

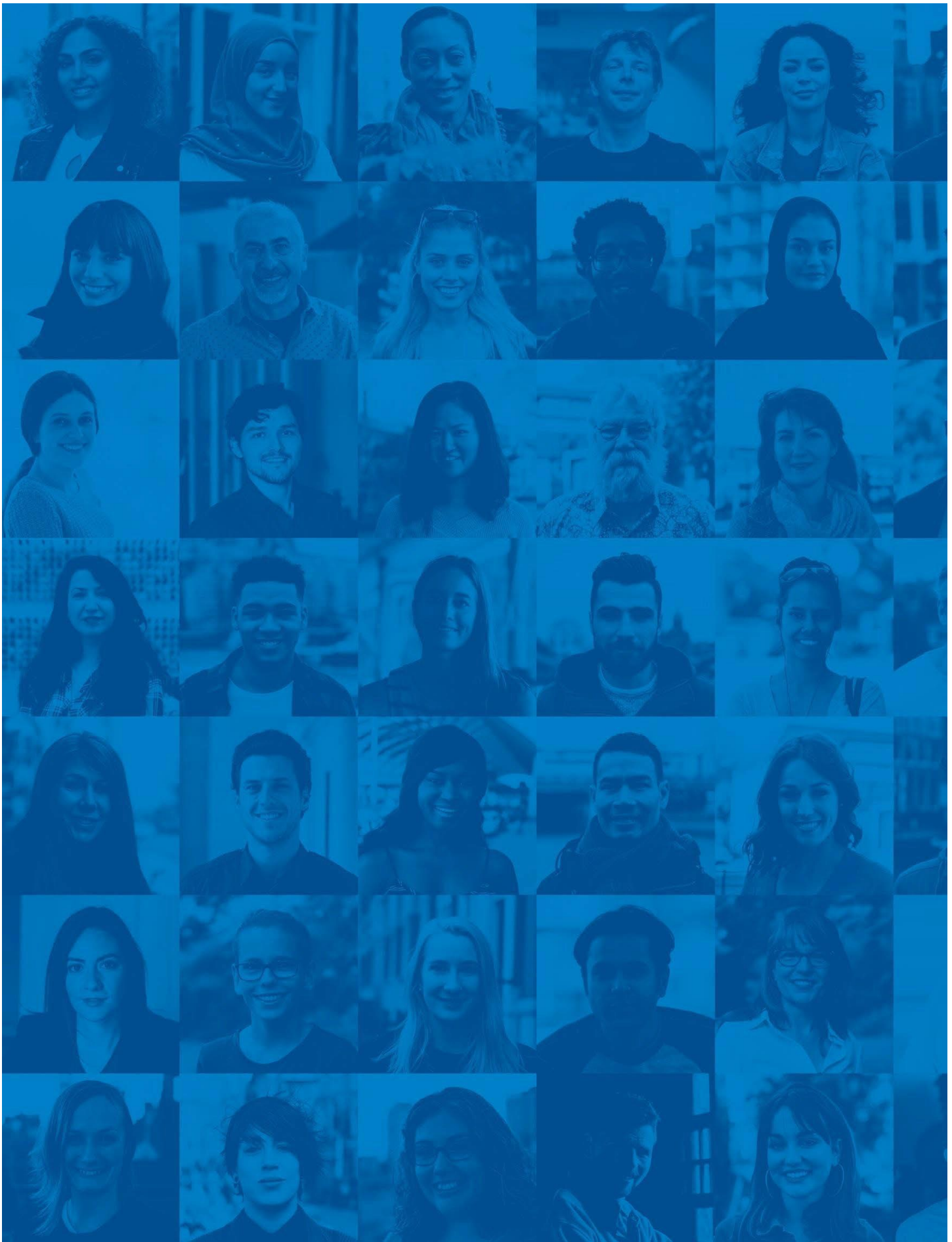


**Witamy w Planie Blue<sup>SM</sup>**

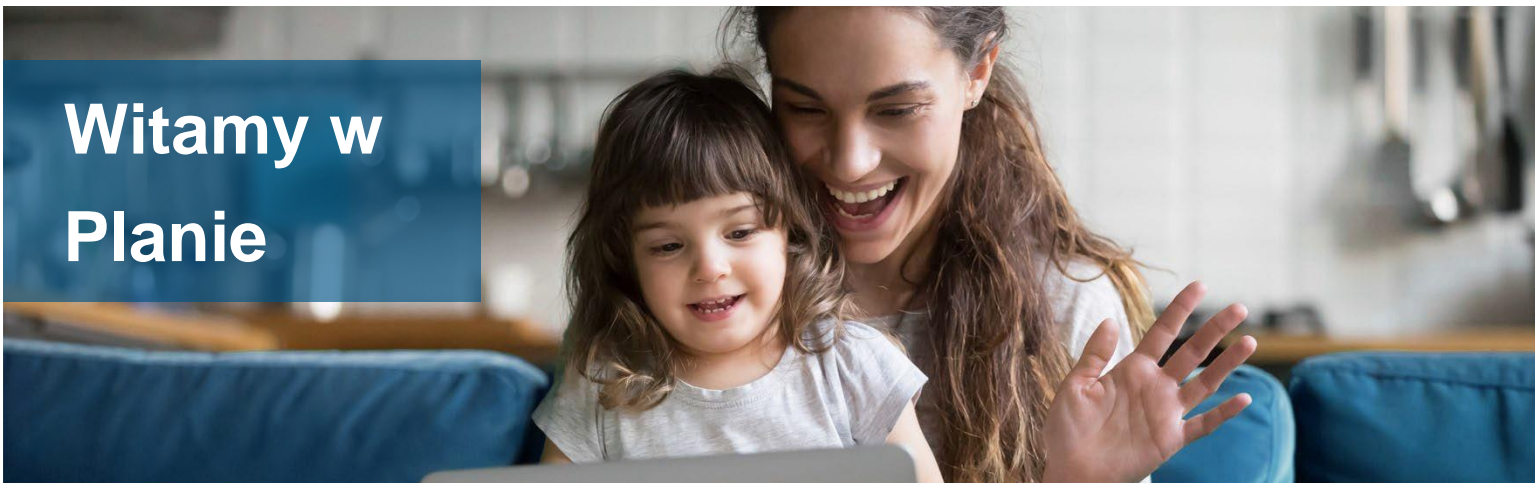
**Blue Kit<sup>SM</sup>**

**Poradnik dla członków i  
zaświadczenie o  
ubezpieczeniu w tym  
samym miejscu.**

Data wejścia w życie: styczeń 2024 r.



# Witamy w Planie



## Witamy w rodzinie programów 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. Bez współpłaty. Niniejszy Blue Kit wyjaśnia, jak korzystać ze swoich nowych świadczeń zdrowotnych.

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

- ❑ **Informacje dotyczące pokrycia ubezpieczeniowego przez BCCHP.** Poradnik Blue Kit, 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).
- ❑ **Należy zgłosić się na coroczną ocenę zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Screening, HRS).** BCCHP wkrótce zadzwoni lub wyśle wiadomość SMS dotyczącą zgłoszenia się na HRS. HRS da nam wgląd w Pana/Pani nawyki zdrowotne, czynniki ryzyka oraz ewentualną potrzebę zapewnienia koordynatora opieki. Aby zgłosić się na HRS, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.
- ❑ **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.
- ❑ Aby natychmiast uzyskać dostęp do zasobów opieki zdrowotnej, **należy zalogować się na konto Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM<sup>SM</sup>).** BAM to bezpieczny portal członkowski dla członków BCCHP. Dostęp do konta można uzyskać pod adresem [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub za pomocą **aplikacji mobilnej BCBSIL**.
- ❑ **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. Aby znaleźć świadczeniodawcę w pobliżu swego miejsca zamieszkania, należy użyć wyszukiwarki świadczeniodawców **Provider Finder<sup>®</sup>**. Jest ona dostępna na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub w **aplikacji mobilnej BCBSIL**.

### Służymy pomocą!



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

W sprawie pytań dotyczących planu opieki zdrowotnej BCCHP należy kontaktować się z nami telefonicznie



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

Tu można prywatnie porozmawiać o swoim stanie zdrowia z pielęgniarką 24/7

# Często zadawane pytania (FAQ)

Więcej informacji na ten temat można znaleźć w spisie treści.

## Czy obowiązują mnie współpłatność?

Nie. Współpłatność ani udział własny za zatwierdzone usługi nigdy nie będą obowiązywać.

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

Tak! BCCHP pokrywa zarówno opiekę stomatologiczną, jak i okulistyczną. Więcej informacji można znaleźć w częściach poświęconych stomatologii i opiece okulistycznej.

## Gdzie mogę uzyskać dostęp do listy świadczeniodawców BCCHP należących do sieci?

Świadczeniodawców oraz szpitale w pobliżu swego miejsca zamieszkania można znaleźć dzięki Provider Finder® (wyszukiwarce świadczeniodawców). Jest ona dostępna na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub w 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).

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 znać Pana/Pani potrzeby zdrowotne.

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

Aby dowiedzieć się, czy plan refunduje dany lek, należy odwiedzić naszą stronę [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer 1-877-860-2837. BCCHP korzysta z listy preferowanych leków (Preferred Drug List, PDL). Ma to na celu pomóc Pani/Panu oraz lekarzowi zdecydować, które leki przepisać. Można poprosić o przesłanie drukowanej kopii listy preferowanych leków (PDL) pocztą bez ponoszenia kosztów, dzwoniąc do działu obsługi klienta.

## Co zrobić, aby uzyskać pomoc w nagłych wypadkach?

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. 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 czynną 24/7 pod numer 1-888-343-2697.

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

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

Można również użyć konta Blue Access for Members (BAM): na stronie [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) lub w aplikacji mobilnej BCBSIL. Można ją pobrać wysyłając wiadomość SMS o treści BCBSILAPP pod numer 33633.

## Dział obsługi klienta: 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 ModivCare w celu zapewnienia przejazdów na wizyty lekarskie i przejazdy do placówek służby zdrowia. Aby zaplanować przejazd, należy zadzwonić do ModivCare co najmniej 3 dni wcześniej. Można również zaplanować przejazd, korzystając z nowej aplikacji ModivCare na 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 będzie wcześniejsza autoryzacja. Jeśli nie otrzyma Pan/Pani wcześniejszej autoryzacji, może zająć 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” jest specjalistą w zakresie usług opieki zdrowotnej. Może pomóc w osiągnięciu Pana/Pani celów zdrowotnych. Wypełnienie przez Pana/Panią 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.

## Spis treści

### Poradnik członka

Ważne numery telefonów .....	8	Usługi objęte programem zarządzania	
Dział obsługi klienta .....	9	długoterminowym wsparciem (Managed	
Blue Access for Members <sup>SM</sup> (BAM <sup>SM</sup> ) .....	9	Long Term Support & Services, MLTSS) ...	18
Karta członkowska (ID) .....	10	Ograniczone usługi refundowane.....	18
Kwalifikowalność.....	10	Usługi nierefundowane.....	18
Odnowa ubezpieczenia Medicaid		Opieka stomatologiczna.....	19
(ponowne rozpatrzenie) .....	11	Opieka okulistyczna .....	19
Otwarte zapisy .....	11	Usługi farmaceutyczne .....	20
Sieć świadczeniodawców.....	12	Usługi transportu w	
Lekarz podstawowej opieki		przypadkach nienagłych.....	21
(Primary Care Provider, PCP).....	12	Dodatkowe świadczenia .....	22
Jak zmienić lekarza podstawowej opieki..	12	Świadczenia w ramach zdrowia	
Lekarz chorób kobiecych (WHCP).....	13	behawioralnego (BH) .....	23
Planowanie rodziny .....	13	Podział kosztów .....	23
Opieka specjalistyczna.....	13	Koordinacja opieki .....	24
Umawianie się na wizytę .....	13	Programy edukacji zdrowotnej .....	25
Pomoc w nagłych przypadkach .....	14	Program Rzecznika Praw Pacjenta.....	27
Pomoc w stanach zagrożenia		Program ograniczeń dla beneficjentów ...	28
życia i zdrowia .....	14	Testament życia .....	28
Opieka nad pacjentami ustabilizowanymi	14	Zażalenia i odwołania .....	29
Nowe metody leczenia .....	14	Prawa i obowiązki .....	35
Wcześniejsza autoryzacja .....	15	Oszustwa, przemoc i zaniedbania.....	35
Usługi refundowane .....	16	Definicje.....	36
Usługi medyczne.....	16	Polityka prywatności.....	38
Objęte ubezpieczeniem usługi domowe i		Zastrzeżenia .....	38
środowiskowe			
(tylko członkowie programów Waiver) ....	17		

## Spis treści

### Poświadczenie ubezpieczenia

<b>Poświadczenie ubezpieczenia</b> .....	40	<b>Wcześniejsza autoryzacja</b> .....	47
<b>Karta opisowa zakresu planu ubezpieczeniowego</b> .....	40	<b>Ciągłość leczenia</b> .....	47
<i>Usługi refundowane</i> .....	40	<b>Pomoc w nagłych przypadkach</b> .....	48
<i>Objęte ubezpieczeniem usługi domowe i środowiskowe (tylko członkowie programów Waiver)</i> .....	46	<b>Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia</b> .....	48
<i>Ograniczone usługi refundowane</i> .....	47	<b>Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP)</b> .....	48
<i>Usługi nierefundowane</i> .....	47	<b>Dostęp do opieki specjalistycznej</b> .....	48
		<b>Inne zasoby</b> .....	48



# Poradnik członka

[WWW.BCCHPIL.COM](http://WWW.BCCHPIL.COM)

1-877-860-2837 /  
711 (TTY/TDD)

# Ważne numery telefonów

## Linia porad pielęgniarskich czynna 24/7

Linia pomocy 24 godziny na dobę

**1-888-343-2697, TTY/TDD: 711**

Pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia\*

**911**

## Dział obsługi klienta

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

Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem (7) 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)**

Transport w przypadkach nienagłych

**1-877-831-3148, TTY/TDD: 1-866-288-3133**

Usługi dotyczące 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  
(Adult Protective Services)

**1-866-800-1409 TTY: 1-888-206-1327**

Infolinia ds. placówek opiekuńczo-leczniczych  
(Nursing Home Hotline)

**1-800-252-4343, TTY: 1-800-547-0466**

DentaQuest

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

Heritage Vision Plans

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

Special Beginnings

**1-888-421-7781, TTY/TDD: 711**

Illinois Department of Public Health

**1-217-782-4977**

(Departament Zdrowia Publicznego Illinois)

*\* W sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu należy zadzwonić pod numer 9-1-1 lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). Plan pokrywa koszt usług w nagłych przypadkach świadczonych w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych.*



## Dział obsługi klienta

Nasz dział obsługi klienta jest gotów do udzielenia pomocy w wykorzystaniu w pełni korzyści z Pana/Pani planu opieki zdrowotnej. Z działem obsługi klienta Blue Cross Community Health Plans można kontaktować się pod numerem 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711). Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem (7) 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:

- ✓ Leków/realizacji recept
- ✓ Usług refundowanych i nierefundowanych
- ✓ Wyboru lekarza podstawowej opieki (PCP)
- ✓ Pomocy w innych językach
- ✓ Konieczności transportu na wizytę u lekarza lub do apteki
- ✓ Odnowy ubezpieczenia Medicaid
- ✓ Złożenia zażalenia lub odwołania
- ✓ Praw i obowiązków członków

### Telefoniczny dostęp do opieki

PCP (lekarz podstawowej opieki) dostępny jest przez całą dobę pod numerem telefonu podanym na karcie członkowskiej. Po godzinach pracy lekarza automatyczna sekretarka poinstruuje Pana/Panią, jak uzyskać opiekę po godzinach pracy. W razie pytań związanych ze stanem zdrowia w przypadku braku możliwości skontaktowania się ze swoim PCP, można zadzwonić na **Linie porad pielęgniarskich czynną 24/7** pod numerem **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>)

### Dostęp do opieki zdrowotnej 24/7 z dowolnego miejsca

Pozostawanie w kontakcie jest łatwiejsze niż kiedykolwiek wcześniej dzięki bezpiecznemu portalowi online - Blue Access for Members (BAM). Dzięki BAM można zarządzać swoim ubezpieczeniem zdrowotnym i znaleźć informacje o swoich usługach. A teraz dostęp do swojego osobistego konta BAM można uzyskać za pomocą smartfona. Wystarczy skorzystać z aplikacji mobilnej BCBSIL!

**Jeśli Pan/Pani nie zarejestrował(a) się jeszcze w BAM, może Pan/Pani uzyskać dostęp online lub za pośrednictwem naszej aplikacji mobilnej:**



#### [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** na numer **33633**.

### Poniżej przedstawiamy niektóre z możliwości BAM:

- ✓ Wnioskowanie, drukowanie lub zamawianie karty identyfikacyjnej
- ✓ Wyszukiwanie lekarzy, specjalistów i szpitali za pomocą wyszukiwarki Provider FinderSM
- ✓ Zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)
- ✓ Wyświetlanie informacji o uprzedniej autoryzacji i roszczeniach
- ✓ Przeprowadzenie oceny zagrożeń zdrowotnych (HRS)

\*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 korzystaniu ze świadczeń. Jeśli nie otrzymał(-a) Pan(i) 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 ID Członka
- Numer grupy
- Data wejścia planu w życie
- Stanowy organ regulacyjny
- Dział obsługi klienta
- PCP (imię i nazwisko, numer telefonu)
- Infolinia pielęgniarska dostępna 24/7
- Linia ds. kryzysu zdrowia behawioralnego
- Opieka stomatologiczna
- Transport
- RxBIN, RxPCN, RxGRP (informacje dla świadczeniodawców przy rozliczaniu)
- Nazwa i adres MCO

Blue Cross Community Health Plans		Regulatory Agency – HealthCare and Family Services	
MEMBER INFORMATION		PROVIDER INFORMATION	
MEMBER NAME: <Cardholder Name>	MEDICAID ID: <Medicaid Recipient ID#>	PCP NAME: <PCP Name>	PCP PHONE: <PCP Phone>
MEMBER ID: XOG <Cardholder ID#>	GROUP NUMBER: <Group #>	RxBIN: <RxBIN #>	RxPCN: <RxPCN #>
EFFECTIVE DATE: <01/01/2024>		RxGRP: <RxGRP #>	
MEMBER SERVICES: 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711) WEBSITE: www.bcchpil.com			
MEMBER CONTACT INFO		PROVIDER CONTACT INFO	
TRANSPORTATION: 1-877-831-3148	DENTAL: 1-877-291-3763	PROVIDER CLAIMS: 1-877-860-2837	
BEHAVIORAL HEALTH CRISIS LINE: 1-800-345-9049	24/7 NURSELINE: 1-888-343-2697	Blue Cross Community Health Plans P.O. Box 3418 Scranton, PA 18505	PHARMACY CLAIMS: 1-855-457-0173
<small>Blue Cross Community Health Plans is provided by Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.</small>			

## Kwalifikowalność

### Kwalifikowalność do Medicaid

Można przystąpić do programu Illinois Medicaid, jeśli spełniony jest JEDEN z poniższych warunków. Wtedy kwalifikuje się Pan/Pani do objęcia programem ubezpieczenia zdrowotnego Blue Cross Community Health Plans.

- Jest Pan/Pani członkiem rodziny lub dzieckiem i kwalifikuje się do programu Medicaid na podstawie tytułu XIX lub XXI (program ubezpieczeń zdrowotnych dla dzieci).
- Jest Pan/Pani osobą dorosłą, która kwalifikuje się do Medicaid zgodnie z ustawą Affordable Care Act (ACA). Oznacza to, że Pana(-i) miesięczny dochód jest niższy niż 138% federalnego poziomu ubóstwa.
- Osoba w wieku poniżej 21 lat kwalifikuje się do programu Medicaid w ramach jednego z poniższych programów:
  - + Dodatkowy dochód z zabezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income, SSI)
  - + Wydział Specjalistycznej Opieki nad Dziećmi (Division of Specialized Care for Children, DSCC)
  - + Niepełnosprawność i ukończone 19 lat
- Osoba kwalifikuje się do Medicaid, ale nie do Medicare:
  - + Wiek 65 lat lub więcej, ale nie posiada ubezpieczenia Medicare; lub
  - + Wiek co najmniej 19 lat i niepełnosprawność

Aby rozpocząć rejestrację online, należy wejść na stronę Illinois Client Enrollment Services. Strona internetowa: **www.enrollhfs.illinois.gov**. Można tam wybrać plan zdrowotny i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP). Gdy nadejdzie czas wyboru planu, Illinois Client Enrollment Services prześle szczegółowe informacje.

# Odnowa ubezpieczenia Medicaid (ponowne rozpatrzenie)

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

Aby zachować świadczenia, co roku należy odnowić umowę ubezpieczeniową. Odnowienie jest czasami nazywane ponownym określeniem kwalifikowalności lub Rede. Rede to przegląd uprawnień do Medicaid, All Kids, 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.

### Oto jak to zrobić:

- 1) **Należy kliknąć *Manage My Case (Zarządzaj moją sprawą)* na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov)**
  - Aby zarządzać swoimi świadczeniami, należy stworzyć konto lub zalogować się na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov). Najlepszym sposobem jest *załatwienie tego drogą internetową*
- 2) **Należy potwierdzić swój adres**
  - Jeśli korzysta Pan/Pani z Medicaid, Pana/Pani adres musi być zawsze aktualny. Należy kliknąć „*Manage my Case*” (Zarządzaj moim przypadkiem) i zweryfikować adres w zakładce „*Contact us*” (Kontakt) lub zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)
- 3) **Należy znaleźć termin (zwany również datą ponownego rozpatrzenia)**
  - By znaleźć 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 na odnowienie? Można włączyć opcję alertów w formie emailów i wiadomości tekstowych w zakładce „*Account Management*” (Zarządzanie kontem) w części „*Manage your communication preferences*” (Zarządzaj opcjami komunikacji)
- 4) **Należy sprawdzić pocztę**
  - Department of Health care and Family Services (Departament opieki zdrowotnej i świadczeń rodzinnych, HFS) wyśle pocztą list z powiadomieniem miesiąc przed terminem odnowienia. Będzie on zawierać informacje dotyczące tego, czy musi Pan/Pani wypełnić formularz odnowienia ubezpieczenia. Będzie on również zawierać instrukcje, jak ukończyć proces ponownego rozpatrzenia uprawnień.
- 5) **Należy ukończyć proces ponownego rozpatrzenia uprawnień**
  - Nie warto ryzykować utraty Medicaid. Wniosek o odnowienie ubezpieczenia można przestać na wiele sposobów *Przesyłanie wniosków o ponowne rozpatrzenie uprawnień do Medicaid*:
    - ➔ **Przez internet.** Na stronie [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov) należy kliknąć „*Manage My Case*” (Zarządzaj swoją sprawą)
    - ➔ **Pocztą lub faksem** można wysłać 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 Medicaid pod numer 1-844-453-7283 (1-844-ILFRAUD).

## Otwarte zapisy

Raz w roku można zmienić plan opieki zdrowotnej podczas specjalnego okresu zwanego otwartymi zapisami („Open Enrollment”). Dział zapisów klientów (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 jednorazową 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 działem zapisów klientów (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 Pana/Pani wniosek nie zostanie zatwierdzony. Może Pan/Pani być zobowiązany(-a) do opłacenia opieki świadczonej poza obszarem usług. Chyba że jest to nagły przypadek lub posiada Pan/Pani uprzednią autoryzację.

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



**Provider Finder<sup>SM</sup>**  
(Wyszukiwarka świadczeniodawców)  
**www.bcchpil.com**  
Dostępna online 24/7  
lub w aplikacji BCBSIL.



**Katalogi świadczeniodawców**  
**www.bcchpil.com**  
Wyświetl lub pobierz plik PDF z informacjami o świadczeniodawcach



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

### Współpracujemy z innymi firmami, by zapewnić opiekę:

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

## Lekarz podstawowej opieki (*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 może Pan/Pani wybrać swojego PCP. Może Pan/Pani mieć jednego PCP dla całej rodziny lub wybrać innych PCP dla każdego członka rodziny.

### Jako swojego PCP można zawsze wybrać następujące specjalizacje lekarskie:

- Pediatrę
- Lekarza rodzinnego lub ogólnego
- Położnika/ginekologa (OB/GYN)
- Internistę (specjalista chorób wewnętrznych)
- Samodzielnie praktykującą pielęgniarkę (Nurse Practitioner, NP), asystenta medycznego (Physician Assistant, PA) lub pielęgniarkę zaawansowanej opieki (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 (Urban Indian Organization) w granicach stanu Illinois oraz poza nimi.

W celu uzyskania pomocy w znalezieniu lub zmianie PCP należy skontaktować się z Działem Obsługi Klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem (7) dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne. Można również użyć wyszukiwarki świadczeniodawców **Provider Finder** na stronie **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**. Jeśli zmiana nie jest naprawdę konieczna, najlepiej jest pozostać przy tym samym PCP. Dzięki temu lekarz będzie znać 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 i zawsze zostaną one 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. Jako członek, może Pan/Pani umówić się do specjalisty należącego do sieci 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 potrzebuje Pan/Pani pomocy w umówieniu wizyty, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem 1-877-860-2837.

### Idąc na wizytę u lekarza:

- Należy zabrać kartę członkowską
- Nie należy spóźniać się na wizytę
- Należy natychmiast zadzwonić do gabinetu lekarskiego, jeśli może Pan/Pani się spóźnić lub zaistnieje konieczność odwołania wizyty

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 numer **1-877-860-2837** lub spytać swojego lekarza, czy oferuje porady telemedyczne. Jeśli lekarz oferuje usługi telemedyczne, można z nich skorzystać na kilka sposobów. Jeśli potrzebna będzie pomoc w umówieniu się na wizytę, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Pomoc w nagłych przypadkach

---

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

**Przykładami takich nagłych przypadków są:**

- Małe rany cięte i zadrapania
- Przeziębienie
- Gorączka
- 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 **Linie porad pielęgniarskich czynną 24/7** pod numer 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.

**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 uzyskania 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. Przykładem świadczenia objętego planem jest wizyta kontrolna w celu zapewnienia opieki psychicznej. Informacje o tym, czy się Pan/Pani kwalifikuje lub 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 dyrektorów 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 ta ocenia 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 należy zgłosić się do swego 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:

- 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.

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 (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**. Aby uzyskać dodatkowe informacje można również zadzwonić na **Linie porad pielęgniarskich czynną 24/7** pod numer **1-888-343-2697**.

## 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 umówić Pana/Panią na wizytę. Skierowanie nie jest wymagane. 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 płaci za wszystkie konieczne z medycznego punktu widzenia świadczenia pokrywane przez Medicaid. Opłacenie współpłaty nie jest wymagane. 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 **Linie porad pielęgniarskich czynną 24/7** pod numer **1-888-343-2697**. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji lub mogą dotyczyć ich ograniczenia. Pana/Pani lekarz pomoże złożyć wnioski o wcześniejszą autoryzację. Więcej szczegółów na temat świadczeń objętych ubezpieczeniem można znaleźć w Poświadczeniu 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
- Usługi pielęgniarki dyplomowanej (Advanced Practice Nurse, APN)
- Usługi ambulatoryjnych poradni chirurgii
- Usługi wsparcia adaptacyjnego zachowania (Adaptive Behavior Support, ABS) dla osób w wieku poniżej 21 lat.
- 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
- Wsparcie Doula
- Usługi EPSDT dla członków w wieku poniżej 21 (dwudziestu jeden) lat
- 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 agencji domowej opieki zdrowotnej
- Wizyty na szpitalnym oddziale ratunkowym
- Szpitalne usługi stacjonarne
- Szpitalne usługi ambulatoryjne
- Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG
- Usługi wsparcia laktacyjnego
- Sprzęt i materiały medyczne, protezy i ortezy
- Usługi związane ze zdrowiem psychicznym
- Opieka pielęgniarska
- Usługi zakładu opieki pielęgniarskiej
- Usługi i materiały okulistyczne
- Usługi optyka
- Usługi paliatywne i hospicyjne
- Usługi farmaceutyczne
- Usługi fizykoterapeutyczne, terapia zajęciowa i logopedia
- Usługi lekarskie
- Usługi podiatry
- Usługi dla pacjentów ustabilizowanych
- Usługi dializy nerek
- Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie
- Usługi profilaktyki chorób i promocji zdrowia
- Usługi w przypadku podostrego alkoholizmu i nadużywania substancji odurzających
- Przeszczepy
- Transport w celu zapewnienia pokrywania świadczeń



# Objęte ubezpieczeniem usługi domowe i środowiskowe (tylko członkowie programów Waiver)

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które BCCHP pokrywa dla członków korzystających z programu usług domowych i środowiskowych Home and Community Based Service Waiver.

## Departament ds. Osób Starszych w stanie Illinois (Illinois Department on Aging - DOA).

### *Osoby w podeszłym wieku*

- Usługi opieki dziennej dla osób dorosłych
- Dzienna opieka dla osób dorosłych – transport
- Gospodyni domowa
- Osobisty system reagowania w sytuacjach kryzysowych (Personal Emergency Response System, PERS)
- Automatyczny dozownik leków (Automatic Medication Dispenser, AMD)

## Departament Usług Rehabilitacji (Department of Rehabilitation Services, DRS)

### *Osoby niepełnosprawne, HIV/AIDS*

- Usługi opieki dziennej dla osób dorosłych
- Dzienna opieka dla osób dorosłych - transport
- Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej
- Pomoc domowa w zakresie zdrowia
- Okresowa opieka pielęgnarska
- Wykwalifikowana opieka pielęgnarska (RN i LPN)
- Terapia zajęciowa
- Fizykoterapia
- Terapia mowy
- Gospodyni domowa
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty asystent
- Osobisty system reagowania w sytuacjach kryzysowych (Personal Emergency Response System, PERS)
- Usługi pomocnicze (Respite)
- Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały

## Departament Usług Rehabilitacji (Department of Rehabilitation Services, DRS)

### *Osoby z urazem mózgu*

- Usługi opieki dziennej dla osób dorosłych
- Dzienna opieka dla osób dorosłych – transport
- Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej
- Zatrudnienie ze wsparciem w wykonywaniu obowiązków
- Pomoc domowa w zakresie zdrowia
- Okresowa opieka pielęgnarska
- Wykwalifikowana opieka pielęgnarska (RN i LPN)
- Terapia zajęciowa
- Fizykoterapia
- Terapia mowy
- Usługi wsparcia w znalezieniu zatrudnienia
- Dienne usługi rehabilitacji
- Gospodyni domowa
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty asystent
- Osobisty system reagowania w sytuacjach kryzysowych (Personal Emergency Response System, PERS)
- Usługi pomocnicze (Respite)
- Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały
- Usługi behawioralne (M.A. i PH.D.)

## Departament Opieki Zdrowotnej i Usług Rodzinnych (Department of HealthCare and Family Services, HFS)

### *Program wsparcia w miejscu zamieszkania*

- Pomoc w codziennym życiu

# Usługi objęte programem zarządzania długoterminowym wsparciem (Managed Long Term Support & Services, MLTSS)

---

Jeśli otrzymuje Pan/Pani zarządzane długoterminowe wsparcie i usługi, dostępny jest osobny podręcznik. Zawiera informacje na temat dodatkowych świadczeń, które mają zastosowanie wyłącznie do członków MLTSS. Kopię podręcznika można uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Usługi pokrywane w ramach MLTSS obejmują:

- Usługi w zakresie zdrowia psychicznego, takie jak: Terapia grupowa i indywidualna, doradztwo, leczenie środowiskowe, monitorowanie leków i nie tylko
- Usługi związane z alkoholem i używaniem środków odurzających, takie jak: Terapia grupowa i indywidualna, doradztwo, rehabilitacja, usługi metadonowe, monitorowanie leków i nie tylko
- Niektóre usługi transportu na umówione wizyty
- Usługi opieki długoterminowej w placówkach specjalistycznych i pośrednich
- Wszystkie domowe i środowiskowe usługi Waiver, takie jak te wymienione powyżej w części „Objęte usługami domowymi i środowiskowymi” dla osób, które się kwalifikują.

## 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

## 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

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

Więcej informacji o usługach można uzyskać 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**.

### W przypadku członków w wieku powyżej 21 lat BCCHP pokrywa następujące usługi stomatologiczne\*:

- Członkowie BCCHP otrzymują jedno dodatkowe czyszczenie rocznie w ramach dodatkowych świadczeń dla członków, co daje łącznie 2 czyszczenia na 12 miesięcy
- Dwa badania stomatologiczne co 12 miesięcy
- Prześwietlenia RTG
- Wypełnienia
- Korony
- Usuwanie zębów
- Usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach
- Ograniczone leczenie kanałowe
- Ograniczone protezy

### W przypadku członków w wieku poniżej 21 lat BCCHP pokrywa następujące usługi stomatologiczne\*:

- Jedno czyszczenie na 6 miesięcy (łącznie 2 w roku)
- Jedno badanie jamy ustnej na 6 miesięcy (łącznie 2 w roku)
- Prześwietlenia RTG
- Wypełnienia
- Korony
- Usuwanie zębów
- Usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach
- Leczenie kanałowe
- Protezy dentystyczne
- Jeden zabieg fluoryzacji na 6 miesięcy
- Lakowanie

### Uprawnione kobiety w ciąży mogą również skorzystać z tych dodatkowych usług przed urodzeniem dziecka\*:

- Okresowe badanie jamy ustnej
- Czyszczenie zębów
- Zabiegi periodontologiczne

*\*Do tych usług mogą mieć zastosowanie pewne ograniczenia. Niektóre świadczenia mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji.*

## Opieka okulistyczna

---

BCCHP współpracuje z Heritage Vision Plans Inc., firmą 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 wyszukiwarki świadczeniodawców **Provider Finder<sup>SM</sup>** 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**.

### Pokrywane usługi:

- Jedno badanie wzroku co 12 miesięcy dla członków w wieku 21 lat lub starszych. Członkowie w wieku poniżej 21 lat mogą otrzymać rutynowe badanie wzroku w razie potrzeby medycznej.
- Okulary:
  - + Pokrycie co dwa lata dla członków w wieku 21 lat i starszych
  - + Wymiana „w razie konieczności” dla członków w wieku poniżej 21 lat
  - + 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 można zadzwonić pod numer **1-877-860-2837** zawsze, kiedy ma Pan/Pani pytania. Plan zapłaci wyłącznie za usługi, na które wyda zgodę.

## Usługi farmaceutyczne

BCCHP korzysta z listy preferowanych leków (Preferred Drug List, PDL). Lista PDL jest zapewniana przez Departament Opieki Zdrowotnej i Świadczeń Rodzinnych w stanie Illinois (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). 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 (PDL)

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. Za usługę nie ponosi Pan/Pani 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 należy się zarejestrować. Można również złożyć zamówienie przez telefon w dziale obsługi klienta pod numerem 1-877-860-2837. Zamówienie zostanie wysłane bezpłatnie na Pana/Pani adres w ciągu 7 do 10 dni.

# Usługi transportu w przypadkach nienagłych

BCCHP współpracuje z ModivCare, aby 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**

Od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 – 18.00 czasu CST.



### Potwierdzenie rezerwacji

**1-877-831-3148**

Należy skontaktować się telefonicznie lub sprawdzić w aplikacji mobilnej 3 dni wcześniej

### W dniu umówionej wizyty:

- Należy być gotowym do drogi godzinę przed umówionym czasem.
- Po przyjeździe na miejsce kierowca zatrąbi, zapuka, zadzwoni dzwonkiem lub na telefon. Ma obowiązek czekać przez pięć minut. Po 5 minutach może 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.

Rodzic lub opiekun może jechać z dziećmi lub członkami o specjalnych potrzebach. Każdy, kto nie jest członkiem, musi zostać zatwierdzony podczas planowania przejazdu. 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 65 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 niewykorzystaniu rezerwacji

## 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 zostaną 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 należy się zarejestrować. Można również złożyć zamówienie przez telefon w dziale obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Zamówienie zostanie wysłane bezpłatnie na Pana/Pani adres w ciągu 7 do 10 dni.

### Opieka stomatologiczna

BCCHP oferuje dodatkowe świadczenia stomatologiczne. Członkowie BCCHP w wieku powyżej 21 lat są uprawnieni do jednego dodatkowego czyszczenia rocznie. Kwalifikujący się członkowie BCCHP mogą skorzystać z czyszczenia zębów dwa (2) 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 podano na stronie 21 lub online [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

### Program Special Beginnings®

Program oferuje edukację i wsparcie, aby przeprowadzić członkinię przez ciążę i poród. Jeśli jest Pani w ciąży lub myśli Pani o zajściu w ciążę i chciałaby Pani zapisać się, proszę zadzwonić pod numer **1-888-421-7781**.

### Dołączając do programu Special Beginnings, może Pan/Pani zakwalifikować się do:

- Otrzymania bezpłatnego fotelika samochodowego dla noworodka lub łóżeczka turystycznego, jeśli uda się Pani na wizytę prenatalną w pierwszym trymestrze ciąży. Lub należy odbyć wizytę prenatalną w ciągu 42 dni od rejestracji w BCCHP.
- Otrzymania dwóch (2) paczek pieluch bezpłatnie w przypadku pierwszej wizyty u lekarza po porodzie w ciągu 84 dni od narodzin dziecka.

### Po urodzeniu dziecka może Pani kwalifikować się do:

- Karty podarunkowej o wartości \$30 za odbycie co najmniej sześciu (6) wizyt kontrolnych w okresie od urodzenia do 15 miesiąca życia dziecka.

### Zdrowotne programy motywacyjne

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

- Karty podarunkowej o wartości \$15 dla członków w wieku 2 lat, którzy otrzymają dwie szczepionki przeciw grypie
- Karty podarunkowej o wartości \$30 dla członków w wieku 2 lat, którzy otrzymają wymagane szczepionki dla dzieci.
- Karty podarunkowej o wartości \$15 dla członków w wieku 18-85 lat z nadciśnieniem tętniczym, których ciśnienie krwi jest kontrolowane.
- Karty podarunkowej o wartości \$15 dla członków w wieku 18-75 lat z cukrzycą, którzy przejdą badanie wzroku.
- Karty podarunkowej o wartości \$15 dla kobiet w wieku 50-74 lat, które poddadzą się corocznym badaniom przesiewowym w kierunku raka piersi.
- Karty podarunkowej o wartości \$25 dla członkiń, które wypełnią formularz potwierdzający, że są w ciąży.
- Karty podarunkowej o wartości \$30 za wizytę prenatalną w pierwszym trymestrze ciąży i wizytę poporodową w okresie od 7 do 84 dni po porodzie.

### Rzucanie palenia

Koordinator 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**. Na wizytę u świadczeniodawcy należącego do sieci nie jest wymagane skierowanie. **Niektóre z refundowanych świadczeń w ramach zdrowia behawioralnego to:**

- Leczenie uzależnienia od alkoholu, narkotyków i leków
- Usługi wsparcia adaptacyjnego zachowania (Adaptive Behavior Support, ABS) dla osób w wieku poniżej 21 lat ze zdiagnozowanym zaburzeniem ze spektrum autyzmu.
- Opieka podczas pobytu w szpitalu
- Środowiskowe zdrowie behawioralne
- Usługi kryzysowe
- Leczenie szpitalne w trybie dziennym
- Program intensywnej opieki ambulatoryjnej
- Leczenie wspomagane farmakologicznie
- Świadczenia ambulatoryjne: zarządzanie farmakoterapią, terapia i porady
- Leczenie uzależnienia od substancji w miejscu zamieszkania

## Linia ds. kryzysu zdrowia behawioralnego

Jeżeli zмага 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. Jest on oferowany członkom w wieku 13 lat i starszym oraz opiekunom. 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 pomóc w częstych wyzwaniach, takich jak stres, niepokój, depresja i nadużywanie substancji odurzających. Aby zacząć z niego korzystać, należy zarejestrować się na stronie [www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid](http://www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid). (Kod dostępu: ILMED).

## Program ścieżki do sukcesu (Pathways to Success)

Członkowie w wieku poniżej 21 lat, którzy mają znaczące behawioralne potrzeby zdrowotne, mogą się kwalifikować. Obejmuje to dzieci z poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi lub poważnymi chorobami psychicznymi. Program Pathways zapewnia dodatkowe usługi domowe i środowiskowe.

### Program „Pathways to Success” może obejmować:

- Wsparcie koleżeńskie dla rodzin
- Intensywną opiekę domowa
- Mentoring terapeutyczny
- Usługi pomocnicze (Respite)
- Usługi wsparcia terapeutycznego
- Usługi wsparcia indywidualnego

Aby dowiedzieć się więcej o tym programie, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

## Podział kosztów

---

BCCHP nie pobiera współpłaty ani współubezpieczenia za objęte ubezpieczeniem usługi medyczne lub recepty. Oznacza to, że nie otrzyma Pan/Pani żadnych rachunków za usługi objęte ubezpieczeniem lub wcześniej autoryzowane.

## Koordynacja opieki

Członkowie co najmniej raz w roku wypełnią ocenę zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Assessment, HRA). BCCHP zadzwoni do Pana/Pani lub wyśle wiadomość po dołączeniu do planu, by przypomnieć o wypełnieniu HSR. Umożliwi nam to wgląd w Pana/Pani nawyki zdrowotne, czynniki ryzyka oraz ewentualną potrzebę zapewnienia koordynatora opieki. Jeśli nie uda 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 „instruktorem” w zakresie opieki zdrowotnej. Będzie nadzorować plan opieki, który Pan/Pani oraz Zespół opieki zdrowotnej uznają za właściwy. Koordynator opieki może pomóc osiągnąć cele zdrowotne przy użyciu objętych planem świadczeń.

### Koordinatory 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
- Usługi planowania rodziny, które nauczą:
  - + Jak utrzymać jak najlepszy stan zdrowia przed zajściem w ciążę.
  - + Jak zapobiegać ciąży
  - + Jak zapobiegać chorobom przenoszonym drogą płciową, takim jak HIV/AIDS

## Usługi związane ze świadczeniami szpitalnymi

Do usług związanych ze świadczeniami szpitalnymi kwalifikują się osoby umówione na planowaną operację w trybie stacjonarnym lub nieplanowanego przyjęcia do szpitala lub wykwalifikowanej placówki opiekuńczej. 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 po wypisaniu ze szpitala lub wykwalifikowanego ośrodka opieki z powrotem do domu. Ważne jest, aby zrozumieć instrukcje dotyczące wypisu i mieć w domu wszystko, czego Pan(i) będzie potrzebować w celu 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.

### Koordinatorska opieka może pomóc:

- Organizując konieczne usługi, łącznie z umawianiem wizyt i stawianiem się na nie
- W zapewnieniu kompleksowej koordynacji usług, by po wypisie ze szpitala pacjent miał bezpieczną, szybką, wysokiej jakości opiekę
- W zrozumieniu Pana/Pani problemów zdrowotnych i wsparciu Pana/Pani możliwości zadbania o siebie
- W zapewnieniu doradztwa przed planowym przyjęciem do szpitala, na przykład na planową operację. Zapewnieniu doradztwa również po wypisie w przypadku, gdy będzie miało miejsce przyjęcie w trybie pilnym
- Zapewnieniu edukacji w związku z Pana/Pani lekami 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 konkretnej choroby oraz sposobów poprawy 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 Pana/Pani ogólny stan zdrowia. Ma to na celu poprawę ogólnego stanu zdrowia.

### Koordynator 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

Koordynator opieki pomaga podopiecznym wykorzystać świadczenia opieki zdrowotnej i usługi dostępne w społeczności. Mają one na celu pomóc osiągnąć cele zdrowotne. Koordynacja opieki i programy koordynacji opieki są dobrowolne (z wyjątkiem usług „waiver”). 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.

Dzieci powinny regularnie chodzić na wizyty do pediatry lub lekarza rodzinnego. Dzięki temu dziecko może otrzymać zalecane szczepienia, które zapewnią mu dobry stan zdrowia. Lekarz sprawdza, czy dziecko rośnie i rozwija się prawidłowo. Pomaga to zapobiegać późniejszym problemom zdrowotnym. Lekarz może sprawdzić dietę, aktywność fizyczną, wagę, stan jamy ustnej, wzrok i zdrowie behawioralne. Wszelkie konieczne szczepienia i badania kontrolne będą wykonane podczas wizyty. Prosimy o zapoznanie się z poniższymi tabelami wraz z rodzicem lub lekarzem rodzinnym dziecka (PCP).

## Zalecana częstotliwość wizyt u lekarza rodzinnego w wieku dziecięcym

Przedział wiekowy	Zalecana częstotliwość wizyt
1 - 6 miesięcy	Co 2 miesiące
6 - 18 miesięcy	Co 3 miesiące
18 miesięcy - 3 lata	Co 6 miesięcy
3 - 19 lat	Co roku

## Zalecane świadczenia profilaktyczne dla dorosłych

W wieku	Wymaga Pan/Pani
19-20 lat	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat). Dodatkowe szczepienia zalecane przez lekarza PCP
21-34 lat	Coroczne badanie lekarskie, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat), wymaz cytologiczny, badanie przesiewowe w kierunku chlamydii, szczepionka przeciwko HPV (< 26. roku życia)
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, szczepionka przeciwko półpaścowi, szczepionka przypominająca przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat), wymaz cytologiczny, mammografia, badanie cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, badanie przesiewowe w kierunku jaskry
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).

### Special Beginnings®

Special Beginnings pomaga ciężarnym mamom lepiej zrozumieć i radzić sobie z ciążą. Aby pomóc im urodzić zdrowe dziecko bez komplikacji. Do programu kwalifikują się kobiety, które są w ciąży lub urodziły dziecko w ciągu ostatnich 84 dni.

#### Uczestnicy programu mogą kwalifikować się do otrzymania:

- Edukacji w zakresie ciąży, połogu i opieki nad noworodkiem
- Zachęt programowych za samo chodzenie na wizyty prenatalne i poporodowe
- Pomocy w znalezieniu świadczeniodawcy i pomocy w kwestiach związanych z dostępem do opieki
- Laktatora i dodatkowych świadczeń (stomatologia, wizja, transport)

Aby zapisać się lub zrezygnować z programu Special Beginnings, należy zadzwonić pod numer **1-888-421-7781**.

## 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 stanem zdrowia, edukację zdrowotną i promocję oraz programowanie społecznych uwarunkowań zdrowia (SDOH).

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

### Adresy BDNC:

#### Morgan Park Center

1-872-760-8090

11840 S. Marshfield Ave.  
Chicago, IL 60643

#### Pullman Center

1-773-253-0900

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

#### South Lawndale Center

1-872-760-8450

2551 W. Cermak Road  
Chicago, IL 60608

## Dla spokoju ducha

Nasza linia porad pielęgniarskich czynna 24/7 umożliwia prywatne rozmowy z pielęgniarką na temat zdrowia. Pod bezpłatny numer 1-888-343-2697 można dzwonić 24 godziny na dobę, siedem (7) dni w tygodniu. 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
- Zdrowie dzieci
- 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. Szczegółowe informacje można znaleźć w sekcji Koordynacja opieki na stronie 24.

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 Rzecznika Praw Pacjenta

Program rzecznika ds. opieki długoterminowej w stanie Illinois (Illinois Long-Term Care Ombudsman Program, LTCOP) to program oferowany przez Illinois Department on Aging. Program pomaga w ochronie i promowaniu praw osób przebywających w domach opieki oraz innych placówkach opieki długoterminowej. Program pomaga również w rozwiązywaniu problemów pomiędzy takimi placówkami a ich mieszkańcami lub rodzinami. Więcej informacji na temat LTCOP można znaleźć na stronie Departamentu ds. Osób Starszych w stanie Illinois (Illinois Department on Aging - DOA)

# 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 zapobieganie 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** (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** (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** (Mental Health Preferences) — 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** (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 (Vocational Rehabilitation, VR), może on mieć prawo do otrzymania pomocy od programu pomocy klientom DHS-ORS (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 taka będzie „przedstawicielem członka”. 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” (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 sześćdziesięciu (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 dziesięć (10) dni kalendarzowych od daty podanej na piśmie z odmowną decyzją w sprawie świadczeń.

### **Poniżej przedstawiamy 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 w kwestiach medycznych**

1. Należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer 1-877-860-2837 (TTY/TDD 711). Po złożeniu odwołania przez telefon należy złożyć podpisany wniosek o rozpatrzenie odwołania 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

Nr faksu w przypadku odwołań standardowych: **1-866-643-7069**  
Nr faksu w przypadku odwołań pilnych: **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 pod numer **711**.

### **Poniżej przedstawiono dwa sposoby złożenia odwołania w kwestiach aptecznych**

1. Należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD **711**). Po złożeniu odwołania przez telefon należy złożyć podpisany wniosek o rozpatrzenie odwołania na piśmie.
2. Wniosek na piśmie należy wysłać pocztą lub faksem na adres:

Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Prime Therapeutics Appeals Dept.  
2900 Ames Crossing Road  
Eagan, MN 55121

Nr faksu w przypadku odwołań standardowych: **1-855-212-8110**  
Nr faksu w przypadku odwołań pilnych: **1-800-338-2227**

3. Lekarz może złożyć wniosek o rozpatrzenie odwołania online. Instrukcje podano na stronach MyPrime.com lub CoverMyMeds.com.

## 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, że chce Pan/Pani, aby reprezentował Pana/Panią ktoś inny i podać w piśmie jego/jej dane kontaktowe lub 2) wypełnić formularz Upoważniony przedstawiciel do złożenia wniosku o rozpatrzenie odwołania (Authorized Representative Appeals Form). Formularz dostępny jest na naszej stronie internetowej [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

## Procedura odwołania

**W ciągu trzech (3) dni roboczych** Plan wyśle do członka pismo potwierdzające wpłynięcie wniosku o rozpatrzenie 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 prześle decyzję na piśmie **w ciągu piętnastu (15) dni roboczych** od daty wpłynięcia wniosku o rozpatrzenie odwołania. W przypadku gdy przed podjęciem decyzji konieczne będzie uzyskanie dalszych informacji, BCCHP może poprosić o wydłużenie czasu na podjęcie decyzji **o kolejnych czternaście (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 członek lub jego świadczeniodawca uważa, że podjęcie decyzji w sprawie odwołania w standardowych ramach czasowych piętnastu (15) dni roboczych może poważnie zagrażać życiu lub zdrowiu członka, można zażądać przyspieszonego rozpatrzenia odwołania składając wniosek w formie pisemnej lub dzwoniąc do Planu. 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 pod numer **1-800-338-2227**. Jeśli potrzebne będą dodatkowe informacje, poinformujemy o tym w ciągu dwudziestu czterech (24) godzin. Po otrzymaniu wszystkich informacji zadzwonimy do Pana/Pani w ciągu dwudziestu czterech (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**).

## Co dalej?

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 **trzydziestu (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 **stu dwudziestu (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 **dziesięciu (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 na jeden z następujących sposobów:

- Pobliski środowiskowy ośrodek pomocy dla rodzin (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 ABE do zarządzania odwołaniami (ABE Appeals Account) i złożyć wniosek o stanowe przesłuchanie administracyjne online, należy wejść na stronę [abe.illinois.gov/abe/access/appeals](http://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 członek chce złożyć odwołanie na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczące usług lub produktów medycznych, lub usług w ramach programu opieki środowiskowej dla osób starszych (Elderly Waiver Community Care Program - CCP), pisemny wniosek należy wysłać na adres:

Illinois Department of Healthcare and Family Services

Bureau of Administrative Hearings

69 W. Washington Street, 4th Floor

Chicago, IL 60602

Faks: (312) 793-2005

Email: **HFS.FairHearings@illinois.gov**

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

Jeśli członek chce złożyć odwołanie na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczące usług lub produktów w zakresie zdrowia psychicznego, usług dot. nadużywania substancji odurzających, usług dla osób niepełnosprawnych (Persons with Disabilities Waiver), usług dla osób z urazowym uszkodzeniem mózgu (Traumatic Brain Injury Waiver), usług dla osób chorych na HIV/AIDS (HIV/AIDS Waiver) lub dowolnych usług w ramach programu usług domowych (HSP), 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

Email: **DHS.HSPApeals@illinois.gov**

Można też 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 założysz Pan/Pani konto na stronie <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, za pośrednictwem konta będziesz miał(-a) Pan/Pani dostęp do wszystkich pism związanych z Pana/Pani stanowym przesłuchaniem administracyjnym. Można tam również wysyłać dokumenty i przeglądać terminy.

Otrzyma Pan/Pani informacje od BCCHP przynajmniej **trzy (3) 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 (3) 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 członek poinformuje nas o takiej konieczności w ciągu **dziesięciu (10) dni kalendarzowych** od daty otrzymania pisma o oddaleniu, o ile przyczyną niestawienia się na przesłuchaniu była:

- 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 ciągu trzydziestu pięciu (35) dni od daty otrzymania tego pisma. W przypadku pytań należy dzwonić do urzędu ds. odwołań.

## Zewnętrzna weryfikacja (tylko usługi medyczne)

W ciągu **trzydziestu (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

Zewnętrzna rewizja jest niedostępna w przypadku odwołań dotyczących usług otrzymywanych w programach dla osób starszych (Elderly Waiver), osób niepełnosprawnych (Persons with Disabilities Waiver), osób z urazowym uszkodzeniem mózgu (ang. Traumatic Brain Injury Waiver), osób chorych na HIV/AIDS (HIV/Aids Waiver) lub usług w ramach programu usług domowych (Home Services Program).

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 Nr faksu w przypadku odwołań standardowych: **1-866-643-7069**

Nr faksu w przypadku odwołań pilnych: **1-800-338-2227**

### Co dalej?

- Sprawdzimy, czy wniosek kwalifikuje się do zewnętrznej weryfikacji. Mamy na to pięć (5) dni roboczych. Następnie wyślemy do członka pismo z zawiadomieniem, czy wniosek spełnia kryteria. Jeśli tak, w liście podamy nazwisko zewnętrznej osoby weryfikującej.
- Członek ma pięć (5) dni roboczych od daty wysłania pisma przez Plan na przesłanie osobie weryfikującej dodatkowych informacji dotyczących wniosku.

W ciągu pięciu (5) 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

Nr faksu w przypadku odwołań pilnych: **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 stan zdrowia członka, jednak nie później niż dwa (2) 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 czterdziestu ośmiu (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 o 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 ubezpieczenia zdrowotnego Medicaid innej osoby lub zezwolenie na użycie Pana/Pani karty przez kogoś innego.
- Wystawienie rachunku przez świadczeniodawcę za niezapewnione świadczenia.
- Przemoc finansowa ma miejsce, gdy ktoś używa Pana/Pani pieniędzy, czeków lub kart kredytowych bez Pana/Pani pozwolenia.

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

- Przemoc fizyczna polega na wyrządzeniu krzywdy, np. spoliczkowaniu, uderzeniu, popchnięciu lub groźeniu bronią.
- Przemoc psychiczna ma miejsce wtedy, gdy ktoś Panu/Pani grozi, próbuje kontrolować życie towarzyskie lub utrzymać Pana/Panią w izolacji.
- 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 zadzwonić do Departamentu Usług Społecznych Stanu Illinois (Illinois Department of Human Services, DHS), Departamentu Zdrowia Publicznego Stanu Illinois (Illinois Department of Public Health, DPH) lub Departamentu Starzenia się Stanu Illinois (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 (Office of the Inspector General): 1-800-368-1463
- Jeśli osoba niepełnosprawna jest zapisana do programu lub mieszka w placówce finansowanej, licencjonowanej lub certyfikowanej przez DPH (np. dom opieki), a nadużycie/zaniedbanie ma miejsce podczas świadczenia usług, należy zadzwonić na gorącą linię domu opieki DPH (Nursing Home Hotline): 1-800-252-4343, TTY 1-800-547-0466.
- 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**. Podejrzone zachowanie można również zgłosić dzwoniąc na naszą infolinię ds. oszustw pod numerem 1-800-543-0867. Jesteśmy dostępni 24/7. **Wszystkie dane będą traktowane jako poufne.** Eliminowanie nadużyć, zaniedbań i oszustw jest naszym wspólnym obowiązkiem.

## Definicje

---

**Odwwołanie** to wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji przez plan opieki zdrowotnej.

**Współpłatność** to ustalona kwota (na przykład \$15) którą płaci Pan/Pani za świadczenia zdrowotne pokryte planem, zazwyczaj przy korzystaniu ze świadczenia. Kwoty te mogą różnić się w zależności od rodzaju świadczenia zdrowotnego objętego planem.

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

**Nagły stan medyczny** oznacza chorobę, uraz, objaw lub stan tak poważny, że rozsądna osoba natychmiast zwróciłaby się o pomoc, aby uniknąć poważnego uszczerbku na zdrowiu.

**Pomoc w nagłych wypadkach** oznacza ocenę stanu zdrowia w nagłych wypadkach i leczenie w celu zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia.

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

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

**Usługi i wyroby rehabilitacyjne** to 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** to świadczenia opieki zdrowotnej zapewniane pacjentom w domu.

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

**Hospitalizacja** to 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 uchodzić za opiekę ambulatoryjną.

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

**Integrated Health Home (zintegrowane usługi opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania)** to w pełni zintegrowana forma koordynacji opieki dla wszystkich członków programu Illinois Medicaid. Integrated Health Home zapewnią fizyczną, behawioralną i społeczną opiekę zdrowotną dla swoich członków. Integrated Health Home odpowiada za koordynację opieki nad członkami, ale nie odpowiada za usługi zdrowotne i leczenie członków. Integrated Health Home będzie ściśle współpracować z planem opieki zdrowotnej w celu koordynacji opieki.

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

**Spoza sieci** to opcja zapewniająca beneficjentom możliwość 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** to 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, wcześniejszą zgodą lub precertyfikacją. 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 pokrycia kosztów przez ubezpieczyciela lub plan opieki.

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

**Lekarz podstawowej opieki** oznacza lekarza (MD - Lekarz medycyny lub D.O. - Doktor medycyny osteopatycznej), pielęgniarkę, specjalistkę pielęgniarstwa klinicznego lub asystenta lekarza, zgodnie z prawem stanowym, który zapewnia, koordynuje lub pomaga pacjentowi w dostępie do szeregu usług opieki zdrowotnej.

**Usługi i wyroby rehabilitacyjne** to 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.

**Wykwalifikowana opieka pielęgniarska** to usługa świadczona w ramach stanowej ustawy o praktyce pielęgniarskiej (Illinois Nurse Practice Act) przez zarejestrowaną pielęgniarkę, licencjonowaną pielęgniarkę wykonującą zawód lub pielęgniarkę zawodową.

**Społeczne uwarunkowania zdrowia** to warunki panujące w środowiskach, w których ludzie rodzą się, żyją, uczą się, pracują, bawią się, uprawiają kult i starzeją się, które wpływają na szeroki zakres wyników i zagrożeń związanych ze zdrowiem, funkcjonowaniem i jakością życia.

**Specjalista** to 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** to 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 członek, świadczeniodawca opieki i Plan, z wyjątkiem sytuacji dozwolonych prawem. 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.

## 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.

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<sup>SM</sup>



HealthChoice  
Illinois  
Illinois Department of  
Healthcare and Family Services



# Poświadczenie ubezpieczenia

[WWW.BCCHPIL.COM](http://WWW.BCCHPIL.COM)

1-877-860-2837 /  
711 (TTY/TDD)

## 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, inaczej znany jako BCCHP, zawarł umowę z Departamentem Opieki Zdrowotnej i Usług Rodzinnych stanu Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services, HFS) w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.

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 (Illinois Department of Healthcare and Family Services) 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

BCCHP nie pobiera współpłaty ani współubezpieczenia za objęte ubezpieczeniem usługi medyczne. 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 REFUNDOWANE**

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
<b>Aborcja</b>	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
<b>Akupunktura</b>	Usługi akupunktury związane z bólem dolnej części pleców i leczeniem pleców od prawnie upoważnionego świadczeniodawcy licencjonowanego zgodnie z ustawą o praktyce akupunktury (Acupunctures Practice Act) jako akupunkturzysta.	Tak
<b>Usługi pielęgniarstwa dyplomowanego</b>		Nie
<b>Usługi ambulatoryjnej poradni chirurgii</b>		Tak
<b>Doroczne badania stanu zdrowia osoby dorosłej</b>	Badania wykonuje PCP lub WHCP. Badania przedmiotowe nie są wykonywane w ramach planowania rodziny	Nie
<b>Usługi wsparcia zachowań adaptacyjnych (Adaptive Behavior Support, ABS)</b>	Usługi w ramach programu ABS pokrywane są w przypadku członków: <ul style="list-style-type: none"> <li>• w wieku poniżej 21 lat</li> <li>• ze zdiagnozowanym zaburzeniem ze spektrum autyzmu</li> <li>• skierowanych przez lekarza i posiadających rekomendację certyfikowanego analityka behawioralnego</li> </ul>	Tak
<b>Aparaty słuchowe/urządzenia wzmacniające dźwięk</b>		Tak
<b>Usługi audiologiczne</b>	Aparaty słuchowe są ograniczone do 1 aparatu słuchowego na ucho, co 3 lata. Badania kontrolne słuchu są objęte ubezpieczeniem tylko w przypadku osób w wieku <21 lat. Są one objęte ubezpieczeniem w wieku >21 lat, jeśli występują objawy związane ze słuchem.	Tak, w określonych okolicznościach.
<b>Usługi dotyczące zdrowia behawioralnego</b>	Obejmują między innymi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Środowiskowe zdrowie behawioralne</li> <li>• Usługi kryzysowe</li> <li>• Usługi ambulatoryjne, takie jak zarządzanie farmakoterapią, terapia i porady</li> <li>• Leczenie szpitalne w trybie dziennym</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach
<b>Krew, składniki krwi i usługi zarządzania nimi</b>		Nie
<b>Usługi chiropraktyka</b>	Ograniczone do terapii manualnej kręgosłupa w przypadku podwichnięcia	Nie
<b>Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytu</b>		Nie

**USŁUGI REFUNDOWANE**

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
<b>Radiologia diagnostyczna i lecznicza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nieinwazyjne zdjęcia RTG zlecone i wykonane przez PCP</li> <li>Przesiewowe badania mammograficzne są objęte ubezpieczeniem w wieku <math>\geq 40</math> lat. Wyjściowa mammografia po 35 roku życia</li> <li>TK i MR wymagają wcześniejszej autoryzacji</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach
<b>Usługi stomatologiczne, w tym chirurgia jamy ustnej</b>	<p>Dla członków w wieku powyżej 21 lat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ograniczone leczenie kanałowe</li> <li>Ograniczone protezy</li> <li>Ograniczona chirurgia jamy ustnej</li> </ul> <p>Kwalifikujące się członkinie w ciąży mają dodatkowe usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Okresowe badanie jamy ustnej</li> <li>Czyszczenie zębów</li> <li>Zabiegi periodontologiczne</li> </ul>	Tak, w określonych okolicznościach
<b>Wsparcie Doula</b>	<p>BCCHP umożliwia doula wspieranie ciężarnych członkiń przez cały okres ciąży, porodu i połogu. Pokrycie kosztów usług douli obejmuje do 16 wizyt przedporodowych, do 16 wizyt poporodowych oraz ciągłe wsparcie udzielane podczas porodu i połogu.</p>	Tak
<b>Badania bilansowe - wczesne i okresowe badania przesiewowe, diagnoza i leczenie (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment - EPSDT)</b>	<p>Pokrywane w przypadku członków w wieku do 21 lat. Program obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>badania przedmiotowe</li> <li>badania przesiewowe oceniające rozwój dziecka</li> <li>badania laboratoryjne</li> <li>szczepienia</li> <li>wywiad zdrowotny i edukację</li> </ul>	Nie
<b>Pomoc w nagłych i pilnych przypadkach</b>	<p>Należy zadzwonić do PCP w celu umówienia opieki kontrolnej w ciągu <b>dwóch (2) dni</b> od wypadku lub tak wcześnie, jak to możliwe. Wymagany jest również telefon do działu obsługi klienta i poinformowanie BCCHP o otrzymanych świadczeniach</p>	Nie
<b>Usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach</b>	<p>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</p>	Nie
<b>Transport/Karetka w nagłych wypadkach</b>		Nie
<b>Usługi planowania rodziny i materiały</b>	<p>Obejmują między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wizyty u lekarza</li> <li>Antykoncepcję</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

**USŁUGI REFUNDOWANE**

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
<b>Wizyty w klinikach takich jak FQHC (Federalne ośrodki zdrowia), RHC (Wiejskie ośrodki zdrowia) i innych klinikach typu Encounter Rate Clinic (pobierające stawkę za wizytę)</b>		Nie
<b>Operacja korekty płci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi są dostępne dla osób, które ukończyły 21 lat. W szczególnych przypadkach konieczności medycznej są one również dostępne dla członków poniżej 21. roku życia</li> <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
<b>Aparaty słuchowe i baterie</b>	Jeden aparat na ucho co trzy lata. Ograniczone baterie na członka	Aparaty słuchowe wymagają wcześniejszej autoryzacji; baterie nie wymagają wcześniejszej autoryzacji
<b>Wizyty agencji domowej opieki zdrowotnej</b>	W przypadku usług typu non-waiver, pokrywane usługi ograniczone są do opieki po hospitalizacji	Tak
<b>Szpitalne usługi ambulatoryjne</b>		Tak
<b>Wizyty na oddziale ratunkowym w szpitalu</b>		Nie
<b>Usługi świadczone w szpitalu</b>		Tak
<b>Szpitalne usługi ambulatoryjne</b>		Tak, w określonych okolicznościach
<b>Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG</b>	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.
<b>Wsparcie laktacyjne</b>	Konsultanci laktacyjni zapewniają ocenę, edukację, doradztwo i wsparcie w zakresie karmienia piersią i ludzkiej laktacji, aby promować pomyślne osiągnięcie celów związanych z karmieniem piersią. Usługi wsparcia laktacyjnego mogą być świadczone w okresie okołoporodowym do momentu odstawienia niemowlęcia od piersi.	Tak

**USŁUGI REFUNDOWANE**

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
<b>Sprzęt i materiały medyczne, protezy i ortezy</b>	Większość sprzętu i materiałów medycznych objętych planem nadal wymaga zgody BCCHP	Tak, w określonych okolicznościach
<b>Opieka pielęgniarska</b>	Obejmuje członków w wieku poniżej dwudziestu jeden (21) lat nieobjętych programem HCBS Waiver. Obejmuje również osoby, które są słabe pod względem medycznym, zależne od technologii (Medically Fragile, Technology Dependent, MFTD) oraz członków poniżej 21 roku życia przechodzących ze szpitala do domu lub innego miejsca.	Tak
<b>Usługi zakładu opieki pielęgniarskiej</b>		Tak
<b>Usługi i materiały okulistyczne</b>	Jedna para okularów co dwa lata. Soczewki kontaktowe tylko wtedy, gdy są konieczne z medycznego punktu widzenia	Tak
<b>Usługi optyka</b>	Jedno badanie wzroku na 12 miesięcy	Nie
<b>Usługi paliatywne i hospicyjne</b>		Tak
<b>Usługi apteczne i leki na receptę</b>	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
<b>Usługi fizykoterapeutyczne, terapia zajęciowa i logopedia</b>		Ocena i ponowna ocena nie wymagają wcześniejszej autoryzacji. Wszystkie pozostałe usługi fizykoterapeutyczne, terapii zajęciowej i logopedyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji
<b>Usługi lekarza</b>		Nie
<b>Usługi podiatry</b>	<b>Refundowane są następujące usługi:</b> <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> <b>Następujące usługi nie są objęte ubezpieczeniem:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi będące w fazie badań</li> <li>• Akupunktura</li> <li>• Wkładki do butów</li> </ul>	Nie
<b>Usługi dla pacjentów ustabilizowanych</b>		Nie
<b>Wizyty w gabinecie stomatologa dla członków ze specjalnymi potrzebami</b>		Nie

**USŁUGI REFUNDOWANE**

Usługi medyczne	Ograniczenia/wyjątki świadczeń Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
<b>Badania prostaty i odbytu</b>	Badania antygenu prostaty (PSA) i przezodbytnicze badania prostaty (DRE) refundowane są u członków w wieku 40 lat i starszych	Tak, w określonych okolicznościach
<b>Protezy i wkładki ortopedyczne</b>		Tak, w określonych okolicznościach.
<b>Usługi radiologiczne</b>		Tak, w określonych okolicznościach
<b>Usługi dializy nerek</b>		Tak
<b>Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie</b>		Tak, w określonych okolicznościach
<b>Nadużywanie substancji odurzających</b>	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
<b>Przeszczepy</b>	Refundowany jest pierwszy przeszczep. W przyszłości dozwolony jest tylko jeden ponowny przeszczep ze względu na odrzucenie.	Tak
<b>Transport (w przypadkach nienagłych)</b>	Transport potrzebny do celów innych niż medyczne nie jest refundowany. W przypadku przejazdów w odległości większej niż 40 mil wymagana jest uprzednia zgoda. Wymagana jest również w przypadku świadczeniodawców spoza sieci.	Tak, w określonych okolicznościach
<b>Opieka okulistyczna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jedno badanie wzroku co 12 miesięcy</li> <li>• Okulary są objęte ubezpieczeniem tylko raz na dwa lata dla członków w wieku 21 lat i starszych.</li> <li>• Okulary są wymieniane „w razie potrzeby” dla członków poniżej 21 roku życia.</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

## Objęte ubezpieczeniem usługi domowe i środowiskowe (tylko członkowie programów Waiver)

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które program Blue Cross Community Family Health Plans pokrywa dla członków korzystających z programu Home and Community Based Service Waiver.

Program opieki domowej i środowiskowej HCBS (HCBS Waiver Program)	Usługi	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
<b>Departament ds. Osób Starszych w stanie Illinois (Illinois Department on Aging - DOA).</b> <i>Osoby w podeszłym wieku</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi opieki dziennej dla osób dorosłych</li> <li>• Dzienna opieka dla osób dorosłych – transport</li> <li>• Gospodyni domowa</li> <li>• Osobisty system reagowania w sytuacjach kryzysowych (Personal Emergency Response System, PERS)</li> <li>• Automatyczny dozownik leków (Automatic Medication Dispenser, AMD)</li> </ul>	<p>Przed skorzystaniem z usług objętych ubezpieczeniem może być wymagana uprzednia autoryzacja.</p>
<b>Departament Usług Rehabilitacji (Department of Rehabilitation Services, DRS)</b> <i>Osoby niepełnosprawne, HIV/AIDS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi opieki dziennej dla osób dorosłych</li> <li>• Dzienna opieka dla osób dorosłych – transport</li> <li>• Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej</li> <li>• Pomoc domowa w zakresie zdrowia</li> <li>• Okresowa opieka pielęgniarska</li> <li>• Wykwalifikowana opieka pielęgniarska (RN i LPN)</li> <li>• Terapia zajęciowa</li> <li>• Fizykoterapia</li> <li>• Terapia mowy</li> <li>• Gospodyni domowa</li> <li>• Posiłki dostarczane do domu</li> <li>• Osobisty asystent</li> <li>• Osobisty system reagowania w sytuacjach kryzysowych (Personal Emergency Response System, PERS)</li> <li>• Usługi pomocnicze (Respite)</li> <li>• Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały</li> </ul>	<p>Przed skorzystaniem z usług objętych ubezpieczeniem może być wymagana uprzednia autoryzacja</p>
<b>Departament Usług Rehabilitacji (Department of Rehabilitation Services, DRS)</b> <i>Osoby z urazem mózgu</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usługi opieki dziennej dla osób dorosłych</li> <li>• Dzienna opieka dla osób dorosłych – transport</li> <li>• Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej</li> <li>• Zatrudnienie ze wsparciem w wykonywaniu obowiązków</li> <li>• Pomoc domowa w zakresie zdrowia</li> <li>• Okresowa opieka pielęgniarska</li> <li>• Wykwalifikowana opieka pielęgniarska (RN i LPN)</li> <li>• Terapia zajęciowa</li> <li>• Fizykoterapia</li> <li>• Terapia mowy</li> <li>• Usługi wsparcia w znalezieniu zatrudnienia</li> <li>• Dienne usługi rehabilitacji</li> <li>• Gospodyni domowa</li> <li>• Posiłki dostarczane do domu</li> <li>• Osobisty asystent</li> <li>• Osobisty system reagowania w sytuacjach kryzysowych (Personal Emergency Response System, PERS)</li> <li>• Usługi pomocnicze (Respite)</li> <li>• Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały</li> <li>• Usługi behawioralne (M.A. i PH.D.)</li> </ul>	<p>Przed skorzystaniem z usług objętych ubezpieczeniem może być wymagana uprzednia autoryzacja.</p>

Program opieki domowej i środowiskowej HCBS (HCBS Waiver Program)	Usługi	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Opieka zdrowotna i usługi rodzinne (HealthCare and Family Services, HFS) <i>Program wsparcia w miejscu zamieszkania</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pomoc w codziennym życiu</li> </ul>	Przed skorzystaniem z usług objętych ubezpieczeniem może być wymagana uprzednia autoryzacja.

BCCHP oferuje więcej świadczeń w dodatku do powyższych pokrywanych usług. Dalsze szczegóły podano na stronie 22.

## 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.

## 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

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
- Diagnostykują 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 uprzedniej autoryzacji zajmuje od 2 do 8 dni kalendarzowych. Aby sprawdzić limity usług, należy zapoznać się z częścią „Usługi medyczne objęte ubezpieczeniem”. PCP może również 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 usług. 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
- Przeziębienie
- Gorączka
- Ból ucha

Aby uzyskać otrzymaną 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 **Linie porad pielęgniarskich 24/7** pod numer **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
- Obfite krwawienie
- Zatrucie
- Trudności z oddychaniem
- Złamania kości

## Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP)

---

Członkowie są zobowiązani do wyboru lekarza podstawowej opieki (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

---

Dodatkowe informacje na temat planu można znaleźć w spisie treści na stronie 5. Informacje na temat zażaleń i odwołań, praw i obowiązków, oszustw, przemocy i zaniedbań oraz polityki prywatności można znaleźć w odpowiednim rozdziale tego poradnika.



# Aby poprosić o bezpłatną pomoc i usługi lub materiały w innych formatach i językach, prosimy zadzwonić pod numer 1-877-860-2837 lub 711 w przypadku osób korzystających z TTY/TDD.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, wiek, niepełnosprawność lub płeć. Blue Cross i Blue Shield of Illinois nie wyklucza ani nie traktuje nikogo inaczej ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, wiek, niepełnosprawność lub płeć.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Zapewnia bezpłatną pomoc i usługi osobom niepełnosprawnym, aby skutecznie komunikować się z nami, takie jak:
  - wykwalifikowani tłumacze języka migowego
  - informacje pisemne w innych formatach (duży druk, nagrania dźwiękowe, dostępne formaty elektroniczne, inne formaty)
- zapewnia bezpłatne usługi językowe osobom, których podstawowym językiem nie jest angielski, na przykład:
  - wykwalifikowanych tłumaczy
  - informacje w innych językach

Osoby pragnące skorzystać z tych usług mogą kontaktować się z Koordynatorem ds. Praw Obywatelskich.

Osoby, które uważają, że Blue Cross and Blue Shield of Illinois nie zapewniła tych usług lub dyskryminowała w inny sposób ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć, mogą złożyć skargę do: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Faks: 1-855-661-6960. Zażalenie można złożyć telefonicznie, drogą pocztową lub faksem. Osoby potrzebujące pomocy w złożeniu skargi mogą uzyskać pomoc od Koordynatora ds. Praw Obywatelskich.

Można również złożyć skargę dotyczącą praw obywatelskich do U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, Biura Praw Obywatelskich) drogą elektroniczną za pośrednictwem Office for Civil Rights Complaint Portal (Portalu Skarg Urzędu ds. Praw Obywatelskich), dostępnego pod adresem <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> lub pocztą lub telefonicznie pod adres:

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)

Formularz wniosku skargi można uzyskać pod adresem <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)**.

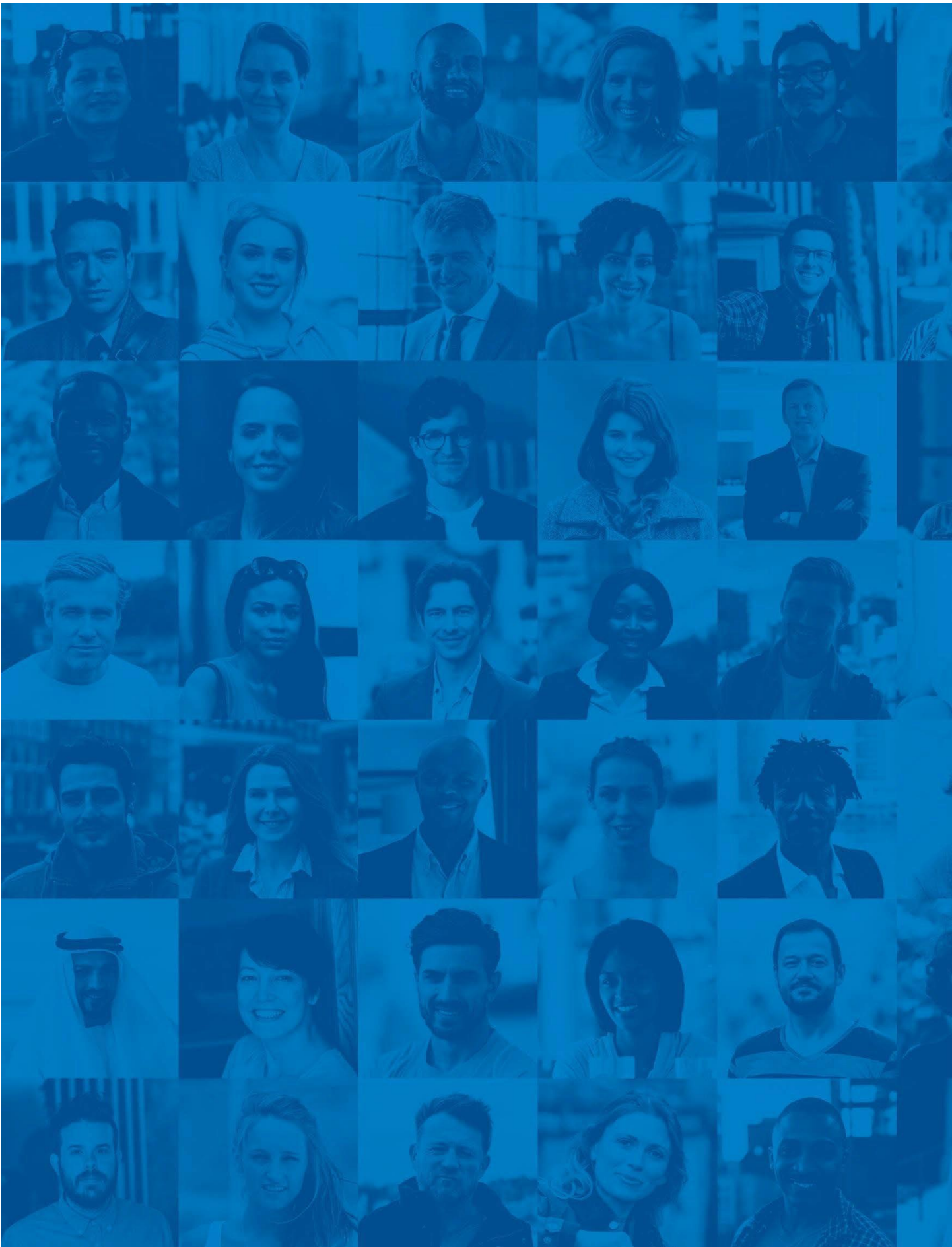
**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**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>**



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