentów

BCCHP monitoruje użycie leków na receptę w ramach programu ograniczeń dla beneficjentów.

### Szukamy znaków ostrzegawczych, takich jak:

- Powielona farmakoterapia
- Użycie zbyt dużej lub małej ilości leków
- Realizowanie recept w różnych aptekach lub recepty od różnych świadczeniodawców
- Nieprawidłowe użycie lub nadużywanie leków

Nasz zespół apteczny korzysta z procesu „zobowiązania”. Oznacza to, że członkowie są ograniczeni (zobowiązani) do realizowania recept z leczenia w jednej aptece. Proces ten ma na celu zapobiegać nieprawidłowemu używaniu lub nadużywaniu leków.

## Testament życia

Testament życia jest pisemną decyzją, którą pacjent podejmuje w związku ze swoją opieką zdrowotną na przyszłość na wypadek choroby tak poważnej, że nie będzie w stanie decydować na bieżąco. W Illinois istnieją cztery rodzaje testamentu życia:

- **Pełnomocnictwo w zakresie opieki zdrowotnej (ang. Health care Power of Attorney)** - pozwala ono wybrać osobę, która będzie podejmować decyzje o opiece, jeśli Pana/Pani choroba nie pozwala na decydowanie o sobie.
- **Oświadczenie woli (ang. Living Will)** - w nim można poinformować lekarza i innych świadczeniodawców o tym, jakiej opieki sobie Pan/Pani życzy w przypadku choroby nieuleczalnej, czyli takiej, z której nie da się wyzdrowieć.
- **Preferencja w zakresie zdrowia psychicznego** - zawiera decyzję o tym, czy chce Pan/Pani skorzystać z pewnych rodzajów leczenia zdrowia psychicznego, które będą dla Pana/Pani dostępne.
- **Nakaz odstąpienia od resuscytacji/Polecenia dotyczące leczenia podtrzymującego życie (ang. Do Not Resuscitate/Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment, DNR/POLST)** - Ten dokument informuje Pana/Pani rodzinę oraz wszystkich lekarzy i innych świadczeniodawców o tym, jakie są Pana/Pani życzenia na wypadek ustania akcji serca lub funkcji oddechowej.

Więcej informacji na temat testamentów życia można otrzymać od planu opieki zdrowotnej lub od lekarza. W przypadku przyjęcia do szpitala możliwe jest, że pracownicy spytają, czy Pan/Pani je posiada. Posiadanie ich nie jest wymagane. Nie musi Pan/Pani ich mieć, by otrzymać opiekę zdrowotną, ale większość szpitali zachęca do spisania testamentu życia. Można zdecydować o spisaniu jednego lub więcej rodzajów testamentu życia w zależności od preferencji, można je również unieważnić lub zmienić w dowolnym momencie.

## Zażalenia i odwołania

Zależy nam, aby nasi członkowie byli zadowoleni z usług uzyskiwanych w BCCHP i z naszych świadczeniodawców. Osoby niezadowolone z usług mogą złożyć zażalenie lub odwołanie.

### Zażalenia

Zażalenie to skarga, która nie dotyczy usługi lub produktu, których odmówiono członkowi, które ograniczono lub świadczenie których zakończono.

BCCHP traktuje zażalenia członków bardzo poważnie. Chcemy wiedzieć o problemach, byśmy mogli poprawić nasze usługi. O zażaleniach dotyczących świadczeniodawców lub jakości otrzymanej opieki lub usług należy nas powiadomić jak najszybciej. BCCHP stosuje specjalne procedury, aby pomóc członkom, którzy złożyli zażalenie. Dołożymy wszelkich starań, aby odpowiedzieć na pytania członków i pomóc w rozwiązaniu ich wątpliwości. Złożenie zażalenia nie wpłynie na świadczone usługi opieki ani na zakres świadczeń objętych planem.

Jeśli zażalenie ma klient programu rehabilitacji zawodowej (ang. Vocational Rehabilitation, VR), może on mieć prawo do otrzymania pomocy od programu pomocy klientów DHS-ORS (ang. DHS-ORS Client Assistance Program, CAP) w przygotowaniu, prezentacji i reprezentacji w kwestii, w której składa zażalenie.

#### Poniżej przedstawiamy przykłady sytuacji, w których można złożyć zażalenie:

- Świadczeniodawca lub członek personelu BCCHP nie respektował Pani/Pana praw.
- Miał(a) Pan/Pani problem z umówieniem się na wizytę u swojego świadczeniodawcy w rozsądnym czasie.
- Nie jest Pan/Pani zadowolony(-a) z jakości otrzymanej opieki lub leczenia.
- Świadczeniodawca lub członek personelu BCCHP zachował się w stosunku do Pana/Pani niegrzecznie.
- Świadczeniodawca lub członek personelu BCCHP był niewrażliwy na Pana/Pani potrzeby kulturowe lub inne specjalne potrzeby.

Zażalenie można złożyć, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Można je również przesłać pisemnie pocztą lub faksem na adres:

#### **Blue Cross Community Health Plans**

Attn: Grievance and Appeals Dept.

P.O. Box 660717

Dallas, TX 75266

Faks: **1-866-643-7069**

Składając zażalenie, należy podać jak najwięcej informacji. Należy na przykład podać datę i miejsce zdarzenia, nazwiska zaangażowanych osób oraz szczegóły zdarzenia. Należy również podać swoje imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny członka. Pomoc w złożeniu zażalenia można uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Osoby, które nie mówią po angielsku, mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy tłumacza. Składając zażalenie, należy zaznaczyć, że potrzebna będzie pomoc tłumacza. Jeśli jest Pan/Pani osobą niedosłyszącą, należy zadzwonić na linię TTY/TDD działu obsługi klienta (**711**).

W dowolnej chwili rozpatrywania zażalenia można skorzystać z pomocy osoby, która będzie Pana/Panią reprezentowała lub działała w Pana/Pani imieniu. Osoba ta będzie Pana/Pani przedstawicielem. Jeśli zdecyduje się Pan/Pani skorzystać z pomocy przedstawiciela, należy poinformować o tym pisemnie BCCHP, podając imię i nazwisko przedstawiciela oraz jego dane kontaktowe.

Postaramy się niezwłocznie rozwiązać kwestię zażalenia. Jeśli będzie to niemożliwe, możemy skontaktować się z Panem/Panią, aby uzyskać więcej informacji.

## Odwołania

Odwołanie oznacza prośbę o weryfikację naszych działań. Jeśli zdecydujemy, że żądana usługa lub produkt nie może być zatwierdzony, lub jeśli usługa zostanie ograniczona lub przerwana, wyślemy do Pana/Pani pismo „Odmowna decyzja w sprawie świadczeń” (ang. Adverse Benefit Determination).

### Pismo poinformuje o:

- Podjętych działaniach i ich uzasadnieniu
- Prawie do złożenia odwołania i jak to zrobić
- Prawie do zażądania stanowego przesłuchania administracyjnego i jak to zrobić
- Prawie do zażądania, w pewnych okolicznościach, przyspieszonego odwołania i jak to zrobić
- Prawie do zażądania kontynuacji świadczeń w czasie odwołania, jak to zrobić i kiedy konieczne może być opłacenie usług

Może Pan/Pani nie zgadzać się z decyzją lub działaniem BCCHP dotyczącym żądanych usług lub produktów. Odwołanie oznacza prośbę o weryfikację naszych działań. Odwołanie można złożyć w ciągu 60 dni kalendarzowych od daty podanej na piśmie z odmowną decyzją w sprawie świadczeń. Jeśli chce Pan/Pani, aby w trakcie rozpatrywania odwołania usługi nie uległy zmianie, należy to zaznaczyć, składając odwołanie, i należy je złożyć nie później niż 10 dni kalendarzowych od daty podanej na piśmie z odmowną decyzją w sprawie świadczeń.

### Przykłady sytuacji, w których można złożyć odwołanie:

- Niezatwierdzenie lub niezapłacenie za usługę lub produkt, którego zażądał świadczeniodawca
- Zakończenie świadczenia zatwierdzonej wcześniej usługi
- Nieterminowe zapewnienie usługi lub produktów
- Niepoinformowanie o prawie do swobodnego wyboru świadczeniodawców
- Niezatwierdzenie usługi, ponieważ nie była świadczona w naszej sieci



## Poniżej przedstawiono dwa sposoby złożenia odwołania

1. Można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Po złożeniu odwołania przez telefon należy złożyć podpisany wniosek o odwołanie w formie pisemnej.
2. Wniosek na piśmie należy wysłać pocztą lub faksem na adres:  
Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266  
Faks standardowy: **1-866-643-7069**  
Faks przyspieszony: **1-800-338-2227**

Osoby, które nie mówią po angielsku, mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy tłumacza. Składając odwołanie, należy zaznaczyć, że potrzebna będzie pomoc tłumacza. Jeśli jest Pan/Pani osobą niedosłyszącą, należy zadzwonić na linię TTY/TDD działu obsługi klienta (711).

## Czy członkowie mogą uzyskać pomoc w procedurze odwołania?

Istnieje kilka opcji uzyskania pomocy.

### Można:

- Poprosić znajomą osobę o pomoc w reprezentowaniu. Może to być na przykład Pana/Pani lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub członek rodziny.
- Wybrać na przedstawiciela prawnika.

### Aby wyznaczyć swojego przedstawiciela, należy:

1. Wysłać do nas pismo informujące o tym, że chce Pan/Pani być reprezentowany(-a) przez inną osobę, i podać w piśmie informacje kontaktowe takiej osoby lub
2. Wypełnić formularz „Odwołania przez upoważnionego przedstawiciela” (ang. Authorized Representative Appeals). Formularz dostępny jest na naszej stronie internetowej [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

## Procedura odwołania

**W ciągu trzech dni roboczych** wyślemy do Pana/Pani pismo potwierdzające otrzymanie odwołania. Poinformujemy, czy potrzebne są dodatkowe informacje oraz jak je przekazać osobiście lub na piśmie.

Odwołanie zostanie rozpatrzone przez świadczeniodawcę o takiej samej lub podobnej specjalizacji jak specjalizacja Pani/Pana lekarza prowadzącego. Nie będzie to ten sam świadczeniodawca, który początkowo podjął decyzję o odmowie, ograniczeniu lub przerwaniu świadczenia usługi.

BCCHP wyśle decyzję na piśmie **w ciągu 15 dni roboczych** od daty otrzymania wniosku o odwołanie. W przypadku gdy przed podjęciem decyzji konieczne będzie uzyskanie dalszych informacji, BCCHP może poprosić o wydłużenie czasu na podjęcie decyzji **o kolejnych 14 dni kalendarzowych**. Pan/Pani również może zażądać wydłużenia, jeśli zgromadzenie dodatkowych dokumentów uzupełniających odwołanie będzie wymagało więcej czasu.

Zadzwoimy do Pana/Pani, aby poinformować o decyzji i wyślemy Panu/Pani i upoważnionemu przedstawicielowi zawiadomienie o decyzji. W zawiadomieniu poinformujemy o dalszych działaniach i uzasadnimy je.

Jeśli decyzja BCCHP będzie zgodna z decyzją podaną w odmownej decyzji w sprawie świadczeń, może Pan/Pani być zobowiązany(-a) do opłacenia kosztu usług wyświadczonych w czasie rozpatrywania odwołania. Jeśli decyzja BCCHP nie będzie zgodna z decyzją podaną w decyzji odmownej, wydamy zgodę na natychmiastowe rozpoczęcie świadczenia usług.

**O czym należy pamiętać w czasie procedury odwołania:**

- W razie konieczności można w każdej chwili przekazać nam więcej informacji dotyczących odwołania.
- Istnieje możliwość zapoznania się z dokumentacją odwołania.
- Istnieje możliwość bycia obecnym przy rozpatrywaniu odwołania przez BCCHP.

**Jak można przyspieszyć rozpatrzenie odwołania?**

Jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani świadczeniodawca uważa, że podjęcie decyzji w sprawie odwołania w standardowych ramach czasowych (15 dni roboczych) poważnie zagrozi Pana/Pani życiu lub zdrowiu, można zażądać przyspieszonego rozpatrzenia odwołania składając do nas wnioski w formie pisemnej lub telefonicznej. We wniosku pisemnym należy podać swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny członka, datę otrzymania pisma z odmowną decyzją, informacje o swoim przypadku oraz powód żądania przyspieszonego rozpatrzenia odwołania. Wniosek o przyspieszone rozpatrzenie odwołania można również wysłać do BCCHP faksem, co należy zrobić pod numer **1-800-338-2227**. Jeśli potrzebne będą dodatkowe informacje, poinformujemy o tym w ciągu 24 godzin. Po otrzymaniu wszystkich informacji zadzwonimy do Pana/Pani w ciągu 24 godzin, aby poinformować o decyzji, i wyślemy Panu/Pani i upoważnionemu przedstawicielowi pisemne zawiadomienie o decyzji.

**Jak można wycofać odwołanie?**

Członkowie mają prawo do wycofania swojego odwołania z dowolnej przyczyny i w dowolnym czasie w trakcie procedury odwołania. Można to zrobić pisemnie lub ustnie. By wycofać odwołanie, należy użyć tego samego adresu, na który zostało wysłane odwołanie, lub zadzwonić do Blue Cross Community Health Plans pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Wycofanie wniosku spowoduje zakończenie procedury odwołania i nie podejmiemy żadnej decyzji w sprawie odwołania. Jeśli potrzebne jest więcej szczegółów na temat wycofania odwołania, należy zadzwonić do Blue Cross Community Health Plans pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

BCCHP potwierdzi wycofanie wniosku o odwołanie, wysyłając Panu/Pani lub upoważnionemu przedstawicielowi zawiadomienie. Jeśli potrzebne jest więcej szczegółów na temat wycofania odwołania, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

**Jakie są następne kroki?**

Po otrzymaniu od BCCHP pisemnego zawiadomienia o decyzji w sprawie odwołania nie musi Pan/Pani podejmować żadnych działań, a sprawa odwołania zostanie zamknięta. Jeśli jednak nie zgodzi się Pan/Pani z podjętą decyzją, w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia o decyzji można poprosić o stanowe przesłuchanie administracyjne i/lub zewnętrzną weryfikację wniosku o odwołanie. Można zażądać zarówno stanowego przesłuchania administracyjnego, jak i zewnętrznej weryfikacji, lub wybrać jedną z opcji.

**Stanowe przesłuchanie administracyjne**

Jeśli Pan/Pani sobie życzy, można zażądać stanowego przesłuchania administracyjnego w ciągu **120 dni kalendarzowych** od daty otrzymania zawiadomienia o decyzji, ale jeśli będzie chciał(a) Pan/Pani w dalszym ciągu korzystać z usług, należy go zażądać w ciągu **10 dni kalendarzowych** od daty otrzymania zawiadomienia o decyzji. Jeśli nie wygra Pan/Pani sprawy odwołania na tej drodze, może zostać Pan/Pani obciążony(-a) kosztami usług świadczonych w czasie trwania procedury odwołania.

W czasie stanowego przesłuchania administracyjnego, tak jak w przypadku procedury odwołania BCCHP, może Pan/Pani być reprezentowany(-a) przez przedstawiciela, na przykład prawnika, krewnego lub znajomego. Aby wyznaczyć osobę na swojego przedstawiciela, należy wysłać do nas pismo informujące o tym, że chce Pan/Pani być reprezentowany(-a) przez inną osobę, i podać w piśmie informacje kontaktowe takiej osoby.

### Stanowego przesłuchania administracyjnego można zażądać w jeden z następujących sposobów:

- Pobliski środowiskowy ośrodek pomocy dla rodzin (ang. Family Community Resource Center) może zapewnić formularz odwołania, który pozwoli zażądać stanowego przesłuchania administracyjnego, a także pomóc w wypełnieniu go na Pana/Pani życzenie.
- Aby założyć konto do zarządzania odwołaniami (ang. ABE Appeals Account) i złożyć wniosek o stanowe przesłuchanie administracyjne online, należy wejść na stronę [abe.illinois.gov/abe/access/appeals](https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals). Dzięki temu będzie można śledzić swoje odwołanie i zarządzać nim online, sprawdzać ważne daty i zawiadomienia związane z przesłuchaniem oraz przysyłać dokumenty.

Jeśli chce Pan/Pani złożyć odwołanie na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczące świadczeń medycznych, pisemny wniosek należy wysłać na adres:

Illinois Department of Health care and Family Services Bureau of Administrative Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor Chicago, IL 60602

Faks: **(312) 793-2005**

E-mail: [HFS.FairHearing@illinois.gov](mailto:HFS.FairHearing@illinois.gov)

Można także zadzwonić pod numer **(855) 418-4421**, TTY: **(800) 526-5812**

Jeśli chce Pan/Pani złożyć odwołanie na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczące świadczeń związanych ze zdrowiem psychicznym lub nadużywaniem substancji odurzających, pisemny wniosek należy wysłać na adres:

Illinois Department of Human Services Bureau of Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor Chicago, IL 60602

Faks: **(312) 793-8573**

E-mail: [DHS.HSPApeals@illinois.gov](mailto:DHS.HSPApeals@illinois.gov)

Można także zadzwonić pod numer **(800) 435-0774**, TTY: **(877) 734-7429**

### Procedura stanowego przesłuchania administracyjnego

Przesłuchanie będzie prowadzone przez bezstronnego urzędnika upoważnionego do prowadzenia tego rodzaju przesłuchań. Odpowiedni urząd wyśle do Pana/Pani zawiadomienie o dacie, godzinie i miejscu przesłuchania. Przekaze również informacje o samym przesłuchaniu. Należy uważnie zapoznać się z pismem z urzędu. Jeśli założy Pan/Pani konto na stronie <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, będą tam dostępne wszystkie pisma związane z Pana/Pani stanowym przesłuchaniem administracyjnym. Można tam również wysyłać dokumenty i przeglądać terminy.

Otrzyma Pan/Pani informacje od BCCHP przynajmniej **trzy dni robocze** przed przesłuchaniem. Będą one zawierały wszystkie dowody, jakie przedstawimy podczas przesłuchania. Takie same informacje zostaną przekazane bezstronnemu urzędnikowi. Pan/Pani również musi zapewnić BCCHP i bezstronnemu urzędnikowi dostęp do wszystkich dowodów, jakie zostaną przedstawione podczas przesłuchania, co najmniej **trzy dni robocze** przed datą przesłuchania. Obejmuje to listę świadków, którzy wystąpią w Pana/Pani imieniu, a także wszystkie dokumenty, które zostaną przedstawione jako uzasadnienie odwołania.

Jeśli będzie Pan/Pani wymagać zapewnienia określonych udogodnień, należy o tym poinformować właściwy urząd ds. przesłuchań. Przesłuchanie może być prowadzone przez telefon. We wniosku o stanowe przesłuchanie administracyjne należy podać numer telefonu, pod który można dzwonić do Pana/Pani w czasie godzin pracy. Przesłuchanie może być nagrywane.

## **Odroczenie**

Członek może zażądać odroczenia przesłuchania w jego trakcie lub przed przesłuchaniem; zgoda na odroczenie może zostać wydana w razie zaistnienia uzasadnionej przyczyny. Jeśli bezstronny urzędnik wyrazi zgodę, Pan/Pani i wszystkie strony odwołania zostaną poinformowane pisemnie o nowej dacie, godzinie i miejscu przesłuchania. Ramy czasowe zakończenia procedury odwołania zostaną wydłużone o okres odroczenia.

## **Niestawienie się na przesłuchanie**

Odwołanie zostanie oddalone, jeśli Pan/Pani lub upoważniony przedstawiciel nie stawi się na przesłuchaniu w terminie i miejscu podanym w zawiadomieniu, o ile nie zażądano pisemnie odroczenia przesłuchania. Jeśli przesłuchanie prowadzone jest przez telefon, odwołanie zostanie oddalone, jeśli nie odbierze Pan/Pani telefonu o wyznaczonej godzinie. Wszystkie strony otrzymają pismo z informacją o oddaleniu odwołania.

Termin przesłuchania może zostać przełożony, jeśli poinformuje nas Pan/Pani o takiej konieczności w ciągu 10 dni kalendarzowych od daty otrzymania pisma o oddaleniu, o ile przyczyną niestawienia się na przesłuchaniu były:

- Śmierć w rodzinie
- Uraz lub choroba, która uniemożliwia pojawienie się na przesłuchaniu
- Nagła i nieprzewidziana sytuacja kryzysowa

Jeśli termin przesłuchania zostanie przełożony, urząd ds. przesłuchań wyśle Panu/ Pani lub upoważnionemu przedstawicielowi pismo z informacją o nowym terminie, a jego kopie zostaną przesłane do wszystkich stron zainteresowanych odwołaniem.

Jeśli odrzucimy prośbę o przełożenie terminu przesłuchania, dostanie Pan/Pani pocztą pisemną informację o odmowie.

## **Decyzja podjęta w trakcie stanowego przesłuchania administracyjnego**

Właściwy urząd ds. przesłuchań wyśle do Pana/Pani i wszystkich zainteresowanych stron pismo z ostateczną decyzją administracyjną. Decyzja będzie również dostępna online na koncie do odwołań ABE. Od decyzji tej można się odwołać wyłącznie w sądach okręgowych stanu Illinois. Sąd okręgowy może zezwolić na składanie takich odwołań w czasie nawet tak krótkim jak 35 dni od daty otrzymania tego pisma. W przypadku pytań należy dzwonić do urzędu ds. odwołań.

## Zewnętrzna weryfikacja (tylko usługi medyczne)

W ciągu **30 dni kalendarzowych** od daty podanej na zawiadomieniu o decyzji w sprawie odwołania wysłanym przez BCCHP można zażądać weryfikacji podjętej decyzji przez osobę spoza BCCHP. Nazywa się to zewnętrzną weryfikacją.

### Zewnętrzna osoba weryfikująca musi spełniać następujące wymagania:

- Licencjonowany świadczeniodawca o takiej samej lub podobnej specjalizacji jak specjalizacja Pana/Pani lekarza prowadzącego
- Aktualnie praktykujący
- Nie posiada interesów finansowych w zakresie podejmowanej decyzji
- Nie zna Pana/Pani i nie będzie znał Pana/Pani tożsamości w trakcie weryfikacji

W piśmie należy poprosić o zewnętrzną weryfikację i wysłać je do:

#### Blue Cross Community Health Plans

Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266

Standardowy faks: **1-866-643-7069**  
Faks przyspieszony: **1-800-338-2227**

## Co dalej?

- Sprawdzimy, czy wniosek kwalifikuje się do zewnętrznej weryfikacji. Mamy na to pięć dni roboczych. Następnie wyślemy do Pana/Pani pismo z zawiadomieniem, czy wniosek spełnia kryteria. Jeśli tak, w liście podamy nazwisko zewnętrznej osoby weryfikującej.
- Ma Pan/Pani pięć dni roboczych od daty otrzymania naszego pisma na przesłanie osobie weryfikującej dodatkowych informacji dotyczących wniosku.

W ciągu pięciu dni kalendarzowych od otrzymania wszystkich informacji potrzebnych do przeprowadzenia weryfikacji zewnętrzna osoba weryfikująca wyśle pismo z decyzją do Pana/Pani i/lub Pana/Pani przedstawiciela oraz do Blue Cross Community Health Plans.

## Przyspieszona weryfikacja zewnętrzna

Jeśli standardowe ramy czasowe na podjęcie decyzji w ramach weryfikacji zewnętrznej mogą stanowić zagrożenie dla Pana/Pani życia lub zdrowia, może Pan/Pani lub upoważniony przedstawiciel zażądać **przyspieszonej weryfikacji zewnętrznej**. Można to zrobić telefonicznie lub w formie pisemnej. Aby zażądać przyspieszonej zewnętrznej weryfikacji przez telefon, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod bezpłatny numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Aby zażądać przyspieszonej weryfikacji pisemnie, należy wysłać pismo na nasz podany niżej adres. Zewnętrznej weryfikacji odnośnie do konkretnego działania można zażądać tylko jeden (1) raz. W piśmie należy poprosić o zewnętrzną weryfikację takiego działania.

#### Blue Cross Community Health Plans

Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266  
Faks przyspieszony: **1-800-338-2227**

## Co dalej?

- Po otrzymaniu telefonu lub pisma z wnioskiem o przyspieszoną weryfikację zewnętrzną niezwłocznie zapoznamy się z wnioskiem i sprawdzimy, czy kwalifikuje się on do tego rodzaju weryfikacji. Jeśli wniosek będzie się kwalifikował, skontaktujemy się z Panem/Panią lub Pana/Pani przedstawicielem i podamy nazwisko osoby weryfikującej.
- Wyślemy również niezbędne informacje do zewnętrznej osoby weryfikującej, aby umożliwić jej rozpoczęcie procedury weryfikacji.
- Tak szybko jak będzie wymagał tego Pana/Pani stan zdrowia, jednak nie później niż dwa dni robocze po otrzymaniu wszystkich niezbędnych informacji, osoba weryfikująca podejmie decyzję w sprawie wniosku. Następnie poinformuje ustnie Pana/Panią i/lub upoważnionego przedstawiciela oraz BCCHP o decyzji. W ciągu 48 godzin osoba weryfikująca wyśle również do Pana/Pani i/lub upoważnionego przedstawiciela oraz BCCHP pismo z informacją o podjętej decyzji.

## Prawa i obowiązki

### Pana/Pani prawa

- Prawo do bycia traktowanym zawsze z szacunkiem i godnością oraz poszanowaniem prywatności.
  - Prawo do zachowania poufności informacji na temat Pana/Pani zdrowia i dokumentacji medycznej z wyjątkiem sytuacji określonych prawnie oraz gdy zależy od tego zapewnienie opieki.
  - Prawo do ochrony przed dyskryminacją.
  - Prawo do otrzymywania informacji of BCCHP w innych językach i formatach, na przykład przez tłumacza lub w alfabecie Braille'a.
  - Prawo do otrzymywania informacji na temat dostępnych metod leczenia i alternatyw.
  - Prawo do otrzymywania informacji koniecznych do udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji o jego opiece zdrowotnej i wyborach.
- Prawo do przedstawiania rekomendacji na temat polityki praw i obowiązków członków organizacji.
  - Prawo do odmowy leczenia i uzyskania informacji o potencjalnych konsekwencjach odmowy dla zdrowia.
  - Prawo do otrzymania kopii swojej dokumentacji medycznej i, w pewnych przypadkach, do złożenia wniosku o ich zmianie lub poprawie.
  - Prawo do wyboru własnego lekarza podstawowej opieki (PCP) z katalogu świadczeniodawców BCCHP. Swojego PCP można zmienić w dowolnym momencie.
  - Prawo do złożenia skargi (czasem zwanej zażaleniem) lub odwołania bez obawy o złe traktowanie lub wszelkiego rodzaju negatywne reakcje.
  - Prawo do zażądania i otrzymania informacji o planie opieki zdrowotnej, świadczeniodawcach i zasadach, łącznie z prawami i obowiązkami członków, w rozsądnych ramach czasowych.

## **Pana/Pani obowiązki**

- Traktowanie lekarza i pracowników gabinetów z życzliwością i szacunkiem.
- Zabieranie ze sobą karty członkowskiej BCCHP na wizy lekarskie oraz do apteki po odbiór leków.
- Zgłaszanie się na wizyty i punktualność.
- Odwoływanie wizyt, jeśli nie może Pan/Pani na nie przybyć.
- Stosowanie się do zaleceń i planu leczenia otrzymanych od lekarza.
- Informowanie planu opieki zdrowotnej oraz koordynatora w razie zmiany adresu lub numeru telefonu.
- Przeczytanie poradnika dla członków, by wiedzieć, jakie świadczenia są refundowane, oraz zapoznać się ze szczególnymi zasadami.

## **Oszustwa, przemoc i zaniedbania**

Oszustwa, przemoc i zaniedbania są sytuacjami, które muszą być zgłaszane.

**Oszustwo ma miejsce wtedy, gdy ktoś korzysta ze świadczeń lub płatności, do których nie jest uprawniony. Przykłady oszustwa:**

- Użycie karty członkowskiej innej osoby lub zezwolenie na użycie Pana/Pani karty przez kogoś innego.
- Wystawienie rachunku przez świadczeniodawcę za niezapewnione świadczenia.

**Przemoc ma miejsce wtedy, gdy ktoś powoduje fizyczną lub psychiczną szkodę lub uraz. Oto przykłady przemocy:**

- Fizyczną przemocą jest krzywdzenie przez policzkowanie, uderzanie, popychanie lub groźenie bronią.
- Przemoc psychiczna ma miejsce wtedy, gdy ktoś Panu/Pani grozi, próbuje kontrolować życie towarzyskie lub utrzymać Pana/Panią w izolacji.
- Przemoc finansowa ma miejsce, gdy ktoś używa Pana/Pani pieniędzy, czeków lub kart kredytowych bez pozwolenia.
- Przemoc seksualna ma miejsce, gdy ktoś dotyka Pana/Pani w sposób nieodpowiedni i bez pozwolenia.

**Zaniedbanie ma miejsce, kiedy ktoś odmawia podstawowych środków niezbędnych do życia, takich jak pożywienie, ubrania, schronienie lub opieka medyczna.**

Jeśli uważa Pan/Pani, że jest Pan/Pani ofiarą któregoś z powyższych, należy natychmiast to zgłosić. Można zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Należy zgłosić każde podejrzenie przemocy

Zgodnie z prawem członkowie są zobowiązani do zgłaszania domniemanej przemocy i zaniedbań. Należy skontaktować się z Departamentem Usług Społecznych w stanie Illinois (ang. Illinois Department of Human Services, DHS) lub z Departamentem ds. Osób Starszych w stanie Illinois (ang. Illinois Department on Aging, DOA).

- Jeśli domniemana ofiara zarejestrowana jest w programie lub mieszka w miejscu finansowanym, licencjonowanym lub certyfikowanym przez DHS lub mieszka w mieszkaniu prywatnym, należy dzwonić na gorącą linię Urzędu Inspektora Generalnego (ang. Office of the Inspector General): **1-800-368-1463**
- Jeśli przemoc lub zaniedbanie dotyczy osób w wieku co najmniej 18 lat, które nie przebywają w domu opieki lub w placówce z zapewnionym wsparciem, należy kontaktować się z gorącą linią DOA pod numerem **1-866-800-1409**. TTY: **1-800-358-5117**

Podejrzenia oszustw lub przemocy można również zgłosić nam. Należy zadzwonić do działu obsługi klienta BCCHP pod numer **1-877-860-2837**. Można również skorzystać z naszej gorącej linii ds. oszustw i przemocy pod numerem **1-800-543-0867**.

**Wszystkie dane będą traktowane jako poufne.** Eliminowanie przemocy, zaniedbań i oszustw jest naszym wspólnym obowiązkiem.



## Definicje

**Odwołanie:** wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji przez plan opieki zdrowotnej.

**Współubezpieczenie (ang. coinsurance):** część kwalifikujących się kosztów opieki medycznej, za którą odpowiada pacjent. Na przykład jeśli współubezpieczenie wynosi 10%, to pacjent jest odpowiedzialny za opłacenie 10% kwalifikujących się kosztów medycznych, a ubezpieczenie opłaci pozostałe 90%.

**Współpłatność:** ustalona kwota (na przykład \$15) którą płaci pacjent za świadczenia zdrowotne pokryte planem, zazwyczaj przy otrzymywaniu świadczenia. Kwoty te mogą różnić się w zależności od rodzaju świadczenia zdrowotnego objętego planem.

**Trwały sprzęt medyczny:** sprzęt i materiały zleczone przez świadczeniodawcę opieki zdrowotnej na użytek codzienny lub długoterminowy.

**Doula:** Doule wspierają klientki ciężarne w trakcie ciąży, porodu i okresu poporodowego, czego celem jest poprawa rezultatów dla osób rodzących i niemowląt.

**Stan zagrażający życiu i zdrowiu:** choroba, uraz, objaw lub schorzenie tak poważne, że w rozsądnej ocenie należy szukać natychmiastowej pomocy, by uniknąć poważnego uszczerbku na zdrowiu.

**Pomoc doraźna:** ocena stanu zagrażającego życiu i zdrowiu i wdrożenie leczenia, by zapobiec pogorszeniu stanu.

**Świadczenia niepokrywane:** świadczenia opieki zdrowotnej, za które ubezpieczenie zdrowotne nie zapłaci lub których nie pokrywa.

**Zażalenie:** skarga składana do organizacji odpowiedzialnej za Pana/Pani plan opieki zdrowotnej.

**Usługi i wyroby rehabilitacyjne (ang. Habilitation):** usługi pomagające pacjentom zachować umiejętności i funkcje niezbędne do codziennego życia, nauczyć się ich lub je poprawić. Przykładem jest terapia dla dziecka, które nie chodzi lub nie mówi w przewidywanym wieku. Usługi te mogą obejmować fizjoterapię, terapię zajęciową, logopedię i inne usługi dla osób z niepełnosprawnościami w różnych placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych.

**Domowa opieka zdrowotna:** świadczenia opieki zdrowotnej zapewniane pacjentom w domu.

**Asystenci rodziny (ang. Home Visitors):** Są to wyszkoleni profesjonaliści, których wizyty i działania skupiają się na promowaniu silnej więzi dziecka z rodzicami, by wspierać zdrowy rozwój dziecka.

**Opieka paliatywna:** usługi zapewniające komfort i wygodę osobom w ostatnich etapach nieuleczalnej choroby oraz ich rodzinom.

**Hospitalizacja:** opieka zapewniana przez szpital, która wymaga przyjęcia pacjenta na oddział i zazwyczaj obejmuje pobyt w szpitalu przez noc. Pobyt przez noc w celu obserwacji może zostać uznana za opiekę ambulatoryjną.

**Szpitalna opieka ambulatoryjna:** opieka zapewniana przez szpital niewymagająca pobytu na oddziale przez noc.

**Konieczne z medycznego punktu widzenia:** Usługi i materiały opieki zdrowotnej konieczne do zapobiegania, diagnozowania i leczenia choroby, urazu, schorzenia lub ich objawów, które spełniają przyjęte normy medyczne.

**Spoza sieci:** zapewniający beneficjentom opcję dostępu do świadczeń ujętych w planie przez świadczeniodawców nienależących do sieci planu. W niektórych przypadkach koszty pokrywane przez pacjenta mogą być wyższe w przypadku świadczeń spoza sieci.

**Wcześniejsza autoryzacja:** decyzja podejmowana przez ubezpieczyciela lub plan opieki medycznej dotycząca tego, czy dane świadczenie opieki zdrowotnej, plan leczenia, lek na receptę lub stały sprzęt medyczny jest konieczny z medycznego punktu widzenia. Czasem nazywa się ją wcześniejszą autoryzacją lub wcześniejszą zgodą. Pana/Pani ubezpieczenie zdrowotne lub plan opieki może wymagać autoryzacji w przypadku pewnych świadczeń przed ich otrzymaniem, z wyjątkiem sytuacji zagrożenia dla życia i zdrowia. Wcześniejsza autoryzacja nie stanowi gwarancji ubezpieczyciela lub planu opieki, że plan pokryje koszt.

**Refundacja leków na receptę:** ubezpieczenie zdrowotne lub plan opieki, który pomaga opłacić leki na receptę.

**Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej:** lekarz lub osteopata, samodzielnie praktykująca pielęgniarka (ang. Nurse Practitioner), pielęgniarka ze specjalizacją kliniczną (ang. Clinical Nurse Specialist) lub asystent medyczny (ang. Physician Assistant), zgodnie z prawem stanowym, który zapewnia świadczenia opieki zdrowotnej, koordynuje je oraz pomaga pacjentowi uzyskać do nich dostęp.

**Usługi i wyroby rehabilitacyjne (ang. Rehabilitation):** usługi pomagające pacjentom zachować, odzyskać lub poprawić umiejętności i funkcje niezbędne do codziennego życia, które zostały utracone lub ograniczone z powodu choroby, urazu lub niepełnosprawności. Usługi te mogą obejmować fizjoterapię, terapię zajęciową, logopedię i rehabilitację psychiatryczną w różnych placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych.

**Specjalista:** lekarz skupiający się na konkretnym dziale medycyny lub grupie pacjentów, by diagnozować konkretne objawy i schorzenia, zarządzać nimi, zapobiegać im i je leczyć.

**Opieka w nagłych przypadkach (ang. Urgent Care):** opieka w przypadku choroby, urazu lub schorzenia na tyle poważnego, że w rozsądnej ocenie należy szukać natychmiastowej pomocy, ale nie na tyle poważnego, że wymaga wizyty na oddziale ratunkowym.

## Polityka prywatności

Mamy prawo do uzyskania informacji od osób opiekującej się Panem/Panią. Umożliwiają nam one opłacenie i zarządzanie Pana/Pani opieką zdrowotną. Informacje pozostają poufne i zna je Pan/Pani, świadczeniodawca opieki i my, z wyjątkiem sytuacji dozwolonych przez prawo. Prawo członków do zachowania poufności opisano w piśmie Informacje o zasadach ochrony prywatności. Kopię informacji można uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Blue Cross Community Family Health Plan współpracuje ze stanem Illinois, by powstrzymać nowe przypadki zakażeń HIV. Illinois Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego Illinois) dzieli się swoimi danymi na temat HIV z IL Medicaid i organizacjami zorganizowanej opieki zdrowotnej w ramach IL Medicaid, by móc zapewnić lepszą opiekę osobom żyjącym z HIV. Imiona i nazwiska, daty urodzenia, numery SSN, status zakażenia HIV i inne informacje są bezpiecznie udostępniane wszystkim członkom Medicaid.

## Poświadczenie ubezpieczenia



W razie pytań należy dzwonić do działu obsługi klienta BCCHP pod bezpłatny numer **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na linię porad pielęgniarских dostępną 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**.

## Poświadczenie ubezpieczenia

Blue Cross Community Health Plans zapewniany jest przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois, oddział Health Care Service Corporation, firmę Mutual Legal Reserve Company (HCSC), niezależnego licencjobiorcę stowarzyszenia Blue Cross and Blue Shield Association.

Blue Cross Community Health Plans, zwany również BCCHP, podpisał umowę z Departamentem Opieki Zdrowotnej i Świadczeń Rodzinnych w stanie Illinois (ang. Illinois Department of Healthcare and Family Services, HFS), aby zapewniać ubezpieczenie zdrowotne.

Certyfikat wydawany jest przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), oddział Health Care Service Corporation, firmę Mutual Legal Reserve Company (HCSC), niezależnego licencjobiorcę Blue Cross and Blue Shield Association, działającego jako organizacja opieki zdrowotnej.

W związku z rejestracją członka BCBSIL zapewni i/lub zorganizuje świadczenie członkom refundowanych usług opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami niniejszego Poświadczenia.

Niniejsze Poświadczenie ubezpieczenia może podlegać poprawkom, modyfikacjom lub wypowiedzeniu za obopólną zgodą Blue Cross Community Health Plans i Departamentu Opieki Zdrowotnej i Świadczeń Rodzinnych w stanie Illinois bez zgody członka. O wprowadzonych zmianach członkowie zostaną powiadomieni możliwie jak najszybciej.

Wybierając i akceptując ubezpieczenie zdrowotne oferowane przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois, członkowie zgadzają się na wszystkie warunki opisane w Poświadczeniu ubezpieczenia.

Data wejścia w życie ubezpieczenia oferowanego przez Plan podana jest na wysłanej członkowi karcie członkowskiej.

## Karta opisowa zakresu planu ubezpieczeniowego

BCCHP obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. BCCHP nie obejmuje usług świadczonych poza granicami USA. Jeśli konieczna jest opieka zdrowotna podczas podróży poza granice Illinois, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. W przypadku świadczeń poza granicami Illinois wymagana będzie wcześniejsza autoryzacja. Jeśli nie otrzyma Pan/Pani wcześniejszej autoryzacji, może zająć konieczność pokrycia kosztów świadczenia.

Jeśli konieczna jest pomoc w stanie zagrożenia życia i zdrowia, należy udać się do najbliższego szpitala. Plan refunduje koszt usług w stanach zagrożenia życia i zdrowia świadczonych w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych.

### Usługi refundowane

Pana/Pani plan uwzględnia współpłatność i współubezpieczenie za usługi refundowane przez BCCHP, ale nie uwzględnia udziału własnego. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji od BCCHP, co zawarto w tabelach poniżej. W razie pytań należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Aborcja	Usługi aborcyjne są refundowane przez Medicaid (nie przez Pana/Pani organizację zarządzającą opieką zdrowotną, MCO) przy użyciu karty HFS (Departamentu opieki zdrowotnej i świadczeń rodzinnych)	Tak
Akupunktura	Akupunktura ograniczona jest to zabiegów skupiających się na bólu dolnej części pleców oraz płodach w położeniu pośladkowym	Tak
Usługi pielęgniarki zaawansowanej praktyki (ang. Advanced Practice Nurse, APN)		Nie
Usługi ambulatoryjnej poradni chirurgii	Obowiązuje współubezpieczenie	Tak
Doroczne badania profilaktyczne dla dorosłych	Badania wykonuje PCP lub WHCP. Badania przedmiotowe nie są wykonywane w ramach planowania rodziny	Nie
Aparaty słuchowe/urządzenia wzmacniające dźwięk		Tak
Usługi audiologiczne	Obowiązuje ograniczenie do jednego aparatu na ucho co trzy lata. Badania przesiewowe słuchu refundowane są tylko w przypadku objawów ze strony uszu.	Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi w ramach zdrowia behawioralnego	Obejmują między innymi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Środowiskowe zdrowie behawioralne</li> <li>• Usługi kryzysowe</li> <li>• Świadczenia ambulatoryjne, takie jak zarządzanie farmakoterapią, terapia i porady</li> <li>• Leczenie szpitalne w trybie dziennym</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach
Krew, składniki krwi i usługi zarządzania nimi		Nie
Usługi chiropraktyka	Ograniczone do terapii manualnej kręgosłupa w przypadku podwichnięcia	Nie

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego		Nie
Radiologia diagnostyczna i radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nieinwazyjne zdjęcia RTG zlecone i wykonane przez PCP</li> <li>Przesiewowe badania mammograficzne refundowane są u osób w wieku 40 lat i starszych. Wyjściowa mammografia po 35 roku życia</li> <li>TK i MR wymagają wcześniejszej autoryzacji</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach
Usługi stomatologiczne, w tym chirurgia jamy ustnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ograniczone leczenie kanałowe</li> <li>Ograniczone protezy</li> <li>Ograniczona chirurgia jamy ustnej</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach
Pomoc przypadkach nagłych i zagrażających życiu	Należy zadzwonić do PCP w celu umówienia opieki kontrolnej w ciągu <b>dwóch dni</b> od wypadku lub tak wcześnie, jak to możliwe. Wymagany jest również telefon do działu obsługi klienta i poinformowanie BCCHP o otrzymanych świadczeniach	Nie
Pogotowie stomatologiczne	Ograniczone. Badania w nagłych przypadkach będą pokryte tylko wtedy, gdy są wykonane w związku z sytuacją nagłą i koniecznie z medycznego punktu widzenia, by leczyć ból, infekcję, obrzęk	Nie
Transport/ Karetka w nagłych wypadkach		Nie
Usługi planowania rodziny i materiały	<p>Obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wizyty u lekarza</li> <li>Antykoncepcja</li> <li>Planowanie rodziny i edukację na temat rodziny</li> <li>Testy ciążowe</li> <li>Badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową</li> </ul> <p>Usługi niepokrywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leczenie niepłodności</li> <li>Zabieg chirurgiczny cofnięcia sterylizacji</li> </ul>	Nie
Wizyty w klinikach takich jak FQHC (Federalne ośrodki zdrowia), RHC (Wiejskie ośrodki zdrowia) i innych klinikach typu Encounter Rate Clinic (pobierające stawkę za wizytę)		Nie
Operacja korekty płci	<ul style="list-style-type: none"> <li>Musi stosować się do wszystkich administracyjnych zasad HFS</li> <li>Wymaga wypełnienia formularza wcześniejszej autoryzacji HFS dla usług korekty płci</li> <li>Do zgody wymagane są również pisma i dokumentacja medyczna od określonych świadczeniodawców</li> </ul>	Tak

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Aparaty słuchowe i baterie	Jeden aparat na ucho co trzy lata. Ograniczone baterie na członka	Aparaty słuchowe wymagają wcześniejszej autoryzacji; baterie nie wymagają wcześniejszej autoryzacji
Wizyty agencji domowej opieki zdrowotnej	W przypadku usług typu non-waiver, pokrywane usługi ograniczone są do opieki po hospitalizacji	Tak
Szpitalne usługi ambulatoryjne		Tak
Wizyty na szpitalnym oddziale ratunkowym		Nie
Szpitalne usługi stacjonarne		Tak
Szpitalne usługi ambulatoryjne		Tak, w określonych okolicznościach
Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG	Usługi te muszą być zlecone przez świadczeniodawcę. Muszą być wykonane przez licencjonowanego świadczeniodawcę w odpowiedniej placówce	Tak, w określonych okolicznościach. Badania genetyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji. Zaawansowane badania radiologiczne (MRI, TK, PET itd.) wymagają wcześniejszej autoryzacji.
Sprzęt i materiały medyczne, protezy i ortezy	Większość sprzętu i materiałów medycznych objętych planem nadal wymaga zgody BCCHP	Tak, w określonych okolicznościach
Usługi i materiały optyczne	Jedna para okularów co dwa lata. Soczewki kontaktowe tylko wtedy, gdy są konieczne z medycznego punktu widzenia	Tak
Usługi okulistyczne	Jedno badanie wzroku na 12 miesięcy	Nie
Usługi farmaceutyczne i leki na receptę	Mogą obowiązywać ograniczenia na leki By sprawdzić, czy lek jest refundowany i czy wymagana jest autoryzacja, należy poszukać go na liście preferowanych leków (PDL)	Tak, w określonych okolicznościach
Usługi fizykoterapeutyczne, terapia zajęciowa i logopedia		Ocena i ponowna ocena nie wymagają wcześniejszej autoryzacji. Wszystkie pozostałe usługi fizykoterapeutyczne, terapii zajęciowej i logopedyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji
Usługi lekarskie		Nie

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Usługi podiatry	Refundowane są następujące usługi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemy medyczne stóp</li> <li>• Leczenie medyczne lub chirurgiczne chorób, urazów lub wad stóp</li> <li>• Wycięcie lub usunięcie nagniotków, narośli lub zgrubień skóry</li> <li>• Rutynowa pielęgnacja stóp</li> </ul> Następujące usługi nie są objęte ubezpieczeniem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi będące w fazie badań</li> <li>• Wkładki do butów</li> </ul>	Nie
Usługi dla pacjentów ustabilizowanych	Świadczenia rehabilitacyjne w placówce opieki długoterminowej konieczne z medycznego punktu widzenia, ograniczone do maksymalnie 90 dni dla każdego przypadku.	Nie
Badania prostaty i per rectum	Badania antygenu prostaty (PSA) i przezodbytnicze badania prostaty (DRE) refundowane są u członków w wieku 40 lat i starszych	Tak, w określonych okolicznościach
Protezy i wkładki ortopedyczne		Tak, w określonych okolicznościach
Usługi radiologiczne		Tak, w określonych okolicznościach
Usługi dializy nerek		Tak
Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie		Tak, w określonych okolicznościach
Nadużywanie substancji odurzających	Refundowane terapie nadużywania substancji odurzających obejmują m.in.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detoksykacja</li> <li>• Leczenie stacjonarne</li> <li>• Leczenie ambulatoryjne</li> <li>• Leczenie wspomagane farmakologicznie</li> </ul> Więcej informacji można uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta.	Tak, w określonych okolicznościach
Przeszczepy	Tylko przeszczepy nerek i komórek macierzystych są refundowane. Refundowany jest pierwszy przeszczep. W przyszłości dozwolony jest tylko jeden ponowny przeszczep ze względu na odrzucenie.	Tak
Transport (w przypadkach nienagłych)	Transport potrzebny do celów innych niż medyczne nie jest refundowany. Wcześniejsza autoryzacja jest wymagana dla transportu na dystans powyżej 40 mil i na wizyty u świadczeniodawców spoza sieci.	Tak, w określonych okolicznościach
Opieka okulistyczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jedno badanie wzroku co 12 miesięcy</li> <li>• Soczewki kontaktowe są refundowane, jeśli są konieczne z medycznego punktu widzenia, o ile okulary nie mogą zapewnić pożądanego rezultatu</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach

BCCHP oferuje więcej świadczeń w dodatku do powyższych pokrywanych usług. Należy przejść **na stronę 17**, by dowiedzieć się więcej



### Ograniczone usługi refundowane

- BCCHP może zapewnić usługi sterylizacji tylko w zakresie dozwolonym przez prawo federalne i stanowe.
- Jeśli BCCHP zapewnia histerektomię, BCCHP wypełni formularz HFS nr 1977 i złoży wypełniony formularz w dokumentacji medycznej członka planu.
- Świadczenia przeszczepowe są ograniczone do przeszczepu nerek i przeszczepu komórek macierzystych w trybie stacjonarnym.

### Usługi nierefundowane

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń nierefundowanych przez BCCHP:

- Świadczenia eksperymentalne lub na etapie badań
- Świadczenia zapewniane przez świadczeniodawcę spoza sieci i niezatwierdzone przez BCCHP
- Świadczenia zapewniane bez wymaganego skierowania lub wcześniejszej autoryzacji
- Operacje plastyczne niekonieczne z medycznego punktu widzenia
- Leczenie niepłodności, takie jak cofnięcie sterylizacji oraz zabiegi, w tym sztuczne zapłodnienie lub zapłodnienie in vitro
- Wszelkie świadczenia niekonieczne z medycznego punktu widzenia
- Świadczenia zapewniane przez lokalne agencje edukacyjne
- Leki odchudzające lub wspomagające dietę
- Stomatologiczne zabiegi kosmetyczne
- Odbarwianie lub wybielanie zębów
- Implanty stomatologiczne
- Ubezpieczenie obejmujące soczewki kontaktowe
- Urządzenia dla osób niedowidzących
- Laserowa korekcja wzroku
- Świadczenia programu Home and Community Based Waiver nie są refundowane
- Świadczenia przeszczepowe są ograniczone do przeszczepu nerek i przeszczepu komórek macierzystych w trybie stacjonarnym
- Świadczenia placówek opieki długoterminowej nie są refundowane

### Nie jest to pełna lista nierefundowanych usług.

W razie pytań należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

### Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji od BCCHP. Ma to na celu upewnienie się, że są objęte planem. Oznacza to, że zarówno Plan jak i PCP (lub specjalista) zgadzają się, że z medycznego punktu widzenia usługi te są konieczne. Termin „konieczne z medycznego punktu widzenia” odnosi się do usług, które:

- Ratują życie
- Zapobiegają poważnym chorobom lub niepełnosprawności
- Diagnozują problem lub leczą schorzenie, chorobę lub uraz
- Pomagają pacjentowi w czynnościach takich jak jedzenie, ubieranie się, kąpiel.

Nie ma konieczności się z nami kontaktować, by ją uzyskać. Pana/Pani lekarz się tym zajmie. Uzyskanie autoryzacji zajmuje od dwóch do ośmiu dni kalendarzowych. Ograniczenia usług opisano w rozdziale „Refundowane usługi medyczne”. PCP również może udzielić dodatkowych informacji.

Koszty usług wykonywanych przez świadczeniodawców spoza sieci BCCHP nie będą refundowane, jeśli przed wykonaniem usługi pacjent nie uzyska autoryzacji.

## Ciągłość leczenia

Ciągłość leczenia ma na celu upewnienie się, że Pana/Pani opieka zdrowotna jest ciągła po zapisie do planu. Nowych członków obejmuje 90 dni\* okresu przejściowego. Okres ten pozwala na przeniesienie się od wszystkich świadczeniodawców spoza sieci do tych należących do sieci. Zapewnia on również czas na przeniesienie wszelkich świadczeń. W tym czasie świadczeniodawcy zapewniający Panu/Pani usługi muszą być zarejestrowani jako świadczeniodawcy Medicaid. Koordynator opieki pomoże Panu/Pani przenieść plan opieki i świadczenia do sieci.

\*Niektórzy członkowie mogą kwalifikować się do 180-dniowego okresu przejściowego.

## Pomoc w nagłych przypadkach

Niektóre nagłe przypadki wymagają natychmiastowej opieki, ale nie zagrażają życiu.

**Przykładami takich nagłych przypadków są:**

- Małe rany cięte i zadrapania
- Gorączka
- Przeziębienie
- Ból ucha

By otrzymać opiekę w nagłym przypadku, należy zadzwonić do swojego lekarza lub działu obsługi klienta BCCHP pod numer **1-877-860-2837**. Zawsze można również zadzwonić na linię porad pielęgniarskich, która czynna jest 24/7 pod numerem **1-888-343-2697**.

## Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia

Stan zagrożenia zdrowia to bardzo poważny problem. Może nawet zagrażać życiu. Może to być ostry ból, uraz lub choroba. W sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu należy zadzwonić pod numer **9-1-1** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). Plan refunduje koszt usług w stanach zagrożenia życia i zdrowia świadczonych w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana, ale należy zadzwonić do swojego PCP oraz do działu obsługi klienta w ciągu 24 godzin. Dopilnują oni, by po ustabilizowaniu otrzymał(a) Pan/Pani wszelką potrzebną opiekę. Skierowanie nie jest konieczne.

**Przykładami stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu są:**

- Zawał serca
- Trudności z oddychaniem
- Obfite krwawienie
- Złamania kości
- Zatrucie

## Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP)

Członkowie są zobowiązani do wyboru lekarza podstawowej opieki (ang. Primary Care Provider, PCP) z katalogu świadczeniodawców dostępnego przy zapisie. PCP członka jest odpowiedzialny za zapewnienie i koordynowanie opieki, zatwierdzanie skierowań do specjalistów i świadczenie innych usług. Swojego PCP można zmienić w dowolnym momencie. Członkowie mogą zmienić PCP przez telefon w dziale obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

## Dostęp do opieki specjalistycznej

PCP pomoże Panu/Pani wybrać specjalistę należącego do sieci, jeśli uzna, że wymaga Pan/Pani opieki specjalistycznej. PCP zajmie się zorganizowaniem Pana/Pani opieki specjalistycznej.

Jeśli jest Pani kobietą, ma Pani prawo wybrać lekarza chorób kobiecych (WHCP). Lekarz chorób kobiecych to lekarz z prawem wykonywania zawodu w specjalizacjach położnictwa, ginekologii lub medycyny rodzinnej. Wizyta u WHCP należącego do sieci nie wymaga uzyskania wcześniejszej autoryzacji.

## Inne zasoby

Aby znaleźć więcej informacji na temat swojego planu, należy znaleźć **Table of Contents**.

Informacje na temat zażaleń i odwołań, praw i obowiązków, oszustw, przemocy i zaniedbań oraz polityki prywatności można znaleźć w odpowiednim rozdziale poradnika dla członków.

To ask for supportive aids and services, or materials in other formats and languages for free, please call,  
1-877-860-2837 TTY/TDD:711.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Illinois does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Illinois has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: 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. You can file a grievance by phone, mail, or fax. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

**ENGLISH:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**ESPAÑOL (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**POLSKI (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**繁體中文 (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 **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**。

**한국어(Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**번으로 전화해 주십시오.

**TAGALOG (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-860-2837 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

**РУССКИЙ (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, то Вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (Телетайп: 711)**.

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**اردو (Urdu):**

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**हिन्दी (Hindi):** ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)** पर कॉल करें।

**FRENCH (French):** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (TTY/TDD : 711)**.

**ΕΛΛΗΝΙΚΑ (Greek):** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.



Blue Cross Community  
Health Plans<sup>SM</sup>

---

# Health Benefits for Immigrant Adults (Świadczenia zdrowotne dla dorosłych imigrantów)

Dział obsługi klienta: **1-877-860-2837** (TTY 711)

[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)