



Blue Cross Community
Health PlansSM



HealthChoice
Illinois
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

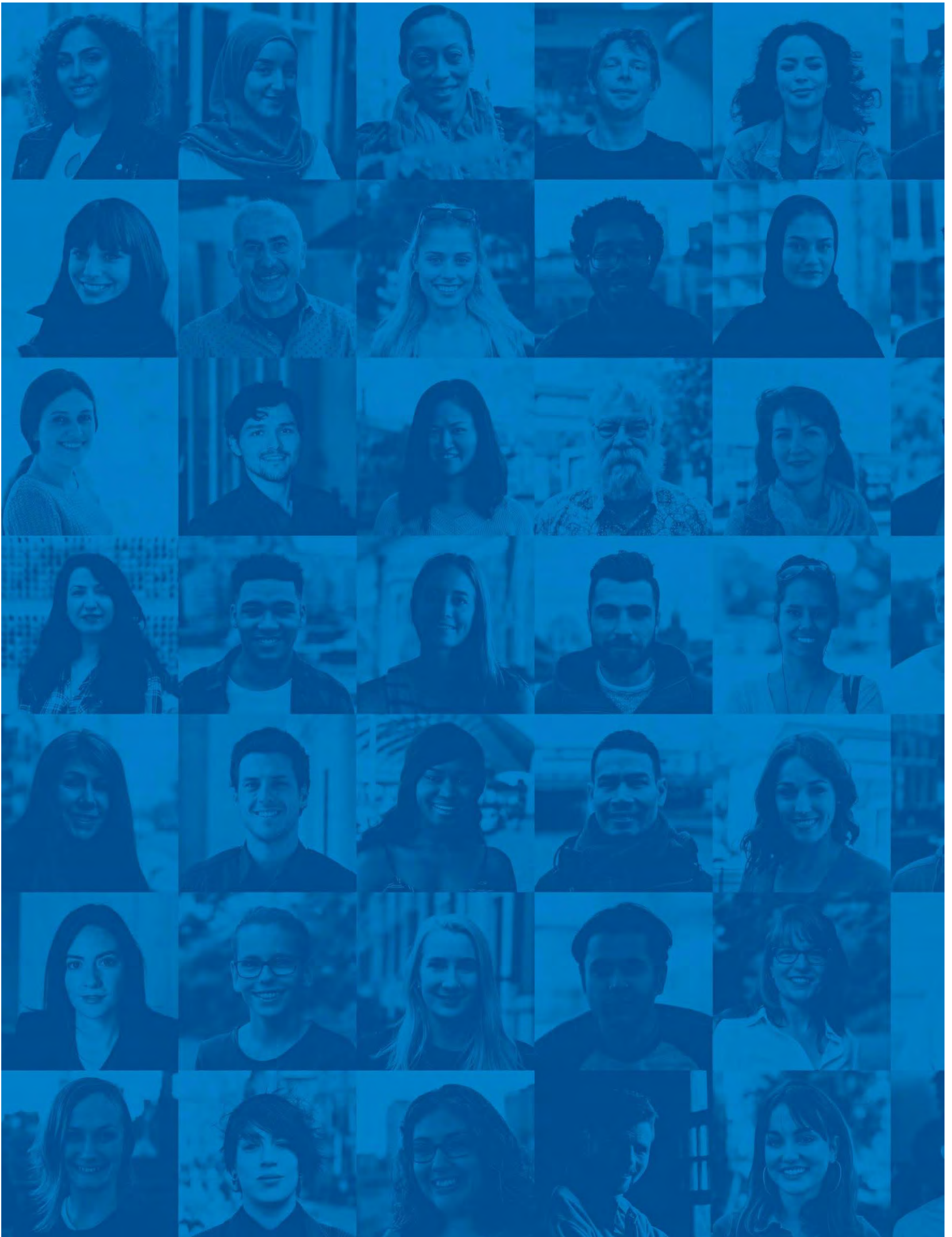
Witamy w BlueSM



**Wsparcie i usługi zarządzanej
opieki długoterminowej
(Managed Long Term
Supports and Services,
MLTSS)**

Zestaw BlueSM

**Podręcznik członka MLTSS i Poświadczenie
ubezpieczenia w jednym miejscu.
Data wejścia w życie: styczeń 2024**





Witamy
w BlueSM

Witamy w rodzinie planów zdrowotnych Blue Cross Community Health Plans (BCCHPSM)!

Dziękujemy za korzystanie z BCCHP w ramach swojego planu zdrowotnego MLTSS. Usługi MLTSS pomagają robić rzeczy, których członek nie jest już w stanie zrobić sam. Uczestnicząc w BCCHP MLTSS członek otrzyma dostęp do świadczeniodawców MLTSS, usług zdrowia behawioralnego i transportu. Opieka może być świadczona w domu lub w ośrodku opieki wspomaganiej. Wszystko bez dopłat za objęte ubezpieczeniem usługi MLTSS.

Aby rozpocząć korzystanie z planu zdrowotnego MLTSS, należy skorzystać z tej listy:

- ❑ **Zachęcamy do sprawdzenia tego co obejmuje MLTSS.** Ten Zestaw Blue może być pomocny. Należy trzymać go w łatwo dostępnym miejscu! Aby sprawdzić swoje świadczenia, można również wejść na stronę www.bcchpil.com.
- ❑ **Należy wypełnić roczną ocenę zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Assessment - HRA).** W celu zakończenia procesu HRS, BCCHP zadzwoni do członka lub wyśle wiadomość tekstową w nadchodzących tygodniach. To badanie przesiewowe pomoże Koordynatorowi opieki w zrozumieniu potrzeb członka. W przypadku przegapienia telefonu lub wiadomości tekstowej, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.
- ❑ **Należy zalogować się na swoje konto Blue Access for MembersSM (BAMSM).** Umożliwi to natychmiastowy dostęp do zasobów opieki zdrowotnej. BAM jest bezpiecznym portalem dla członków BCCHP. Można uzyskać dostęp do swojego konta na www.bcchpil.com lub za pomocą aplikacji mobilnej BCBSIL.
- ❑ **Dzwoniąc należy mieć przygotowaną kartę członkowską MLTSS.** Należy używać jej w przypadku wszystkich usług opieki długoterminowej. W przypadku usług medycznych, należy okazać swoją kartę członkowską Medicare i Medicaid. W przypadku pokrycia leków na receptę, należy użyć swojej karty członkowskiej Części D Medicare. Więcej informacji na temat innych planów podano na stronie 19.
 - + BCCHP będzie współpracować z innymi planami i dostawcami usług. Dlatego ważne jest, aby informować Koordynatora opieki o swoim stanie zdrowia.
- ❑ **Aby zachować ubezpieczenie Medicaid w stanie Illinois, należy odnawiać je raz w roku.** Nazywane jest to ponownym ustaleniem kwalifikowalności. Członek otrzyma powiadomienie z Departamentu opieki zdrowotnej i usług rodzinnych (Department of Healthcare and Family Services, HFS) na miesiąc przed datą odnowienia. Aby zachować ubezpieczenie MLTSS, należy wypełnić formularze w odpowiednim czasie.

Jesteśmy tu po to, aby pomóc!



Dział obsługi klienta

1-877-860-2837

Proszę dzwonić z pytaniami o
swój plan zdrowotny BCCHP



Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7

1-888-343-2697

Pytania zdrowotne kierowane do
prywatnej pielęgniarki 24/7

Często zadawane pytania (FAQ)

Aby uzyskać więcej szczegółów na te tematy, należy zapoznać się ze spisem treści.

Czy mam dopłatę?

Nie. Członek nigdy nie będzie mieć dopłaty ani udziału własnego za zatwierdzone usługi MLTSS.

Czy mam ubezpieczenie medyczne w ramach mojego planu MLTSS?

Nie. Świadczenia BCCHP MLTSS obejmują członka długoterminowe usługi i wsparcie. W sprawie ubezpieczenia medycznego należy kontaktować się ze swoim planem Medicare, Medicare Advantage lub Medicaid. Należy pamiętać, że Medicare jest zawsze pierwszym płatnikiem usług medycznych. Szczegółowe informacje na temat świadczeń z planu Medicare i Medicaid podano na stronie 19.

Czy mam ubezpieczenie na zakup leków na receptę w ramach mojego planu MLTSS?

Nie. Świadczenia BCCHP MLTSS obejmują członka długoterminowe usługi i wsparcie. W przypadku ubezpieczenia na zakup leków na receptę, należy kontaktować się ze swoim planem Części D Medicare. Szczegółowe informacje na temat świadczeń z Części D Medicare podano na stronie 19.

Co muszę zrobić, by uzyskać pomoc doraźną?

Proszę udać się na najbliższe pogotowie ratunkowe lub zadzwonić pod numer 911. Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą 911, należy wezwać pogotowie. Usługi medyczne, łącznie z wizytami na pogotowiu ratunkowym, są objęte ubezpieczeniem Medicare, a nie MLTSS. Szczegółowe informacje na temat świadczeń z planu Medicare i Medicaid podano na stronie 19.

Czy ubezpieczenie BCCHP obejmuje mnie poza stanem Illinois?

Plan BCCHP obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. Plan BCCHP nie obejmuje usług świadczonych poza Stanami Zjednoczonymi. Za usługi świadczone poza stanem Illinois, wymagana będzie wcześniejsza autoryzacja. W przypadku braku wcześniejszej autoryzacji, za koszt usług może zostać obciążony członek. W przypadku konieczności skorzystania z usług poza stanem Illinois, należy kontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

W przypadku konieczności uzyskania pomocy doraźnej, należy udać się do najbliższego szpitala. Pomoc doraźna jest objęta ubezpieczeniem w Stanach Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana w przypadku pomocy doraźnej uzyskanej w Stanach Zjednoczonych.

W jaki sposób uzyskać szczegółowe informacje dotyczące pokrycia ubezpieczeniowego?

Należy wejść na stronę: www.bcchpil.com

Konto Blue Access for Members (BAM): Należy zalogować się na stronie www.bcchpil.com lub za pomocą **aplikacji mobilnej BCBSIL**. Należy pobrać, wysyłając wiadomość tekstową o treści **BCBSILAPP** na numer **33633**.

Dział obsługi klienta: 1-877-860-2837

Kontakt z agentem można uzyskać w godzinach od 8:00 do 17:00. CST, od poniedziałku do piątku. Z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej można korzystać 24/7, w tym w weekendy i święta.

Gdzie mogę uzyskać dostęp do listy świadczeniodawców MLTSS w sieci?

Aby znaleźć świadczeniodawców i szpitale w pobliżu miejsca zamieszkania, można skorzystać z **Wyszukiwarki świadczeniodawców***. Można ją znaleźć pod adresem www.bcchpil.com lub w **mobilnej aplikacji BCBSIL**. W przypadku chęci uzyskania pomocy w znalezieniu lekarza, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Pełną listę świadczeniodawców można uzyskać również korzystając z Katalogu świadczeniodawców. Katalog świadczeniodawców można znaleźć na stronie www.bcchpil.com.

Czy mogę otrzymać transport na wizyty i z powrotem?

Tak. BCCHP używa ModivCare do zapewniania transportu na wizyty lekarskie i zatwierdzone wyjazdy medyczne. Aby zaplanować transport, należy zadzwonić do ModivCare co najmniej 3 dni wcześniej. Można również zaplanować transport za pomocą nowej aplikacji ModivCare na swoim smartfonie.

Jak uzyskać dostęp do karty członkowskiej?

Należy zalogować się na swoje konto BAM na komputerze stacjonarnym lub w aplikacji mobilnej BCBSIL. Na tej stronie można uzyskać dostęp do tymczasowej karty członkowskiej lub zamówić nową. Można również skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Dział ten może wysłać nową kartę członkowską i sprawdzić, czy BCCHP ma aktualny adres członka.

Czy mogę uzyskać pomoc od Koordynatora opieki?

Tak. Koordynator opieki jest „instruktorem” w zakresie opieki zdrowotnej, który pomaga przy realizacji celów zdrowotnych członka. Ukończenie Oceny zagrożeń zdrowotnych (HRA) pomoże nam wyznaczyć odpowiedniego Koordynatora opieki. O Koordynatora opieki można poprosić w dowolnym momencie, dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Spis treści

Poradnik członka MLTSS

Ważne numery telefonów	8	Usługi domowe i środowiskowe objęte ubezpieczeniem (tylko dla klientów ze zwolnieniem)	15
Dział obsługi klienta	9	Usługi nieobjęte ubezpieczeniem	16
Blue Access for Members (BAM SM)	9	Nowe metody leczenia	16
Karta członkowska	10	Usługi transportowe	17
Uprawnienia.....	10	Świadczenia o wartości dodanej	19
Odnowienie Medicaid (Ponowne ustalenie)	11	Zasoby planu opieki zdrowotnej	20
Otwarta rejestracja	11	Koordinacja opieki	21
Sieć świadczeniodawców	12	Programy edukacyjne dotyczące zdrowia	23
Lekarz podstawowej opieki (Primary Care Provider, PCP)	12	Program Rzecznika Praw Obywatelskich	25
Opieka specjalistyczna	12	Testament życia	26
Opieka doraźna	13	Zażalenia i odwołania	26
Pomoc doraźna	13	Prawa i obowiązki	33
Wcześniejsza autoryzacja	13	Oszustwo, nadużycie i zaniedbanie	34
Wsparcie i usługi zarządzanej opieki długoterminowej (MLTSS) objęte ubezpieczeniem	14	Definicje	35
		Polityka prywatności	36
		Zrzeczenia się odpowiedzialności	36

Poświadczenie ubezpieczenia MLTSS

Ważne numery telefonów	38	Wcześniejsza autoryzacja	43
Poświadczenie ubezpieczenia MLTSS	39	Ciągłość leczenia	43
Opis arkusza ubezpieczeniowego	40	Opieka doraźna	43
<i>Wsparcie i usługi zarządzanej opieki długoterminowej (Managed Long Term Supports and Services, MLTSS) objęte ubezpieczeniem</i>	<i>40</i>	Pomoc doraźna	44
<i>Usługi opieki domowej i środowiskowej objęte ubezpieczeniem (wyłącznie klienci korzystający z programu „waiver”)</i>	<i>41</i>	Inne zasoby	44
<i>Usługi nieobjęte ubezpieczeniem</i>	<i>42</i>		



MLTSS
Poradnik
członka

WWW.BCCHPIL.COM

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

Ważne numery telefonów

Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7

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

Całodobowa infolinia

Pomoc doraźna

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.

Kontakt z agentem można uzyskać w godzinach od 8:00 do 17:00. czasu środkowoamerykańskiego (Central Time), od poniedziałku do piątku.

Z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej można korzystać 24/7, w tym w weekendy i święta.

Strona internetowa: www.bcchpil.com

Obszar usług: Plan obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois.

Specjalny dział dochodzeń Planu Blue Cross Community Family Health Plan (Special Investigation Department - SID)

1-800-543-0867

Krajowe Centrum Kontroli Zatruc (National Poison Control Center)

1-800-222-1222

Połączenia są kierowane do najbliższego biura w pobliżu miejsca zamieszkania członka.

Transport medyczny w nienagłych przypadkach

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

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego

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

Infolinia kryzysowa w zakresie zdrowia behawioralnego

1-800-345-9049, TTY/TDD: 711

Zażalenia i odwołania

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

Oszustwa i nadużycia

1-800-543-0867, TTY/TDD: 711

Koordinacja opieki

1-855-334-4780, TTY/TDD: 711

Usługi opiekuńcze dla dorosłych

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

Infolinia do domu opieki

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

Illinois Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego stanu Illinois)

1-217-782-4977

Infolinia placówki mieszkalno-opiekuńczej

1-844-528-8444

Dział obsługi klienta

Witamy w Blue Cross Community Family Health Plans. Dział obsługi klienta pomoże jak najpełniej skorzystać z BCCHP. Dział obsługi klienta dostępny jest pod numerem **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem (7) dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne. Kontakt z agentem można uzyskać w godzinach od 8:00 do 17:00 czasu środkowooamerykańskiego (Central Time), od poniedziałku do piątku. Z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej można korzystać 24/7, w tym w weekendy i święta. Nasz personel został odpowiednio przeszkolony i może pomóc członkom w zrozumieniu planu opieki zdrowotnej. Możemy podać szczegóły dotyczące:

- ✓ kwalifikowalności do MLTSS
- ✓ usług objętych/nieobjętych ubezpieczeniem MLTSS
- ✓ koordynacji opieki
- ✓ pomocy w nagłych wypadkach i pomocy doraźnej
- ✓ usług transportowych
- ✓ zażaleń i odwołań
- ✓ praw i obowiązków

Blue Access for MembersSM (BAM)SM

Dostęp do opieki zdrowotnej 24/7, w dowolnym miejscu

Pozostawanie w kontakcie za pomocą bezpiecznego portalu jest łatwiejsze niż kiedykolwiek. Dzięki BAM można zarządzać swoim ubezpieczeniem zdrowotnym i znajdować informacje o swoich usługach. A teraz można uzyskać dostęp do swojego osobistego konta BAM za pomocą smartfona. Wystarczy użyć aplikacji mobilnej BCBSIL!

Osoby, które jeszcze nie zarejestrowały się w BAM, mogą uzyskać dostęp online lub za pośrednictwem naszej aplikacji mobilnej:



www.bcchpil.com

Logowanie z komputera stacjonarnego lub tabletu za pośrednictwem naszej witryny. Znajduje się w prawym górnym rogu!



Aplikacja mobilna BCBSIL

Pobranie aplikacji mobilnej. Należy skorzystać ze sklepu z aplikacjami w telefonie wyszukując **BCBSIL** lub wysłać wiadomość tekstową* **BCBSILAPP** pod numer **33633**

Tylko niektóre z ofert BAM:

- Żądanie, wydruk lub zamawianie karty identyfikacyjnej
- Wyszukanie lekarzy, specjalistów i szpitali za pomocą wyszukiwarki świadczeniodawców Provider FinderSM
- Zmiana lekarza podstawowej opieki (Primary Care Provider - PCP)
- Podgląd wcześniejszego zezwolenia i informacji o roszczeniach

*Mogą obowiązywać opłaty za wiadomości i dane.

Karta członkowska

Członek otrzyma kartę członkowską MLTSS. Należy trzymać ją zawsze przy sobie. Zawiera ona ważne numery telefonów. Należy ją okazać, w chwili korzystania ze zwolnienia lub usług długoterminowych. Karty Medicare ID można używać do korzystania z innych usług, takich jak recepty i usługi medyczne. Osoby, które nie posiadają karty członkowskiej powinni skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Informacje o Karcie członkowskiej

- Imię i nazwisko
- Nazwa planu
- Stanowy nr identyfikacyjny Medicaid
- Nr identyfikacyjny członka
- Data wejścia w życie
- Nr grupy
- Nr grupy świadczenia
- Nr usług członka
- Strona internetowa BCCHP
- Nr transportu
- Nr infolinii kryzysowej ds. zdrowia behawioralnego
- Nr infolinii pielęgniarstwa 24/7
- Miejsce przesyłania roszczeń przez świadczeniodawców
- Nazwa i adres MCO
- Stanowy organ regulacyjny

MEMBER INFORMATION		GROUP INFORMATION	
MEMBER NAME: <Cardholder Name>	MEDICAID ID: <Medicaid Recipient ID#>	GROUP NUMBER: <Group #>	BENEFIT GROUP: <Group Name>
MEMBER ID: XOG<Cardholder ID#>	EFFECTIVE DATE: <01/01/2024>	Managed Long Term Supports and Services (MLTSS)	
MEMBER SERVICES: 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711) WEBSITE: www.bcchpil.com			
MEMBER CONTACT INFO		PROVIDER CONTACT INFO	
TRANSPORTATION: 1-877-831-3148	BEHAVIORAL HEALTH CRISIS LINE: 1-800-345-9049 24/7 NURSELINE: 1-888-343-2697	PROVIDER CLAIMS: 1-877-860-2837	Blue Cross Community Health Plans P.O. Box 3418 Scranton, PA 18505
<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

Członek jest osobą dorosłą lub osobą dorosłą z niepełnosprawnością, w wieku co najmniej 21 lat. Członek ma prawo do Medicare i Medicaid. Członek otrzyma usługi związane ze zwolnieniem lub usługi związane z pobytem w domu opieki za pośrednictwem BCCHP. A do tego kilka dodatkowych świadczeń. Członek otrzyma inne usługi za pośrednictwem kolejnego planu zdrowotnego. Na przykład opiekę zapobiegawczą, opiekę specjalistyczną, pomoc doraźną i opiekę stacjonarną.

Agencje stanowe Illinois będą nadal określać kwalifikowalność członka co do niektórych programów. Obejmuje to usługi domowe i środowiskowe bądź zamieszkanie w placówce opieki. BCCHP współpracuje z agencjami, aby zapewnić członkowi długoterminowe usługi i wsparcie.

Odnowa świadczeń Medicaid (ponowne ustalenie)

Nie warto ryzykować utraty świadczeń Medicaid – formularz odnowienia należy wypełnić przed upływem terminu!

Aby zachować świadczenia, co roku należy przejść proces odnowienia. Odnowienie jest czasami nazywane ponownym ustaleniem kwalifikowalności lub odnową. Odnowa to przegląd kwalifikowalności członka do Medicaid, SNAP lub pomocy finansowej. Stan musi zdecydować, czy członek nadal spełnia zasady, aby wciąż otrzymywać świadczenia. Ubezpieczenie Medicaid należy odnowić co najmniej raz w roku. W przypadku korzystania ze świadczeń SNAP, należy to robić dwa razy w roku.

Oto jak:

1) Należy kliknąć *Zarządzaj moją sprawą* na stronie abe.illinois.gov

- Należy utworzyć lub zalogować się na swoje konto w abe.illinois.gov, aby zarządzać swoimi świadczeniami. Najlepszym sposobem kontaktu jest Internet

2) Należy zweryfikować swój adres

- Adres osób korzystających z Medicaid musi być aktualny. Należy kliknąć „Zarządzaj moją sprawą” i zweryfikować swój adres w sekcji „Skontaktuj się z nami” lub zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)

3) Należy znaleźć termin płatności (nazywany również datą ponownego ustalenia)

- Aby znaleźć termin płatności (datę ponownego ustalenia), należy sprawdzić zakładkę „Szczegóły świadczeń” na stronie abe.illinois.gov

4) Należy sprawdzać pocztę

- Departament opieki zdrowotnej i usług rodzinnych w stanie Illinois (ang. Illinois Department of Healthcare and Family Services) wyśle powiadomienie na miesiąc przed terminem płatności. Powiadamia, czy należy wypełnić formularz odnowienia. Powiadomienie zawiera kroki dotyczące wypełniania ponownego ustalenia

5) Należy wypełnić ponowne ustalenie

- Członek nie powinien ryzykować utraty Medicaid. Istnieje wiele sposobów przesłania odnowienia *Prześlij swoje ponowne ustalenie kwalifikowalności Medicaid*:
 - **Wniosek można przesłać online.** Należy kliknąć „Zarządzaj moją sprawą” na stronie abe.illinois.gov
 - **Wypełniony formularz i wszelkie wymagane weryfikacje** można przesłać pocztą lub faksem
 - **Dzwoniąc** pod numer 1-800-843-6154
 - **Osobiście.** Aby znaleźć lokalizację, należy skorzystać z lokalizatora biur IDHS na stronie www.dhs.state.il.us

Otwarta rejestracja

Raz w roku można zmienić plan zdrowotny w określonym czasie zwanym „Otwarta rejestracja”. Dział usług rejestracji klientów (Client Enrollment Services, CES) wyśle powiadomienie o otwartej rejestracji około 60 dni przed datą rocznicy członka. Data rocznicy przypada na rok od daty rozpoczęcia planu zdrowotnego. Członek będzie mieć 60 dni w okresie otwartej rejestracji na zmianę planu, co można zrobić dzwoniąc do CES pod numer 1-877-912-8880. Po upływie 60 dni, niezależnie od tego, czy dokonano zmiany planu, czy nie, członek zostanie zablokowany na okres 12 miesięcy. W przypadku pytań dotyczących rejestracji lub wypisania się z MLTSS, należy skontaktować się z Client Enrollment Service (CES) pod numerem **1-877-912-8880**. Po rejestracji członek będzie współpracować z Koordynatorem opieki w celu zmiany opieki. W przypadku nowych członków MLTSS obowiązuje 90-dniowy okres przejściowy. W przypadku członków, którzy przechodzą do BCCHP z innego planu, obowiązuje również 90-dniowy okres przejściowy. W razie potrzeby Koordynator opieki pomoże w przeniesieniu usług do świadczeniodawcy należącego do sieci.

Świadczeniodawca należący do sieci

Sieć Blue Cross Community Health Plans składa się z świadczeniodawców i placówek specjalizujących się w długoterminowym wsparciu i usługach (LTSS). Świadczeniodawcy ci mają podpisane umowy z Blue Cross i Blue Shield of Illinois, aby zapewnić członkowi LTSS.

Należy korzystać z usług świadczeniodawców należących do sieci. Jeśli członek zdecyduje się na wizytę u świadczeniodawcy spoza naszej sieci, będzie musiał zapłacić za usługi. PCP i Koordynator opieki pomogą członkowi znaleźć świadczeniodawców należących w sieci. Poza nagłymi przypadkami plan nie obejmuje usług świadczonych poza siecią. Przed uzyskaniem opieki należy zapytać świadczeniodawcę, czy należy do sieci BCCHP.

Jak znaleźć świadczeniodawców należących do sieci:



Provider Finder®
(Wyszukiwarka
świadczeniodawców) SM

www.bcchpil.com

Wyszukiwanie online 24/7
lub korzystanie z aplikacji
BCBSIL



**Katalog
świadczeniodawców**

www.bcchpil.com

Wyświetlenie lub pobranie
listy świadczeniodawców w
formacie PDF



Dział obsługi klienta

1-877-860-2837

Połączenie jest bezpłatne.

Telezdrowie

BCCHP ułatwiło kontakt z lekarzem, oferując opcje telezdrowia. Członek może uzyskać potrzebną opiekę, nawet wirtualnie. Szczegółowe informacje można uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klienta telefonicznie pod numerem **1-877-860-2837** lub zapytać swojego lekarza, czy oferuje usługi telezdrowia. Poszczególne lekarze oferują usługi telezdrowia na różne sposoby. Osoby potrzebujące pomocy w umówieniu się na wizytę mogą skontaktować się z Działem obsługi klienta.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP)

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej to osobisty lekarz świadczący większość usług zdrowotnych na rzecz członka. Może również skierować członka do innych świadczeniodawców w przypadku uzyskania specjalnej opieki.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) objęty jest planem Medicaid lub Medicare. Blue Cross Community Health Plans MLTSS obejmuje długoterminowe usługi i wsparcie. W sprawie ubezpieczenia medycznego należy skontaktować się z planem Medicare, Medicare Advantage lub Medicaid.

Jeżeli członek jest Indianinem Amerykańskim/rdzennym mieszkańcem Alaski, członek ma prawo do korzystania z usług plemienia indiańskiego, organizacji plemiennej lub miejskiej organizacji indiańskiej w stanie Illinois i poza nim.

Opieka specjalistyczna

Specjalista to lekarz, który zajmuje się członkiem w związku z określonym stanem zdrowia. Przykładem specjalisty jest kardiolog (zdrowie serca), ortopeda (kości i stawy). PCP wystawi członkowi skierowanie, jeśli uzna, że wymaga on wizyty u specjalisty lub innego świadczeniodawcy. PCP ustali członkowi specjalistyczną opiekę.

PCP może skierować członka do innego lekarza w celu uzyskania specjalistycznej opieki lub leczenia. Personel w gabinecie PCP pomoże umówić członka na taką wizytę.

Blue Cross Community Health Plans MLTSS pokrywa członkowi usługi opieki długoterminowej. Aby uzyskać opiekę PCP lub specjalisty, należy skontaktować się ze swoim planem Medicare, Medicare Advantage lub Medicaid.

Opieka doraźna

Opieka doraźna udzielana jest pacjentom, którzy wymagają natychmiastowej pomocy, ale nie są w sytuacji zagrożenia życia. W sytuacji konieczności skorzystania z opieki doraźnej, należy skontaktować się z planem Medicare lub Medicare Advantage.

Oto kilka przykładów opieki doraźnej:

- drobne skaleczenia i zadrapania
- przeziębienia
- gorączka
- ból ucha

W sytuacji konieczności skorzystania z opieki doraźnej, należy skontaktować się z lekarzem lub zadzwonić do Działu obsługi klienta MLTSS pod numer **1-877-860-2837**. Można również zadzwonić na infolinię porad pielęgniarskich, która jest czynna **24/7** pod numer **1-888-343-2697**.

Pomoc w nagłych przypadkach

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może przejawiać się silnym bólem, urazem lub chorobą. W nagłym przypadku należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). W przypadku konieczności uzyskania pomocy, należy skontaktować się ze swoim planem Medicare lub Medicare Advantage.

Oto kilka przykładów nagłych przypadków:

- zawał serca
- obfite krwawienie
- zatrucie
- trudności w oddychaniu
- złamania kości

Co należy zrobić w nagłym przypadku:

- Udać się do najbliższego oddziału ratunkowego. Można skorzystać z usług ratunkowych dowolnego szpitala lub placówki medycznej
- Należy zadzwonić pod numer 911
- Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą 911, należy wezwać pogotowie.
- Skierowanie nie jest wymagane.
- Nie wymagana jest autoryzacja. Należy zadzwonić w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania pomocy w nagłym przypadku.

Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji lub zgody BCCHP: Członek może skontaktować się ze swoim lekarzem w celu uzyskania wcześniejszej autoryzacji.

W przypadku członków HCBS Koordynator opieki będzie współpracować z członkiem i zajmie się uzyskaniem wcześniejszej autoryzacji. BCCHP nie opłaci tych usług bez wcześniejszej autoryzacji do tych usług.

MLTSS nie pokrywa usług medycznych. Zamiast tego, plan Medicare lub Medicaid pokrywa usługi medyczne. W przypadku niektórych usług medycznych, może być wymagane uzyskanie wcześniejszej autoryzacji. Aby sprawdzić, w przypadku których usług wymagana jest wcześniejsza autoryzacja, należy skontaktować się z Medicare lub Medicaid.

Usługi objęte ubezpieczeniem Wsparcie i długoterminowej i wsparcia (MLTSS)

W związku z rejestracją członka, BCBSIL zapewni i/lub zorganizuje świadczenie członkom pokrywanych usług opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami niniejszego Poświadczenia pokrycia ubezpieczeniowego. Opisy świadczeń opieki zdrowotnej znajdują się również w Poświadczeniu pokrycia ubezpieczeniowego. Może wystąpić konieczność zapłaty za opiekę niewymienioną na liście lub w przypadku nieuzyskania uprzedniej zgody. BCCHP nie pokrywa usług świadczonych poza Stanami Zjednoczonymi. W przypadku konieczności skorzystania z usług poza stanem Illinois, należy kontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Wymagana jest wcześniejsza autoryzacja w przypadku korzystania z usług poza stanem Illinois. W przypadku braku wcześniejszej autoryzacji, za koszt usług może zostać obciążony członek. W przypadku konieczności uzyskania pomocy doraźnej, należy udać się do najbliższego szpitala. Plan pokrywa koszt pomocy doraźnej w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana w przypadku pomocy doraźnej uzyskanej w Stanach Zjednoczonych. W razie pytań o usługi pokrywane w ramach BCCHP proszę dzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Oto lista niektórych usług i świadczeń, które obejmuje BCCHP:

Usługi opieki pielęgniarstwa

Usługi te koncentrują się na długoterminowych potrzebach członków, a nie na krótkoterminowej opiece doraźnej. Członkowie z niepełnosprawnościami, HIV/AIDS lub z urazami mózgu są uprawnieni.

Na podstawie oceny stanu Koordynator opieki sporządzi plan opieki, który uwzględni usługi pielęgniarstwa. Jest opieka sprawowana przez dyplomowaną pielęgniarkę (RN) lub licencjonowaną pielęgniarkę (LPN), zarejestrowaną w stanie Illinois. Przed skorzystaniem z usług pielęgniarstwa może być wymagane pisemne skierowanie od lekarza.

Usługi placówek opieki pielęgniarstwa

Placówka opieki pielęgniarstwa czasami jest różnie określana. Na przykład Dom opieki, Placówka opieki długoterminowej lub Placówka specjalistycznej opieki pielęgniarstwa. Placówka opieki pielęgniarstwa jest licencjonowaną placówką zapewniającą specjalistyczną opiekę pielęgniarstwa (krótki okres) lub usługi opieki długoterminowej (długoterminowe pobyty w placówce). **Te usługi wymagają wcześniejszej autoryzacji (OK) od BCCHP.**

Fizykoterapia, terapia zajęciowa i terapia logopedyczna

Członkowie z niepełnosprawnościami, HIV/AIDS i zwolnieniami TBI mogą się kwalifikować. Wymaga to zlecenia lekarskiego.

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego (BH)

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego mogą pomóc osobom zmagającym się z problemami ze zdrowiem psychicznym. Rodzaj usługi, której członek może potrzebować, zależy od sytuacji osobistej. Niektóre usługi wymagają wcześniejszej autoryzacji. Na wizytę u świadczeniodawcy należącego do sieci nie jest wymagane skierowanie.

W przypadku kryzysu zdrowia behawioralnego, należy zadzwonić na **Infolinię kryzysową zdrowia behawioralnego** pod numer **1-800-345-9049**. Jest to całodobowa usługa interwencji kryzysowej i stabilizacji.

Usługi, które nie są pokrywane w ramach Planu to między innymi:

- Środowiskowe leczenie uzależnień od alkoholu lub narkotyków
- Środowiskowe usługi w zakresie zdrowia behawioralnego BCCHP mogą obejmować leczenie uzależnień.

Oferowane przez nas metody leczenia uzależnień obejmują:

- Usługi ambulatoryjne
- Leczenie wspomagane lekami
- Stacjonarne leczenie detoksykacyjne

Program „Pathways to Success”

Mogą kwalifikować się osoby poniżej 21 roku życia, które mają poważne potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego. Dotyczy to dzieci z poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi lub poważną chorobą psychiczną. Program ten oferuje dodatkowe usługi opieki domowej i środowiskowej.

Usługi mogą obejmować wzajemne wsparcie rodziny, intensywną opiekę domową, mentoring terapeutyczny, świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny, terapeutyczne i indywidualne. Aby dowiedzieć się więcej o tym programie i jak się zakwalifikować, należy zadzwonić do Działu obsługi członków.

Usługi opieki domowej i środowiskowej objęte ubezpieczeniem (wyłącznie członkowie korzystający z programu „waiver”)

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które BCCHP zapewnia członkom korzystającym z programu „Home and Community Based Service Waiver”. Usługi te mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji.

Department on Aging (DoA) (Wydział ds. osób w podeszłym wieku)

Osoby w podeszłym wieku

- Usługi opieki dziennej dla dorosłych
- Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych
- Pomoc domowa
- System osobistej interwencji kryzysowej (PERS)
- Automatyczny dozownik leków

Department of Rehabilitative Services (DRS) (Departament usług rehabilitacyjnych)

Osoby z niepełnosprawnościami, HIV/AIDS

- Usługi opieki dziennej dla dorosłych
- Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych
- Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej
- Pomoc domowa ds. związanych ze zdrowiem
- Okresowa opieka pielęgniarska
- Specjalistyczna opieka pielęgniarska (RN i LNP)
- Terapia zajęciowa
- Fizykoterapia
- Terapia mowy
- Pomoc domowa
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty asystent
- System osobistej interwencji kryzysowej (PERS)
- Świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny
- Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały

Department of Rehabilitative Services (DRS) (Departament usług rehabilitacyjnych)

Osoby z urazami mózgu

- Usługi opieki dziennej dla dorosłych
- Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych
- Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej
- Usługi wsparcia w znalezieniu zatrudnienia
- Pomoc domowa ds. związanych ze zdrowiem
- Okresowa opieka pielęgniarska
- Specjalistyczna opieka pielęgniarska (RN i LNP)
- Terapia zajęciowa
- Fizykoterapia
- Terapia mowy
- Usługi pomocy w podjęciu zatrudnienia
- Dzielne usługi rehabilitacji
- Pomoc domowa
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty asystent
- System osobistej interwencji kryzysowej (PERS)
- Świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny
- Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały
- Usługi behawioralne (M.A. i PH.D.)

Opieka zdrowotna i usługi rodzinne (HFS)

Program opieki społecznej

- Pomoc w codziennym życiu

Usługi nieobjęte ubezpieczeniem

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń niepokrywanych przez Blue Cross Community Health Plans w ramach MLTSS

Ubezpieczenie nie pokrywa:

- usług lekarza
 - + usług specjalistycznych
 - + usług lekarza podstawowej opieki (PCP)
- usług przyszpitalnych i ambulatoryjnych
- recept
- sprzętu i materiałów medycznych:
 - + stosowanych w celu zapewnienia komfortu lub higieny
 - + usług świadczonych bez wymaganego skierowania lub wymaganej wcześniejszej autoryzacji
 - + sprzętu do ćwiczeń
 - + więcej niż jednego urządzenia spełniającego te same funkcje
 - + środków higienicznych lub kosmetyków
- opieki zapewnianej w związku z problemami zdrowotnymi związanymi z pracą, jeśli może być opłacona z odszkodowania pracowniczego, przez pracodawcę lub na podstawie przepisów chorobowych właściwych dla wykonywanej pracy
- zabiegów, które są nowe lub wciąż są w fazie badań
- zabiegów przywrócenia płodności
- leczenia niepłodności, w tym sztucznego zapłodnienia lub zapłodnienia in vitro
- strzykawek lub igieł niezleconych przez lekarza
- akupunktury
- operacji plastycznych wykonywane w celu zmiany
 - lub poprawy kształtu lub wyglądu części ciała
- rutynowych badań przedmiotowych wykonywanych na żądanie miejsca pracy, szkoły lub ubezpieczyciela
- usług medycznych związanych z pomocą doraźną w przypadkach uznawanych za nienagłe
- aborcji
- dorocznych badań stanu zdrowia osoby dorosłej
- usług audiologicznych
- usług chiropraktyka
- badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i odbytu
- usług stomatologicznych
- radiologii diagnostycznej i leczniczej
- usług wczesnego i okresowego badania przesiewowego, diagnozy i leczenia (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment - EPSDT)
- usług pomocy w nagłych wypadkach i opieki doraźnej
- usług planowania rodziny
- usług laboratoryjnych i prześwietleń RTG
- sprzętu i materiałów medycznych
- podologii (leczenia problemów stóp
- badań prostaty i odbytu
- przeszczepów
- opieki okulistycznej
- usług optycznych

Nie jest to pełna lista niepokrywanych usług.

Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat usług, należy zapoznać się ze swoim Poświadczeniem ubezpieczenia lub skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711).

Nowe metody leczenia

BCCHP analizuje nowe metody leczenia. Grupa PCP, specjalistów i dyrektorów medycznych decyduje, czy leczenie:

- zostało zatwierdzone przez rząd
- zostało sprawdzone pod kątem tego, jak wpływa na pacjentów w wiarygodnym badaniu
- pomoże pacjentom i poprawi ich zdrowie tak samo, lub bardziej niż obecnie dostępne metody leczenia

Grupa weryfikacyjna analizuje to i decyduje, czy leczenie jest konieczne z medycznego punktu widzenia.

Jeśli lekarz członek będzie wnioskował o nowe leczenie, które nie zostało jeszcze sprawdzone, nasza grupa medyczna dokona analizy i podejmie decyzję. Poinformują oni lekarza członka, czy leczenie jest konieczne z medycznego punktu widzenia i czy zostało zatwierdzone.

Usługi transportu w przypadkach nienagłych

BCCHP współpracuje z ModivCare w celu zapewnienia usług transportowych. Członek może skorzystać z transportu na wizytę u świadczeniodawcy, do apteki (po wizycie) lub na wydarzenie BCCHP. Członek może również skorzystać z transportu do ośrodka Blue Door Neighborhood Center.

Aby zaplanować przejazd



Aplikacja ModivCare

Należy wyszukać aplikację „ModivCare” w sklepie z aplikacjami i korzystać z niej w celu zaspokojenia potrzeb związanych z transportem



Należy zadzwonić do ModivCare

1-877-831-3148
od poniedziałku do piątku
w godzinach od 8.00 do
18.00., CST



Przejazd należy potwierdzić

1-877-831-3148
Należy zadzwonić lub
sprawdzić swoją aplikację
mobilną 3 dni wcześniej

W dniu wizyty

- Należy być gotowym na przejazd godzinę wcześniej
- Kiedy przyjedzie kierowca, zatrąbi, zapuka, zadzwoni dzwonkiem lub zadzwoni telefonicznie. Kierowca musi poczekać na członka przez 5 minut. Po 5 minutach może odjechać i odnotować nieobecność
- Kierowcy mogą transportować kilku członków podczas tego samego przejazdu. Nie powinno to dodać więcej niż 45 minut do czasu podróży członka

Przejazd powrotny

- Członek może wcześniej zaplanować przejazd powrotny. Kierowca powinien przyjechać w ciągu 30 minut.
- W przypadku braku wcześniej zaplanowanego czasu odbioru należy zadzwonić do ModivCare po zakończeniu wizyty. Kierowca powinien przyjechać w ciągu godziny od chwili wezwania.

Rodzic lub opiekun może jechać z dziećmi lub członkami o specjalnych potrzebach. Osoby niebędące członkami muszą zostać zatwierdzone w momencie planowania przejazdu. Członek jest odpowiedzialny za sprzęt medyczny lub fotelik bezpieczeństwa. Dotyczy to również wózków inwalidzkich lub fotelików samochodowych dla dzieci. BCCHP nie pokrywa przejazdów z przyczyn innych niż medyczne, z wyjątkiem wydarzeń sponsorowanych przez BCCHP. BCCHP nie obejmuje przejazdów na odległość większą niż 100 km (40 mil) bez specjalnego zatwierdzenia. Czy też na wizyty u świadczeniodawców spoza sieci. Transport w nagłym przypadku nie wymaga zezwolenia.

Jeśli kierowca się spóźnia, należy zadzwonić na infolinię „Where’s My Ride” pod numer 1-877-831-3149. W razie potrzeby ModivCare podejmie działania w celu rozwiązania problemu. Zażalenie można złożyć dzwoniąc do Działu obsługi klienta. Można poprosić o to, aby w przyszłości nie korzystać z usług konkretnego przewoźnika.

Aplikacja ModivCare

Aplikacja ModivCare daje elastyczność planowania przejazdów medycznych w dowolnym czasie. Aby pobrać aplikację, wystarczy wyszukać „ModivCare” w Google Play® lub Apple App Store®. Aby utworzyć konto należy podać adres e-mail. Następnie zamówienie przejazdu jest w zasięgu ręki!

Pobierając aplikację ModivCare można:

- Zarezerwować, zmienić lub anulować przejazd
- Śledzić przejazd na żywo
- Uzyskać rzeczywistą lokalizację i ETA kierowcy
- Wysłać wiadomość lub zadzwonić do kierowcy, aby upewnić się, że przejazdy nie zostaną pominięte
- Skontaktować się z pomocą techniczną w aplikacji w celu porozmawiania z agentem na żywo

Inne środki transportu

Jeśli członek mieszka w odległości dwóch przecznic od przystanku autobusowego, może otrzymać bezpłatne karnety autobusowe. Możemy zapewnić karnety autobusowe na przejazdy na i z wizyty lekarskiej. Aby poprosić o karnety autobusowe, należy zadzwonić do ModivCare co najmniej dwa tygodnie przed wizytą. Karnety autobusowe zostaną wysłane do domu.

Korzyści o wartości dodanej

Członkowie mają dostęp do dodatkowych korzyści. Poniżej znajdują się przykłady tych dodatków.

Blue365®

Członkowie otrzymują bezpłatne członkostwo w Blue365. Jest to program oferujący ekskluzywne zniżki do wykorzystania na cele zdrowotne i uzyskania dobrego samopoczucia. Szczegółowe informacje można uzyskać na stronie internetowej pod adresem www.blue365deals.com.

Leki i artykuły dostępne bez recepty

Są to leki i artykuły, które można kupić w aptece bez recepty. Członek BCCHP można zamówić zatwierdzone artykuły dostępne bez recepty na kwotę \$25. Można to zrobić raz na kwartał (co trzy miesiące) bez żadnych kosztów. Kwoty świadczeń nie przechodzą na następny kwartał. Katalog artykułów dostępnych bez recepty można znaleźć na stronie www.bcchpil.com. Można złożyć zamówienie online na stronie www.mpaotc.com. Osoby korzystające ze strony po raz pierwszy będą musiały założyć konto. Zamówienie można również złożyć telefonicznie za pośrednictwem Działu obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Zamówienie zostanie przesłane na adres członka bezpłatnie w ciągu 7 do 10 dni.

Telefon komórkowy

Członkowie mogą kwalifikować się do otrzymania bezpłatnego telefonu komórkowego do użytku na potrzeby medyczne. Na przykład, aby zadzwonić do lekarza, Koordynatora opieki lub pod numer 911 w celu wezwania służb ratunkowych.

Transport

Istnieje możliwość skorzystania z transportu na wizytę u świadczeniodawcy, do apteki (po wizycie) lub na imprezy sponsorowane przez BCCHP. Jest to dodatek do standardowego świadczenia w zakresie usług transportowych. Szczegółowe informacje podano na stronie 17 lub bcchpil.com.

Rzucanie palenia

Koordynator opieki może zasugerować zasoby pomocne w rzucaniu palenia.

Zasoby w ramach planu opieki zdrowotnej

Oprócz BCCHP można współpracować z innymi planami zdrowotnymi. Należą do nich plany Medicare, Medicare Advantage i/lub Część D Medicare (leki na receptę). Poniżej znajdują się ogólne informacje na temat innych planów opieki zdrowotnej i sposobu dostępu do świadczeń. Aby uzyskać pełną listę świadczeń i informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia, należy skontaktować się ze swoim dostawcą planu zdrowotnego.

Plany opieki zdrowotnej

- **Medicare:** Dzięki temu zakresowi ubezpieczenia można udać się do dowolnego lekarza, który przyjmuje pacjentów Medicare. Część A Medicare może obejmować opiekę szpitalną, wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską lub usługi opieki domowej. Część B Medicare może obejmować usługi takie jak wizyty lekarskie, opiekę zapobiegawczą lub opiekę doraźną. Można zadzwonić pod numer **1-800-633-4227** (TTY: **1-877-486-2048**) i zapytać, jacy dostawcy usług są dostępni w danej lokalizacji. Aby znaleźć lekarza, który przyjmuje pacjentów Medicare, można również skorzystać z narzędzia porównania lekarzy „Physician Compare” dostępnego na stronie **www.medicare.gov**.
- **Część D Medicare:** Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od planu, w zależności od firmy, w której wykupiono ubezpieczenie w ramach części D. Niektóre świadczenia, które można uzyskać w ramach części D Medicare, obejmują leki na receptę, leczenie farmakologiczne i leki przesyłane drogą pocztową. Na stronie Medicare **www.medicare.gov/part-d** można sprawdzić, jakie leki są objęte różnymi planami w ramach części D.
- **Medicare Advantage:** Medicare Advantage może obejmować wszystkie usługi świadczone w ramach Medicare, w tym opiekę doraźną i opiekę w nagłych wypadkach, a także pokrycie kosztów leków na receptę (część D). Szczegółowe informacje można uzyskać kontaktując się ze swoją firmą ubezpieczeniową bezpośrednio. Na odwrocie karty identyfikacyjnej planu Medicare Advantage podano numer, pod który można dzwonić w celu uzyskania pomocy.
- **Medicaid:** W przypadku członków uprawnionych do Medicare i Medicaid, należy pamiętać, że Medicare jest zawsze pierwszym płatnikiem usług. Niektóre usługi objęte planem Medicaid mogą obejmować usługi placówek opiekuńczych, usługi lekarskie, usługi okulistyczne i stomatologiczne. Pełną listę usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem można znaleźć w Podręczniku członka BCCHP.

Składanie skargi (zażalenia)

Najpierw należy skontaktować się ze swoim Koordynatorem opieki, aby poinformować o tym, co się dzieje. Koordynator opieki może pomóc przejść przez proces składania skargi. Można również zadzwonić pod numer Działu obsługi klienta podany na odwrocie karty członkowskiej.

- **Skargi dotyczące usług Medicare:** Należy zadzwonić pod numer **1-800-633-4227** (TTY: **1-877-486-2048**). Można również wejść na stronę **www.medicare.gov/claims-and-appeals/file-a-complaint/complaint.html** lub zadzwonić do Programu ubezpieczeń zdrowotnych dla osób starszych (Senior Health Insurance Program, SHIP) w celu uzyskania bezpłatnej pomocy. Można również skontaktować się z Programem rzecznika praw pacjentów ds. długoterminowej opieki w Illinois.
- **Skarga dot. usług Medicaid:** Należy zadzwonić na infolinię DHS pod numer **1-800-843-6154** (TTY: **1-800-447-6404**). Infolinia jest czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:30 czasu centralnego, z wyjątkiem świąt stanowych. Osoby, które chciałyby uzyskać dostęp przez internet, mogą odwiedzić stronę: **www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29439**
- **Skarga dot. usług Medicare Advantage i części D Medicare:** Poszczególne plany Medicare Advantage i część D Medicare mają własne procedury rozpatrywania skarg. Pomoc w złożeniu skargi można uzyskać dzwoniąc pod numer znajdujący się na odwrocie karty identyfikacyjnej Medicare Advantage. Można również skontaktować się z Departamentem ds. osób starszych Programu rzecznika praw pacjentów ds. długoterminowej opieki w stanie Illinois lub Programem ubezpieczeń zdrowotnych dla osób starszych (SHIP), aby złożyć skargę.

Przydatne numery telefonów

- **Departament ds. osób starszych:** **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**)
- Departament ds. osób starszych w ramach programu Long-Term Care Ombudsman Program Illinois Department on Aging (rzecznika praw pacjentów ds. długoterminowej opieki w stanie Illinois): **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**)
- **Program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób starszych (SHIP):** **1-800-548-9034** (TTY: **1-866-323-5321**)

Koordinacja opieki

Koordinacja opieki zapewnia członkom wsparcie w zakresie długoterminowych usług i wsparcia. Koordinacja opieki pomaga zapewnić opiekę wśród świadczeniodawców i usług. Ma to na celu umożliwienie członkom jak najbardziej niezależnego życia. Aby zrozumieć swoje potrzeby, prosimy o wypełnienie raz w roku oceny zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Assessment, HRA). HRA pomaga nam określić w jaki sposób Koordynator opieki może pomóc. Są oni „instruktorami” opieki zdrowotnej. Będą nadzorować plan opieki, który członek opracuje wraz ze swoim Zespołem opieki. Koordynatorzy opieki mogą pomóc w osiągnięciu celów zdrowotnych dzięki skorzystaniu z przysługujących świadczeń.

Koordynatorzy opieki zajmują się również następującymi kwestiami:

- Planują osobiste wizyty lub kontakty telefoniczne z pacjentem
- Wysłuchają problemów pacjenta
- Pomagają w uzyskaniu usług i wykryciu problemów zdrowotnych, zanim się pogorszą (opieka profilaktyczna).
- Razem z lekarzem pacjenta i innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej w określeniu potrzebnej opieki
- Pomagają pacjentom, ich rodzinom i opiekunom lepiej zrozumieć schorzenie(-a) pacjenta, stosowane przez niego leki oraz terapie

Koordynatorzy opieki pomagają zachować dobry stan zdrowia. Pomogą również w kontrolowaniu istniejących schorzeń.

Obejmuje to:

- Opracowanie planu usług, jeśli pacjent korzysta z usług domowych i środowiskowych.
- Wskazówki jak kontrolować wagę, lepiej się odżywiać i zachować dobrą formę dzięki programowi ćwiczeń
- Dostarczanie broszur z poradami radzenia sobie z przewlekłymi lub trwającymi schorzeniami
- Dostęp do asystentów ds. wsparcia w powrocie do zdrowia, którzy pomogą w powrocie do zdrowia po problemach ze zdrowiem psychicznym lub uzależnieniem
- Udzielanie porad dotyczących dbania o zdrowie, zdrowych nawyków i konieczności regularnych badań i badań przesiewowych
- 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

Dodatkowe informacje o usługach koordynacji opieki można uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klienta telefonicznie pod numerem **1-877-860-2837**.

Usługi w zakresie zmiany opieki

Członek kwalifikuje się w przypadku zaplanowanego zabiegu chirurgicznego w szpitalu. Albo jeśli nieplanowo został przyjęty do szpitala dla pacjentów hospitalizowanych lub do ośrodka specjalistycznej opieki pielęgniarskiej. Nasze usługi są pomocne w przypadku wypisu do domu lub na niższy poziom opieki. Udzielamy dodatkowej pomocy w przeniesieniu członka z jednego poziomu opieki na inny. Na przykład, przy wypisie ze szpitala do domu. Ważne jest, aby członek zrozumiał instrukcje dotyczące wypisu i miał wszystko, co potrzebne do rekonwalescencji w domu. Współpracujemy z członkiem, aby upewnić się, że ma zaplanowane wizyty kontrolne. Upewniamy się również, że otrzymuje wszystkie zamówione leki i usługi. Zapewnia to bezproblemowe wypisanie ze szpitala i powrót do zdrowia.

Koordynatorzy opieki mogą zapewnić pomoc poprzez:

- Zorganizowanie potrzebnych usług, w tym planowanie i dotrzymywanie terminów wizyt u świadczeniodawców.
- Zapewnienie pełnej komunikacji i koordynacji usług w celu zapewnienia bezpiecznej, terminowej i wysokiej jakości opieki podczas opuszczania szpitala.
- Udzielanie wskazówek dotyczących planowanych przyjęć, takich jak planowana operacja. Udzielanie wskazówek również po wypisie, po nieplanowanym przyjęciu.
- Zrozumienie stanu zdrowia członka w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu i wsparcia jego zdolności do samodzielnego dbania o siebie.
- Zapewnienie edukacji dotyczącej leków i zaleceń lekarskich.
- Koordynatorzy opieki przeglądają i wyjaśniają zalecenia lekarskie dotyczące opieki, diety i poziomu aktywności, aby członek mógł zrozumieć i stosować się do planu opieki.

Koordynacja opieki jest programem, z którego można zrezygnować. Oznacza to, że nie wymaga zapisania się. Automatycznie zapiszemy członka, jeśli będzie kwalifikować się i znajdziemy możliwość udzielenia mu pomocy. Aby uzyskać informacje na temat koordynacji opieki można zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Kompleksowe zarządzanie przypadkami

Oferujemy specjalny program Kompleksowego zarządzania przypadkami dla członków z powikłanymi chorobami. Na przykład cierpiących na choroby nerek, depresję lub nadużywających substancji odurzających. Jeśli członek się kwalifikuje, otrzyma ukierunkowaną pomoc od Koordynatora opieki, który pomoże mu przy jego stanie. Koordynator opieki będzie współpracował z członkiem nad realizacją celów zdrowotnych. Wszystko po to, aby poprawić stan zdrowia członka.

Koordynator opieki wspiera członka poprzez:

- Planowanie wizyt lekarskich w razie potrzeby
- Organizowanie transportu na wizyty lekarskie i z powrotem
- Pozyskiwanie i rozumienie leków
- Pomoc w zrozumieniu konkretnej choroby i sposobów poprawy zdrowia i jakości życia
- Pomoc w wykorzystaniu świadczeń w celu zapobiegania pogarszaniu się problemów zdrowotnych
- Oferowanie narzędzi edukacyjnych, które pomogą członkowi, jego rodzinie i opiekunom lepiej zrozumieć wszelkie stany zdrowia, recepty, leki dostępne bez recepty i metody leczenia

Program zarządzania chorobami

Jeśli członek ma nadciśnienie (wysokie ciśnienie krwi), cukrzycę lub astmę, kwalifikuje się do tego programu. Zidentyfikowani członkowie otrzymują wsparcie w zależności od stopnia swoich potrzeb. Wszyscy członkowie mają dostęp do „Blue Access for Members”, gdzie można znaleźć narzędzia i pomoc. Portal internetowy oferuje wiele zasobów, które pomogą zachować zdrowie. Można uzyskać dostęp do portalu internetowego dla członków pod adresem **www.bcchpil.com**. Członkowie o średnim ryzyku są kontaktowani przez Koordynatora opieki, który specjalizuje się zarządzaniem takich schorzeń. W przypadku zapisania członka do programu, współpracuje on ze swoim Koordynatorem opieki, aby opracować konkretne cele. Ma to na celu poprawę ogólnego stanu zdrowia.

Koordynator opieki zapewnia:

- Edukację i materiały związane z diagnozą
- Pomoc w zrozumieniu i uzyskaniu leków
- Edukację dotyczącą dostępnych świadczeń, które mogłyby poprawić wyniki zdrowotne
- Skierowania do programów społecznościowych i zasobów w celu uzyskania dodatkowej edukacji i wsparcia, takiego jak poprawa dostępu do zdrowej żywności i programów ćwiczeń społecznościowych

Wolontariat

Koordinator opieki pomaga członkowi korzystać ze świadczeń zdrowotnych i usług środowiskowych. Dzięki temu cele zdrowotne członka mogą zostać osiągnięte. Udział w programach koordynacji opieki jest dobrowolny (z wyjątkiem usług w ramach programu „waiver”). Można z niego zrezygnować w dowolnym momencie. Kwalifikujący się członkowie zostaną automatycznie zarejestrowani, jeśli zidentyfikujemy możliwość udzielenia im pomocy. Aby zapisać się lub zrezygnować z koordynacji opieki, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Programy edukacyjne dotyczące zdrowia

BCCHP oferuje programy pomagające zachować zdrowie i radzić sobie z chorobami na każdym etapie życia. Regularne wizyty u lekarza podstawowej opieki w celu uzyskania zalecanych szczepień pomagają zachować dobry stan zdrowia. Wszystkie potrzebne szczepienia i badania przesiewowe zostaną przeprowadzone podczas wizyty. Należy omówić poniższą tabelę ze swoim PCP.

Zalecane usługi profilaktyczne dla dorosłych	
Jeśli członek jest w wieku	Należy przeprowadzić
Wiek 19-20	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat). Dodatkowe szczepienia zalecane przez lekarza rodzinnego
Wiek 21-34	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat), cytologia, badanie przesiewowe w kierunku zakażenia chlamydią, szczepionka przeciwko wirusowi HPV (poniżej 26 lat)
Wiek 35-49	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat), cytologia, badanie poziomu cholesterolu (u osób powyżej 44 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry (u osób powyżej 39 lat), wyjściowe badanie mammograficzne (pokrywane raz w życiu u kobiet w wieku 35-40 lat), coroczne przesiewowe badanie mammograficzne (poniżej 40 lat)
Wiek 50-64	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przeciwko COVID-19, szczepionka przeciw półpaścowi, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), cytologia, mammografia, badanie poziomu cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, badanie przesiewowe w kierunku jaskry
Wiek 65+	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać 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

Szczegółowe informacje można uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Można również sprawdzić naszą stronę internetową. Należy szukać w zasobach członkowskich na **www.bcchpil.com**.

Blue Door Neighborhood Centers®

Blue Door Neighborhood Centers to centra społeczności. Oferują przestrzeń do nauki, nawiązywania kontaktów i skupiania się na swoim zdrowiu. Oferują również programy profilaktyczne i edukacyjne, programy zdrowotne i dobrego samopoczucia oraz dostęp do zasobów społeczności. BDNC oferują bezpłatne usługi, które są dostępne dla wszystkich, nie tylko dla członków.

Misja: Współpraca ze społecznością w celu zapewnienia dostępu do zasobów dotyczących zdrowia i dobrego ogólnego samopoczucia.

Wizja: Bycie zaufanym partnerem i źródłem informacji dla członków społeczności w zakresie opieki zdrowotnej.

Trój-torowe podejście: Blue Door Neighborhood Center zapewnia: zarządzanie stanem zdrowia, edukację zdrowotną i promocję zdrowia oraz programowanie społecznych wyznaczników zdrowia (SDOH).

Więcej informacji o BDNC i nadchodzących wydarzeniach można znaleźć na stronie www.bcbsil.com/bdnc.
Odwiedź BDNC w:

Morgan Park Center

1-872-760-8090
11840 S. Marshfield Ave.
Chicago, IL 60643

Pullman Center South

1-773-253-0900
756 E. 111th St.
Suites 102 & 103
Chicago, IL 60628

Lawndale Center

1-872-760-8450
2551 W. Cermak Road
Chicago, IL 60608

Blue365®

Blue365 pozwala członkom zaoszczędzić na produktach pielęgnacyjnych, które zwykle nie są objęte ubezpieczeniem BCCHP. Członkowie i osoby będące na ich utrzymaniu mają dostęp do szeregu zniżek. Obejmuje to najlepszych sprzedawców detalicznych sprzętu fitness, karnetów na siłownię, zdrowego odżywiania i nie tylko. Nie ma żadnych roszczeń do zgłoszenia, żadnych poleceń, ani dodatkowych opłat za udział. Aby rozpocząć, należy odwiedzić www.blue365deals.com.

Learn to Live: Platforma zdrowia behawioralnego

Learn to Live to bezpłatny internetowy program zdrowotny. Jest oferowany członkom w wieku co najmniej 13 lat i opiekunom. Learn to Live oferuje rozwiązania w zakresie zdrowia psychicznego we własnym tempie. Ponadto dostęp do doradców członków 24/7. Mogą pomóc w radzeniu sobie z typowymi problemami, takimi jak stres, lęk, depresja, bezsenność i nadużywanie substancji. Aby rozpocząć, należy zarejestrować się na stronie www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid. (Kod dostępu: ILMED).

Dla Twojego spokoju

Nasza całodobowa infolinia dla pielęgniarek otwarta 7 dni w tygodniu umożliwi prywatną rozmowę z pielęgniarką. Połączenie jest bezpłatne i można dzwonić 24/7 pod numer **1-888-343-2697**. Pielęgniarka może udzielić szczegółowych informacji na temat problemów zdrowotnych i usług opieki zdrowotnej świadczonych w społeczności.

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

- alergię i układ odpornościowy
- zdrowie dzieci
- cukrzyca
- nadciśnienie
- choroby przenoszone drogą płciową, takie jak HIV/AIDS

BCCHP oferuje również przeniesienie usług związanych z opieką, zarządzanie złożonymi przypadkami i usługami leczenia schorzeń. Więcej szczegółów można znaleźć w rozdziale Koordynacja opieki na stronie 20. Oprócz programów BCCHP dostępne są również inne zasoby stanowe. Aby uzyskać szczegółowe informacje, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**

Program rzecznika praw pacjentów:

Jak można skontaktować się z Programem rzecznika praw pacjentów ds. opieki długoterminowej w stanie Illinois

Program rzecznika praw pacjentów ds. opieki długoterminowej w stanie Illinois jest programem oferowanym przez Departament ds. osób starszych stanu Illinois. Pomaga on chronić i promować prawa osób mieszkających w domach opieki i innych placówkach opieki długoterminowej. Program pomaga również w rozwiązywaniu problemów pomiędzy takimi placówkami a ich mieszkańcami lub rodzinami.

Aby dowiedzieć się więcej, należy skorzystać z poniższych informacji:

E-mail: aging.ilsenior@illinois.gov

Strona internetowa: **Long-Term Care Ombudsman Program (illinois.gov) (Program rzecznika praw pacjentów ds. opieki długoterminowej w stanie Illinois)**

Numer telefonu: 1-800-252-8966; TTY: 1-888-206-1327

Program rzecznika praw pacjentów ds. opieki domowej w stanie Illinois

Program rzecznika praw pacjentów ds. opieki domowej w stanie Illinois zapewnia orędownictwo i pomoc osobom starszym i z niepełnosprawnościami. W szczególności członkom, którzy mieszkają w społeczności i otrzymują usługi za pośrednictwem Programów zwolnień HCBS. Rzecznik praw pacjentów ds. opieki domowej może pomóc zrozumieć usługi MCO lub Programu zwolnień HCBS. Mogą pomóc nawiązać kontakt z Koordynatorem opieki BCCHP lub Programem zwolnień HCBS.

Aby dowiedzieć się więcej o Programie rzecznika praw pacjentów ds. opieki domowej w stanie Illinois, należy skorzystać z następujących informacji:

E-mail: aging.HCOProgram@illinois.gov

Strona internetowa: **Rzecznik praw pacjentów ds. opieki domowej (illinois.gov)**

Numer telefonu: 1-800-252-8966; TTY: 1-888-206-1327

Oświadczenia woli

Oświadczenie woli to pisemna decyzja, którą podejmuje się w sprawie opieki zdrowotnej w przyszłości, na wypadek poważnej choroby uniemożliwiającej w tym czasie podjęcia decyzji. Przepisy stanu Illinois dopuszczają trzy rodzaje oświadczeń woli:

- **Pełnomocnictwo ds. opieki zdrowotnej** – Pozwala wybrać osobę, która będzie podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, w przypadku poważnej choroby uniemożliwiającej samodzielne podjęcie decyzji
- **Testament życia** – Informuje to lekarza i innych świadczeniodawców, jakiego rodzaju opieki członek sobie życzy w sytuacji choroby śmiertelnej, bez możliwości wyzdrowienia
- **Preferencje dotyczące zdrowia psychicznego** – Pozwala zdecydować, czy członek chce otrzymywać przydatne rodzaje leczenia zdrowia psychicznego
- **Nakaz niepodjęcia resuscytacji/nakaz lekarza w celu podtrzymywania życia (DNR/POLST)** – Nakaz ten informuje rodzinę, wszystkich lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, co członek chce zrobić w przypadku zatrzymania akcji serca lub oddychania

Więcej informacji na temat oświadczeń woli można uzyskać od BCCHP lub swojego lekarza. W przypadku przyjęcia do szpitala, członek może zostać o nie zapytany. Nie ma konieczności ich posiadania. Nie są one wymagane, aby otrzymać opiekę medyczną, ale większość szpitali zachęca do ich posiadania. Członek może wybrać jedno lub więcej z tych wcześniejszych oświadczeń woli, a także może je anulować lub zmienić w dowolnym momencie.

Odwołania i zażalenia

Zależy nam, aby nasi członkowie byli zadowoleni z usług uzyskiwanych w MLTSS i z naszych świadczeniodawców. W przypadku niezadowolenia z usług członkowie mogą złożyć zażalenie lub odwołanie.

Zażalenia

Zażalenie to skarga o dowolnej sprawie związanej z czymś innym niż odmowa, ograniczenie lub zakończenie świadczenia usługi lub sprzętu.

MLTSS bardzo poważnie traktuje zażalenia członków. Chcemy wiedzieć, w jakich obszarach możemy poprawić nasze usługi. W przypadku zażeń dotyczących świadczeniodawców lub jakości opieki lub usług, należy jak najszybciej nas o tym powiadomić. MLTSS stosuje specjalne procedury, aby pomóc członkom w składaniu zażeń. Dołożymy wszelkich starań, aby odpowiedzieć na pytania członków i pomóc w rozwiązaniu ich wątpliwości. Złożenie zażenia nie wpłynie na świadczone usługi opieki, ani zakres świadczonych usług.

Jeżeli osoba składająca zażalenie jest klientem Programu rehabilitacji zawodowej (VR), może mieć prawo do pomocy ze strony Programu pomocy klientom (CAP) DHS-ORS w przygotowaniu, przedstawieniu i reprezentowaniu spraw podlegających rozpatrzeniu.

Poniżej przedstawiamy przykłady sytuacji, w których można złożyć zażalenie:

- Świadczeniodawca lub członek personelu BCCHP nie respektował praw członka.
- Członek miał problem z umówieniem się na wizytę u swojego świadczeniodawcy w rozsądnych granicach czasowych.
- Członek nie jest zadowolony z jakości uzyskanej opieki lub leczenia.
- Świadczeniodawca lub członek personelu BCCHP zachował się niegrzecznie w stosunku do członka.
- Świadczeniodawca lub członek personelu BCCHP był niewrażliwy na potrzeby kulturowe lub inne specjalne potrzeby członka.

Zażalenie można złożyć dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Można je również przestać pocztą na adres lub przefaksować:

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266 Faks: **1-866-643-7069**

Składając zażalenie należy podać jak najwięcej informacji. Na przykład, należy 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**.

Członkowie nie mówiący po angielsku mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy tłumacza. Składając zażalenie należy zaznaczyć, że potrzebna będzie pomoc tłumacza. Osoby niedosłyszące lub nieme powinny zadzwonić do Działu obsługi klienta na linię TTY/TDD **711**.

W dowolnej chwili rozpatrywania zażalenia, można skorzystać z pomocy osoby, która będzie reprezentowała członka lub działała w jego imieniu. Osoba taka będzie „przedstawicielem członka”. Jeśli członek zdecyduje się skorzystać z pomocy przedstawiciela, powinien 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 członkiem, aby uzyskać więcej informacji.

Odwołania

Odwołanie oznacza prośbę o rewizję naszych działań. Jeśli stwierdzimy, że żądana usługa lub produkt nie może być zatwierdzony, lub jeśli usługa zostanie ograniczona bądź przerwana, członek otrzyma od nas pismo o „niekorzystnej decyzji przyznania świadczeń”.

Pismo to poinformuje o:

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

Członek może nie zgadzać się z decyzją lub działaniem BCCHP dotyczącym żądanych usług lub produktów. Odwołanie oznacza prośbę o rewizję naszych działań. Odwołanie można złożyć w ciągu sześćdziesięciu (60) dni kalendarzowych od daty podanej w piśmie o niekorzystnej decyzji przyznania świadczeń. Jeżeli członek chce, aby usługi pozostały niezmienione podczas składania odwołania, należy to zaznaczyć podczas jego składania i złożyć odwołanie nie później niż w ciągu dziesięciu (10) dni kalendarzowych od daty podanej w naszym piśmie o niekorzystnej decyzji przyznania 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 jest świadczona w naszej sieci

Poniżej przedstawiono dwa sposoby złożenia odwołania

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 odwołanie w formie pisemnej.
2. Wniosek na piśmie należy wysłać pocztą lub faksem na adres:

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266 Standardowy faks: **1-866-643-7069**
Faks do odwołań rozpatrywanych w trybie pilnym: **1-800-338-2227**

Członkowie nie mówiący po angielsku mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy tłumacza. Proszę dołączyć wniosek podczas składania odwołania. W przypadku problemów ze słuchem, należy zadzwonić na infolinię Działu obsługi klienta TTY/TDD pod numer **711**.

Czy ktoś może pomóc w procesie odwołania?

Członek ma kilka możliwości uzyskania pomocy.

Członkowie mogą:

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

Aby wyznaczyć swojego przedstawiciela, członek musi 1) wysłać do nas pismo informujące o tym, że chce być reprezentowany przez inną osobę i podać w piśmie informacje kontaktowe przedstawiciela, lub 2) wypełnić formularz odwołania dla upoważnionego przedstawiciela. Formularz ten można znaleźć na stronie www.bcchpil.com.

Procedura odwołania

W ciągu trzech (3) dni roboczych Plan wyśle do członka pismo potwierdzające otrzymanie odwołania. Poinformujemy, czy potrzebne są dodatkowe informacje oraz jak je przekazać osobiście lub na piśmie.

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

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

Zadzwonimy do członka, aby poinformować o decyzji i wyślemy zawiadomienie o decyzji członkowi i upoważnionemu przedstawicielowi członka. W zawiadomieniu poinformujemy o dalszych działaniach i uzasadnimy je.

Jeśli decyzja BCCHP będzie zgodna z decyzją podaną w Powiadomieniu o decyzji, członek może być zmuszony do opłacenia kosztu usług, z których korzystał w czasie rozpatrywania odwołania. Jeśli decyzja programu BCCHP nie będzie zgodna z decyzją o odmowie świadczeń, wydamy zgodę na natychmiastowe rozpoczęcie świadczenia usług.

O czym należy pamiętać w czasie procedury odwołania:

- W razie konieczności, członek może w każdej chwili przekazać do Planu więcej informacji dotyczących odwołania.
- Istnieje możliwość zapoznania się z dokumentacją odwołania.
- Członek może być obecny przy rozpatrywaniu odwołania przez Blue Cross Community ICP.

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 rozpatrzenia odwołania w trybie przyspieszonym składając wniosek w formie pisemnej lub dzwoniąc do Planu. We wniosku pisemnym należy podać swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny członka, datę otrzymania Powiadomienia o decyzji, informacje o swoim przypadku oraz powód żądania przyspieszonego rozpatrzenia odwołania. Wniosek o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym można również przesać faksem do BCCHP na 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 członka w ciągu dwudziestu czterech (24) godzin, aby poinformować o decyzji i wyślemy mu i jego upoważnionemu przedstawicielowi 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 w formie pisemnej lub ustnie. Można wycofać odwołanie wysyłając powiadomienie na ten sam adres, na który przesłano odwołanie lub dzwoniąc do Blue Cross Community Health Plans pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Wycofanie wniosku spowoduje zakończenie procedury odwołania i Plan nie podejmie żadnej decyzji w sprawie odwołania. Jeśli konieczne będzie uzyskanie dalszych 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 członkowi lub jego przedstawicielowi zawiadomienie. Jeśli konieczne będzie uzyskanie dalszych szczegółów na temat wycofania odwołania, należy zadzwonić do Blue Cross Community ICP pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

Jakie są następne kroki?

Po otrzymaniu od BCCHP pisemnego Zawiadomienia o decyzji w sprawie odwołania, członek nie musi podejmować żadnych działań, a sprawa odwołania zostanie zamknięta. Jeśli jednak członek nie zgodzi się z podjętą decyzją, może w ciągu **trzydziestu (30) dni kalendarzowych** od daty otrzymania Zawiadomienia o decyzji, poprosić o stanowe przesłuchanie administracyjne i/lub zewnętrzną rewizję wniosku o odwołanie. Można zażądać zarówno stanowego przesłuchania administracyjnego jak i zewnętrznej rewizji lub wybrać jedną z opcji.

Stanowe przesłuchanie administracyjne

Jeśli uczestnik zechce, może zażądać odwołania na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego w ciągu **stu dwudziestu (120) dni kalendarzowych** od daty otrzymania Zawiadomienia o decyzji, jeśli jednak będzie chciał w dalszym ciągu korzystać z usług musi go zażądać w ciągu **dziesięciu (10) dni kalendarzowych** od daty otrzymania Zawiadomienia o decyzji. Jeśli członek nie wygra sprawy odwołania na tej drodze, może być zmuszony do pokrycia kosztu usług, z jakich korzystał w czasie procedury odwołania.

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

Stanowego przesłuchania administracyjnego można zażądać w jeden z następujących sposobów:

- Formularz odwołania, który pozwoli zażądać stanowego przesłuchania administracyjnego, można pobrać w jednym z lokalnych środowiskowych ośrodków pomocy dla rodzin (ang. Family Community Resource Center), a w razie potrzeby personel ośrodka może pomóc w wypełnieniu formularza.
- Należy wejść na stronę **a.be.illinois.gov/abe/access/appeals** w celu utworzenia konta do złożenia odwołania - ABE Appeals Account - i przesać wniosek o przesłuchanie State Fair Hearing. Dzięki temu będzie można śledzić i zarządzać swoim odwołaniem online, przeglądać ważne daty i zawiadomienia oraz przysyłać dokumenty dotyczące State Fair Hearing.

Jeśli członek chce złożyć odwołanie na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczące usług lub produktów, usług otrzymywanych w programie dla osób starszych (Elderly Waiver) (w ramach programu opieki środowiskowej [Community Care Program – CCP]), pisemny wniosek należy wysłać do:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Faks: (312) 793-2005

E-mail: 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

E-mail: DHS.HSPAappeals@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. Urzędnik wyśle do członka zawiadomienie o dacie, godzinie i miejscu przesłuchania. Przekaze również informacje o samym przesłuchaniu. Należy uważnie zapoznać się z pismem urzędnika. Po założeniu konta na stronie <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> można uzyskać dostęp do wszystkich pism związanych z procedurą stanowego przesłuchania administracyjnego za pośrednictwem swojego konta odwoławczego ABE. Można również przesyłać dokumenty i przeglądać wizyty.

Co najmniej **trzy (3) dni robocze** przed przesłuchaniem, członek otrzyma informacje od BCCHP. Będą one zawierały wszystkie dowody, jakie zostaną przedstawione na przesłuchaniu. Takie same informacje zostaną przekazane bezstronnemu urzędnikowi. Co najmniej **trzy (3) dni robocze** przed przesłuchaniem, członek musi przekazać BCCHP i bezstronnemu urzędnikowi wszystkie dowody, jakie zamierza przedstawić w trakcie przesłuchania. Obejmuje to listę świadków, którzy wystąpią w imieniu członka, a także wszystkie dokumenty, które zostaną przedstawione jako uzasadnienie odwołania.

Jeśli członek będzie wymagał zapewnienia określonych udogodnień, należy o tym poinformować właściwego urzędnika ds. przesłuchania. Przesłuchanie może być prowadzone przez telefon. We wniosku o przesłuchanie administracyjne należy podać numer telefonu, pod który można dzwonić do członka 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, członek 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 przesłuchaniu

Odwołanie zostanie oddalone, jeśli członek lub jego upoważniony przedstawiciel nie stawią 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 członek nie podniesie 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
- obrażenia cielesne lub choroba, która uniemożliwia pojawienie się na przesłuchaniu
- nagły lub nieprzewidziany przypadek

Jeśli termin przesłuchania zostanie przełożony, Biuro ds. przesłuchań wyśle członkowi lub jego upoważnionemu przedstawicielowi pismo z informacjami o nowym terminie, a jego kopie zostaną przesłane do wszystkich stron zainteresowanych odwołaniem.

Jeśli Plan odrzuci prośbę o przełożenie terminu przesłuchania, członek zostanie o tym poinformowany pisemnie.

Decyzja podjęta w trakcie stanowego przesłuchania administracyjnego

Właściwe Biuro ds. przesłuchań wyśle do członka i wszystkich zainteresowanych stron pismo z ostateczną decyzją administracyjną. Decyzja będzie również dostępna online za pośrednictwem konta 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 proszę dzwonić do Biura ds. przesłuchań.

Rewizja zewnętrzna (tylko usługi medyczne)

W ciągu **trzydziestu (30) dni kalendarzowych** od daty podanej na Zawiadomieniu o decyzji w sprawie odwołania wysłanym przez Blue Cross Community ICP, członek może zażądać rewizji podjętej decyzji przez osobę spoza Blue Cross Community ICP. Nazywa się to zewnętrzną rewizją.

Zewnętrzna osoba weryfikująca musi spełniać następujące wymagania:

- licencjonowany świadczeniodawca o takiej samej lub podobnej specjalizacji jak specjalizacja lekarza prowadzącego członka
- aktualnie praktykujący
- nie posiada interesów finansowych w zakresie podejmowanej decyzji
- nie zna członka i nie będzie znał jego tożsamości w trakcie rewizji

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

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

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266

Faks do odwołań rozpatrywanych w trybie standardowym: **1-866-643-7069**

Faks do odwołań rozpatrywanych w trybie pilnym: **1-800-338-2227**

Jakie są następne kroki?

- Sprawdzimy, czy wniosek członka spełnia kryteria właściwe dla zewnętrznej analizy. 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.

Zewnętrzna osoba weryfikująca w ciągu pięciu (5) dni kalendarzowych od otrzymania wszystkich informacji potrzebnych do przeprowadzenia rewizji, wyśle do członka i/lub jego przedstawiciela oraz do Blue Cross Community Health Plans pismo z decyzją.

Przyspieszona zewnętrzna weryfikacja

Jeśli normalne ramy czasowe zewnętrznej weryfikacji mogłyby zagrozić życiu lub zdrowiu członka, członek lub jego przedstawiciel może poprosić o **przyspieszenie zewnętrznej weryfikacji**. Można to zrobić telefonicznie lub w formie pisemnej. Aby zażądać przyspieszonej weryfikacji zewnętrznej 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 do Planu na podany niżej adres. Zewnętrznej weryfikacji odnośnie konkretnego działania można zażądać tylko jeden (1) raz. W piśmie należy poprosić o zewnętrzną weryfikację takiego działania.

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266

Faks w przypadku odwołań rozpatrywanych w trybie przyspieszonym: **1-800-338-2227**

Jakie są następne kroki?

- Po otrzymaniu telefonu lub pisma z wnioskiem o przyspieszoną weryfikację zewnętrzną, Plan niezwłocznie zapozna się z wnioskiem i sprawdzi, czy kwalifikuje się on do tego rodzaju weryfikację. Jeśli wniosek będzie się kwalifikował, Plan skontaktuje się z członkiem lub jego przedstawicielem i poda nazwisko osoby weryfikującej.
- Wyślemy również niezbędne informacje do zewnętrznej osoby weryfikującej, aby umożliwić jej rozpoczęcie procedury weryfikację.
- 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 o decyzji poinformuje ustnie członka i/lub jego przedstawiciela oraz Blue Cross Community ICP. W ciągu 48 godzin osoba weryfikująca wyśle do członka i/lub jego przedstawiciela oraz Blue Cross Community ICP pismo z informacją o podjętej decyzji.

Prawa i obowiązki

Prawa członka

- Prawo do bycia traktowanym z szacunkiem i godnością w uznaniu prywatności członka.
- Prawo do zachowania poufności osobistych informacji zdrowotnych i dokumentacji medycznej, z wyjątkiem przypadków dozwolonych przez prawo i gdy jest to konieczne do zapewnienia opieki.
- Prawo do ochrony przed dyskryminacją.
- Prawo do otrzymywania informacji od Blue Cross Community Health Plans w innych językach lub formatach, np. z tłumaczem lub alfabetem Braille«a.
- Prawo do uzyskania informacji o dostępnych opcjach leczenia i alternatywach.
- Prawo do otrzymywania informacji niezbędnych do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i wyborów związanych z opieką zdrowotną.
- Prawo do przekazywania rekomendacji dotyczących polityki praw i obowiązków członków organizacji
- Prawo do odmowy leczenia i uzyskania informacji o tym co się może w takim przypadku wydarzyć.
- Prawo do uzyskania kopii dokumentacji medycznej, a w niektórych przypadkach zażądania jej zmiany lub poprawienia.
- Prawo do wybrania lekarza podstawowej opieki (PCP) w sieci świadczeniodawców Blue Cross Community Family Health Plan. PCP można zmienić w dowolnym czasie.
- Prawo do złożenia skargi (czasami nazywanej zażaleniem) lub odwołania bez obawy o złe traktowanie lub jakikolwiek odwet.
- Prawo do zażądania i uzyskania informacji na temat Planu zdrowotnego, świadczeniodawców oraz zasad, w tym praw i obowiązków członków w rozsądnym terminie.

Obowiązki członka

- Lekarza i personel gabinetu należy traktować z uprzejmością i szacunkiem.
- Należy nosić przy sobie kartę identyfikacyjną Blue Cross Community Health Plans podczas wizyt u lekarza i w aptece przy odbiorze leków wydawanych na receptę.
- Nie należy spóźniać się na wizytę
- W przypadku niemożności dotrzymania terminu wizyty należy anulować ją z wyprzedzeniem.
- Należy postępować zgodnie z instrukcjami i planem leczenia otrzymanymi od lekarza i uzgodnić cele, co umożliwi zapewnienie lepszej opieki zdrowotnej.
- W celu zapewnienia skutecznej opieki, należy poinformować plan opieki zdrowotnej i swojego koordynatora opieki, jeśli adres, numer telefonu lub inne informacje ulegną zmianie.
- Należy rozumieć swój stan zdrowia i uczestniczyć w opracowywaniu wspólnie uzgodnionych celów leczenia w możliwym zakresie.
- Należy przeczytać podręcznik dla członków, aby sprawdzić, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i czy obowiązują jakieś specjalne zasady.
- Należy przekazywać informacje (w możliwym zakresie), których organizacja oraz jej lekarze i świadczeniodawcy wymagają w celu zapewnienia opieki.

Oszustwa, nadużycia i zaniedbania

Oszustwa, nadużycia i zaniedbania to incydenty, które należy zgłaszać.

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

Przykładowe oszustwa:

- Użycie cudzej karty identyfikacyjnej lub pozwolenie na użycie swojej komuś innemu.
- Świadczeniodawca (lekarz) wystawia rachunek za niewykonane usługi.

Nadużycie ma miejsce, gdy ktoś wyrządza fizyczną lub psychiczną krzywdę lub obrażenia. Przykładowe nadużycia to między innymi:

- Policzkowanie, zadrapanie, popychanie lub zastraszanie z użyciem broni, na przykład noża lub pistoletu.
- Znęcanie się psychiczne ma miejsce, gdy ktoś grozi słowami, próbuje kontrolować aktywność społeczną lub izoluje.
- Nadużycia finansowe to sytuacje, w których ktoś wykorzystuje pieniądze, czeki osobiste lub karty kredytowe bez zgody właściciela.
- Nadużycie na tle seksualnym ma miejsce, gdy ktoś dotyka w niewłaściwy sposób i bez zgody osoby, której to dotyczy.

Zaniedbanie to forma nadużycia, które ma miejsce, kiedy ktoś nie zapewnia nam lub odmawia środków niezbędnych do życia, takich jak pożywienie, ubrania, schronienie lub opieka medyczna.

Wszelkie podejrzenia nadużyć należy zgłaszać

Zgodnie z prawem, członkowie są zobowiązani do zgłaszania domniemych nadużyć i zaniedbań do Departamentu Usług Społecznych w stanie Illinois (Illinois Department of Human Services - DHS), Departamentu Zdrowia Publicznego w stanie Illinois (Illinois Department of Public Health - DPH) lub Departamentu ds. Osób Starszych w stanie Illinois (Illinois Department on Aging - DOA).

- Osoby zarejestrowane w programie lub mieszkające w miejscu finansowanym, licencjonowanym lub certyfikowanym przez DHS lub w mieszkaniu prywatnym, powinny dzwonić na gorącą linię OIG: **1-800-368-1463**
- Jeśli osoby niepełnosprawne są zarejestrowane w programie lub mieszkają w miejscu finansowanym, licencjonowanym lub certyfikowanym przez DPH (np. dom opieki) i doświadczą nadużycia/zaniedbania w trakcie świadczenia usług, powinny dzwonić na gorącą linię domu opieki DPH: **1-800-252-4343**, TTY: **1-800-547-0466**
- **Osoby korzystające z programu „Supportive Living Program Waiver” podejrzewające nadużycia, zaniedbania lub wykorzystywanie, mogą kontaktować się z infolinią SLP pod numerem 1-844-528-8444.**
- Jeśli nadużycie 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 nadużyć można również zgłosić dzwoniąc do nas. Należy zadzwonić do Działu obsługi klienta Blue Cross Community Health Plans pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD **711**). Można również skorzystać z gorącej linii ds. oszustw i nadużyć pod numerem **1-800-543-0867**.

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

Definicje:

Odwołanie oznacza prośbę o ponowne rozpatrzenie decyzji przez BCCHP.

Współpłatność oznacza stałą kwotę (na przykład 15 USD), którą członek płaci za pokrywaną usługę opieki zdrowotnej, zwykle w momencie otrzymania usługi. Kwota może zależeć od rodzaju pokrywanej usługi opieki zdrowotnej.

Trwały sprzęt medyczny oznacza określone produkty zlecone przez świadczeniodawcę do stosowania przez członka w domu.

Stan nagłego przypadku medycznego oznacza chorobę, uraz, objaw lub stan na tyle poważny, że rozsądna osoba natychmiast szukałaby pomocy, aby uniknąć poważnego uszczerbku.

Usługi ratunkowe oznaczają ocenę nagłego przypadku medycznego i leczenie w celu zapobieżenia pogorszeniu się stanu członka.

Usługi wykluczone oznaczają usługi opieki zdrowotnej, za które nie płaci lub nie pokrywa ubezpieczenie zdrowotne lub plan.

Zażalenie oznacza skargę, którą członek przekazuje do BCCHP.

Usługi i urządzenia rehabilitacyjne oznaczają usługi, które pomagają osobie zachować, nauczyć się lub poprawić umiejętności i funkcjonowanie w codziennym życiu. Przykłady obejmują terapię dla dziecka, które nie chodzi ani nie mówi w oczekiwanym wieku. Usługi te mogą obejmować fizjoterapię i terapię zajęciową, logopedię i inne usługi dla osób z niepełnosprawnościami w różnych warunkach stacjonarnych i/lub ambulatoryjnych.

Opieka domowa oznacza usługi opieki zdrowotnej, które dana osoba otrzymuje w domu.

Usługi hospicyjne oznaczają usługi zapewniające komfort i wsparcie osobom i ich rodzinom w ostatnich stadiach choroby śmiertelnej.

Hospitalizacja oznacza opiekę w szpitalu, która wymaga przyjęcia jako pacjent stacjonarny i zwykle wymaga noclegu. Nocleg na obserwację może być opieką ambulatoryjną.

Opieka ambulatoryjna w szpitalu oznacza opiekę w szpitalu, która zwykle nie wymaga noclegu.

Konieczne z medycznego punktu widzenia oznacza usługi opieki zdrowotnej lub materiały potrzebne do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu, schorzenia lub ich objawów i które spełniają akceptowane standardy medyczne.

Spoza sieci oznacza zapewnienie beneficjentowi opcji dostępu do usług planu poza zakontraktowaną siecią dostawców planu. W niektórych przypadkach koszty własne beneficjenta mogą być wyższe w przypadku świadczenia uzyskanego poza siecią.

Wcześniejsza autoryzacja oznacza decyzję ubezpieczyciela zdrowotnego lub planu, że usługa opieki zdrowotnej, plan leczenia, lek na receptę lub trwałe sprzęt medyczny są medycznie konieczne. Czasami nazywa się to wstępną autoryzacją, wstępnym zatwierdzeniem lub wstępną certyfikacją. Ubezpieczenie zdrowotne lub plan członka może wymagać wstępnej autoryzacji dla niektórych usług przed ich otrzymaniem, z wyjątkiem nagłych przypadków. Wstępna autoryzacja nie jest obietnicą, że ubezpieczenie zdrowotne lub plan członka pokryje koszty.

Ubezpieczenie na leki na receptę oznacza ubezpieczenie zdrowotne lub plan, który pomaga zapłacić za leki na receptę i inne.

Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej oznacza lekarza (M.D. – lekarz medycyny lub D.O. – doktor medycyny osteopatycznej), pielęgniarkę, specjalistę pielęgniarstwa klinicznego lub asystenta lekarza, zgodnie z prawem stanowym, który zapewnia, koordynuje lub pomaga pacjentowi uzyskać dostęp do szeregu usług opieki zdrowotnej.

Usługi i urządzenia rehabilitacyjne oznaczają usługi opieki zdrowotnej, które pomagają osobie zachować, odzyskać lub poprawić umiejętności i funkcjonowanie w codziennym życiu, które zostały utracone lub upośledzone z powodu choroby, urazu lub niepełnosprawności. Usługi te mogą obejmować fizjoterapię i terapię zajęciową, patologię mowy i języka oraz usługi rehabilitacji psychiatrycznej w różnych warunkach stacjonarnych i/lub ambulatoryjnych.

Specjalistyczna opieka pielęgniarska oznacza usługi pielęgniarskie świadczone w zakresie ustawy o praktyce pielęgniarskiej w stanie Illinois (Illinois Nurse Practice Act) (225 ILCS 65/50-1 i nast.) przez pielęgniarki dyplomowane, pielęgniarki praktyczne z licencją lub pielęgniarki zawodowe posiadające licencję do wykonywania zawodu w stanie.

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

Specjalista oznacza lekarza, który koncentruje się na określonej dziedzinie medycyny lub grupie pacjentów, aby diagnozować, leczyć, zapobiegać lub zapobiegać pewnym typom objawów i schorzeń.

Opieka doraźna oznacza opiekę nad chorobą, urazem lub stanem na tyle poważnym, że rozsądna osoba natychmiast szukałaby pomocy, ale nie tak poważnym, aby wymagał opieki na oddziale ratunkowym.

Polityka prywatności

Plan ma prawo do uzyskania informacji od świadczeniodawców członka. Umożliwiają nam one opłacenie i zarządzanie opieką zdrowotną nad członkami. Informacje pozostają poufne i zna je członek, świadczeniodawca opieki i Plan, z wyjątkiem sytuacji dozwolonych prawem. Prawo członków do zachowania prywatności opisano w części Informacje o zasadach ochrony prywatności. Kopię informacji można uzyskać dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711).

Plany ubezpieczenia na zdrowie Blue Cross Community Health Plans są oferowane przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Departament Zdrowia Publicznego Illinois udostępnia posiadane przez siebie dane dotyczące HIV organizacjom IL Medicaid i IL Medicaid Managed Care, aby zapewnić lepszą opiekę osobom żyjącym z HIV. Imię i nazwisko, data urodzenia, numer SSN, status HIV i inne informacje członków Medicaid są udostępniane w bezpieczny sposób.

Zastrzeżenia dotyczące odpowiedzialności

ModivCare to niezależny wykonawca, który organizuje i zarządza świadczeniami transportowymi w sytuacjach innych niż nagłe przypadki dla wybranych planów Blue Cross and Blue Shield of Illinois

Learn to Live, Inc. to niezależna firma oferująca narzędzia i programy online w zakresie wsparcia zdrowia behawioralnego. Learn to Live to program edukacyjny i nie należy go uważać za leczenie. ©2023 Learn to Live, Inc.

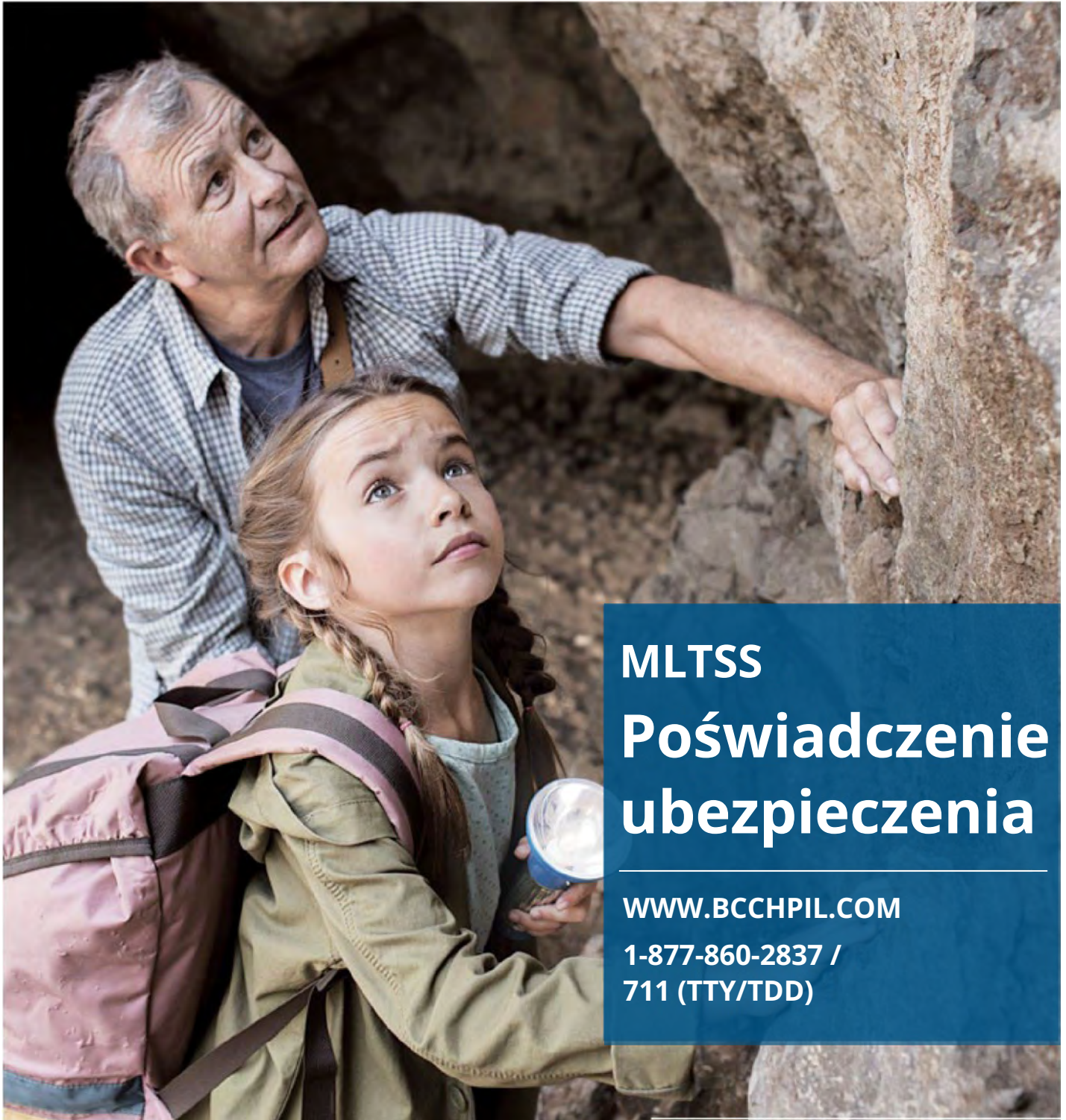
Blue Cross Community Family Health Plan zapewniany jest przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois, oddział Health Care Service Corporation, firmę Mutual Legal Reserve Company (HCSC), niezależnego licencjobiorcę stowarzyszenia Blue Cross and Blue Shield Association.



Blue Cross Community
Health PlansSM



HealthChoice
Illinois
Illinois Department of
Healthcare and Family Services



MLTSS
Poświadczenie
ubezpieczenia

WWW.BCCHIPIL.COM

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

Ważne numery telefonów

Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7

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

Całodobowa infolinia

Pomoc doraźna*

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.

Kontakt z agentem można uzyskać w godzinach od 8:00 do 17:00. czasu środkowoamerykańskiego (Central Time), od poniedziałku do piątku.

Z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej można korzystać 24/7, w tym w weekendy i święta.

Strona internetowa: www.bcchpil.com

Obszar usług: Plan obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois.

Specjalny dział dochodzeń Planu Blue Cross Community Family Health Plan (Special Investigation Department, SID)

1-800-543-0867

Krajowe Centrum Kontroli Zatruc (National Poison Control Center)

1-800-222-1222

Połączenia są kierowane do najbliższego biura w pobliżu miejsca zamieszkania członka.

Transport medyczny w nienagłych przypadkach

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

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego

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

Infolinia kryzysowa w zakresie zdrowia behawioralnego

1-800-345-9049, TTY/TDD: 711

Zażalenia i odwołania

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

Oszustwa i nadużycia

1-800-543-0867, TTY/TDD: 711

Koordinacja opieki

1-855-334-4780, TTY/TDD: 711

Usługi opiekuńcze dla dorosłych

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

Infolinia do domu opieki

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

Illinois Department of Public Health
(Departament Zdrowia Publicznego stanu Illinois)

1-217-782-4977

Poświadczenie ubezpieczenia MLTSS

Spółka Blue Cross Community Health Plans (BCCHP) zawarła umowę z Departamentem opieki zdrowotnej i usług rodzinnych (HFS) stanu Illinois w celu zapewnienia opieki zdrowotnej w ramach programu Wsparcia i usług zarządzanej opieki długoterminowej (MLTSS) dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami.

Plan i niniejsze Poświadczenie zostały wydane przez spółkę Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), działające jako organizacja prowadząca działalność w branży służby zdrowia.

Po zapisaniu się BCBSIL zapewni członkowi objęte ubezpieczeniem usługi opieki zdrowotnej. Jest to zgodne z postanowieniami niniejszego poświadczenia.

Niniejsze Poświadczenie ubezpieczenia może podlegać zmianom, modyfikacjom lub rozwiązaniu za obopólną zgodą. Jest to umowa między BCCHP a HFS bez zgody członka. O wprowadzonych zmianach członkowie zostaną powiadomieni możliwie jak najszybciej.

Wybierając lub akceptując ubezpieczenie BCBSIL, członkowie zgadzają się na wszystkie warunki i postanowienia.

Data wejścia w życie ubezpieczenia oferowanego przez Plan podana jest na przesłanej do członka karcie członkowskiej.

Opis arkusza pokrycia ubezpieczeniowego

Plan obejmuje członków, którzy mieszkają w stanie Illinois: BCCHP nie pokrywa usług świadczonych poza Stanami Zjednoczonymi. Jeśli członek potrzebuje opieki podczas podróży poza stan Illinois, powinien zadzwonić pod numer obsługi klienta podany w swoim planie Medicare lub Medicare Advantage, programie Medicaid oraz na karcie identyfikacyjnej Planu leków na receptę (Część D Medicare). Plan nie refunduje kosztów usług świadczonych poza Stanami Zjednoczonymi.

Usługi opieki długoterminowej i wsparcia (MLTSS)

Członek nigdy nie będzie mieć dopłaty ani udziału własnego za zatwierdzone usługi objęte planem BCCHP. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji BCCHP, jak pokazano w poniższych tabelach. Należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**) w przypadku dowolnych pytań.

Usługi medyczne MLTSS	Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów zdrowotnych Blue Cross Community MLTSS	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego	Obejmują między innymi: <ul style="list-style-type: none"> • Środowiskowe zdrowie behawioralne • Usługi kryzysowe • Usługi ambulatoryjne, takie jak zarządzanie lekami, terapia i doradztwo • Leczenie szpitalne w trybie dziennym 	Tak, w określonych okolicznościach.
Przystosowanie domu do potrzeb osoby niepełnosprawnej	Usługi te są objęte pisemnym planem opieki.	Tak
Opieka pielęgniarska	Przed skorzystaniem z usług pielęgniarskich może być wymagane pisemne skierowanie od lekarza.	Tak
Usługi ośrodka opieki pielęgniarskiej	Przed skorzystaniem z usług pielęgniarskich może być wymagane pisemne skierowanie od lekarza.	Tak
Usługi transportowe w przypadkach nienagłych	Aby zorganizować transport na wizytę należy zadzwonić do Działu obsługi klienta co najmniej 72 godziny przed wizytą. Członek jest odpowiedzialny za sprzęt medyczny, np. wózek inwalidzki. Transport z powodów niemedycznych nie jest objęty ubezpieczeniem. W przypadku przejazdów w odległości większej niż 40 mil wymagana jest uprzednia zgoda. Wymagane również w przypadku świadczeniodawców spoza sieci.	Tak, w określonych okolicznościach.

Usługi opieki domowej i środowiskowej pokrywane w ramach naszego planu (wyłącznie klienci korzystający z programu „waiver”)

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które plan Blue Cross Community Health Plans zapewnia członkom korzystającym z programu „Home and Community Based Service Waiver” (zwolnienia z opłat za usługi opieki domowej i środowiskowej).

Usługi w ramach programu	HCBS Waiver	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Departamentu ds. osób starszych (DoA) Osoby starsze	<ul style="list-style-type: none"> • Usługi opieki dziennej dla dorosłych • Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych • Pomoc domowa • System osobistej interwencji kryzysowej (Personal emergency response system, PERS) 	Tak
Departament Usług Rehabilitacji (Department of Rehabilitation Services -DORS) Osoby niepełnosprawne, HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Usługi opieki dziennej dla dorosłych • Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych • Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej • Pomoc domowa ds. związanych ze zdrowiem • Okresowa opieka pielęgniarska • Specjalistyczna opieka pielęgniarska (RN i LNP) • Terapia zajęciowa • Fizykoterapia • Terapia mowy • Pomoc domowa • Posiłki dostarczane do domu • Osobisty asystent • System osobistej interwencji kryzysowej (Personal emergency response system, PERS) • Świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny • Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały 	Tak
Departament Usług Rehabilitacji (Department of Rehabilitation Services -DORS) Osoby z urazem mózgu	<ul style="list-style-type: none"> • Usługi opieki dziennej dla dorosłych • Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych • Przystosowanie domu dla osoby niepełnosprawnej • Zatrudnienie wspierane • Pomoc domowa ds. związanych ze zdrowiem • Okresowa opieka pielęgniarska • Specjalistyczna opieka pielęgniarska (RN i LNP) • Terapia zajęciowa • Fizykoterapia • Terapia mowy • Usługi pomocy w podjęciu zatrudnienia • Dzielne usługi rehabilitacji • Pomoc domowa • Posiłki dostarczane do domu • Osobisty asystent • System osobistej interwencji kryzysowej (Personal emergency response system, PERS) • Świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny • Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały • Usługi behawioralne 	Tak
Opieka zdrowotna i usługi rodzinne (HealthCare and Family Services, HFS) Program opieki społecznej (Supportive Living Program)	<ul style="list-style-type: none"> • Pomoc w codziennym życiu 	Zanim członek skorzysta z objętych ubezpieczeniem usług, może być wymagana nasza wcześniejsza autoryzacja.

Oprócz tych usług objętych ubezpieczeniem, BCCHP oferuje dodatkowe świadczenia. Więcej szczegółów podano w Podręczniku członka MLTSS na stronie 18.

Usługi nieobjęte ubezpieczeniem

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń nieobjętych programem Blue Cross Community Health Plans w ramach MLTSS:

- Usługi lekarza
 - + Usługi specjalistyczne
 - + Usługi PCP
- Usługi przyszpitalne i ambulatoryjne
- Recepty
- Sprzęt i materiały medyczne, które są:
 - + stosowane w celu zapewnienia komfortu lub higieny
 - + Usługi świadczone bez wymaganego skierowania lub uprzedniej zgody
 - + Sprzęt do ćwiczeń
 - + Więcej niż jedno urządzenie wykonujące tę samą czynność
 - + Artykuły higieniczne lub pielęgnacyjne
- Opieka zdrowotna związana z pracą, jeśli może być opłacona przez odszkodowanie pracownicze, pracodawcę lub prawo dotyczące chorób związanych z pracą.
- Procedury nowe lub będące w fazie badań
- Usługi świadczone przez świadczeniodawcę spoza Sieci i nieautoryzowane przez BCCHP
- Usługi świadczone bez wymaganego skierowania lub uprzedniej zgody
- Odwrócenie sterylizacji
- Leczenie bezpłodności, takie jak sztuczne zapłodnienie lub zapłodnienie in vitro.
- Strzykawki lub igły, które nie zostały zlecone przez lekarza
- Akupunktura
- Chirurgia kosmetyczna wykonywana w celu zmiany lub przekształcenia normalnych części ciała, aby wyglądały lepiej.
- Rutynowe badania lekarskie wymagane przez pracę, szkołę lub ubezpieczenie
- Usługi medyczne świadczone w ramach opieki w nagłych wypadkach w przypadku problemów zdrowotnych, które nie są nagłe.
- Aborcja
- Doroczne badania stanu zdrowia osoby dorosłej
- Usługi audiologiczne
- Usługi chiropraktyka
- Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytu
- Usługi stomatologiczne
- Radiologia diagnostyczna i lecznicza
- Wczesne okresowe badania przesiewowe, diagnostyka i leczenie (EPSDT)
- Pomoc doraźna i pomoc w pilnych przypadkach
- Usługi planowania rodziny
- Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG
- Sprzęt i materiały medyczne
- Podiatria (leczenie problemów stóp)
- Badania prostaty i odbytu
- Przeszczepy
- Opieka okulistyczna
- Usługi okulistyczne

Uwaga: Nie jest to pełna lista niepokrywanych usług.

Więcej informacji na temat realizacji recept można znaleźć w Poradniku członka lub uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klientów telefonicznie pod numerem **1-877-860-2837**.

Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi wymagające wcześniejszej autoryzacji BCCHP. Ma to na celu upewnienie się, że są one objęte ubezpieczeniem. 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 zachorowaniom lub niepełnosprawności
- Ustalają przyczyny lub leczenie choroby, schorzenia lub urazu.
- Pomagają w takich czynnościach jak jedzenie, ubieranie się i kąpiel.

Nie ma potrzeby kontaktowania się z nami w celu uzyskania uprzedniej autoryzacji. Lekarz zajmie się tym, a jeśli członkowi zostaną przyznane usługi opieki domowej i środowiskowej, koordynator opieki zajmie się tym. Otrzymanie wcześniejszej autoryzacji zajmuje 2-8 dni kalendarzowych. Ograniczenia usług opisano w części zatytułowanej „Usługi medyczne objęte ubezpieczeniem”. PCP może również udzielić dodatkowych informacji.

Koszty usług wykonywanych przez świadczeniodawców spoza sieci BCCHP nie będą pokrywane, jeśli przed wykonaniem usługi członek nie uzyskał wcześniejszej autoryzacji.

Ciągłość leczenia

Ciągłość leczenia ma na celu zapewnienie, że po zapisaniu się do planu członek będzie mógł być leczony w sposób ciągły. Nowi członkowie mają 90-dniowy okres przeniesienia. Ten okres daje członkowi czas na zmianę świadczeniodawców spoza sieci. Ma to również na celu umożliwienie członkowi przeniesienie dowolnych usług. W tym czasie świadczeniodawcy członka muszą być zarejestrowani, aby świadczyć usługi Medicaid. Koordynator opieki będzie współpracować z członkiem w celu przeniesienia opieki i usług.

Opieka doraźna

Opieka doraźna udzielana jest pacjentom, którzy wymagają natychmiastowej pomocy, ale nie są w sytuacji zagrożenia życia. Blue Cross Community Health Plans MLTSS obejmuje długoterminowe usługi i wsparcie. W sytuacji konieczności skorzystania z opieki doraźnej, należy skontaktować się z planem Medicare lub Medicare Advantage.

Przykłady opieki doraźnej:

- drobne skaleczenia i zadrapania
- przeziębienia
- gorączka
- ból ucha

Można również zadzwonić do lekarza lub skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Opieka w nagłych przypadkach

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może wystąpić silny ból, uraz lub choroba. W nagłym przypadku należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). Blue Cross Community Health Plans MLTSS obejmuje długoterminowe usługi i wsparcie. W przypadku konieczności uzyskania pomocy, należy skontaktować się ze swoim planem Medicare, Medicare Advantage lub Medicaid.

Przykłady nagłych stanów:

- zawał serca
- obfite krwawienie
- zatrucie
- trudności w oddychaniu
- złamania kości

Co należy zrobić w nagłym przypadku:

- Należy udać się do najbliższego oddziału ratunkowego; można skorzystać z usług ratunkowych dowolnego szpitala lub placówki medycznej
- Należy zadzwonić pod numer 911
- Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą 911, należy wezwać pogotowie.
- Skierowanie nie jest wymagane.
- Uprzednia zgoda nie jest wymagana, ale należy skontaktować się z nami w ciągu 24 godzin od uzyskani pomocy doraźnej.

Inne zasoby

Aby uzyskać dodatkowe informacje o swoim planie, należy zapoznać się ze spisem treści na stronie 5. Informacje na temat Skarg i odwołań, Praw i obowiązków, Oszustw, Nadużyć i Zaniedbań, Polityki Prywatności i Oświadczenia o niedyskryminacji można znaleźć w sekcji Podręcznika członka MLTSS tego Zestawu.

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)**.

