Blue Cross Community Health Plans℠

HealthChoice Illinois
Illinois Department of Healthcare and Family Services

Świadczenia zdrowotne dla dorosłych i starszych imigrantów

Blue Kit℠

Podręcznik członka i Poświadczenie ubezpieczenia w jednym miejscu.

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

www.bcchpil.com

Data wejścia w życie: styczeń 2025

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.

IL_BCCHP_WlcmKit25POL

253541.1124

Witamy w rodzinie osób korzystających z planów ubezpieczenia zdrowotnego Blue Cross Community Health Plans (BCCHP℠)!

Dziękujemy za korzystanie z BCCHP w zakresie planu ubezpieczenia zdrowotnego Medicaid. Plan Medicaid oferuje świadczenia w zakresie usług medycznych, leków na receptę okulistycznych i stomatologicznych. W tym podręczniku wyjaśniono, jak korzystać z nowych świadczeń opieki zdrowotnej.

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

- ☐ Zachęcamy do sprawdzenia tego co obejmuje plan. Zestaw ten może w tym pomóc. Należy trzymać go w łatwo dostępnym miejscu! Informacje o świadczeniach można również znaleźć na stronie **www.bcchpil.com**.
- ☐ Raz w roku należy poddać się badaniu przesiewowemu pod kątem zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Screening, HRS). Wkrótce ktoś z planu opieki zdrowotnej zadzwoni lub wyśle SMS-a w celu przeprowadzenia HRS. HRS pomoże nam ocenić nawyki zdrowotne członków, wszelkie zagrożenia dla zdrowia i zdecydować, czy potrzebny jest koordynator opieki. Można również zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**, aby ukończyć HRS.
- ☐ Blue Access for Members℠ (BAM℠) to bezpieczny portal dla członków Blue Cross Community Health Plans, w którym można natychmiast przeglądać informacje o swoim planie zdrowotnym. Dostęp do swojego konta można uzyskać na stronie **www.bcchpil.com** lub skorzystać z **aplikacji BCBSIL**.
- ☐ Kartę członkowską należy mieć zawsze ze sobą i okazywać ją w każdym przypadku korzystania z usług. Na karcie członkowskiej podane jest nazwisko lekarza podstawowej opieki (primary care provider, PCP). Zmiany swojego PCP można dokonać dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** lub korzystając ze swojego konta BAM.
- ☐ Na wstępne badanie u swojego PCP należy umówić się w ciągu 30 dni od zapisania się do planu. Podczas pierwszego badania, PCP zapozna się z potrzebami zdrowotnymi członka. Aby znaleźć świadczeniodawcę w pobliżu miejsca zamieszkania, należy skorzystać z wyszukiwarki świadczeniodawców Provider Finder® na stronie **www.bcchpil.com** lub można skorzystać z **aplikacji BCBSIL**.

Jesteśmy tu po to, aby pomóc!

Dział obsługi klienta

1-877-860-2837

Pytania dotyczące planu ubezpieczenia zdrowotnego

Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7

1-888-343-2697

Możliwość skontaktowania się z prywatną pielęgniarką w kwestiach zdrowotnych 24/7

Wszelkie pytania należy kierować do Działu obsługi klienta, dzwoniąc pod bezpłatny numer telefonu **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na Infolinię porad pielęgniarskich czynną 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

Często zadawane pytania (FAQ)

Więcej informacji można uzyskać w **Spisie treści**

Czy obowiązują mnie dopłaty?

Tak. Plan obejmuje dopłaty za hospitalizacje niebędące nagłymi przypadkami do $250; oraz usługi ambulatoryjne w szpitalach lub ambulatoryjnych ośrodkach chirurgicznych niebędące nagłymi przypadkami do 10% płatności Medicaid. Świadczeniodawca poinformuje członka o kwocie, którą jest winien w momencie opieki.

Czy plan zapewnia świadczenia stomatologiczne i/lub okulistyczne?

Tak! BCCHP obejmuje ubezpieczeniem usługi stomatologiczne i okulistyczne. Więcej informacji można znaleźć w częściach **Usługi stomatologiczne** i **Usługi okulistyczne**.

Gdzie mogę znaleźć listę świadczeniodawców BCCHP działających w ramach sieci?

Wyszukiwarka świadczeniodawców Provider Finder pozwala znaleźć świadczeniodawców i szpitale w pobliżu miejsca zamieszkania. Należy odwiedzić stronę **www.bcchpil.com** lub pobrać aplikację BCBSIL. Osoby potrzebujące pomocy w znalezieniu lekarza powinny zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Pełną listę świadczeniodawców można również znaleźć w Katalogu świadczeniodawców. Katalog świadczeniodawców dostępny jest na stronie **www.bcchpil.com**. Przejdź do zakładki '*Zasoby*' i wybierz '*Formularze i dokumenty*'.

Świadczeniodawcę można zmienić w dowolnym momencie, dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** lub korzystając ze swojego konta BAM. Na konto BAM można zalogować się na stronie **www.bcchpil.com**. Najlepiej jest korzystać z usług tego samego PCP. Pozwoli to świadczeniodawcy poznać potrzeby zdrowotne członka.

Skąd mam wiedzieć, jakie leki są objęte ubezpieczeniem przez plan?

Aby dowiedzieć się, czy dany lek jest objęty ubezpieczeniem, należy wejść na naszą stronę internetową **https://www.bcbsil.com/bcchp/benefits-and-coverage/drug-coverage** lub zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. BCCHP korzysta z listy preferowanych leków (Preferred Drug List, PDL). Pomaga to członkom i lekarzom w wyborze odpowiednich leków. Członek może poprosić o bezpłatną wysyłkę wydrukowanej kopii listy, dzwoniąc do Działu obsługi klienta.

W jaki sposób uzyskać pomoc w stanie nagłego zagrożenia zdrowia?

Należy udać się na najbliższy oddział ratunkowy lub zadzwonić pod numer **911**. Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą **911**, należy wezwać pogotowie. Usługi udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia nie wymagają uzyskania wcześniejszej autoryzacji. W przypadku usług nagłego zagrożenia zdrowia współpłacenie nie jest wymagane. BCCHP pokrywa usługi zapewniane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia na terenie USA.

Z kim należy się skontaktować, jeśli potrzebuję opieki?

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

W jaki sposób uzyskać szczegółowe informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia?

Należy wejść na stronę: **www.bcchpil.com**.

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

Należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Z przedstawicielem można skontaktować się na żywo w godzinach od 8:00 do 17:00 CST, od poniedziałku do piątku. Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu (w tym w weekendy i święta) można również korzystać z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej.

Jak uzyskać dostęp do karty członkowskiej?

Należy zalogować się na swoje konto BAM na komputerze stacjonarnym lub korzystając z aplikacji BCBSIL. Można tam uzyskać dostęp do tymczasowej karty członkowskiej lub zamówić nową. Można również zadzwonić do Działu obsługi klienta i poprosić o przesłanie nowej karty. Należy dbać o to, by BCCHP miał aktualny adres członka.

Czy mogę skorzystać z transportu na wizyty i z powrotem?

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

Czy ubezpieczenie BCCHP obejmuje mnie poza stanem Illinois?

Plan obejmuje ubezpieczeniem członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. BCCHP nie pokrywa żadnych usług świadczonych poza Stanami Zjednoczonymi. Skorzystanie z usług poza stanem Illinois wymaga wcześniejszej autoryzacji. W przypadku niewydania wcześniejszej autoryzacji, członek może odpowiadać za koszt usług. W przypadku konieczności skorzystania z usług w czasie pobytu poza stanem Illinois, należy skontaktować się z Działem obsługi klienta.

W przypadku konieczności uzyskania pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, należy udać się do najbliższego szpitala. Pomoc w stanie nagłego zagrożenia zdrowia jest objęta ubezpieczeniem w Stanach Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymaga w przypadku usług zapewnianych w stanie nagłego zagrożenia zdrowia na terenie Stanów Zjednoczonych.

Czy mogę uzyskać pomoc od koordynatora opieki?

Tak. Koordynator opieki jest instruktorem w zakresie opieki zdrowotnej. Pomaga członkom w realizacji ich celów zdrowotnych. Poddanie się badaniu przesiewowemu pod kątem zagrożeń zdrowotnych (HRS) pomoże nam zdecydować, czy członek potrzebuje koordynatora opieki. O koordynatora opieki można poprosić w dowolnym momencie, dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Jak mogę uzyskać usługi i materiały w innych formatach i językach?

Proszę zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**, aby połączyć się z naszymi usługami pomocy językowej.

Spis treści

Podręcznik członka

Ważne numery telefonów 2
Dział obsługi klienta 3
Blue Access for Members℠ (BAM℠) 3
Karta członkowska 4
Kryteria uprawniające do udziału 4
Odnowa świadczeń Medicaid (ponowne ustalenie uprawnień) 5
Otwarta rejestracja 6
Sieć świadczeniodawców 6
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP) 7
Jak zmienić PCP 7
Świadczeniodawca opieki zdrowotnej dla kobiet (WHCP) 8
Planowanie rodziny 8
Opieka specjalistyczna 8
Planowanie wizyt 8
Udział w kosztach 9
Opieka w nienagłym przypadku 9
Opieka doraźna 9
Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia 10
Opieka po ustabilizowaniu stanu zdrowia 10
Nowe metody leczenia 10
Wcześniejsza autoryzacja 11
Usługi objęte ubezpieczeniem 12
Usługi medyczne 13
Usługi pokrywane z ograniczeniami 13
Usługi nieobjęte ubezpieczeniem 14
Usługi stomatologiczne 14
Usługi okulistyczne 15
Usługi apteczne 15
Usługi transportu medycznego w przypadkach niebędących nagłymi przypadkami 16
Świadczenia o wartości dodanej 17
Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego 18
Koordynacja opieki 19
Programy edukacyjne dotyczące zdrowia 21
Program ograniczeń dla odbiorców 23
Oświadczenia woli 23
Zażalenia i odwołania 24
Prawa i obowiązki 31
Oszustwa, nadużycia i zaniedbania 32
Definicje 34
Polityka prywatności 35

Spis treści

Poświadczenie ubezpieczenia

Poświadczenie ubezpieczenia 37
Arkusz opisu zakresu ubezpieczenia 38
- Usługi objęte ubezpieczeniem 38
- Usługi pokrywane z ograniczeniami 42
- Usługi nieobjęte ubezpieczeniem 42

Wcześniejsza autoryzacja 43
Ciągłość leczenia 43
Opieka doraźna 44
Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia 44
Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP) 44
Dostęp do opieki specjalistycznej 44
Inne materiały i zasoby 44

Zastrzeżenia dotyczące odpowiedzialności

Blue365 to program rabatowy przeznaczony wyłącznie dla członków BCBSIL. To NIE jest ubezpieczenie. Niektóre usługi oferowane w ramach tego programu mogą być objęte ubezpieczeniem przez plan ubezpieczenia zdrowotnego członka. Pracownicy powinni zapoznać się z książeczką świadczeń lub zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer znajdujący się na odwrocie karty członkowskiej, aby uzyskać szczegółowe informacje na temat świadczeń. Korzystanie z Blue365 nie zmienia miesięcznych płatności, a koszty usług lub produktów nie są wliczane do żadnych maksymalnych kwot i/lub udziałów własnych w planie. Zniżki są przyznawane tylko przez sprzedawców, którzy biorą udział w tym programie. BCBSIL nie gwarantuje ani nie wysuwa żadnych roszczeń lub poleceń dotyczących usług lub produktów programu. Członkowie powinni skonsultować się z lekarzem przed skorzystaniem z tych usług i produktów. BCBSIL zastrzega sobie prawo do przerwania lub zmiany tego programu w dowolnym czasie bez wcześniejszego powiadomienia.

DentaQuest jest niezależną spółką zapewniającą świadczenia stomatologiczne dla Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Heritage Vision to niezależna firma, która zawarła umowę z Blue Cross and Blue Shield of Illinois na świadczenie usług sieciowych/administracyjnych dla członków objętych ubezpieczeniem BCBSIL.

ModivCare to niezależna firma, która zawarła umowę z Blue Cross and Blue Shield of Illinois na świadczenie usług transportowych dla członków objętych ubezpieczeniem BCBSIL.

Prime Therapeutics LLC jest odrębną spółką świadczącą usługi zarządzania świadczeniami farmaceutycznymi dla Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Learn to Live zapewnia edukacyjne behawioralne programy zdrowotne. Członkowie rozważający dalsze leczenie powinni skonsultować się z lekarzem. Learn to Live, Inc. to niezależna firma, która zapewnia behawioralne programy zdrowotne i narzędzia online dla członków objętych ubezpieczeniem przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Strona internetowa BCCHP IL Rewards jest obsługiwana przez HealthMine, INC., niezależną spółkę, która zapewnia cyfrowe narzędzia i usługi w zakresie zdrowia i osobistego zaangażowania klinicznego dla Blue Cross Community Health Plans. BCCHP nie udziela żadnego poparcia, oświadczeń ani gwarancji dotyczących zewnętrznych dostawców oraz oferowanych przez nich produktów i usług.

Podręcznik członka

Wszelkie pytania należy kierować do Działu obsługi klienta, dzwoniąc pod bezpłatny numer telefonu **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na Infolinię porad pielęgniarskich czynną 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

Ważne numery telefonów

Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7 – całodobowa linia pomocy	**1-888-343-2697**, TTY/TDD: **711**
Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia	**911**

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

Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem 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.

Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu (w tym w weekendy i święta) można również korzystać z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej.

Strona internetowa **www.bcchpil.com**

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 dla osób w kryzysie 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**
Koordynacja opieki	**1-855-334-4780**, TTY/TDD: **711**
Usługi opiekuńcze dla dorosłych	**1-866-800-1409** TTY: **1-888-206-1327**
DentaQuest	**1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**
Plany Heritage Vision	**1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**
Illinois Department of Public Health (Departament Zdrowia Publicznego stanu Illinois)	**1-217-782-4977**

Dział obsługi klienta

Dział obsługi klienta chętnie pomoże członkom jak najpełniej skorzystać z planu ubezpieczenia zdrowotnego. Zadzwoń do nas pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem 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. Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu (w tym w weekendy i święta) można również korzystać z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej. Nasz personel został odpowiednio przeszkolony i może wyjaśnić członkom wszystkie kwestie związane z planem ubezpieczenia zdrowotnego. Możemy podać szczegóły dotyczące świadczeń medycznych, stomatologicznych i okulistycznych.

Możemy również odpowiedzieć na pytania dotyczące:

- Uzyskania leków/realizacji recept
- Usług objętych/nieobjętych ubezpieczeniem
- Wyboru/zmiany lekarza podstawowej opieki (Primary Care Provider, PCP)
- Uzyskania pomocy w innych językach
- Możliwości uzyskania transportu na wizytę u lekarza lub do apteki
- Odnowienia świadczeń Medicaid
- Złożenia zażalenia lub odwołania
- Praw i obowiązków członków

Telefoniczny dostęp do opieki

Można skontaktować się ze swoim PCP 24 godziny na dobę pod numerem telefonu PCP podanym na swojej karcie członkowskiej. Po godzinach pracy automatyczna sekretarka poinformuje członka, jak otrzymać opiekę poza godzinami pracy. Można również zadzwonić na dostępną 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu infolinię pielęgniarską pod numer **1-888-343-2697**. W stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy zadzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy.

Blue Access for Members℠ (BAM℠)

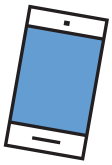
Blue Access for Members to bezpieczny portal dla członków, w którym członkowie BCCHP mogą:

- Wydrukować tymczasową kartę identyfikacyjną lub zamówić nową kartę
- Znaleźć lekarzy i szpitale na karcie „Lekarze i szpitale”
- Przeglądać objęte ubezpieczeniem świadczenia
- Przeglądać listę leków na receptę
- Przeglądać swój profil opieki
- Konfigurować alerty SMS
- Uzyskiwać informacje na temat zdrowia i dobrego samopoczucia

Jeśli jeszcze nie zarejestrowałeś(-aś) się w BAM, przejdź do:

www.bcchpil.com

Logowania z komputera stacjonarnego lub tabletu za pośrednictwem naszej witryny. Zlokalizowanego w prawym górnym rogu!



Aplikacja BCBSIL

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

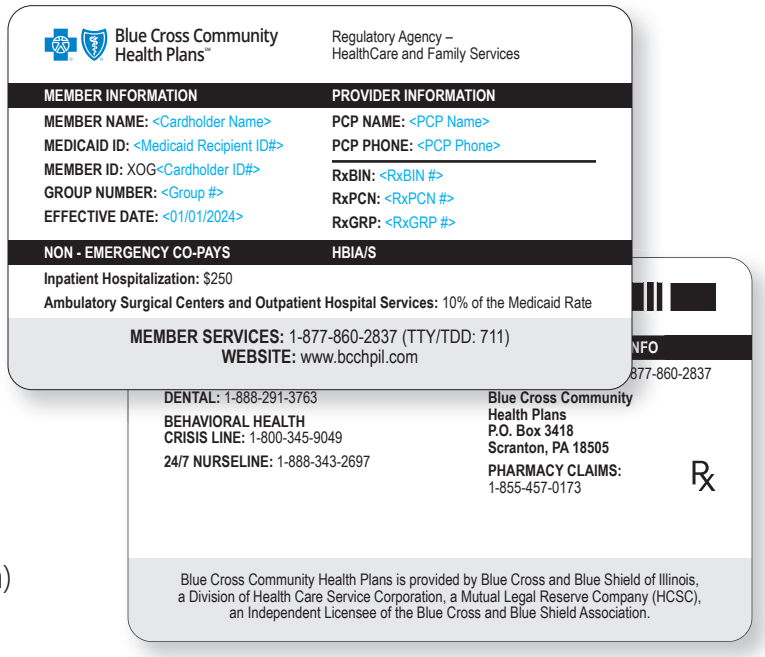
*Mogą obowiązywać opłaty za wiadomości i dane.

Karta członkowska

Po zapisaniu wysłaliśmy Kartę członkowską. Należy zawsze mieć ją przy sobie. Zawiera ona ważne numery telefonów. Kartę należy okazać w chwili korzystania z usług. Osoby, które nie otrzymały karty członkowskiej lub ją zgubiły powinny skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.
W przypadku zmiany PCP, plan automatycznie wyśle członkowi nową kartę.

Informacje podane na karcie członkowskiej

- Imię i nazwisko
- Nazwa planu
- Stanowy numer identyfikacyjny Medicaid
- Numer identyfikacyjny (ID) członka
- Numer grupy
- Data rozpoczęcia członkostwa
- Stanowy organ regulacyjny
- Numer usług członkowskich
- PCP (nazwisko, numer telefonu)
- Numer linii porad pielęgniarskich dostępnej 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu
- Numer linii kryzysowej zdrowia behawioralnego
- Numer usług stomatologicznych
- Numer usług transportowych
- RxBIN, RxPCN, RxGRP (informacje dla świadczeniodawców do celów rozliczeniowych)
- Nazwa i adres planu BCCHP
- Dopłaty i współubezpieczenia



Kryteria uprawniające do udziału

Uprawnienia do Medicaid

Od 1 stycznia 2024 r. członkowie programu Świadczeń zdrowotnych dla dorosłych imigrantów (Health Benefits for Immigrant Adults, HBIA) i Świadczeń zdrowotnych dla starszych imigrantów (Health Benefits for Immigrant Seniors, HBIS) przeszli z programu opłat za usługi (fee-for-service) na opiekę zarządzaną przez Medicaid.

Członkowie mogą dołączyć do Medicaid stanu Illinois, jeśli spełniają wymagania kwalifikacyjne dla programu Świadczeń zdrowotnych dla dorosłych i starszych imigrantów. Wówczas kwalifikują się do ubezpieczenia medycznego w planach Blue Cross Community Health Plans.

Rejestracja w programie ubezpieczenia zdrowotnego za pośrednictwem Organizacji opieki zarządzanej (Managed Care Organization), takiej jak Świadczenia zdrowotne dla starszych imigrantów (HBIS) i Świadczenia zdrowotne dla dorosłych imigrantów (HBIA), nie są brane pod uwagę w teście obciążenia publicznego. Rejestracja w tych programach nie będzie miała wpływu na status imigracyjny i wniosek imigracyjny. Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat obciążenia publicznego, należy odwiedzić stronę internetową About Us — PIF-IL (**protectingimmigrantfamiliesillinois.org**) lub stronę internetową **https://keepyourbenefits.org/en/il/**. Można również zadzwonić na infolinię wsparcia rodziny ICIRR (ICIRR's Family Support Hotline) w języku angielskim/hiszpańskim/koreańskim/polskim: **1-855-HELP-MY-FAMILY** (**1-855-435-7693**).

Świadczenia zdrowotne dla dorosłych imigrantów

Członek może kwalifikować się do tego programu, jeśli spełnia wszystkie cztery wymagania:

1. Ma co najmniej 42 lata i nie więcej niż 64 lata.
2. Jest jedną z następujących osób:
   a. Jest legalnym stałym rezydentem od mniej niż pięciu lat (znanym również jako posiadacz zielonej karty) lub
   b. Jest nieudokumentowanym imigrantem (w tym osobą o statusie tymczasowej ochrony)
3. Jest rezydentem stanu Illinois.
4. Ma roczny dochód gospodarstwa domowego w 2022 r. wynoszący $18 754 lub mniej dla jednej osoby; łączny dochód $25 268 lub mniej dla gospodarstwa domowego składającego się z dwóch osób. Limit dochodu różni się w zależności od liczby członków gospodarstwa domowego.

Świadczenia zdrowotne dla starszych imigrantów

Członek może kwalifikować się do tego programu, jeśli spełnia wszystkie cztery wymagania:

1. Ma 65 lat lub więcej.
2. Jest rezydentem stanu Illinois.
3. Jest jedną z następujących osób:
   a. Jest legalnym stałym rezydentem (LPR) od mniej niż pięciu lat (znanym również jako posiadacz zielonej karty) lub
   b. Jest nieudokumentowanym imigrantem (w tym osobą o statusie tymczasowej ochrony)
4. Ma roczny dochód w 2022 r. wynoszący $13 590 lub niższy, lub para z rocznym dochodem wynoszącym $18 310 lub niższym*.
5. Posiada aktywa poniżej $17 500.

Odnowa świadczeń Medicaid (ponowne ustalenie uprawnień)

Nie ryzykuj utraty świadczeń Medicaid – zakończ proces odnawiania na czas!

Każdego roku należy ukończyć proces odnawiania, aby zachować swoje świadczenia. Proces ten jest znany jako ponowne ustalenie uprawnień. Ponowne ustalenie to przegląd kwalifikowalności do Medicaid, SNAP lub pomocy pieniężnej. Stan musi zdecydować, czy członek nadal spełnia zasady uprawniające do dalszego otrzymywania świadczeń. Ubezpieczenie Medicaid należy odnowić co najmniej raz w roku. W przypadku korzystania ze świadczeń SNAP, należy to robić dwa razy w roku.

Jak odnowić ubezpieczenie Medicaid:

1. **Kliknij *„Zarządzaj moją sprawą" (Manage My Case)* na stronie abe.illinois.gov**
   - Utwórz lub zaloguj się na swoje konto na stronie **abe.illinois.gov**, aby zarządzać swoimi świadczeniami. **Najlepszym sposobem kontaktu jest kontakt przez Internet.**
2. **Zweryfikuj swój adres**
   - Adres osób korzystających z Medicaid musi być aktualny. Kliknij *„Zarządzaj moją sprawą"* (Manage My Case) i potwierdź swój adres w części *„Skontaktuj się z nami"* lub zadzwoń pod numer **1-877-912-8880**.

3. Znajdź termin odnowienia świadczeń (nazywany również datą ponownego ustalenia uprawnień)

- Aby znaleźć ten termin (datę ponownego ustalenia uprawnień), należy sprawdzić zakładkę „Szczegóły świadczeń" (Benefit Details) na stronie **abe.illinois.gov**
- Czy chcesz otrzymywać powiadomienia o terminie odnowienia świadczeń? Wyraź zgodę na otrzymywanie powiadomień tekstowych i e-mail w zakładce *Zarządzanie kontem (Account Management)* w części *Zarządzaj preferencjami komunikacji (Manage your communications preferences).*

4. Sprawdzaj pocztę

- Departament opieki zdrowotnej i usług rodzinnych (HFS) wyśle powiadomienie na miesiąc przed terminem odnowienia świadczeń. Poinformuje, czy należy wypełnić formularz odnowienia. W powiadomieniu podane będą kroki dotyczące ponownego ustalenia uprawnień.

5. Dokonaj ponownego ustalenia uprawnień

- Nie ryzykuj utraty Medicaid. Istnieje kilka sposobów na przesłanie wniosku o odnowienie.

Ponowne ustalenie uprawnień do Medicaid można przeprowadzić w następujący sposób:

- **Online.** Kliknij *„Zarządzaj moją sprawą" (Manage My Case)* na stronie **abe.illinois.gov**
- **Wysyłając pocztą lub faksem.** wypełniony formularz i wszelkie wymagane weryfikacje
- **Dzwoniąc** pod numer **1-800-843-6154**
- **Osobiście.** Lokalizację można znaleźć korzystając z lokalizatora biur IDHS na stronie **www.dhs.state.il.us**

Należy uważać na próby oszustwa. Stan Illinois nigdy nie żąda opłat za odnowienie świadczeń ani za złożenie wniosku o Medicaid. Próby oszustwa należy zgłaszać na infolinię ds. oszustw Medicaid pod numer **1-844-453-7283** (**1-844-ILFRAUD**)

Otwarta rejestracja

Raz w roku można zmienić plan zdrowotny w określonym okresie 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. W ciągu 60 dni okresu otwartej rejestracji można zmienić plan, 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 BCCHP, proszę skontaktować się z CES pod numerem **1-877-912-8880**.

Sieć świadczeniodawców

Blue Cross Community Health Plans współpracuje lekarzami, specjalistami i szpitalami w celu świadczenia usług medycznych. Należy korzystać z usług świadczeniodawców należących do sieci. Jeśli członek zdecyduje się na wizytę u lekarza spoza naszej sieci, będzie musiał zapłacić za usługi. Poza stanem nagłego zagrożenia zdrowia plan nie pokrywa usług świadczonych poza siecią. Przed uzyskaniem opieki należy zapytać świadczeniodawcę, czy należy do sieci BCCHP.

W przypadku niektórych usług, przed uzyskaniem leczenia konieczne może być uzyskanie zgody. Nazywa się to wcześniejszą autoryzacją. Bez uzyskania zgody BCCHP może nie pokryć kosztu usługi. Może wystąpić konieczność zapłaty za opiekę otrzymaną poza obszarem świadczenia usług, chyba że jest to nagły przypadek lub członek uzyska wcześniejszą autoryzację.

Jak znaleźć świadczeniodawcę, w tym lekarza podstawowej opieki (PCP):

Wyszukiwarka świadczeniodawców
www.bcchpil.com
Wyszukaj online 24/7 lub korzystając z aplikacji BCBSIL.

Katalogi świadczeniodawców
www.bcchpil.com
Wyświetl lub pobierz PDF z listą świadczeniodawców

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

Współpracujemy z innymi firmami, aby zapewnić członkom następujące usługi:

- Ubezpieczenie usług stomatologicznych zapewnia DentaQuest®
- Ubezpieczenie usług okulistycznych zapewnia Heritage Vision Plans Inc., obsługiwana przez VSP
- Ubezpieczenie usług aptecznych zapewnia Prime Therapeutics®

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP)

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej to osobisty lekarz, który będzie zapewniał członkowi większość opieki zdrowotnej. Może również skierować członka do innych świadczeniodawców, jeśli potrzebna będzie opieka specjalistyczna. W BCCHP można wybrać swojego PCP.

Na swojego PCP można wybrać następujących specjalistów:

- Lekarz rodzinny lub ogólny
- Położnik/ginekolog (OB/GYN)
- Internista (medycyna wewnętrzna)
- Pielęgniarka dyplomowana (NP), asystent lekarza (PA) lub pielęgniarka zaawansowanej praktyki (APN)
- Kliniki takie jak zarejestrowane federalnie ośrodki zdrowia (Federally Qualified Health Centers, FQHC), wiejskie ośrodki zdrowia (Rural Health Clinics, RHC) mogą być placówkami PCP

Jeżeli członek jest Indianinem amerykańskim lub rdzennym mieszkańcem Alaski może korzystać z usług świadczeniodawcy z plemienia Indian, organizacji plemiennej lub miejskiej organizacji Indian w stanie Illinois i poza nim.

Jeśli członek potrzebuje pomocy w znalezieniu lub zmianie swojego PCP, powinien skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne. Można również skorzystać z wyszukiwarki świadczeniodawców (Provider Finder) na stronie **bcchpil.com**.

Jak zmienić PCP

PCP można zmienić w dowolnym czasie. W tym celu należy skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem telefonu **1-877-860-2837**. Połączenie jest bezpłatne. Można również skorzystać z Blue Access for Members (BAM). Do konta BAM można zalogować się na stronie **www.bcchpil.com**. O ile zmiana nie jest to naprawdę konieczna, warto korzystać z usług tego samego PCP. W ten sposób świadczeniodawca będzie mógł poznać potrzeby zdrowotne członka oraz historię jego zdrowia i chorób. Po zmianie PCP należy pamiętać o przesłanie nowemu świadczeniodawcy swojej dokumentacji medycznej.

Świadczeniodawca opieki zdrowotnej dla kobiet (WHCP)

Kobiety ubezpieczone w BCCHP mogą wybrać świadczeniodawcę opieki zdrowotnej dla kobiet (Women's Health Care Provider, WHCP). WHCP jest lekarzem uprawnionym do praktykowania medycyny w dziedzinach położnictwa, ginekologii lub medycyny rodzinnej.

Planowanie rodziny

BCCHP dysponuje siecią placówek, w których można uzyskać usługi planowania rodziny. Można jednak zdecydować się na skorzystanie z usług i materiałów do planowania rodziny w dowolnej placówce spoza sieci bez skierowania, a koszty te zostaną pokryte.

Do refundowanych usług planowania rodziny należą:

- Wizyty dotyczące antykoncepcji
- Planowanie małżeństwa/rodziny, edukacja i doradztwo
- Testy ciążowe
- Badania laboratoryjne
- Testy na choroby przenoszone drogą płciową
- Sterylizacja

Część usług nie jest refundowana:

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

Opieka specjalistyczna

Specjalista to lekarz, który zajmuje się określonym stanem zdrowia. Przykładami specjalisty są kardiolog (zdrowie serca) i ortopeda (kości i stawy). PCP wystawi członkowi skierowanie, jeśli uzna, że wymaga on wizyty u specjalisty lub innego świadczeniodawcy. PCP zorganizuje opiekę specjalistyczną. Do specjalisty objętego siecią można zgłosić się bez skierowania.

Planowanie wizyt

Bardzo ważne jest dotrzymywanie terminów wszystkich wizyt u lekarza, badań laboratoryjnych lub prześwietleń RTG. Należy zadzwonić do swego PCP przynajmniej jeden dzień wcześniej, jeśli nie można przyjść na wizytę. Jeśli członek potrzebuje pomocy w umówieniu się na wizytę, powinien skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Podczas wizyt u lekarza, członkowie powinni:

- zabrać ze sobą kartę członkowską
- być punktualnie
- jak najszybciej zadzwonić do gabinetu lekarza w przypadku spóźnienia lub odwołania wizyty
- należy pamiętać, że PCP może nie być w stanie przyjąć spóźnionych pacjentów.

Teleporady

BCCHP ułatwiło kontakt z lekarzem, oferując opcje teleporad. Członek może uzyskać potrzebną opiekę, nawet wirtualnie. Aby uzyskać dodatkowe informacje, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** lub zapytać swojego lekarza, czy oferuje usługi teleporad. Poszczególni lekarze oferują teleporady na różne sposoby, o ile w ogóle je oferują. Jeśli członek potrzebuje pomocy w umawianiu wizyty, powienien zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Udział w kosztach

Konkretny plan obejmuje dopłaty. Dopłaty to stałe kwoty, które członek płaci za objętą ubezpieczeniem usługę opieki zdrowotnej, zwykle gdy ją otrzymuje. Kwota, którą członek może zostać obciążony, będzie się różnić w zależności od usługi i świadczeniodawcy. Nie można pobierać dopłat ani udziału w kosztach za usługę w stanie nagłego zagrożenia zdrowia potrzebną do oceny lub ustabilizowania stanu nagłego zagrożenia zdrowia. Współubezpieczenie to część kwalifikowanych wydatków medycznych, którą członek będzie musiał zapłacić. Na przykład, jeśli współubezpieczenie wynosi 10%, członek jest odpowiedzialny za zapłatę 10% kwalifikowanych wydatków medycznych, a plan pokryje pozostałe 90%. Kwota może zależeć od rodzaju objętej ubezpieczeniem usługi opieki zdrowotnej.

Dopłaty

Świadczenie	Udział w kosztach	Uwaga!
Hospitalizacja pacjenta w nienagłym przypadku	$250 dopłaty za pobyt	Hospitalizacja w szpitalu to pobyt w szpitalu przez jedną noc
Ośrodki chirurgii ambulatoryjnej i usługi ambulatoryjne	10% dopuszczalnej kwoty	Ośrodki chirurgii ambulatoryjnej to placówki, w których wykonuje się zabiegi chirurgiczne niewymagające pobytu w szpitalu

Opieka w nienagłym przypadku

W przypadku sytuacji medycznej niebędącej nagłym przypadkiem, takiej jak ból głowy lub rozstrój żołądka, należy zadzwonić na infolinię porad pielęgniarskich dostępną 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu pod numer **1-888-343-2697**. Pielęgniarka może pomóc zdecydować, czy należy zadzwonić do lekarza, czy leczyć problem w domu. Nagły przypadek to problem zdrowotny zagrażający życiu lub taki, który poważnie zaszkodzi zdrowiu, jeśli nie zostanie natychmiast leczony. Na SOR należy udawać się tylko w przypadku poważnych problemów zdrowotnych. Udanie się na SOR, gdy nie jest to nagły przypadek, może skutkować długim czasem oczekiwania i wyższymi kosztami.

Opieka doraźna

Opieka doraźna udzielana jest pacjentom, którzy wymagają natychmiastowej pomocy, ale nie są w sytuacji zagrożenia życia.

Przykłady opieki doraźnej:

- Drobne skaleczenia i zadrapania
- Przeziębienia
- Gorączka
- Ból ucha

Należy zadzwonić do PCP w celu uzyskania pilnej pomocy lub zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Można również zadzwonić na Infolinię porad pielęgniarskich, czynną 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może dotyczyć wystąpienia silnego bólu, urazu lub choroby. W stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy. Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia jest objęta ubezpieczeniem na terenie całych Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana, ale należy zadzwonić do swojego PCP i skontaktować się z Działem obsługi klienta w ciągu 24 godzin od uzyskania pomocy. Dopilnują, aby członek miał zapewnioną potrzebną dalszą opiekę.

Przykłady stanów nagłego zagrożenia zdrowia:

- Zawał serca
- Obfite krwawienie
- Zatrucie
- Trudności w oddychaniu
- Złamania kości

Co należy zrobić w nagłym przypadku:

- Należy udać się na najbliższy oddział ratunkowy; usługi w stanie nagłego zagrożenia zdrowia można uzyskać w dowolnym szpitalu lub innej placówce
- Należy zadzwonić pod numer **911**. Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą **911**, należy wezwać pogotowie.
- Skierowanie nie jest wymagane.
- Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana, ale należy skontaktować się z nami w ciągu 24 godzin od uzyskania pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.

Opieka po ustabilizowaniu stanu zdrowia

Usługi po ustabilizowaniu stanu zdrowia to niezbędne usługi świadczone członkowi po ustabilizowaniu jego stanu zdrowia po nagłym wypadku medycznym, aby poprawić jego stan. BCCHP pokrywa niektóre usługi po ustabilizowaniu stanu zdrowia. Medycznie niezbędne usługi rehabilitacyjne w ośrodku opieki długoterminowej są ograniczone do nie więcej niż 90 dni na epizod. Przykładem usługi objętej ubezpieczeniem może być wizyta kontrolna w gabinecie w celu uzyskania porady. Członek powinien zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**, aby dowiedzieć się, czy kwalifikuje się lub czy wymagana jest wcześniejsza autoryzacja w celu uzyskania opieki.

Nowe metody leczenia

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

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

Zespół przeprowadzający przegląd analizuje sprawę i podejmuje decyzję, czy leczenie jest konieczne ze względów medycznych. Jeśli lekarz członka będzie wnioskował o nowe leczenie, które nie zostało jeszcze sprawdzone, nasza grupa medyczna zapozna się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi leczenia i podejmie decyzję. Poinformuje lekarza członka, czy leczenie jest niezbędne ze względów medycznych i czy zostało zatwierdzone.

Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji lub zgody BCCHP. Nie ma potrzeby kontaktowania się z nami w celu uzyskania wcześniejszej autoryzacji. Można skontaktować się ze swoim lekarzem i poprosić go o wcześniejszą autoryzację.

BCCHP i PCP członka (lub specjalista) uzgodnią, które usługi są niezbędne ze względów medycznych. Termin niezbędne ze względów medycznych odnosi się do usług, które:

- Ratują życie
- Zapobiegają poważnym zachorowaniom lub niepełnosprawności
- Określają powód, by leczyć chorobę, schorzenie bądź uraz
- Pomagają w takich czynnościach jak jedzenie, ubieranie się i kąpiel.

Nie będziemy płacić za usługi świadczone przez świadczeniodawców spoza sieci, jeśli nie uzyskamy wcześniejszej autoryzacji. Członek może wspólnie ze świadczeniodawcą spoza sieci postarać się o uzyskanie wcześniejszej autoryzacji przed skorzystaniem z usług.

Niektóre usługi, które nie wymagają wcześniejszej autoryzacji:

- Podstawowa opieka
- Specjaliści z sieci
- Planowanie rodziny
- Usługi WHCP (należy wybierać lekarzy należących do sieci)
- Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia

Decyzje refundacyjne

BCCHP ustaliła surowe zasady dotyczące podejmowania decyzji odnośnie opieki. Nasi lekarze i personel podejmują decyzje odnośnie opieki wyłącznie w oparciu o potrzeby i świadczenia. Za odmowę lub przyznanie opieki nie są przyznawane żadne nagrody. BCCHP nie zachęca lekarzy do zapewniania niższego poziomu opieki niż opieka potrzebna pacjentowi. Lekarze nie otrzymują żadnego wynagrodzenia za odmowę udzielenia opieki.

Można porozmawiać z członkiem naszego personelu na temat naszego procesu zarządzania wykorzystaniem zasobów. W ramach UM analizujemy dokumentację medyczną, roszczenia i wnioski o wcześniejszą autoryzację. Proces ma na celu sprawdzenie, czy dane usługi są niezbędne ze względów medycznych. Sprawdzamy również, czy usługi są świadczone w odpowiednich warunkach i czy są one zgodne ze zgłoszonym schorzeniem. Więcej informacji o sposobie podejmowania decyzji dotyczących opieki można uzyskać dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Uzyskanie opinii drugiego lekarza

Pacjent może mieć wątpliwości co do opieki, jakiej zdaniem PCP lub innego lekarza, potrzebuje.

W związku z tym może zechcieć zasięgnąć drugiej opinii w celu:

- zdiagnozowania choroby
- upewnienia się, że plan leczenia jest dla niego odpowiedni

Kwestię uzyskania opinii drugiego lekarza należy omówić ze swoim PCP.

Skieruje on pacjenta do lekarza, który:

- również współpracuje z BCCHP
- jest lekarzem tej samej specjalności co lekarz, który wydał pierwszą opinię

Konsultacja u lekarza, który nie należy do naszej sieci, wymaga uzyskania wcześniejszej autoryzacji. Pomoc w kwestii opinii drugiego lekarza można uzyskać dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Więcej informacji można uzyskać dzwoniąc na Infolinię porad pielęgniarskich, czynną 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

Usługi objęte ubezpieczeniem

BCCHP zapłaci za wszystkie usługi niezbędne ze względów medycznych zgodnie z opisem w części Usługi medyczne objęte ubezpieczeniem. Członek może być zobowiązany do zapłacenia za opiekę lub usługi, które nie zostały wymienione w wykazie lub nie są niezbędne ze względów medycznych. Usługi ujęte w wykazie i uznane przez BCCHP za niezbędne ze względów medycznych, zostaną w całości pokryte przez BCCHP.

PCP może skierować członka do specjalisty lub innego świadczeniodawcy na badania medyczne. Może zorganizować członkowi wizytę. Skierowanie nie jest wymagane. W pewnych sytuacjach członek będzie musiał sam umówić się na wizytę. Nazywa się to samoskierowaniem. W celu uzyskania pomocy w umówieniu się na wizyty można również zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Plan obejmuje ubezpieczeniem członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. 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**. Skorzystanie z usług poza stanem Illinois wymaga wcześniejszej autoryzacji. W przypadku braku wcześniejszej autoryzacji, za koszt usług może zostać obciążony członek. W przypadku konieczności uzyskania pomocy doraźnej, należy udać się do najbliższego szpitala. Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia jest objęta ubezpieczeniem na terenie całych Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymaga w przypadku usług zapewnianych w stanie nagłego zagrożenia zdrowia na terenie Stanów Zjednoczonych.

Usługi medyczne

Blue Cross Community Health Plans zależy na tym, aby członkowie mieli zapewnioną opiekę, której potrzebują. BCCHP pokrywa wszystkie niezbędne ze względów medycznych usługi objęte programem Medicaid. W razie pytań dotyczących świadczeń należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Pytania dotyczące zdrowia można kierować na naszą Infolinię porad pielęgniarskich, czynną 24/7, pod numer **1-888-343-2697**. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji lub obowiązują je ograniczenia usług. Lekarz pomoże członkowi złożyć wnioski o wcześniejszą autoryzację. Dodatkowe informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia można znaleźć w Poświadczeniu ubezpieczenia BCCHP.

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń objętych ubezpieczeniem przez Blue Cross Community Health Plans:

- Usługi aborcji są pokrywane przez Medicaid (nie MCO) przy użyciu karty medycznej HFS
- Usługi akupunktury są objęte ubezpieczeniem Medicaid (nie MCO) przy użyciu karty medycznej HFS
- Usługi pielęgniarki zaawansowanej praktyki
- Usługi w ambulatoryjnym ośrodku chirurgicznym
- Wspomagające/pomocnicze urządzenia komunikacyjne
- Usługi audiologiczne (dotyczące słuchu)
- Krew, składniki krwi i ich podawanie
- Usługi chiropraktyka
- Usługi stomatologiczne, w tym chirurgia jamy ustnej
- Usługi planowania rodziny i materiały
- Wizyty w klinikach takich jak zarejestrowane federalnie ośrodki zdrowia (Federally Qualified Health Centers, FQHC), wiejskie ośrodki zdrowia (Rural Health Clinics, RHC) i innych klinikach pobierających stawkę za wizytę (encounter rate)
- Wizyty na oddziale ratunkowym w szpitalu
- Usługi świadczone w szpitalu
- Szpitalne usługi ambulatoryjne
- Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG
- Materiały medyczne, sprzęt, protezy i ortezy
- Usługi w zakresie zdrowia psychicznego
- Usługi i materiały okulistyczne
- Usługi optometrysty
- Usługi apteczne
- Usługi fizjoterapii, terapii zajęciowej i logopedyczne
- Usługi lekarza
- Usługi podiatry
- 90 dni, usługi po ustabilizowaniu stanu zdrowia
- Usługi dializy nerek
- Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie
- Usługi profilaktyki zdrowotnej i promowania zdrowego trybu życia
- Usługi w przypadku podostrego alkoholizmu i nadużywania substancji odurzających
- Transport na usługi objęte ubezpieczeniem

Usługi pokrywane z ograniczeniami

- BCCHP może pokrywać usługi sterylizacji tylko w zakresie dozwolonym przez prawo stanowe i federalne.
- Jeśli plan BCCHP obejmuje ubezpieczeniem histerektomię, powinien wypełnić formularz HFS 1977 i złożyć wypełniony formularz w dokumentacji medycznej członka.
- Usługi transplantacyjne ograniczają się do przeszczepów nerek i przeszczepów komórek macierzystych u pacjentów hospitalizowanych.

Usługi nieobjęte ubezpieczeniem

Oto lista niektórych usług i świadczeń, które nie są objęte ubezpieczeniem przez BCCHP:

- Usługi o charakterze eksperymentalnym lub badawczym
- Usługi świadczone przez świadczeniodawcę spoza sieci i nieautoryzowane przez BCCHP
- Usługi świadczone bez wymaganego skierowania lub wcześniejszej autoryzacji
- Planowa operacja plastyczna
- Opieka w zakresie bezpłodności, w tym odwrócenie sterylizacji i leczenie bezpłodności, np. sztuczne zapłodnienie, lub zapłodnienie in vitro
- Wszystkie usługi, które nie są niezbędne ze względów medycznych
- Usługi świadczone za pośrednictwem lokalnych agencji edukacyjnych
- Leki odchudzające lub wspomagające dietę
- Stomatologiczne zabiegi kosmetyczne
- Odbarwianie lub wybielanie zębów
- Implanty dentystyczne
- Ubezpieczenie na szkła kontaktowe
- Pomoce dla osób niedowidzących
- Laserowa korekcja wzroku
- Usługi programu zwolnień w zakresie usług opieki domowej i środowiskowej nie są objęte ubezpieczeniem
- Usługi placówek opieki długoterminowej nie są objęte ubezpieczeniem

BCCHP nie obejmuje ubezpieczeniem konopi. Konopie pochodzą z konopi indyjskich. Składnikiem aktywnym konopi jest delta-9-tetrahydrokannabinol (THC). Inna nazwa konopi to marihuana. Plan BCCHP nie obejmuje ubezpieczeniem żadnej postaci konopi. Obejmuje to:

- Nasiona rośliny
- Wyekstrahowaną żywicę
- Sól lub inne pochodne
- Dowolne mieszaniny lub preparaty związków pochodzących z konopi indyjskich

Nie jest to pełna lista niepokrywanych usług.

Dodatkowe informacje o usługach można uzyskać w Dziale obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Usługi stomatologiczne

BCCHP współpracuje z DentaQuest w zakresie świadczenia usług stomatologicznych. Świadczeniodawcy usług stomatologicznych dbają o zęby pacjentów. Korzystanie z usług stomatologicznych nie wymaga uzyskania wcześniejszej autoryzacji od PCP. Narzędzie „Znajdź świadczeniodawcę" (Find a Provider) na stronie **www.bcchpil.com** umożliwi znalezienie świadczeniodawcy usług stomatologicznych należącego do sieci. Można również zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

BCCHP obejmuje następujące usługi stomatologiczne*:

- Członkowie otrzymują dodatkowe czyszczenie raz w roku jako część świadczeń dla członków o wartości dodanej, łącznie dwa czyszczenia w ciągu 12 miesięcy
- Dwa badania stanu jamy ustnej w ciągu 12 miesięcy
- Prześwietlenia RTG
- Wypełnienia
- Koronki
- Usuwanie zębów
- Usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach
- Leczenie kanałowe w ograniczonym zakresie
- Protezy w ograniczonym zakresie

*Usługi te mogą być objęte pewnymi ograniczeniami. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji.

Usługi okulistyczne

BCCHP współpracuje z Heritage Vision Plans Inc., obsługiwaną przez VSP w celu świadczenia usług okulistycznych. Okuliści dbają o wzrok i oczy pacjentów. Korzystanie z usług okulistycznych nie wymaga uzyskania wcześniejszej autoryzacji od PCP. Aby znaleźć świadczeniodawcę usług okulistycznych, należy użyć wyszukiwarki świadczeniodawców na stronie **www.bcchpil.com** lub skorzystać z aplikacji BCBSIL. Można również zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Usługi obejmują:

- Jedno badanie wzroku co 12 miesięcy.
- Okulary:
  - Objęte ubezpieczeniem co dwa lata
  - Członkowie mogą uzyskać co dwa lata kwotę $40 na parę niestandardowych oprawek do okularów.
- Szkła kontaktowe są objęte ubezpieczeniem, jeśli są niezbędne ze względów medycznych, o ile okulary nie zapewnią pożądanego rezultatu.

W przypadku zagubienia lub kradzieży okularów lub szkieł kontaktowych, należy skontaktować się z Działem obsługi klienta. W razie pytań zawsze można zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Plan zapłaci wyłącznie za usługi, na które wyda zgodę.

Usługi apteczne

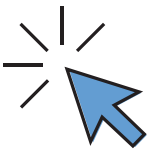
BCCHP korzysta z listy preferowanych leków (Preferred Drug List, PDL). PDL zapewniana jest przez Departament opieki zdrowotnej i usług rodzinnych stanu Illinois (HFS). BCCHP musi stosować się do listy PDL przekazanej przez HFS. Pomoże to lekarzowi w wyborze leków dla pacjenta. Za leki znajdujące się na PDL obowiązuje dopłata w wysokości $0, pod warunkiem, że są wykupywane w aptekach należących do sieci. Część leków z listy wymaga uzyskania zgody lub jest objęta ograniczeniami w oparciu o niezbędność medyczną. Aby uzyskać dalsze szczegóły o świadczeniach aptecznych należy pobrać listę PDL ze strony Ubezpieczenie na leki na **www.bcchpil.com**. Można również skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837** i sprawdzić, jakie leki znajdują się na PDL. Można poprosić o wysłanie listy PDL pocztą.

Lek należy wykupić w aptece należącej do sieci. Członek otrzyma zapas maksymalnie na jeden miesiąc (30 dni). Członek nie wnosi dopłat za leki na receptę objęte ubezpieczeniem i wykupione w aptekach należących do sieci. Należy upewnić się, że lekarz wie, jakie leki przyjmuje członek. Dotyczy to również leków sprzedawanych bez recepty.

Apteki należące do sieci

W naszej sieci znajduje się wiele aptek dostępnych za pośrednictwem Prime Therapeutics®. Udając się do apteki należy mieć przy sobie kartę członkowską, a także receptę. Osoby potrzebujące pomocy w dostaniu się do apteki powinny zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Jak znaleźć aptekę w swojej okolicy



Wyszukiwarka aptek
www.myprime.com
Kliknij „Apteki” (Pharmacies)

Katalog aptek
www.bcchpil.com
Przejrzyj lub pobierz stronę Ubezpieczenie na leki (Drug Coverage)

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

Leki nieujęte na liście preferowanych leków (PDL)

Jeśli leku przyjmowanego przez członka nie ma na liście PDL, członek ma dwie opcje:

- Może porozmawiać z lekarzem, który zdecyduje, czy przed zażądaniem wyjątku, członek może najpierw wypróbować lek z listy PDL.
- Wnioski o refundację leku w drodze wyjątku należy kierować do Działu obsługi klienta. Jako uzasadnienie wniosku należy dołączyć oświadczenie lekarza. Plan BCCHP musi podjąć decyzję w ciągu 24 godzin (jeden dzień) od uzyskania oświadczenia lekarza.

Prośby o wyjątki są zazwyczaj zatwierdzane tylko wtedy, gdy inne leki na PDL są mniej skuteczne. Albo jeśli byłoby to szkodliwe dla zdrowia.

Program sprzedaży wysyłkowej

Oferujemy program sprzedaży wysyłkowej leków na choroby przewlekłe. Członkowie mogą uzyskać nawet trzymiesięczny (90-dniowy) zapas wysyłany bezpośrednio do domu. Pacjent nie ponosi żadnych kosztów. W celu uzyskania pomocy należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

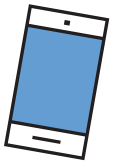
Leki i artykuły dostępne bez recepty (OTC)

Są to leki i artykuły, które można kupić w aptece bez recepty. Jako członek można jednorazowo kwartalnie zamówić zatwierdzone produkty OTC o wartości $25. Można to zrobić raz na trzy miesiące, bez żadnych kosztów. Kwoty świadczeń nie przechodzą na następny kwartał. Katalog artykułów dostępnych bez recepty można znaleźć na naszej stronie **www.bcchpil.com**. Zamówienie można złożyć na stronie **www.mpaotc.com**. Nowi użytkownicy będą musieli się zarejestrować. Zamówienie można również złożyć telefonicznie za pośrednictwem Działu obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Zamówienie zostanie wysłane na adres członka w ciągu 7 do 10 dni bez żadnych kosztów.

Usługi transportu medycznego w przypadkach niebędących nagłymi przypadkami

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

Jak umówić się na przejazd



Aplikacja ModivCare
W sklepie z aplikacjami należy wyszukać aplikację „ModivCare" i należy z niej korzystać do wszystkich 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

Należy potwierdzić przejazd
1-877-831-3148
Należy zadzwonić lub sprawdzić swoją aplikację mobilną trzy dni wcześniej

W dniu wizyty:

- Należy być gotowym na przejazd godzinę wcześniej.
- Kiedy kierowca przyjedzie, zatrąbi, zapuka, zadzwoni dzwonkiem lub zadzwoni telefonicznie. Musi poczekać pięć minut. Po pięciu minutach może odjechać i zgłosić 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.

Każdy, kto nie jest członkiem, musi uzyskać zgodę podczas planowania przejazdu. Członek jest odpowiedzialny za sprzęt medyczny lub fotelik bezpieczeństwa. Dotyczy to wózków inwalidzkich lub fotelików samochodowych dla dzieci. BCCHP nie pokrywa przejazdów z przyczyn innych niż medyczne, z wyjątkiem wydarzeń sponsorowanych przez BCCHP. Bez specjalnego zatwierdzenia BCCHP nie pokrywa kosztów przejazdów w odległości większej niż 40 mil lub do świadczeniodawców spoza sieci. Transport w nagłym przypadku nie wymaga autoryzacji.

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. Członek może również poprosić o to, aby w przyszłości nie korzystać z usług konkretnego przewoźnika.

Aplikacja ModivCare

Aplikacja ModivCare umożliwia elastyczne planowanie przejazdów medycznych w dowolnym czasie i miejscu. Aby pobrać aplikację wystarczy wyszukać „ModivCare" w Google Play® lub Apple App Store®. Aby utworzyć konto należy podać adres e-mail. Wystarczy kilka kliknięć, aby zamówić kolejny przejazd!

Pobierając aplikację ModivCare można:

- Zarezerwować, zmienić lub anulować przejazd
- Śledzić przejazd na żywo
- Zlokalizować kierowcę w czasie rzeczywistym i szacowany czas przyjazdu
- Wysłać SMS-a lub zadzwonić do kierowcy w celu upewnienia się, że nie przegapią przejazdów
- 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 bilety autobusowe. Plan może zapewnić bilety autobusowe na przejazdy na i z wizyty lekarskiej. Aby poprosić o bilety autobusowe, należy zadzwonić do ModivCare co najmniej dwa tygodnie przed wizytą. Bilety autobusowe zostaną wysłane do domu członka pocztą.

Świadczenia o wartości dodanej

Blue Cross Community Health Plans oferuje dodatkowe świadczenia. Są one dostępne wyłącznie dla członków planu Medicaid z BCCHP. Świadczenia są zapewniane członkom BCCHP dodatkowo do świadczeń w ramach Illinois Medicaid. Szczegóły dotyczące każdego dodatkowego świadczenia i informacje o tym, jak się na nie zapisać, podano poniżej. W celu uzyskania dalszych informacji lub zapisania się do tych programów należy skontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Blue365®

Członkowie otrzymują bezpłatne członkostwo w Blue365. Jest to program oferujący zniżki do wykorzystania wyłącznie na cele związane ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Szczegółowe informacje można uzyskać na stronie internetowej pod adresem **www.blue365deals.com**.

Leki i towary dostępne bez recepty (OTC)

Artykuły OTC to leki i towary, które można kupić w aptece bez recepty. Jako członek można bezpłatnie zamówić zatwierdzone produkty OTC o wartości $25 raz na kwartał (co trzy miesiące). Kwoty świadczeń nie przechodzą na następny kwartał. Katalog artykułów dostępnych bez recepty można znaleźć na stronie **www.bcchpil.com**. Zamówienie można złożyć na stronie **www.mpaotc.com**. Nowi użytkownicy będą musieli się zarejestrować. Zamówienie można również złożyć telefonicznie za pośrednictwem Działu obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Zamówienie zostanie wysłane na adres członka w ciągu 7 do 10 dni bez żadnych kosztów.

Usługi stomatologiczne

BCCHP oferuje dodatkowe świadczenia stomatologiczne o wartości dodanej. Uprawnieni członkowie będą mogli skorzystać z usług dwukrotnego czyszczenia zębów w roku.

Telefon komórkowy

Członek może zakwalifikować się do otrzymania bezpłatnie telefonu komórkowego, który umożliwi mu kontakt z lekarzem, koordynatorem opieki lub połączenie z numerem **911**.

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. Dodatkowe informacje można znaleźć na **www.bcchpil.com**.

Program zdrowotnych zachęt

Członek może kwalifikować się do otrzymania kart podarunkowych po ukończeniu określonych usług profilaktycznych w ramach Programu zdrowych zachęt:

- Karta podarunkowa o wartości $15 dla kobiet w wieku 50–74 lat, które poddają się corocznemu badaniu przesiewowemu w kierunku raka piersi

Rzucenie palenia

Koordynator opieki może zasugerować zasoby pomocne w rzucaniu palenia.

BCCHP IL Rewards℠

Po wykonaniu profilaktycznych działań zdrowotnych, członkowie mogą zrealizować karty podarunkowe za pośrednictwem BCCHP IL Rewards.

1. Należy zarejestrować się na **BCBSIL.com/BCCHPILRewards** lub pobrać aplikację mobilną BCCHP IL Rewards.
2. Do rejestracji potrzebna będzie karta członkowska, data urodzenia i adres e-mail.
3. W celu uzyskania pomocy w zapisaniu się do programu BCCHP IL Rewards, można również zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego mogą pomóc osobom zmagającym się z problemami ze zdrowiem psychicznym, nadużywającym substancji odurzających lub w kryzysie psychicznym. Rodzaj usługi, której członek może potrzebować, zależy od sytuacji osobistej. Usługi mogą wymagać

uzyskania wcześniejszej autoryzacji, warto więc zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** i upewnić się. Na wizytę u świadczeniodawcy należącego do sieci nie jest wymagane skierowanie. **Niektóre z pokrywanych usług behawioralnych to:**

- Środowiskowe usługi w zakresie zdrowia behawioralnego
- Leczenie szpitalne w trybie dziennym
- Intensywne programy w warunkach ambulatoryjnych
- Usługi ambulatoryjne: zarządzanie lekami, terapia i doradztwo
- Leczenie uzależnienia od alkoholu lub narkotyków

Infolinia dla osób w kryzysie zdrowia behawioralnego

Osoby przeżywające kryzys zdrowia psychicznego mogą zadzwonić pod numer **1-800-345-9049**. Jest to całodobowa usługa interwencji kryzysowej i stabilizacji. Podczas kryzysu związanego ze zdrowiem psychicznym wykwalifikowany specjalista ds. zdrowia psychicznego jest wysyłany do członka na osobiste badanie przesiewowe.

Learn to Live: Platforma zdrowia behawioralnego

Learn to Live (Naucz się żyć) to bezpłatny internetowy program zdrowotny. Learn to Live oferuje rozwiązania w zakresie zdrowia psychicznego we własnym tempie. Ponadto dostęp do doradców członków 24/7. Może pomóc w radzeniu sobie z typowymi wyzwaniami, takimi jak stres, lęk, depresja i nadużywanie substancji. Aby rozpocząć, należy zarejestrować się na stronie **www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid** (Kod dostępu: **ILMED**).

Koordynacja opieki

Członkowie co najmniej raz w roku przejdą badanie przesiewowe pod kątem zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Assessment, HRS). Po zapisaniu się do planu, BCCHP zadzwoni lub wyśle do członka wiadomość tekstową, informującą o konieczności poddania się badaniu przesiewowemu HRS. Badanie przesiewowe pomoże ustalić nawyki zdrowotne członka, ewentualne zagrożenia dla zdrowia i zdecydować, czy członek potrzebuje wsparcia koordynatora opieki. Członkowie, którzy chcą przejść badanie HRS, a przeoczyły telefon lub wiadomość tekstową,powinny zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

HRS pomaga nam ustalić, czy członek potrzebuje koordynatora opieki. Jeśli członek kwalifikuje się i zdecyduje się skorzystać z usługi, zostanie mu przydzielony koordynator opieki. Koordynator opieki będzie współpracować z nami w celu zarządzania opieką nad członkiem. Jest on instruktorem opieki zdrowotnej. Będzie nadzorował plan opieki, który członek i jego zespół opieki uzna za właściwy. Koordynatorzy opieki mogą pomóc w osiągnięciu celów zdrowotnych dzięki skorzystaniu z przysługujących świadczeń.

Koordynator opieki:

- Zaplanuje osobiste wizyty lub kontakty telefoniczne z członkiem.
- Wysłucha problemów pacjenta.
- Pomoże w uzyskaniu usług i wykryciu problemów zdrowotnych, zanim się pogorszą (opieka profilaktyczna).
- Razem z lekarzem pacjenta i innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej pomoże w określeniu potrzebnej opieki.
- Pomoże członkowi, jego rodzinie i opiekunowi lepiej zrozumieć schorzenie(-a) członka, stosowane przez niego leki oraz terapie.

Zespół opieki pomoże członkowi uzyskać pomoc i opiekę potrzebne do utrzymania dobrego stanu zdrowia. Obejmuje to:

- Wskazówki, jak kontrolować wagę, lepiej się odżywiać i zachować dobrą formę dzięki programowi ćwiczeń.
- Przekazywanie broszur z poradami, jak radzić sobie z przewlekłymi lub utrzymującymi się obecnie schorzeniami.
- Asystentów ds. wsparcia w powrocie do zdrowia, którzy wspierają członka w powrocie do zdrowia po chorobie psychicznej lub uzależnieniu
- Udzielanie porad dotyczących dbania o zdrowie, zdrowych nawyków i konieczności regularnych badań i badań przesiewowych.
- Planowanie rodziny

Usługi w zakresie zmiany opieki

Członek ma prawo do usług w zakresie zmiany opieki, gdy ma zaplanowany zabieg chirurgiczny w szpitalu lub nieplanowane przyjęcie do szpitala w przypadku pacjentów hospitalizowanych. Nasze usługi pomogą Ci, gdy zostaniesz wypisany do domu lub na niższy poziom opieki. Zwracamy szczególną uwagę na pomoc w przejściu z jednego poziomu opieki na inny. Na przykład, gdy członek zostanie wypisany ze szpitala z powrotem do domu. Ważne jest, aby zrozumiał instrukcje dotyczące wypisu i miał wszystko, aby dojść do siebie 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 koordynacji usług w celu zapewnienia bezpiecznej, terminowej i wysokiej jakości opieki podczas opuszczania szpitala.
- Zrozumienie stanu zdrowia członka i wsparcie jego zdolności do samodzielnego dbania o siebie.
- Udzielanie wskazówek przed planowanymi przyjęciami np. do szpitala, na przykład na zaplanowaną operację. Udzielanie wskazówek również po wypisie ze szpitala w przypadku nieplanowanego przyjęcia do szpitala.
- Zapewnienie edukacji na temat leków i zaleceń lekarskich.

Zarządzanie skomplikowanymi przypadkami

Oferujemy specjalny program Zarządzania skomplikowanymi przypadkami dla członków z trudnymi chorobami. Na przykład cierpiących na choroby nerek, depresję lub z zaburzeniem używania substancji odurzających. Jeśli członek się kwalifikuje, otrzyma ukierunkowaną pomoc od koordynatora opieki, aby pomóc 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 zgodnie z potrzebami.
- Organizowanie transportu na wizyty lekarskie i z powrotem
- Pozyskiwanie i wyjaśnienie informacji o lekach.
- 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 schorzenia zdrowotne, leki na receptę, leki dostępne bez recepty i metody leczenia.

Program kontrolowania chorób

W przypadku nadciśnienia (wysokiego ciśnienia krwi), cukrzycy lub astmy, członek kwalifikuje się do naszego programu zarządzania chorobami. 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 z umiarkowanym ryzykiem są kontaktowani przez koordynatora opieki, który specjalizuje się w zarządzaniu tym schorzeniem. Jeśli członek został zarejestrowany w programie, współpracuje ze swoim koordynatorem opieki, aby opracować konkretne cele w kierunku poprawy 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 środowiskowych i zasobów w celu uzyskania dodatkowych materiałów i wiedzy oraz wsparcia, takiego jak poprawa dostępu do zdrowej żywności i środowiskowych programów ćwiczeń .

Dobrowolne usługi

Koordynator opieki pomaga członkowi korzystać ze świadczeń zdrowotnych i usług środowiskowych. Dzięki temu członek może realizować swoje cele zdrowotne. Programy koordynacji opieki są dobrowolne. 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. Lekarz może sprawdzić dietę, aktywność fizyczną, wagę, stan uzębienia, wzroku i zdrowia behawioralnego członka. Podczas wizyty zostaną przeprowadzone wszystkie potrzebne szczepienia i badania przesiewowe. Należy przejrzeć poniższe tabele ze swoim PCP.

Zalecane usługi profilaktyczne dla dorosłych	
Jeśli członek jest w wieku	**Potrzebuje**
Wiek 35-49	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), cytologia, badanie poziomu cholesterolu (u osób w wieku powyżej 44 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry (u osób w wieku powyżej 39 lat), początkowe badanie mammograficzne (pokrywane raz u członków w wieku 35-40 lat), coroczne przesiewowe badanie mammograficzne (osoby w wieku 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

Zalecane usługi profilaktyczne dla dorosłych	
Jeśli członek jest w wieku	**Potrzebuje**
Wiek 65+	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), szczepienie przeciw pneumokokom, mammografia (do 74 lat), badanie poziomu cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (do 75 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry, badanie przesiewowe słuchu

Szczegółowe informacje na temat programów można uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Można również sprawdzić naszą stronę internetową. Należy szukać w zasobach dla członków (Member Resources) na stronie **www.bcchpil.com**. Celem programów jest pomóc w osiągnięciu i utrzymaniu dobrego zdrowia i samopoczucia.

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. Na początku należy wejść na stronę **www.blue365deals.com**.

Blue Door Neighborhood Center (BDNC℠)

Blue Door Neighborhood Centers to ośrodki społecznościowe. 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 społecznościowych. Ośrodki 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.

Trójtorowe podejście: Blue Door Neighborhood Center zapewnia: zarządzanie stanem zdrowia, edukację zdrowotną i promocję zdrowia oraz programowanie społecznych uwarunkowań zdrowia (SDOH).

Dodatkowe informacje o ośrodkach BDNC i nadchodzących wydarzeniach można znaleźć na stronie **www.bcbsil.com/bdnc**. **Należy wejść na stronę BDNC:**

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

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

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

Dla spokoju ducha!

Czynna 24/7 linia porad pielęgniarskich umożliwia prywatne rozmowy z pielęgniarką na tematy związane ze zdrowiem. Połączenie jest bezpłatne i można dzwonić 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu 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:

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

BCCHP oferuje również przeniesienie usług związanych z opieką, zarządzanie złożonymi przypadkami i usługami leczenia. Dodatkowe informacje można znaleźć w **Koordynacja opieki na stronie 19**.

Oprócz programów BCCHP dostępne są również inne zasoby stanowe. Szczegółowe informacje można uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Program ograniczeń dla odbiorców

BCCHP monitoruje zażywanie leków na receptę w ramach Programu ograniczeń dla odbiorców.

Szukamy znaków ostrzegawczych, takich jak:

- Duplikowanie farmakoterapii
- Nadużywanie i niedostateczne zażywanie leków
- Nakładające się apteki lub osoby przepisujące leki
- Niewłaściwe zażywanie leków lub ich nadużywanie

Nasz zespół farmaceutów stosuje ustalony proces „blokowania". Wiąże się to z ograniczeniem („zablokowaniem") członków do jednej apteki podczas leczenia. Służy to do walki z nadużywaniem lub niewłaściwym zażywaniem leków.

Oświadczenia woli

Oświadczenie woli to pisemna decyzja członka w sprawie swojej przyszłej opieki zdrowotnej w sytuacji, gdyby choroba członka uniemożliwiała mu samodzielne podejmowanie decyzji. Przepisy stanu Illinois dopuszczają trzy rodzaje oświadczeń woli:

- **Pełnomocnictwo w sprawach opieki zdrowotnej -** umożliwia członkowi wyznaczenie osoby, która będzie podejmować decyzje dotyczące jego opieki zdrowotnej, jeśli członek jest zbyt chory, aby to zrobić.
- **Testament życia -** informuje lekarza i innych świadczeniodawców, jakiego rodzaju opieki członek sobie życzy w sytuacji gdy będzie śmiertelnie chory, co oznacza, że jego stan nie poprawi się.
- **Preferencje dotyczące zdrowia psychicznego -** pozwala zdecydować, czy członek chce otrzymywać niektóre rodzaje terapii w zakresie zdrowia psychicznego, które mogą mu pomóc.
- **Nakaz niepodejmowania 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

Dodatkowe informacje na temat oświadczeń woli można uzyskać od planu ubezpieczenia zdrowotnego 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.

Zażalenia i odwołania

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

Zażalenia

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

BCCHP traktuje skargi członków poważnie. Chcemy wiedzieć, w jakich obszarach możemy poprawić nasze usługi. W przypadku zażaleń dotyczących świadczeniodawców lub jakości opieki lub usług, należy jak najszybciej nas o tym powiadomić. BCCHP stosuje specjalne procedury, aby pomóc członkom w składaniu zażaleń. Dołożymy wszelkich starań, aby odpowiedzieć na pytania członków i pomóc w rozwiązaniu ich wątpliwości. Złożenie zażalenia 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 nie uszanował praw członka.
- Członek miał problem z umówieniem się na wizytę u swojego świadczeniodawcy w rozsądnych granicach czasowych.
- Członek nie jest zadowolony z jakości otrzymanej opieki lub leczenia.
- Świadczeniodawca lub członek personelu był wobec członka niegrzeczny.
- Świadczeniodawca lub członek personelu był nieczuły na potrzeby kulturowe członka lub inne szczególne potrzeby.

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

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 660717
Dallas, TX 75266
Fax: **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 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 na to, aby ktoś go reprezentował lub działał w jego imieniu, poinformuje o tym BCCHP na piśmie, podając imię i nazwisko swojego przedstawiciela oraz jego dane kontaktowe.

Postaramy się niezwłocznie rozwiązać kwestię zażalenia. Jeśli będzie to niemożliwe, Plan może skontaktować się z członkiem, aby uzyskać więcej informacji.

Odwołania

Odwołanie oznacza prośbę o sprawdzenie podjętych przez nas działań. Jeśli stwierdzimy, że żądana usługa lub produkt nie może być zatwierdzona, lub jeśli usługa zostanie ograniczona bądź jej świadczenie przerwane, członek otrzyma od nas pismo o „niekorzystnej decyzji o świadczeniach".

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, przyspieszonego odwołania 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 sprawdzenie podjętych przez nas działań. Członek może odwołać się w ciągu 60 dni kalendarzowych od daty podanej w naszym liście o niekorzystnym ustaleniu świadczeń. Jeśli członek pragnie zachować takie same usługi podczas składania odwołania, musi to zaznaczyć podczas składania odwołania i złożyć odwołanie nie później niż w ciągu 10 dni kalendarzowych od daty podanej w naszym liście o niekorzystnym ustaleniu świadczeń.

Przykłady sytuacji, w których członek może 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. Pisemny wniosek należy wysłać pocztą lub faksem na adres:

   Blue Cross Community Health Plans
   Attn: Grievance and Appeals Dept.
   PO Box 660717
   Dallas, TX 75266
   Faks standardowy: **1-866-643-7069**
   Faks ekspresowy: **1-800-338-2227**

Członkowie nie mówiący po angielsku mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy tłumacza. Proszę dołączyć wniosek podczas składania odwołania. Osoby niedosłyszące powinny dzwonić na linię TTY/TDD Działu obsługi klienta pod numer **711**.

Czy ktoś może pomóc w procesie odwołania?

Istnieje kilka opcji 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 należy:

1. Wysłać nam list informujący o chęci bycia reprezentowanym przez kogoś innego i podanie w liście danych kontaktowych tej osoby lub
2. Wypełnienie formularza dot. odwołań upoważnionego przedstawiciela. Formularz ten można znaleźć na stronie **www.bcchpil.com**.

Procedura odwołania

W ciągu **trzech 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.

BCCHP prześle naszą decyzję na piśmie **w ciągu 15 dni roboczych** od daty otrzymania przez nas wniosku o odwołanie. BCCHP może poprosić o przedłużenie do **14 dni kalendarzowych**, aby podjąć decyzję w tej sprawie, jeśli będziemy potrzebować więcej informacji przed podjęciem decyzji. 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 podaną w piśmie o niekorzystnej decyzji o świadczeniach, 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 (15 dni roboczych) może poważnie zagrażać życiu lub zdrowiu członka, można zażądać przyspieszonego rozpatrzenia odwołania składając wniosek w formie pisemnej lub dzwoniąc do Planu. We wniosku pisemnym należy podać swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny członka, datę otrzymania pisma o niekorzystnej decyzji w sprawie świadczeń, informacje o swoim przypadku oraz powód żądania przyspieszonego rozpatrzenia odwołania. Wniosek o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym można również przesłać faksem do BCCHP na numer **1-800-338-2227**. Jeśli potrzebne będą dodatkowe informacje, poinformujemy o tym w ciągu 24 godzin. Po otrzymaniu wszystkich informacji skontaktujemy się z członkiem w ciągu 24 godzin, aby poinformować go o naszej decyzji. Wyślemy także członkowi i jego przedstawicielowi powiadomienie 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. Odwołanie można wycofać 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 Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

Jakie są następne kroki?

Po otrzymaniu od BCCHP pisemnego Zawiadomienia o decyzji w sprawie odwołania, członek nie musi podejmować żadnych działań, a sprawa odwołania zostanie zamknięta. Jeśli jednak nie zgadza się z decyzją podjętą w sprawie swego odwołania, może wystąpić o przeprowadzenie stanowego przesłuchania administracyjnego i/lub o zewnętrzną ocenę swego odwołania w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty podanej w zawiadomieniu o decyzji. Można zażądać zarówno stanowego przesłuchania administracyjnego jak i zewnętrznej rewizji lub wybrać jedną z opcji.

Stanowe przesłuchanie administracyjne

Jeśli członek zechce, może zażądać odwołania na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego w ciągu **120 dni kalendarzowych** od daty otrzymania Zawiadomienia o decyzji, jeśli będzie chciał w dalszym ciągu korzystać z usług musi go zażądać w ciągu **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.
- Aby założyć konto odwoławcze ABE i złożyć odwołanie w sprawie rozprawy stanowej online,należy odwiedzić stronę **abe.illinois.gov/abe/access/appeals**. Dzięki temu będzie można śledzić i zarządzać swoim odwołaniem online, przeglądać ważne daty i zawiadomienia oraz przesyłać dokumenty dotyczące stanowego przesłuchania administracyjneego.

Jeśli członek chce złożyć apelację w sprawie stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczącego jego usług medycznych, powinien wysłać swoją prośbę w formie pisemnej na adres:

Illinois Department of Health care and Family Services Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor Chicago, IL 60602
Faks: **(312) 793-2005**
E-mail: **HFS.FairHearings@illinois.gov**
Można również zadzwonić pod numer **(855) 418-4421**, TTY: **(800) 526-5812**

Jeśli członek chce złożyć apelację w sprawie stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczącego jego usług w zakresie zdrowia psychicznego lub leczenia uzależnień, powinien wysłać swoją prośbę w formie pisemnej 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.HSPAppeals@illinois.gov**
Może również 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. Przekaże 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 ze swoim stanowym przesłuchaniem administracyjnym przez konto ds. odwołań ABE. Można stąd również przesyłać dokumenty i przeglądać wizyty.

Co najmniej **trzy 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. Wszelkie dowody, które członek zamierza przedstawić na przesłuchaniu, musi dostarczyć BCCHP oraz bezstronnemu urzędnikowi

ds. przesłuchania co najmniej **trzy dni robocze** przed przesłuchaniem. 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 przesłuchanie

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 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 35 dni od daty otrzymania tego pisma. W przypadku pytań proszę dzwonić do Biura ds. przesłuchań.

Rewizja zewnętrzna (jedynie usługi medyczne)

W ciągu **30 dni kalendarzowych** od daty podanej na Zawiadomieniu o decyzji w sprawie odwołania członek może poprosić o ponowne rozpatrzenie sprawy przez osobę spoza BCCHP. Nazywa się to rewizją zewnętrzną..

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

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

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 660717
Dallas, TX 75266

Faks dla standardowych odwołań:
1-866-643-7069
Faks dla odwołań w trybie przyspieszonym
1-800-338-2227

Jakie są następne kroki?

- Sprawdzimy, czy wniosek członka spełnia kryteria właściwe dla weryfikacji przez podmiot zewnętrzny. Mamy na to pięć 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 dni roboczych od daty wysłania pisma przez Plan na przesłanie osobie weryfikującej dodatkowych informacji dotyczących wniosku.

Osoba dokonująca rewizji zewnętrznej wyśle członkowi i/lub jego przedstawicielowi oraz planowi Blue Cross Community Health Plans list ze swoją decyzją w ciągu pięciu dni kalendarzowych od otrzymania wszystkich informacji niezbędnych do ukończenia rewizji.

Rewizja zewnętrzna w trybie przyspieszonym.

Jeśli normalne ramy czasowe zewnętrznej rewizji mogłyby zagrozić życiu lub zdrowiu członka, członek lub jego przedstawiciel może poprosić o **zewnętrzną rewizję w trybie przyspieszonym**. Można to zrobić telefonicznie lub w formie pisemnej. Aby zażądać przyspieszonej zewnętrznej rewizji przez telefon, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod bezpłatny numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Aby zażądać przyspieszonej rewizji pisemnie, należy wysłać pismo do Planu na podany niżej adres. Zewnętrznej rewizji odnośnie konkretnego działania można zażądać tylko jeden (1) raz. W piśmie należy poprosić o zewnętrzną rewizję takiego działania.

Blue Cross Community Family Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 660717
Dallas, TX 75266
Faks ekspresowy: **1-800-338-2227**

Jakie są następne kroki?

- Po otrzymaniu telefonu lub pisma z wnioskiem o przyspieszoną rewizję zewnętrzną, Plan niezwłocznie zapozna się z wnioskiem i sprawdzi, czy kwalifikuje się on do tego rodzaju rewizji. 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 rewizji.
- Tak szybko jak będzie wymagał tego stan zdrowia członka, jednak nie później niż dwa 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 BCCHP. W ciągu 48 godzin wyśle również pismo z decyzją do członka i/lub jego przedstawiciela oraz do BCCHP.

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 BCCHP w innych językach lub formatach, np. przy udziale tłumacza 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 swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) z katalogu lekarzy BCCHP. 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 w rozsądnym terminie informacji na temat planu ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeniodawców oraz zasad, w tym praw i obowiązków członków.

Obowiązki członka

- Lekarza i personel gabinetu należy traktować z uprzejmością i szacunkiem.
- Należy nosić przy sobie kartę identyfikacyjną 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 zaleceniami i planem leczenia otrzymanymi od lekarza.
- W przypadku zmiany adresu lub numeru telefonu należy poinformować o tym plan opieki zdrowotnej i opiekuna w planie.
- Należy przeczytać podręcznik dla członków, aby sprawdzić, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i czy obowiązują jakieś specjalne zasady.

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. Przykłady oszustw:

- Użycie cudzej karty członkowskiej lub pozwolenie innej osobie na użycie swojej karty.
- Świadczeniodawca (lekarz) wystawia rachunek za niewykonane usługi.

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

- Przemoc fizyczna ma miejsce, gdy ktoś wyrządza krzywdę, na przykład poprzez policzkowanie, uderzenie pięścią, popchnięcie lub groźbę użycia broni.
- 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.

Osoby, które czują się ofiarami powinny natychmiast to zgłosić. Można zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Wszelkie podejrzenia nadużyć należy zgłaszać

Zgodnie z prawem obowiązkiem członka jest zgłaszanie zarzutów dotyczących nadużyć i zaniedbań. Członek powinien skontaktować się z Departamentem usług społecznych stanu Illinois (DHS) lub Departamentem ds. osób starszych stanu Illinois (DOA).

- Jeśli osoba jest zapisana do programu lub mieszka w placówce finansowanej, licencjonowanej lub certyfikowanej przez DHS lub mieszka w prywatnym domu, proszę skontaktować się z infolinią Biura Inspektora Generalnego: **1-800-368-1463**.
- Jeśli ofiarą znęcania się lub zaniedbywania jest osoba dorosła w wieku 18 lat lub starsza, która nie przebywa w domu opieki lub placówce opieki wspomaganej, należy zadzwonić na infolinię DOA pod numer **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 pod numer **1-877-860-2837**. Można również skorzystać z infolinii ds. oszustw i nadużyć: **1-800-543-0867**.

Wszystkie dane będą traktowane jako poufne. Eliminowanie nadużyć, zaniedbań i oszustw jest obowiązkiem każdego z nas.

Definicje

Odwołanie: prośba o ponowne rozpatrzenie decyzji przez plan zdrowotny.

Współubezpieczenie: część kwalifikowanych wydatków, którą członek będzie musiał zapłacić. Na przykład, jeśli współubezpieczenie wynosi 10%, członek jest odpowiedzialny za zapłatę 10% kwalifikowanych wydatków medycznych, a jego plan zdrowotny pokryje pozostałe 90%.

Dopłata: stała kwota (na przykład $15), którą członek zapłaci za objętą ubezpieczeniem usługę opieki zdrowotnej, zwykle gdy otrzymuje usługę. Kwota może zależeć od rodzaju objętej ubezpieczeniem usługi opieki zdrowotnej.

Trwały sprzęt medyczny: sprzęt i materiały zamówione przez świadczeniodawcę usług opieki zdrowotnej do codziennego lub długotrwałego użytku.

Doula: Doule wspierają ciężarne klientki w trakcie ciąży, porodu i połogu, mając na celu poprawę wyników dla rodzących i niemowląt.

Stan nagłego zagrożenia zdrowia: choroba, uraz, objaw lub stan tak poważny, że rozsądna osoba natychmiast szukałaby pomocy, aby uniknąć poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Usługi ratunkowe: ocena nagłego stanu medycznego i leczenie w celu zapobiegania pogorszeniu się stanu.

Usługi wykluczone: usługi opieki zdrowotnej, za które ubezpieczenie zdrowotne lub plan nie płaci lub ich nie obejmuje.

Skarga: skarga, którą członek przekazuje do planu zdrowotnego.

Usługi i urządzenia rehabilitacyjne: 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: usługi opieki zdrowotnej, które dana osoba otrzymuje w domu.

Wizyty domowe: wizyty domowe to przeszkoleni specjaliści, których wizyty i działania koncentrują się na promowaniu silnej więzi rodzic-dziecko w celu wspierania zdrowego rozwoju dziecka.

Usługi hospicyjne: usługi zapewniające komfort i wsparcie osobom w ostatnich stadiach choroby terminalnej i ich rodzinom.

Hospitalizacja: opieka w szpitalu, która wymaga przyjęcia jako pacjent stacjonarny i zwykle wymaga noclegu. Pobyt przez noc na obserwacji może być opieką ambulatoryjną.

Opieka ambulatoryjna w szpitalu: opieka w szpitalu, która zazwyczaj nie wymaga noclegu.

Medycznie konieczne: Usługi opieki zdrowotnej lub materiały potrzebne do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu, schorzenia lub jego objawów, które spełniają przyjęte standardy medyczne.

Poza siecią: zapewnienie beneficjentowi możliwości 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: decyzja ubezpieczyciela lub planu zdrowotnego uznająca, że dana usługa opieki zdrowotnej, plan leczenia, lek na receptę lub trwały sprzęt medyczny są konieczne ze względów medycznych. 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 pokryje koszty.

Pokrycie kosztów leków na receptę: ubezpieczenie zdrowotne lub plan, który pomaga zapłacić za leki na receptę i leki.

Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej: lekarz (M.D. – lekarz medycyny lub D.O. – doktor medycyny osteopatycznej), pielęgniarka, pielęgniarka kliniczna lub asystent lekarza, zgodnie z prawem stanowym, który zapewnia, koordynuje lub pomaga pacjentowi uzyskać dostęp do szeregu usług opieki zdrowotnej.

Usługi i urządzenia rehabilitacyjne: 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 bądź niepełnosprawności. Usługi te mogą obejmować fizjoterapię i terapię zajęciową, terapię mowy i języka oraz usługi rehabilitacji psychiatrycznej w różnych warunkach stacjonarnych i/lub ambulatoryjnych.

Specjalista: lekarz, który koncentruje się na określonej dziedzinie medycyny lub grupie pacjentów, aby diagnozować, zarządzać, zapobiegać lub leczyć określone rodzaje objawów i schorzeń.

Opieka doraźna: opieka 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. Jeśli członek chciałby otrzymać kopię powiadomienia, powinien zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

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.

Poświadczenie ubezpieczenia

Wszelkie pytania należy kierować do Działu obsługi klienta, dzwoniąc pod bezpłatny numer telefonu **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub na Infolinię porad pielęgniarskich czynną 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

Poświadczenie ubezpieczenia

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 Plans, znany również jako BCCHP, zawarł umowę z Departamentem opieki zdrowotnej i usług rodzinnych stanu Illinois (HFS) na zapewnianie opieki zdrowotnej.

Poświadczenie to wydawane jest przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), oddział Health Care Service Corporation, firma Mutual Legal Reserve Company (HCSC), niezależny licencjobiorca Blue Cross and Blue Shield Association, działający jako organizacja opieki zdrowotnej. W związku z rejestracją członka, BCBSIL zapewni świadczenie członkom pokrywanych usług opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami niniejszego Poświadczenia.

Niniejsze Poświadczenie ubezpieczenia może podlegać zmianom, modyfikacjom lub rozwiązaniu na mocy porozumienia pomiędzy Blue Cross Community Health Plans a Departamentem opieki zdrowotnej i usług rodzinnych stanu Illinois, bez zgody dowolnego członka. O wprowadzonych zmianach członkowie zostaną powiadomieni możliwie jak najszybciej.

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

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

Arkusz opisu zakresu ubezpieczenia

Plan obejmuje ubezpieczeniem członków, którzy mieszkają w stanie Illinois. 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**. Na usługi świadczone poza stanem Illinois, wymagana będzie wcześniejsza autoryzacja. W przypadku braku wcześniejszej autoryzacji, za koszt usług może zostać obciążony członek.

W przypadku konieczności uzyskania pomocy doraźnej, należy udać się do najbliższego szpitala. Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia jest objęta ubezpieczeniem na terenie całych Stanów Zjednoczonych.

Usługi objęte ubezpieczeniem

Plan obejmuje dopłatę i współubezpieczenie, ale nie obejmuje udziału własnego w przypadku usług objętych ubezpieczeniem BCCHP. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji BCCHP, jak pokazano w poniższych tabelach. W razie pytań należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Usługi medyczne	Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Aborcja	Usługi aborcji są pokrywane przez Medicaid (nie MCO) i należy korzystać z karty medycznej HFS	Tak
Akupunktura	Usługi akupunktury ograniczają się do zabiegów związanych z bólem dolnej części pleców i leczeniem ułożenia pośladkowego dziecka	Tak
Usługi pielęgniarki zaawansowanej praktyki		Nie
Usługi ambulatoryjnego centrum zabiegów chirurgicznych	Obowiązuje dopłata	Tak
Doroczne badania stanu zdrowia osoby dorosłej	Badania przeprowadzane są przez PCP lub WHPC. Badania przedmiotowe nie są częścią usług planowania rodziny.	Nie
Wspomagające/ pomocnicze urządzenia komunikacyjne		Tak
Usługi audiologiczne	Aparaty słuchowe są ograniczone do jednego aparatu słuchowego na ucho, co trzy lata. Badania słuchu są objęte ubezpieczeniem tylko w przypadku występowania objawów ze strony ucha.	Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego	Obejmują między innymi: • Środowiskowe usługi w zakresie zdrowia behawioralnego • Usług dla osób w kryzysie • Usługi ambulatoryjne, takie jak leczenie farmakologiczne, terapia i doradztwo • Leczenie szpitalne w trybie dziennym	Tak, w określonych okolicznościach.

Usługi medyczne	Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Krew, składniki krwi i ich podawanie		Nie
Usługi chiropraktyka	Ograniczają się do terapii manualnej kręgosłupa w przypadku podwichnięcia	Nie
Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytu		Nie
Radiologia diagnostyczna i lecznicza	• Nieinwazyjne badania rentgenowskie zlecone i wykonane przez PCP • Badania mammograficzne są objęte ubezpieczeniem dla osób, które ukończyły 40 lat. Jedna mammografia początkowa po ukończeniu 35. roku życia • Badania TK i MRI wymagają uzyskania wcześniejszej autoryzacji	Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi stomatologiczne, w tym chirurgia jamy ustnej	• Leczenie kanałowe w ograniczonym zakresie • Protezy w ograniczonym zakresie • Chirurgia jamy ustnej w ograniczonym zakresie	Tak, w określonych okolicznościach.
Pomoc w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i pilnych przypadkach	W ciągu **dwóch dni** lub możliwie jak najszybciej od zaistnienia nagłego przypadku należy skontaktować się ze swoim PCP, aby ustalić szczegóły dalszej opieki. Członek jest również zobowiązany do skontaktowania się z Działem obsługi klienta w celu poinformowania BCCHP o skorzystaniu z takich usług.	Nie
Usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach	Ograniczone. Badania w nagłych przypadkach będą pokrywane tylko wtedy, gdy będą wykonywane w połączeniu z leczeniem sytuacji nagłej, które jest niezbędne ze względów medycznych do leczenia bólu, infekcji, obrzęku.	Nie
Transport/Karetka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia		Nie
Usługi planowania rodziny i materiały	Obejmują między innymi: • Wizyty u lekarza • Antykoncepcja • Planowanie rodziny i edukacja • Testy ciążowe • Testy na choroby przenoszone drogą płciową Usługi nieobjęte ubezpieczeniem: • Leczenie niepłodności • Zabieg chirurgiczny cofnięcia sterylizacji	Nie

Usługi medyczne	Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Wizyty w klinikach takich jak FQHC (Federalne ośrodki zdrowia), RHC (Wiejskie ośrodki zdrowia) i innych klinikach typu Encounter Rate Clinic (pobierające stawkę za wizytę)		Nie
Zabieg chirurgiczny korygujący płeć	• Muszą spełniać wszystkie zasady administracyjne HFS. • Wymagają wypełnienia formularza HFS dotyczące wcześniejszej autoryzacji usług korygujących płeć. • Zatwierdzenie wymaga również pism i dokumentacji medycznej od określonych świadczeniodawców.	Tak
Aparaty słuchowe i baterie	Jeden aparat na jedno ucho, co trzy lata. Limit baterii na członka	Aparaty słuchowe wymagają wcześniejszej autoryzacji; baterie nie wymagają wcześniejszej autoryzacji
Wizyty w ramach agencji domowej opieki zdrowotnej	W przypadku usług typu non-waiver, pokrywane usługi ograniczone są do opieki po hospitalizacji.	Tak
Szpitalne usługi ambulatoryjne		Tak
Wizyty na oddziale ratunkowym w szpitalu		Nie
Usługi świadczone w szpitalu		Tak
Szpitalne usługi ambulatoryjne		Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG	Usługi te muszą być zlecone przez świadczeniodawcę pacjenta. Muszą być wykonywane przez licencjonowanego świadczeniodawcę w odpowiedniej placówce.	Tak, w określonych okolicznościach. Badania genetyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji. Zaawansowane badania radiologiczne (MRI, TK, PET itd.) wymagają wcześniejszej autoryzacji.
Materiały medyczne, sprzęt, protezy i ortezy	Większość objętego ubezpieczeniem sprzętu medycznego i materiałów nadal wymaga uzyskania zgody od BCCHP.	Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi i materiały okulistyczne	Jedna para okularów co dwa lata. Szkła kontaktowe tylko w przypadku, gdy są niezbędne ze względów medycznych	Tak

Usługi medyczne	Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Usługi optometrysty	Jedno badanie wzroku co 12 miesięcy	Nie
Usługi apteczne i leki na receptę	Mogą obowiązywać ograniczenia leków Informacje o tym, czy lek jest objęty ubezpieczeniem lub czy wymagana jest autoryzacja można znaleźć na liście leków preferowanych (PDL).	Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi fizykoterapeutyczne, terapia zajęciowa i logopedia		Ocena i ponowna ocena nie wymagają wcześniejszej autoryzacji. Wszystkie pozostałe usługi fizykoterapeutyczne, terapii zajęciowej i logopedyczne wymagają wcześniejszej autoryzacji.
Usługi lekarza		Nie
Usługi podiatry	Usługi objęte ubezpieczeniem: • Problemy medyczne ze stopami • Leczenie medyczne lub chirurgiczne chorób, urazów lub wad stóp • Wycięcie lub usunięcie nagniotków, narośli lub zgrubień skóry • Rutynowa pielęgnacja stóp Następujące usługi nie są objęte ubezpieczeniem: • Procedury będące w fazie badań • Wkładki do butów	Nie
Usługi po ustabilizowaniu stanu zdrowia	Usługi rehabilitacyjne niezbędne ze względów medycznych w ośrodku opieki długoterminowej, ograniczone do nie więcej niż 90 dni na jeden epizod.	Tak
Badania prostaty i odbytu	Badania stężenia swoistego antygenu gruczołu krokowego (PSA) i przezodbytnicze badania prostaty (DRE) refundowane są u członków w wieku 40 lat i starszych	Tak, w określonych okolicznościach.
Protezy i wkładki ortopedyczne		Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi radiologiczne		Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi dializy nerek		Tak
Sprzęt i materiały wspomagające oddychanie		Tak, w określonych okolicznościach.

Usługi medyczne	Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów Blue Cross Community Health Plans	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Nadużywanie substancji odurzających	Objęte ubezpieczeniem metody leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych obejmują: • Detoksykacja • Leczenie pobytowe • Leczenie ambulatoryjne • Leczenie wspomagane lekami Dodatkowe informacje można uzyskać dzwoniąc do Działu obsługi klienta.	Tak, w określonych okolicznościach.
Przeszczepy	Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie przeszczepy komórek macierzystych i nerek. Ubezpieczenie obejmuje pierwsze przeszczepienie. Następnie w przyszłości dozwolony jest tylko jedno ponowne przeszczepienie ze względu na odrzucenie.	Tak
Transport (w przypadkach nienagłych)	Transport z powodów niemedycznych nie jest objęty ubezpieczeniem. W przypadku przejazdów na odległość większą niż 40 mil oraz wizyt u świadczeniodawców spoza sieci wymagana jest wcześniejsza autoryzacja.	Tak, w określonych okolicznościach.
Usługi okulistyczne	• Plan pokryje badanie wzorku tylko raz na 12 miesięcy. • Szkła kontaktowe są objęte ubezpieczeniem, jeśli są niezbędne ze względów medycznych, o ile okulary nie zapewnią pożądanego rezultatu.	Tak, w określonych okolicznościach.

Oprócz tych usług objętych ubezpieczeniem, BCCHP oferuje świadczenia o wartości dodanej. Dalsze szczegóły podano w **na stronie 17**.

Usługi pokrywane z ograniczeniami

- BCCHP może pokrywać usługi sterylizacji tylko w zakresie dozwolonym przez prawo stanowe i federalne.
- Jeśli plan BCCHP obejmuje ubezpieczeniem histerektomię, powinien wypełnić formularz HFS 1977 i złożyć wypełniony formularz w dokumentacji medycznej członka.
- Usługi transplantologiczne ograniczają się do przeszczepów nerek i przeszczepów komórek macierzystych u pacjentów hospitalizowanych.

Usługi nieobjęte ubezpieczeniem

Oto lista niektórych usług i świadczeń, które nie są objęte ubezpieczeniem przez BCCHP:

- Usługi o charakterze eksperymentalnym lub badawczym
- Usługi świadczone przez świadczeniodawcę spoza sieci i nieautoryzowane przez BCCHP
- Usługi świadczone bez wymaganego skierowania lub wcześniejszej autoryzacji
- Planowa operacja plastyczna
- Opieka w zakresie bezpłodności, w tym odwrócenie sterylizacji i leczenie bezpłodności, np. sztuczne zapłodnienie, lub zapłodnienie in vitro
- Wszystkie usługi, które nie są niezbędne ze względów medycznych
- Usługi świadczone za pośrednictwem lokalnych agencji edukacyjnych

- Leki odchudzające lub wspomagające dietę
- Stomatologiczne zabiegi kosmetyczne
- Odbarwianie lub wybielanie zębów
- Implanty dentystyczne
- Ubezpieczenie na szkła kontaktowe
- Pomoce dla osób niedowidzących
- Laserowa korekcja wzroku
- Usługi Programu zwolnień w zakresie usług domowych i środowiskowych nie są objęte ubezpieczeniem
- Usługi transplantacyjne ograniczają się do przeszczepów nerek i przeszczepów komórek macierzystych u pacjentów hospitalizowanych
- Usługi w placówkach opieki długoterminowej nie są objęte ubezpieczeniem

BCCHP nie obejmuje ubezpieczeniem konopi. Konopie pochodzą z konopi indyjskich. Składnikiem aktywnym konopi jest delta-9-tetrahydrokannabinol (THC) Inna nazwa konopi to marihuana. Plan BCCHP nie obejmuje ubezpieczeniem żadnej postaci konopi. Obejmuje to:

- Nasiona rośliny
- Wyekstrahowaną żywicę
- Sól lub inne pochodne
- Dowolne mieszaniny lub preparaty związków pochodzących z konopi indyjskich

Nie jest to pełna lista niepokrywanych usług.
Pytania należy kierować do Dział obsługi klienta pod numer **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 niezbędne ze względów medycznych odnosi się do usług, które:

- Ratują życie
- Zapobiegają poważnym zachorowaniom lub niepełnosprawności
- Ustalenie 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 wcześniejszej autoryzacji. Zajmie się tym lekarz. Uzyskanie wcześniejszej autoryzacji zajmuje od dwóch do ośmiu 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. Daje to również czas na przeniesienie 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.

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

Opieka doraźna

Opieka doraźna udzielana jest pacjentom, którzy wymagają natychmiastowej pomocy, ale nie są w sytuacji zagrożenia życia.

Przykłady opieki doraźnej:

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

Jeśli członek wymaga opieki doraźnej powinien skontaktować się ze swoim lekarzem lub zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Można również zadzwonić na Infolinię porad pielęgniarskich, czynną 24/7 pod numer **1-888-343-2697**.

Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może dotyczyć wystąpienia silnego bólu, urazu lub choroby. W stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy dzwonić pod numer **9-1-1** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy. Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia jest objęta ubezpieczeniem na terenie całych Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana, ale należy zadzwonić do swojego PCP i skontaktować się z Działem obsługi klienta w ciągu 24 godzin od uzyskania pomocy. Dopilnują, aby członek miał zapewnioną potrzebną dalszą opiekę . Skierowanie nie jest wymagane.

Przykłady stanów nagłego zagrożenia zdrowia:

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

Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP)

Członkowie muszą wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) z katalogu świadczeniodawców dostępnego w momencie rejestracji. PCP członka jest odpowiedzialny za zapewnienie i koordynację opieki, zatwierdzanie skierowań do specjalistów i świadczenie innych usług. PCP można zmienić w dowolnym czasie. Członkowie mogą zmienić swojego PCP dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Dostęp do opieki specjalistycznej

Jeśli PCP uzna, że członek potrzebuje specjalisty, pomoże mu wybrać specjalistę należącego do sieci. PCP zorganizuje opiekę specjalistyczną.

Jeśli członek jest kobietą, ma prawo wybrać świadczeniodawcę opieki zdrowotnej dla kobiet (WHCP). WHCP jest lekarzem uprawnionym do uprawnionym do praktykowania medycyny w dziedzinach położnictwa, ginekologii lub medycyny rodzinnej. Wizyta u WHCP z sieci nie wymaga uzyskania wcześniejszej autoryzacji.

Inne materiały i zasoby

Aby uzyskać dodatkowe informacje o swoim planie, należy zapoznać się **ze Spisem treści**. Informacje na temat skarg i odwołań, praw i obowiązków, oszustw, nadużyć i zaniedbań oraz Polityki prywatności można znaleźć w części Podręcznik członka.

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

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

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

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Illinois has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. You can file a grievance by phone, mail, or fax. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

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

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

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

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

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

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

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

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Blue Cross Community Health Plans℠

Świadczenia zdrowotne dla dorosłych lub starszych imigrantów

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

www.bcchpil.com