



**Certificado de cobertura**  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

A partir de enero

**2018**

# CUANDO NECESITE COMUNICARSE CON SERVICIO AL CLIENTE

Nuestro objetivo es satisfacer sus necesidades de atención médica en todos los momentos en los que ocurran cambios en su vida. Si tiene alguna pregunta, nuestro equipo está dispuesto a ayudarle.



**Teléfono** **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **7-1-1**).

Estamos a su disposición las 24 horas, los siete (7) días de la semana.  
La llamada es gratuita.



**Sitio Web** [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)



**Correo postal** Blue Cross Community Health Plans • c/o Member Services •  
P.O. Box 3418 • Scranton, PA 18505

## Números de teléfono importantes

24/7 Nurseline: línea de ayuda durante las 24 horas del día	<1-888-343-2697>, TTY/TDD: <7-1-1>
Atención médica de emergencia	9-1-1
<b>Servicio al Cliente de Blue Cross Community Health Plans</b> Estamos a su disposición las 24 horas, los siete (7) días de la semana. La llamada es gratuita. <b>Sitio web:</b> <a href="http://www.bcchpil.com">www.bcchpil.com</a> <b>Área de servicio:</b> La cobertura incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois.	<1-877-860-2837>, TTY/TDD: <7-1-1>
Departamento de Investigaciones Especiales (SID, en inglés) de Blue Cross Community Health Plans	<1-800-543-0867>
Centro Nacional de Control de Envenenamiento <b>Las llamadas se envían a la oficina más cercana a usted.</b>	1-800-222-1222
Transporte médico que no sea de emergencia	<1-877-831-3148>, TTY/TDD: <7-1-1>
Servicios de salud mental	<1-877-860-2837>, TTY/TDD: <7-1-1>
Servicio móviles de crisis	1-800-345-9049, TTY/TDD: 7-1-1
Inconformidades y apelaciones	<1-877-860-2837>, TTY/TDD: <7-1-1>
Fraude y abuso	<1-800-543-0867>, TTY/TDD: <7-1-1>
Coordinación de servicios médicos	<1-855-334-4780>, TTY/TDD: <7-1-1>
Servicios de protección para adultos	1-866-800-1409 TTY: 1-888-206-1327
Línea directa de hogares de servicios de enfermería	1-800-252-4343, TTY: 1-800-547-0466
DentaQuest	<1-888-291-3763>
Davis Vision	<1-888-715-6716>
Departamento de Salud de Illinois	1-217-782-4977

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

## Certificado de cobertura

### Índice

<b>Certificado de cobertura</b> .....	<b>1</b>
<b>Planilla de la descripción de cobertura</b> .....	<b>2</b>
Servicios con cobertura .....	2
Servicios con cobertura basados en el hogar y la comunidad (solo para clientes de la exención) .....	6
Beneficios adicionales .....	8
Servicios con cobertura limitada .....	9
Servicios sin cobertura .....	9
<b>Autorización previa (recibir la autorización de la cobertura) .....</b>	<b>10</b>
<b>Atención médica urgente .....</b>	<b>10</b>
<b>Atención médica de emergencia .....</b>	<b>11</b>
<b>Selección del profesional médico de cabecera (PCP, en inglés) .....</b>	<b>11</b>
<b>Acceso a atención médica especializada .....</b>	<b>11</b>
<b>Inconformidades y apelaciones.....</b>	<b>12</b>
<b>Derechos y responsabilidades.....</b>	<b>19</b>
<b>Fraude, abuso y negligencia.....</b>	<b>20</b>
<b>Política de privacidad .....</b>	<b>21</b>
<b>Definiciones .....</b>	<b>21</b>

# Certificado de cobertura

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura médica Blue Cross Community Health Plans.

Blue Cross Community Health Plans, también conocidos como “La cobertura” o BCCHP, ha firmado un contrato con el Departamento de Salud y Servicios para Familias de Illinois (HFS, en inglés) para proporcionar cobertura de atención médica. Blue Cross Community Health Plans está ubicado en 300 E. Randolph Street, Chicago, Illinois 60601.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association que funciona como una organización para el mantenimiento de la salud, ha emitido este Certificado. A los efectos de la inscripción del asegurado, BCBSIL brindará o coordinará la provisión de servicios de atención médica con cobertura al asegurado de acuerdo con las disposiciones de este Certificado de cobertura. La descripción de los servicios de atención médica con cobertura se encuentra disponible en el Manual de asegurado de Blue Cross Community Health Plans y en este documento.

Este Certificado de cobertura puede estar sujeto a enmiendas, modificaciones o anulación de común acuerdo entre Blue Cross Community Health Plans, una cobertura de Illinois (“La cobertura”) o BCCHP y el Departamento de Salud y Servicios para Familias de Illinois (“Departamento”) sin el consentimiento de ningún asegurado. Una vez que se realicen estos cambios, se les informarán a los asegurados lo antes posible.

Al elegir o aceptar la cobertura de atención médica conforme a Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una corporación de Illinois, los asegurados aceptan todos los términos y condiciones de este Certificado de cobertura.

La fecha de entrada en vigor de la cobertura conforme a esta póliza se indica en su tarjeta de asegurado que se le envió por correo postal anteriormente.

## **Área de servicio**

La cobertura incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois.

## **Atención cuando está de viaje**

Llame a Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de asegurado y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita atención médica de emergencia, acuda a un hospital cercano y luego, llame a Servicio al Cliente. La atención médica de emergencia tiene cobertura en todo los Estados Unidos.

## **Atención fuera de los Estados Unidos**

La cobertura no cubre los servicios prestados fuera de los Estados Unidos.

## **Envíe la correspondencia general a:**

Blue Cross Community Health Plans  
c/o Member Services  
P. O. Box 3418  
Scranton, PA 18505

# Planilla de la descripción de cobertura

Blue Cross Community Health Plans  
300 E. Randolph Street  
Chicago, Illinois 60601

Servicio al Cliente: 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 7-1-1)

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

## Servicios con cobertura

### Deducibles y copagos

No debe pagar ningún deducible ni copago por los servicios con cobertura aprobados.

Servicios médicos	Límite de beneficios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional de la salud debe obtener una autorización previa
Aborto	Cubierto cuando la vida de la madre corre peligro, es el resultado de una violación o incesto.	Sí
Servicios de un enfermero especializado		No
Servicios en centros de tratamiento quirúrgico ambulatorio		Sí
Exámenes de bienestar anuales para adultos	Los exámenes son realizados por su PCP o WHCP. Los exámenes físicos no forman parte de la planificación familiar.	No
Dispositivos de comunicación de ayuda o amplificación		Sí
Servicios de audiología	Los exámenes de audición tienen cobertura únicamente si tiene menos de 21 años. Tienen cobertura para asegurados mayores de 21 años si hay síntomas de algún problema auditivo.	Sí
Servicios de salud mental		Sí, en determinadas circunstancias.
Sangre, componentes sanguíneos y su administración		No
Servicios quiroprácticos	Se limitan a la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación en el caso de los asegurados menores de 21 años.	No
Servicios para el cuidado dental, incluidos los cirujanos bucales		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos regulares (EPSDT, en inglés)	Cubiertos para asegurados menores de 21 años.	No

Servicios médicos	Límite de beneficios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional de la salud debe obtener una autorización previa
Servicios para el cuidado dental de emergencia	Algunos exámenes de emergencia solo tendrán cobertura cuando se realicen junto con el tratamiento para una situación de emergencia que sea médicamente necesaria para tratar dolor, infección e hinchazón.	No
Transporte o ambulancia de emergencia		No
Servicios y suministros de planificación familiar	Incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita al médico;</li> <li>• métodos anticonceptivos;</li> <li>• planificación familiar y educación.</li> </ul>	No
Visitas a centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC, en inglés), clínicas rurales de salud (RHC, en inglés) y a otras clínicas de tasa por encuentro		No
Audífonos y baterías	Un audífono por oreja cada tres años. Las baterías tienen un límite de 32 cada 60 días.	Los audífonos requieren autorización previa; las baterías no requieren autorización previa.
Visitas de la agencia de atención médica a domicilio	Para los servicios sin exención, la cobertura se limita a la atención médica posterior a la hospitalización.	Sí
Visitas a la sala de emergencias del hospital		No
Servicios para pacientes hospitalizados		Sí
Servicios ambulatorios en el hospital		Sí
Servicios de laboratorio y radiografías	Estos servicios deben ser solicitados por su profesional de la salud. Deben ser realizados por un profesional de la salud con licencia en un lugar adecuado.	Sí, en determinadas circunstancias. Los análisis genéticos requieren autorización previa. La radiología de alta tecnología (imágenes por resonancia magnética [MRI, en inglés], tomografías computarizadas [CT, en inglés], tomografía por emisión de positrones [PET, en inglés], etc.) requiere autorización previa.
Suministros médicos, equipos, prótesis y órtesis	La mayoría de los equipos y suministros médicos con cobertura necesitarán una autorización de la cobertura.	Sí, en determinadas circunstancias.

Servicios médicos	Límite de beneficios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional de la salud debe obtener una autorización previa
Atención de enfermería	Cubierta para inscritos menores de veintiún años (21) que no estén dentro de la exención de HCBS. Además está cubierta para las personas que son médicamente frágiles y que dependen de la tecnología (MFTD, en inglés) y para los inscritos menores de 21 años que se trasladan del hospital a su domicilio o a otro entorno.	Sí
Servicios en un centro de servicios de enfermería		Sí
Servicios y suministros para el cuidado de la visión	Un par de anteojos cada dos años. (*Además, consulte los Beneficios adicionales a continuación)	No
Servicios del optometrista	Un examen de la vista por año.	No
Cuidados paliativos y atención médica para pacientes terminales		Sí
Servicios de farmacia y medicamentos con receta	Es posible que se apliquen cantidades límite.	Sí
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla		La evaluación y la reevaluación no requieren autorización previa. Todos los demás servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla requieren autorización previa.
Servicios del médico		No
Servicios de podiatría		No
Servicios posteriores a la estabilización		No
Consultas de ensayo con el dentista para inscritos con necesidades especiales		No
Prótesis y órtesis		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de radiología		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de diálisis renal		Sí
Equipos y suministros respiratorios		Sí, en determinadas circunstancias.



Servicios médicos	Límite de beneficios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional de la salud debe obtener una autorización previa
Servicios para el tratamiento para el abuso de sustancias y del alcoholismo subagudo, tratamiento de día (residencial) y tratamiento de día (desintoxicación)		Sí, en determinadas circunstancias.
Trasplantes	El primer trasplante tiene cobertura. Solo se permite un retrasplante futuro debido al rechazo.	Sí
Transporte para garantizar los servicios con cobertura	Si necesita un viaje a la cita con su médico, puede llamar a LogistiCare y programar el transporte al menos 72 horas antes de la cita.	No

## Servicios con cobertura basados en el hogar y la comunidad (solo para clientes de la exención)

Programa de exención de HCBS	Servicios	El profesional de la salud debe obtener una autorización previa
<b>Departamento para Personas de la Tercera Edad (DoA, en inglés)</b> , personas mayores:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de cuidado diurno para adultos;</li> <li>• transporte a los servicios de cuidado diurno para adultos;</li> <li>• amas de casa;</li> <li>• sistema de respuesta a emergencias personales (PERS, en inglés);</li> </ul>	<p>Es posible que necesite una autorización previa por parte de nosotros antes de obtener los servicios con cobertura.</p>
<b>Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS, en inglés)</b> , personas con discapacidades, HIV/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de cuidado diurno para adultos;</li> <li>• transporte a los servicios de cuidado diurno para adultos;</li> <li>• adaptaciones para la accesibilidad- hogar;</li> <li>• asistencia médica en el hogar;</li> <li>• enfermería intermitente;</li> <li>• enfermería especializada (RN y LPN);</li> <li>• terapia ocupacional;</li> <li>• asistencia médica en el hogar;</li> <li>• fisioterapia;</li> <li>• terapia del habla;</li> <li>• amas de casa;</li> <li>• servicios de alimentos a domicilio;</li> <li>• asistente personal;</li> <li>• sistema de respuesta a emergencias personales (PERS, en inglés);</li> <li>• atención médica de relevo;</li> <li>• equipos y suministros médicos especializados;</li> </ul>	<p>Es posible que necesite una autorización previa por parte de nosotros antes de obtener los servicios con cobertura.</p>

Programa de exención de HCBS	Servicios	El profesional de la salud debe obtener una autorización previa
<p><b>Departamento de servicios de rehabilitación (DRS, en inglés),</b> personas con una lesión cerebral:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de cuidado diurno para adultos;</li> <li>• transporte a los servicios de cuidado diurno para adultos;</li> <li>• adaptaciones para la accesibilidad- hogar;</li> <li>• empleo con apoyo;</li> <li>• asistencia médica en el hogar;</li> <li>• enfermería intermitente;</li> <li>• enfermería especializada (RN y LPN);</li> <li>• terapia ocupacional;</li> <li>• fisioterapia;</li> <li>• terapia del habla;</li> <li>• servicios prevocacionales;</li> <li>• habilitación durante el día;</li> <li>• amas de casa;</li> <li>• servicios de alimentos a domicilio;</li> <li>• asistente personal;</li> <li>• sistema de respuesta a emergencias personales (PERS, en inglés);</li> <li>• atención médica de relevo;</li> <li>• equipos y suministros médicos especializados;</li> <li>• servicios mentales (autorización médica [M.A, en inglés] y doctores [Ph.D, en inglés]).</li> </ul>	<p>Es posible que necesite una autorización previa por parte de nosotros antes de obtener los servicios con cobertura.</p>
<p><b>Departamento de Salud y Servicios para Familias (HFS, en inglés),</b> centro de vida asistida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de vida asistida.</li> </ul>	<p>Es posible que necesite una autorización previa por parte de nosotros antes de obtener los servicios con cobertura.</p>

## Beneficios adicionales

### Sin copagos

- \$0 por las consultas al médico.
- \$0 por las consultas a la sala de emergencias (ER).
- \$0 por las recetas médicas.

### Recetas médicas

- Suministro de 90 días de los medicamentos para enfermedades crónicas que se envía a su domicilio.

### Servicios para el cuidado dental

Blue Cross Community Health Plans también incluye lo siguiente:

- Dos limpiezas por año.
- Dos exámenes por año.
- Un grupo de radiografías preventivas por año.
- Atención dental adicional para adultos.
- Consultas de ensayo: Los asegurados con discapacidades del desarrollo o enfermedades mentales graves pueden acudir a consultas de ensayo con el dentista.

### Teléfono celular

Una llamada de teléfono celular gratuita a su médico, a su coordinador de servicios médicos o a los servicios de emergencia del 9-1-1.

### Transporte

También puede obtener un servicio de transporte a la farmacia después de la cita con el profesional de la salud. Esto se agrega al beneficio de transporte estándar.

### Servicios para el cuidado de la vista (visión).

Puede obtener \$40 para un par de marcos de anteojos mejorados cada dos años.

### Incentivos por acciones saludables

Algunas acciones de atención médica preventiva tienen incentivos disponibles para los asegurados cuando las completan. A continuación, detallamos algunos de los incentivos para los que puede cumplir con los requisitos:

- **Embarazo y niños saludables**

Las aseguradas embarazadas que se inscriban en el programa Special Beginnings (Comienzos especiales) recibirán educación y apoyo que las guiará durante el embarazo y el parto. También puede cumplir con los requisitos para un asiento infantil de seguridad, una cuna portátil o pañales gratuitos gracias al programa Special Beginnings. Si está embarazada o planea quedar embarazada, y le gustaría inscribirse en el programa Special Beginnings, llame a Servicio al Cliente.

- **Bienestar**

Puede cumplir con los requisitos para lo siguiente:

- Tarjetas de regalo por completar determinados servicios de prevención del programa Healthy Behaviors (Comportamientos saludables).
- Los asegurados con diabetes pueden recibir equipos de pruebas de azúcar en la sangre para el domicilio.

## Servicios con cobertura limitada

- Servicios de aborto cuando sean necesarios para proteger la salud o la vida de la mujer embarazada, o bien en casos de violación o incesto.
- El seguro de gastos médicos puede proporcionar servicios de esterilización solo de acuerdo con lo permitido por las leyes estatales y federales.
- Si el seguro de gastos médicos proporciona una histerectomía, este deberá completar el Formulario 1977 del HFS y archivarlo en el expediente médico de la inscrita.

## Servicios sin cobertura

- Equipos y suministros médicos que tengan las siguientes características:
  - se utilicen únicamente por comodidad o higiene;
  - servicios prestados sin una orden médica o autorización previa requeridas;
  - se utilicen para hacer ejercicio;
  - si existe más de un equipo que hace lo mismo;
  - suministros para higiene o apariencia.
- Atención que recibió por problemas de salud relacionados con el trabajo, si pueden ser pagados por la indemnización de trabajadores, por su empleador o por una ley de enfermedad que tenga que ver con su trabajo.
- Artículos personales o de confort que se proporcionan para la facilidad de uso de cualquiera de las siguientes personas:
  - asegurados;
  - familias;
  - médicos;
  - otros profesionales de la salud.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Procedimientos que son nuevos o que se están investigando.
- Servicios proporcionados por un profesional de la salud que no pertenece a la red y que no están autorizados por su seguro de gastos médicos.
- Servicios prestados sin una orden médica o autorización previa requeridas.
- Procedimientos para revertir la esterilización.
- Tratamientos de fertilidad, como la inseminación artificial o la fertilización in vitro.
- Medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés).
- Medicamentos para perder peso o complementos dietarios.
- Medicamentos cosméticos.
- Medicamentos para el crecimiento del cabello.
- Jeringas o agujas no solicitadas por su médico.
- Acupuntura.
- Cirugía cosmética realizada para cambiar o dar otra forma a partes del cuerpo normales a fin de que se vean mejor.
- Esto no se aplica a la cirugía reconstructiva que se realiza para poder volver a usar una parte del cuerpo o para corregir una deformidad provocada por una lesión.
- Exámenes físicos de rutina solicitados por un trabajo, una escuela o un seguro.
- Servicios prestados a través de agencias de educación local.
- Servicios médicos que recibe en un entorno de atención médica de emergencia por problemas de salud que no son emergencias.

- Cualquier servicio no incluido por el programa de tarifa por servicio que no esté detallado como servicio con cobertura.

**Aviso:** Esta no es una lista completa de los servicios sin cobertura.

Si desea obtener información adicional sobre los servicios, revise su Manual de asegurado o comuníquese con Servicio al Cliente al **1-877-860-2837** (TTY/TDD **7-1-1**). <Estamos a su disposición las 24 horas, los siete (7) días de la semana. La llamada es gratuita.

## **Autorización previa (recibir la autorización de la cobertura)**

Su PCP recibirá una autorización de la cobertura para algunos servicios. Esto es para garantizar que los servicios estén incluidos. Esto significa que tanto la cobertura como su PCP (o el especialista) aceptan que los servicios son médicamente necesarios. “Médicamente necesario” se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:

- proteger la vida;
- evitar que tenga una enfermedad o discapacidad grave;
- descubrir qué anda mal o tratar la enfermedad o lesión;
- ayudarle a hacer actividades como comer, vestirse y bañarse.

Recibir la autorización no toma más de 3 días calendario. Si la necesita antes, no toma más de 2 días calendario. Para consultar los límites de servicio, consulte la sección “Servicios médicos con cobertura”. Su PCP también puede informarle sobre esto. Puede que le preguntemos a su PCP por qué necesita la atención médica especializada. Puede que, a veces, no autoricemos los servicios solicitados. Si este es el caso, le enviaremos una carta a usted y a su PCP. En la carta, se indicarán los servicios que no tendrán cobertura. En la carta se le indicará cómo apelar nuestra decisión, en caso de que no esté de acuerdo.

No pagaremos los servicios de un profesional de la salud que no forme parte de la red de la cobertura si no obtuvo nuestra autorización antes de recibir los servicios.

## **Atención médica urgente**

La atención médica urgente se provee cuando hay un problema que requiere atención de inmediato pero que no pone en riesgo su vida.

Algunos ejemplos de atención médica urgente incluyen los siguientes:

- cortes y rasguños leves;
- resfríos;
- fiebre;
- dolor de oído.

Llame a su médico si requiere atención médica urgente; también puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Cross Community Health Plans al **1-877-860-2837** (TTY/TDD **7-1-1**). Estamos a su disposición las 24 horas, los siete (7) días de la semana. La llamada es gratuita.

# Atención médica de emergencia

Un problema médico de emergencia es muy grave. Incluso puede poner en riesgo su vida. Puede que tenga una lesión, una enfermedad o dolor graves.

Algunos ejemplos de una emergencia incluyen los siguientes:

- dolor en el pecho;
- sensación de falta de aire o ahogamiento;
- desmayo o convulsiones;
- malestar debido a un envenenamiento o una sobredosis de drogas;
- hueso roto;
- mucho sangrado;
- haber sido víctima de un ataque;
- estar pronta a dar a luz;
- lesión grave en los brazos, las piernas, los pies o la cabeza;
- quemadura grave;
- reacción alérgica grave;
- mordedura de un animal;
- dificultad para controlar el comportamiento y, si no recibe tratamiento, ser un peligro para sí mismo/a o para los demás.

## Selección del profesional médico de cabecera (PCP, en inglés)

Los asegurados deben elegir un profesional médico de cabecera (PCP, en inglés) del directorio de profesionales de la salud disponible al momento de la inscripción. El PCP del asegurado es el responsable médico en el hogar de proporcionar y coordinar atención médica, aprobar órdenes médicas a especialistas y otros servicios. Los asegurados pueden cambiar de PCP llamando a Servicio al Cliente al **1-877-860-2837** (TTY/TDD **7-1-1**).

## Acceso a atención médica especializada

Si su PCP considera que necesita consultar a un especialista, trabajará con usted para elegirlo. Su PCP coordinará la atención médica especializada. Como asegurado, puede consultar a un especialista que forma parte de la red sin una orden médica.

Si es mujer y tiene la cobertura de Blue Cross Community Health Plans, tiene derecho a seleccionar un profesional médico para la mujer (WHCP, en inglés). Un WHCP es un médico con licencia para practicar la medicina y que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar.

No se necesita autorización previa para consultar a un WHCP dentro de la red.

# Inconformidades y apelaciones

## Inconformidades

Una inconformidad es una queja acerca de cualquier asunto que no sea un servicio o producto rechazado, reducido o interrumpido.

Blue Cross Community Health Plans se toma las inconformidades de los asegurados muy en serio. Queremos saber qué va mal para que podamos mejorar nuestros servicios. Si tiene una inconformidad acerca de un profesional de la salud o la calidad de la atención o los servicios que recibió, debe informarnos de inmediato. Blue Cross Community Health Plans tiene procedimientos especiales vigentes para ayudar a los asegurados que presentan inconformidades. Haremos nuestro mejor esfuerzo por responder sus preguntas o ayudarle a resolver su inquietud. Presentar una inconformidad no afectará sus servicios de atención médica ni la cobertura de beneficios.

### Estos son ejemplos de ocasiones en las que puede presentar una inconformidad.

- Su profesional de la salud o un integrante del personal de Blue Cross Community Health Plans no respetaron sus derechos.
- Tuvo dificultad para coordinar una cita con su profesional de la salud en un plazo adecuado.
- No está conforme con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su profesional de la salud o un integrante del personal de Blue Cross Community Health Plans fueron irrespetuosos con usted.
- Su profesional de la salud o un integrante del personal de Blue Cross Community Health Plans fueron insensibles con respecto a sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar su inconformidad por teléfono llamando a Servicio al Cliente al 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 7-1-1). También puede presentar su inconformidad por escrito por correo o fax a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 27838  
Albuquerque, NM 87125-9705  
Fax: **1-866-643-7069**

En la carta de inconformidad, bríndenos la mayor cantidad de información que pueda. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar en que sucedió el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles acerca de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de asegurado. Puede pedirnos que le ayudemos a presentar su inconformidad llamando a Servicio al Cliente.

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete de manera gratuita. Incluya esta solicitud cuando presente su inconformidad. Si tiene dificultades para escuchar, llame al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones de Illinois al 7-1-1.

En cualquier momento durante el proceso de inconformidad, puede pedirle a alguien que sea su representante o que actúe en su nombre. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien le represente o actúe



en su nombre, informe a Blue Cross Community Health Plans por escrito el nombre de su representante y su información de contacto.

Trataremos de resolver su inconformidad de inmediato. Si no podemos hacerlo, puede que nos comuniquemos con usted para obtener más información.

## Apelaciones

Una apelación es una manera de pedirnos una revisión de nuestras medidas. Si decidimos que un servicio o artículo solicitados no pueden aprobarse, o bien si un servicio se reduce o interrumpe, le enviaremos una carta de "Aviso".

La carta le dirá lo siguiente:

- qué decisión se tomó y cuál fue el motivo;
- su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo;
- su derecho a pedir una audiencia imparcial ante el estado y cómo hacerlo;
- su derecho, en algunas circunstancias, a pedir una apelación acelerada y cómo hacerlo;
- su derecho a pedir que los beneficios continúen durante su apelación, cómo hacerlo y en qué circunstancias puede que deba pagar los servicios.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o una medida por parte de Blue Cross Community Health Plans acerca de sus servicios o un artículo que solicitó. Una apelación es una manera de pedirnos una revisión de nuestras medidas. Puede apelar en el plazo de **sesenta (60) días calendario** desde la fecha de nuestro formulario de Aviso. Si quiere que sus servicios continúen durante la apelación, debe informarlo en la apelación y debe presentarla antes de los **diez (10) días calendario** desde la fecha que figura en nuestro formulario de Aviso.

La lista que presentamos a continuación incluye ejemplos de ocasiones en las que puede presentar una apelación:

- no aprobar o pagar un servicio o artículo que su profesional de la salud solicita;
- interrumpir un servicio aprobado anteriormente;
- no brindarle el servicio o artículo de manera oportuna;
- no aconsejarle sobre su derecho a la libertad en la elección de profesionales de la salud;
- no aprobar un servicio que solicita porque no forma parte de nuestra red.

### Estas son las dos maneras en que puede presentar una apelación.

- 1) Llame a Servicio al Cliente al 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 7-1-1). Si presenta una apelación por teléfono, debe realizar el seguimiento con una solicitud de apelación firmada por escrito.
- 2) Envíe su solicitud de apelación por correo o fax a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 27838  
Albuquerque, NM 87125-9705  
Fax: **1-866-643-7069**

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete de manera gratuita. Incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si tiene dificultades para escuchar, llame al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones de Illinois al 7-1-1.

## ¿Puede recibir ayuda con el proceso de apelación?

Tiene distintas opciones de asistencia. Puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a alguien que conoce que actúe como su representante. Por ejemplo, puede ser su médico de cabecera o un miembro de la familia.
- Elegir la representación de un profesional legal.
- Si se encuentra dentro de la Exención para personas con discapacidades, la Exención por una lesión cerebral traumática o la Exención por HIV/SIDA, también se puede comunicar con el Programa de asistencia al cliente (CAP, en inglés) para solicitar su asistencia al 1-800-641-3929 (voz) o al 1-888-460-5111 (TTY).

Para designar a alguien para que le represente, haga lo siguiente: 1) envíenos una carta en la que nos informa que quiere que otra persona sea su representante e incluya su información de contacto o 2) complete el formulario de Apelaciones con representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

## Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en el plazo de tres (3) días hábiles donde le informaremos que recibimos su apelación. Le diremos si necesitamos más información y cómo proporcionarnos dicha información en persona o por escrito. Un profesional de la salud con la misma especialidad o una especialidad similar a la del profesional de la salud que le está tratando revisará su apelación. No será el mismo profesional de la salud que tomó la decisión original de rechazar, reducir o interrumpir el servicio médico.

Blue Cross Community Health Plans le enviará nuestra decisión por escrito en el plazo de quince (15) días hábiles desde la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. Blue Cross Community Health Plans puede solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario más para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos más información antes de tomar una decisión. Usted también puede pedirnos una extensión en caso de necesitar más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

Le llamaremos para informarle nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de determinación. El Aviso de determinación le informará qué haremos y por qué.

Si la decisión de Blue Cross Community Health Plans coincide con el Aviso, puede que deba pagar el costo de los servicios que obtuvo durante la revisión de la apelación. Si la decisión de Blue Cross Community Health Plans no coincide con el Aviso, aprobaremos el comienzo de los servicios de inmediato.

Cosas que debe recordar durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, puede brindarnos más información acerca de su apelación, si fuera necesario.

- Tiene la opción de ver el archivo de su apelación.
- Tiene la opción de estar presente en el momento en que Blue Cross Community Health Plans revisa su apelación.

## ¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su profesional de la salud consideran que nuestro plazo estándar de quince (15) días hábiles para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en grave riesgo su vida o su salud, puede solicitarnos una apelación acelerada por escrito o puede llamarnos por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, el número de tarjeta de asegurado, la fecha de su carta de Aviso, información sobre su caso y el motivo por el que solicita la apelación acelerada. Le informaremos si necesitamos más información en el plazo de veinticuatro (24) horas. Luego de que proporcione toda la información, le llamaremos en el plazo de veinticuatro (24) horas para informarle nuestra decisión; además, le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de determinación.

## ¿Cómo puede retirar una apelación?

Tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo y en cualquier momento durante el proceso de apelación. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito utilizando la misma dirección que se usó para presentar su apelación. Retirar la apelación finalizará el proceso de apelación y no podremos tomar ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

Blue Cross Community Health Plans reconocerá el retiro de su apelación enviándole un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más ayuda para retirar su apelación, llame a Blue Cross Community Health Plans al 1-877-860-2837 (TTY/TDD 7-1-1).

## ¿Qué sucede después?

Después de recibir el Aviso de determinación de Blue Cross Community Health Plans por escrito, no debe hacer nada, y el archivo de su apelación se cerrará. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada en la apelación, puede solicitar una apelación ante una audiencia imparcial estatal o pedir una revisión externa de su apelación en el plazo de **treinta (30) días calendario** desde la fecha que figura en el Aviso de determinación. Puede elegir solicitar una apelación ante una audiencia imparcial estatal y una revisión externa, o bien puede pedir solo una de ellas.

## Audiencia imparcial estatal

Si así lo desea, puede solicitar una apelación ante una audiencia imparcial estatal en el plazo de **ciento veinte (120) días calendario** desde la fecha del Aviso de determinación, pero debe solicitarla en el plazo de **diez (10) días calendario** desde la fecha que figura en el Aviso de determinación si desea continuar con sus servicios. Si no gana esta apelación, puede que sea responsable de pagar estos servicios proporcionados durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial estatal, así como durante el proceso de apelación de Blue Cross Community Health Plans, puede pedirle a alguien que sea su representante, como un abogado, o bien puede pedirle a un familiar o amigo que hable en su nombre. Para designar a un representante, envíenos una carta en la que nos informa que quiere que otra persona sea su representante e incluya su información de contacto.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de una de las siguientes maneras:

- El Centro local de recursos comunitarios para las familias puede brindarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial estatal y el personal le ayudará a completarla, si así lo desea.

- Visite <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> para configurar una cuenta de apelaciones ABE y presentar una apelación ante una audiencia imparcial estatal en línea. Esto le permitirá rastrear y administrar su apelación en línea, ver fechas y avisos importantes en relación con la audiencia imparcial estatal, y presentar documentación.
- Si quiere presentar una apelación ante una audiencia imparcial estatal en relación con sus servicios o artículos médicos, o con sus servicios de la Exención para personas mayores (Programa de atención comunitaria [CCP, en inglés]), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
 Bureau of Administrative Hearings  
 69 W. Washington Street, 4th Floor  
 Chicago, IL 60602  
 Fax: (312) 793-2005  
 Correo electrónico: [HFS.FairHearings@Illinois.gov](mailto:HFS.FairHearings@Illinois.gov)  
 O bien, puede llamar al (855) 418-4421, TTY: (800) 526-5812

- Si desea presentar una apelación ante la audiencia imparcial estatal en relación con servicios o artículos de salud mental, servicios para el tratamiento para el abuso de sustancias, servicios de la Exención para personas con discapacidades, servicios de la Exención por una lesión cerebral traumática o la Exención por HIV/SIDA, o cualquier servicio del Programa de servicios en el domicilio (HSP, en inglés), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Human Services  
 Bureau of Hearings  
 69 W. Washington Street, 4th Floor  
 Chicago, IL 60602  
 Fax: (312) 793-8573  
 Correo electrónico: [DHS.HSPApeals@illinois.gov](mailto:DHS.HSPApeals@illinois.gov)  
 O bien, puede llamar al (800) 435-0774, TTY: (877) 734-7429

## Proceso de audiencia imparcial estatal

La audiencia será dirigida por un oficial de audiencia imparcial autorizado para llevar a cabo audiencias imparciales estatales. Usted recibirá una carta de la oficina de audiencias pertinente donde se indicarán fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también le proporcionará información acerca de la audiencia. Es importante que lea esta carta detenidamente. Si configura una cuenta en <http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, puede acceder a todas las cartas relacionadas con su proceso de audiencia imparcial estatal a través de la cuenta de apelaciones ABE. También puede subir documentos y ver las citas.

Al menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia, recibirá información de Blue Cross Community Health Plans. Esta información incluirá todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Dicha información también se enviará al oficial de audiencia imparcial. Debe proporcionar todas las pruebas que presentará en la audiencia a Blue Cross Community Health Plans y al oficial de audiencia imparcial por lo menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de los testigos que comparecerán en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Deberá notificar a la oficina de audiencias pertinente sobre cualquier modificación que pueda necesitar. La audiencia puede llevarse a cabo por teléfono. Asegúrese de proporcionar el mejor número de teléfono para

comunicarnos con usted durante el horario de atención en su solicitud para una audiencia imparcial estatal. La audiencia puede grabarse.

## **Continuación o postergación**

Puede solicitar una continuación durante la audiencia o una postergación antes de la audiencia, que se puede conceder si existe una buena causa. Si el oficial de audiencia imparcial acepta, usted y todas las partes de la apelación serán notificados por escrito sobre la nueva fecha, hora y lugar. El límite de tiempo para el proceso de apelación que se completará se extenderá con la duración de la continuación o postergación.

## **Incumplimiento de la comparecencia en la audiencia**

Su apelación se rechazará si usted o su representante autorizado no comparecen en la audiencia en la fecha, la hora y el lugar que figuran en el aviso, y no han solicitado la postergación por escrito. Si la audiencia se lleva a cabo por teléfono, la apelación se rechazará si no responde el teléfono a la hora programada de la apelación. Se enviará un Aviso de rechazo a todas las partes de la apelación.

Puede que se vuelva a programar la audiencia, si nos informa en el plazo de **diez (10) días calendario** desde la fecha que recibió el Aviso de rechazo y si el motivo del incumplimiento de la comparecencia es uno de los siguientes:

- una muerte en la familia;
- una lesión o enfermedad personal que le prohíben razonablemente la comparecencia;
- una emergencia repentina e inesperada.

Si se vuelve a programar la audiencia, la oficina de audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta en la que se reprogramará la audiencia con copias a todas las partes de la apelación.

Si rechazamos su solicitud de reprogramar la audiencia, recibirá una carta por correo donde se le informará el rechazo.

## **La decisión de la audiencia imparcial estatal**

La oficina de audiencias pertinente le enviará a usted y a todas las partes interesadas la decisión administrativa final por escrito. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones ABE. Esta decisión administrativa final se puede volver a revisar solo a través de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El tiempo que el Tribunal de Circuito autorizará para la presentación de tal revisión puede ser tan breve como treinta y cinco (35) días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de audiencias.

## **Revisión externa (solo para servicios médicos)**

En el plazo de **treinta (30) días calendario** después de la fecha del Aviso de determinación de la apelación de Blue Cross Community Health Plans, puede elegir pedir una revisión por parte de alguien ajeno a Blue Cross Community Health Plans. Esto se denomina revisión externa.

El revisor externo debe reunir los siguientes requisitos:

- debe ser un profesional de la salud avalado por la junta de su especialidad con la misma especialidad o una especialidad similar a la del profesional de la salud que le está tratando;
- debe estar ejerciendo actualmente;
- no debe tener ningún interés financiero en la decisión;

- no debe conocerle y no sabrá su identidad durante la revisión.

La revisión externa no se encuentra disponible para las apelaciones en relación con los servicios recibidos a través de la Exención para personas mayores, la Exención para personas con discapacidades, la Exención por una lesión cerebral traumática, la Exención por HIV/SIDA o el Programa de servicios en el domicilio.

### **Su carta debe solicitar una revisión externa de esa acción y debe enviarse a la siguiente dirección:**

Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 27838  
Albuquerque, NM 87125-9705  
Fax: **1-866-643-7069**

### **¿Qué sucede después?**

- Revisaremos su solicitud para ver si reúne los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) días hábiles para hacer esto. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud reúne estos requisitos. Si la solicitud reúne los requisitos, la carta tendrá el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco (5) días hábiles desde la fecha de la carta que le enviamos para proporcionar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted o a su representante y a Blue Cross Community Health Plans una carta donde informará su decisión en el plazo de cinco (5) días calendario desde la recepción de toda la información que necesita para completar la revisión.

### **Revisión externa acelerada**

Si los plazos normales para una revisión externa podrían poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a Servicio al Cliente de manera gratuita al 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 7-1-1). Para presentar su solicitud por escrito, envíenos una carta a la dirección que figura a continuación. Puede pedir una revisión externa sobre una acción específica solo una (1) vez. En la carta, debe solicitar una revisión externa de esa acción.

Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
P.O. Box 27838  
Albuquerque, NM 87125-9705

### **¿Qué sucede después?**

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o una carta donde nos solicita una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para ver si califica para una revisión externa acelerada. Si este es el caso, nos comunicaremos con usted o con su representante para darle el nombre del revisor.
- También le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.

- Tan rápidamente como su afección de salud lo requiera, pero no más de dos (2) días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Esto le informará a usted, a su representante y a Blue Cross Community Health Plans cuál es la decisión de manera verbal. Luego de esto, usted, su representante y Blue Cross Community Health Plans recibirán una carta donde se informará la decisión en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

## Derechos y responsabilidades

### Sus derechos

- A recibir un trato con respeto y dignidad en todo momento.
- Que su información de salud personal y sus expedientes médicos se mantengan de manera privada, a excepción de lo permitido por ley.
- Que le protejan contra la discriminación.
- Estar libre de toda restricción o aislamiento usada como un medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- A recibir información de Blue Cross Community Health Plans en otros idiomas o formatos, como mediante un intérprete o en Braille.
- A recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles.
- A recibir la información necesaria para participar de la toma de decisiones acerca de su tratamiento y sus opciones de atención médica.
- A rechazar el tratamiento y que se le informe qué puede pasarle a su salud si lo hace.
- A recibir una copia de sus expedientes médicos y, en algunos casos, solicitar que se modifiquen o corrijan.
- A elegir su profesional médico de cabecera (PCP) de Blue Cross Community Health Plans. Puede cambiar su PCP en cualquier momento.
- A presentar una queja (a veces, denominada una inconformidad) o apelación sin temor a recibir un mal tratamiento o reacción negativa de cualquier tipo.
- A solicitar y recibir información acerca de su seguro de gastos médicos, sus proveedores y las políticas en un plazo razonable.

### Sus responsabilidades

- Tratar a su médico y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar la tarjeta de asegurado de Blue Cross Community Health Plans con usted cuando va a las citas con el médico y a la farmacia a retirar sus medicamentos con receta.
- Asistir a las citas y hacerlo a tiempo.
- Si no puede acudir a la cita, canceléla con anticipación.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento que recibe de su médico.
- Informar a su seguro de gastos médicos y al encargado del caso si cambia de dirección o número de teléfono.
- Leer su manual de asegurado para saber qué servicios tienen cobertura y si hay alguna norma especial.

# Fraude, abuso y negligencia

El fraude, el abuso y la negligencia son incidentes que deben informarse.

El fraude ocurre cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho. Otros ejemplos de fraude son los siguientes:

- Usar la tarjeta de asegurado de otra persona o dejar que usen la suya.
- Que un profesional de la salud facture servicios que usted no recibió.

Un abuso se produce cuando una persona provoca un daño o una lesión físicos o mentales. Estos son algunos ejemplos de abuso:

- El abuso físico se produce cuando alguien le abofetea, golpea, empuja o amenaza con un arma.
- El abuso mental se produce cuando alguien tiene palabras amenazantes hacia usted, trata de controlar su actividad social o le mantiene aislado/a.
- El abuso financiero se produce cuando alguien usa su dinero, cheques personales o tarjetas de crédito sin su autorización.
- El abuso sexual se produce cuando alguien le toca de forma inadecuada y sin su permiso.

La negligencia se produce cuando alguien decide no proporcionar las necesidades básicas para la vida, como los alimentos, la ropa, la vivienda o la atención médica.

## Si sospecha de un abuso, infórmelo

Por ley, es su responsabilidad informar todos los alegatos de abuso y negligencia. Debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) de Illinois, el Departamento de Salud Pública (DPH, en inglés) de Illinois o el Departamento para personas de la tercera edad (DOA, en inglés) de Illinois.

- Si la persona está inscrita en un programa o vive en un entorno financiado, con licencia o certificado por el DHS, o bien si vive en un hogar privado, llame a la línea directa de OIG: **1-800-368-1463**
- Si la persona con discapacidades está inscrita en un programa o vive en un entorno financiado, con licencia o certificado por el DHS (p. ej., un hogar de servicios de enfermería), y el abuso o la negligencia ocurren cuando se están proporcionando los servicios, llame a la línea directa del hogar de servicios de enfermería del DPH: **1-800-252-4343 TTY 1-800-547-0466**
- Si el abuso o la negligencia ocurren por parte de un adulto mayor de 18 años que no está en un hogar de servicios de enfermería o en un centro de vida asistida, llame a la línea directa del DOA al **1-866-800-1409. TTY: 1-800-358-5117**

También puede informarnos cualquier área en la que sospecha que existe fraude o abuso. Llame a Servicio al Cliente de Blue Cross Community Health Plans al **1-877-860-2837** (TTY/TDD **7-1-1**). También puede usar nuestra línea directa de fraude y abuso: **1-800-543-0867**.

**Toda la información se mantendrá de manera privada.** Eliminar el abuso, la negligencia y el fraude es responsabilidad de todos.



# Política de privacidad

Tenemos derecho a obtener información de cualquier persona que le proporcione atención. Usamos esta información para poder pagar y administrar sus servicios de atención médica. Mantenemos esta información de manera privada entre usted, su profesional de la salud y nosotros, a excepción de lo permitido por ley. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para conocer sobre su derecho a la privacidad. Este aviso se incluyó en el nuevo paquete de asegurado. Si necesita una copia del aviso, llame a Servicio al Cliente.

## Definiciones

**Apelación** significa una solicitud de que su seguro de gastos médicos revise una decisión nuevamente.

**Copago** significa un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica con cobertura, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica con cobertura.

**Los equipos médicos duraderos** son los equipos y suministros pedidos por un profesional de la salud para el uso diario o prolongado.

**Problema de salud de emergencia** significa una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan graves que una persona razonable buscaría obtener atención de inmediato para evitar el daño importante.

**Los servicios de emergencia** son la evaluación de un problema de salud de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

**Servicios excluidos** significa los servicios de atención médica que su seguro de gastos médicos o su cobertura no pagan o incluyen.

**Una inconformidad** es una queja que usted comunica a su seguro de gastos médicos.

**Servicios y dispositivos de habilitación** significa los servicios que ayudan a la persona a mantener, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria. Algunos ejemplos incluyen la terapia para un niño que no camina o no habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una gama de centros para pacientes hospitalizados o no hospitalizados.

**Atención médica a domicilio** significa los servicios de atención médica que una persona recibe en su domicilio.

**Los servicios de cuidados paliativos** son los servicios que brindan confort y apoyo para personas que están en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

**Hospitalización** significa la atención en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado y, por lo general, requiere una estadía de una noche. Una estadía de una noche podría ser atención para pacientes no hospitalizados.

**Atención hospitalaria para pacientes no hospitalizados** significa la atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía de una noche.

**Los servicios de atención médica o suministros médicamente necesarios** son aquellos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

**Los servicios que no forman parte de la red** son aquellos a los que el beneficiario puede acceder opcionalmente fuera de la red de profesionales de la salud contratada de la cobertura. En algunos casos, los gastos de bolsillo del beneficiario pueden ser mayores cuando utiliza un beneficio que no forma parte de la red.

**Una autorización previa** es una decisión por parte de su aseguradora de salud o cobertura respecto de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces, se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro de gastos médicos o cobertura pueden solicitarle una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro de gastos médicos o cobertura incluirán el costo.

**Cobertura de medicamentos con receta** significa el seguro de gastos médicos o la cobertura que ayudan a pagar los medicamentos con receta.

**Profesional médico de cabecera** significa un médico (doctor en medicina [M.D., en inglés] o doctor de medicina osteopática [D.O., en inglés]), enfermero profesional, especialista en enfermería clínica o asistente médico — según lo permitido por la ley estatal— que proporcionan, coordinan o ayudan a un paciente a acceder a una gama de servicios de atención médica.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación** significa los servicios de atención médica que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o se han visto afectados debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una gama de centros para pacientes hospitalizados o no hospitalizados.

**Atención de enfermería especializada** significa los servicios de enfermería proporcionados dentro del alcance de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (Estatutos Compilados de Illinois [ILCS, en inglés] 225, Sección 65/50-1 y subsiguientes) por enfermeros profesionales certificados, enfermeros profesionales o enfermeros vocacionales con licencia para trabajar en el estado.

**Un especialista** es un médico que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para el diagnóstico, el manejo, la prevención o el tratamiento de determinados tipos de síntomas y afecciones.

**Atención médica urgente** significa la atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para necesitar atención en una sala de emergencias.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura médica Blue Cross Community Health Plans.

# Si desea obtener materiales y servicios de asistencia o en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al 1-877-860-2837 TTY/TDD: 7-1-1.

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

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

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

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar una inconformidad personalmente, o bien, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el Coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina para los derechos civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**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)**.

**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)**。

**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)**.

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (ATS : 711)**.

**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)**.

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **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.

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (телетайп: 711)**.

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-7382-068-778 (رقم هاتف الصم والبكم: 117).

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

**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)**.

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

**اردو (Urdu):** خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **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)**.

**ἑλληνικά (Greek):** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής

υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-860-2837** (TTY/TDD: 711).