Blue Cross Community Health Plans℠

HealthChoice Illinois
Illinois Department of Healthcare and Family Services

Servicios médicos con cobertura para personas mayores inmigrantes

Blue Kit℠

Su *Manual del asegurado* y *Certificado de cobertura* en un mismo lugar.

Atención al Asegurado: **1-877-860-2837** (TTY: **711**)

espanol.bcbsil.com/bcchp

Vigente a partir de enero de 2026

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

IL_BCCHP_HBISWlcmKit26SPA Filed 09222026

250221.0826

¡Le damos la bienvenida a la familia Blue Cross Community Health Plans (BCCHP℠)!

Nos complace que haya elegido BCCHP para su cobertura médica de Medicaid. Su cobertura de Medicaid incluye beneficios para servicios médicos, dentales, de medicamentos recetados y de la vista. En este manual, se explica cómo usar sus nuevos servicios médicos.

Use esta lista para empezar a aprovechar su cobertura médica:

- ☐ Infórmese sobre lo que está incluido en su cobertura. Este kit puede ayudarle. Téngalo a la mano. También puede visitar el sitio web **espanol.bcbsil.com/bcchp** para obtener información sobre los beneficios y servicios incluidos en su cobertura.
- ☐ Complete su examen anual preventivo para detectar riesgos a la salud (HRS, en inglés). Alguien de la cobertura médica se comunicará con usted pronto por medio de una llamada o un mensaje de texto para que realice la evaluación. Esta evaluación ayudará a evaluar sus hábitos de salud, si tiene algún riesgo para la salud y si necesita un coordinador de servicios médicos. También puede completar la HRS en el portal protegido Blue Access for Members℠ (BAM℠). Inicie sesión en el portal protegido BAM, en **https://mybam.bcbsil.com** (haga clic en "Español"). Diríjase a la sección "Bienestar", en "Mi salud", para completar el examen. Llame a Atención al Asegurado si no pudo atender nuestra llamada o mensaje de texto y quiere completar el examen preventivo.
- ☐ BAM es el portal protegido para asegurados de BCCHP, donde puede consultar al instante la información de su cobertura médica. Puede acceder a su cuenta desde **espanol.bcbsil.com/bcchp** o ingresando a la **aplicación BCBSIL**.
- ☐ Tenga su tarjeta de asegurado con usted en todo momento y preséntela cada vez que necesite algún servicio. En su tarjeta de asegurado figura su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés). Si quiere cambiar de PCP, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** o use su cuenta de BAM.
- ☐ Llame para coordinar un examen de salud inicial con su PCP dentro de los 30 días de inscribirse. Este primer examen le permitirá al PCP conocer sus necesidades de atención médica. Para encontrar un profesional médico, use nuestro directorio en línea Provider Finder®, el cual puede encontrar en **espanol.bcbsil.com/bcchp** o en la **aplicación BCBSIL**.

Si tiene preguntas, llame gratis a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY: **711**). También puede llamar a la línea de enfermería 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

Contenido

Atención al Asegurado

1-877-860-2837

Llame para obtener información sobre su cobertura médica de BCCHP.

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

1-888-343-2697

Hable con un enfermero privado sobre su salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Preguntas más frecuentes

Use el **Índice** para obtener más información.

¿Tengo que pagar un copago?

Sí. Su cobertura tiene copagos de hasta $250 para hospitalizaciones que no sean de emergencia y servicios para pacientes ambulatorios que no sean de emergencia en hospitales o centros ambulatorios de tratamiento quirúrgico de hasta el 10% del pago de Medicaid. Su profesional médico le comunicará el monto que usted debe en el momento en que reciba la atención médica.

¿Tengo servicios dentales o para la vista?

Con BCCHP, tiene cobertura dental y para la vista. Para obtener más información, consulte las secciones **Servicios dentales** y **Servicios para la vista**.

¿Dónde puedo buscar una lista de profesionales médicos de la red de BCCHP?

Puede buscar profesionales médicos y hospitales cercanos usando nuestro directorio en línea Provider Finder. Visite **espanol.bcbsil.com/bcchp** o descargue la aplicación BCBSIL. Si necesita ayuda para buscar un médico, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. También puede obtener una lista completa de prestadores de servicios médicos utilizando el *Directorio de prestadores de servicios médicos*, disponible en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Visite la sección de "*Recursos*" y seleccione "*Formularios y documentos*".

Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** o usando su cuenta de BAM. Puede iniciar sesión en BAM en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Es mejor conservar el mismo PCP. De esta manera, puede conocer sus necesidades médicas.

¿Cómo puedo saber qué medicamentos están incluidos en la cobertura?

Para averiguar si un medicamento está incluido, visite nuestro sitio web **espanol.bcbsil.com/bcchp/benefits-and-coverage/drug-coverage** o llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. En BCCHP, se utiliza una *Lista de medicamentos preferenciales* (PDL, en inglés). Esto es para ayudarlo a usted y a su médico en la elección de sus medicamentos. Puede solicitar que le enviemos una copia de la lista por correo postal sin costo llamando a Atención al Asegurado.

¿Cómo obtengo atención médica de emergencia?

Diríjase a la sala de emergencias (ER, en inglés) más cercana o llame al **911**. Llame una ambulancia si no tiene servicio del **911** disponible en su área. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa. No es necesario el cargo de gastos compartidos para los servicios de emergencias. La cobertura BCCHP incluye los servicios de emergencia dentro de los EE. UU.

¿A quién debo llamar si necesito atención?

En primer lugar, llame al consultorio de su PCP. También puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura?

Visite **espanol.bcbsil.com/bcchp**.

Inicie sesión en BAM desde **espanol.bcbsil.com/bcchp** o desde la aplicación **BCBSIL**.
Envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto al **33633** para descargar la aplicación móvil.

Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Se puede comunicar con un agente de seguros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Se puede usar el autoservicio o dejar un mensaje de voz, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, inclusive los fines de semana y los días feriados.

¿Cómo obtengo acceso a mi tarjeta de asegurado?

Inicie sesión en su cuenta de BAM desde su computadora de escritorio o desde la aplicación BCBSIL. Desde allí puede acceder a una tarjeta provisional de asegurado o solicitar una nueva tarjeta. También puede llamar a Atención al Asegurado para que le envíen una nueva tarjeta de asegurado. Verifique que BCCHP tenga su dirección actual.

¿Puedo obtener traslados de ida y vuelta para asistir a mis citas médicas?

BCCHP usa MTM Health para brindar servicios de traslado a consultas de atención médica y traslados por salud. Para programar un traslado, llame a MTM Health al menos tres días antes de su cita. También puede programar un traslado utilizando la nueva aplicación de MTM Health desde su teléfono inteligente.

¿Tengo cobertura de BCCHP fuera de Illinois?

La cobertura BCCHP incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois. BCCHP no incluye servicios médicos fuera de los Estados Unidos. Se necesita una autorización previa para los servicios fuera de Illinois. Si no recibe una autorización previa, es posible que tenga que pagar por los servicios. Si necesita atención médica mientras está de viaje fuera de Illinois, llame a Atención al Asegurado.

Si necesita atención médica de emergencia, diríjase al hospital más cercano. La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos, por lo que no necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia dentro del país.

¿Puedo obtener ayuda de un coordinador de servicios médicos?

Un coordinador de servicios médicos es un asesor de atención médica que puede ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud. El examen preventivo para detectar riesgos que completó nos ayuda a determinar si necesitará un coordinador de servicios médicos. Puede solicitar uno en cualquier momento llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

¿Cómo puedo obtener servicios y materiales en otros formatos e idiomas?

Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para conectarse con nuestros servicios de asistencia lingüística.

Índice

Manual del asegurado

Números de teléfono importantes. 10
Atención al Asegurado 11
Blue Access for Members (BAM)..... 11
Tarjeta de asegurado 12
Elegibilidad 12
Renovación de los servicios incluidos en Medicaid (redeterminación) 13
Período de inscripciones 14
Red de prestadores de servicios médicos..... 14
Su prestador de atención médica primaria 15
Cómo cambiar de PCP 16
Profesional médico para la mujer (WHCP)..... 16
Planificación familiar 16
Atención médica especializada 16
Programar una cita 16
Gastos compartidos..... 17
Atención médica que no sea de emergencia 17
Atención médica inmediata 18
Atención médica de emergencia 18
Atención posestabilización..... 18
Nuevos tratamientos médicos 19
Autorización previa 19
Servicios con cobertura 20
Servicios médicos 21
Servicios incluidos limitados..... 22
Servicios no incluidos en la cobertura 22
Servicios dentales..... 22
Servicios para la vista..... 23
Servicios farmacéuticos..... 23
Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia 25
Beneficios con valor agregado 26
Servicios de salud mental 28
Coordinación de Servicios médicos 28
Programas de educación para la salud 31
Programa de restricción para beneficiarios 32
Instrucciones anticipadas 33
Inconformidades y apelaciones 33
Derechos y obligaciones..... 41
Fraude, abuso y negligencia..... 42
Definiciones 43
Política de privacidad 46

Índice

Certificado de cobertura

Certificado de cobertura 48
Planilla de descripción de la cobertura 49
- Servicios con cobertura 49
- Servicios incluidos limitados 54
- Servicios no incluidos en la cobertura ... 54

Autorización previa 55
Continuidad del tratamiento 55
Atención médica inmediata 55
Atención médica de emergencia 56
Elección del prestador de atención médica primaria (PCP) 56
Acceso a la atención médica especializada 56
Otros recursos 56

Renuncias legales

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de BCBSIL. NO es un seguro médico. Su cobertura médica podría incluir algunos de los servicios ofrecidos a través de este programa Los empleados deben consultar la información específica de la cobertura en su certificado de beneficios y servicios médicos o comunicarse con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Usar Blue365 no modifica los pagos mensuales, y los costos de los servicios o productos no se contabilizan para los montos máximos o deducibles de la cobertura. Los descuentos solo se conceden mediante los proveedores que participan en este programa. BCBSIL no garantiza ni avala ninguna de las afirmaciones o recomendaciones sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar a su médico antes de utilizar estos servicios y productos. BCBSIL se reserva el derecho de cancelar o modificar este programa en cualquier momento y sin previo aviso.

DentaQuest es una compañía independiente que ofrece servicios médicos dentales para Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Heritage Vision es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Illinois para proporcionar servicios de administración o para el cuidado de la vista de la red para asegurados de BCBSIL.

MTM Health es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Illinois para proporcionar servicios de transporte para casos que no sean de emergencia a los asegurados con cobertura de BCBSIL.

Prime Therapeutics LLC es una compañía aparte que administra beneficios farmacéuticos para Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Learn to Live ofrece programas educativos de salud mental. Los asegurados que consideran obtener tratamiento médico adicional deben consultar con un médico. Learn to Live, Inc., es una compañía independiente que ofrece programas y recursos de salud mental en línea para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

La administración del sitio web de BCCHP IL Rewards corresponde a Healthmine, INC., una compañía independiente que proporciona herramientas y servicios digitales de interacción clínica personal y para el cuidado de la salud para los asegurados con cobertura Blue Cross Community Health Plans. BCCHP no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor ni los productos o servicios que ofrecen.

Manual del asegurado

Si tiene preguntas, llame gratis a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY: **711**).
También puede llamar a la línea de enfermería 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

Números de teléfono importantes

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

Línea de ayuda, con atención las 24 horas del día — **1-888-343-2697**, TTY/TDD: **711**

Atención médica de emergencia — **911**

Atención al Asegurado — **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Estamos a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Se puede comunicar con un agente de seguros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Se puede usar el autoservicio o dejar un mensaje de voz, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, inclusive los fines de semana y los días feriados.

Sitio web — **espanol.bcbsil.com/bcchp**

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

Departamento de Investigaciones Especiales (SID, en inglés) de Blue Cross Community Health Plans — **1-800-543-0867**

National Poison Control Center (Centro para el Control de Casos de Intoxicación) **Las llamadas se transfieren a la oficina más cercana.** — **1-800-222-1222**

Transporte médico para casos que no sean de emergencia — **1-877-831-3148**, TTY/TDD: **711**

Servicios de salud mental — **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Teléfono de la línea de emergencias para casos de salud mental — **1-800-345-9049**, TTY/TDD: **711**

Inconformidades y apelaciones — **1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**

Fraude y abuso — **1-800-543-0867**, TTY/TDD: **711**

Coordinación de Servicios médicos — **1-855-334-4780**, TTY/TDD: **711**

Servicios de protección al adulto — **1-866-800-1409**, TTY: **1-888-206-1327**

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

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

Special Beginnings® — **1-888-421-7781**, TTY/TDD: **711**

Departamento de Salud Pública de Illinois — **1-217-782-4977**

Atención al Asegurado

Nuestro Departamento de Atención al Asegurado está a su disposición para ayudarle a aprovechar al máximo su cobertura médica. Llámenos al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Estamos a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Se puede comunicar con un agente de seguros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Se puede usar el autoservicio o dejar un mensaje de voz, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, inclusive los fines de semana y los días feriados. Nuestro personal está capacitado para ayudarlo a entender todo lo que necesite sobre su cobertura médica. Podemos brindarle detalles sobre los servicios médicos, dentales y para la vista incluidos en su cobertura.

También podemos responder las preguntas que tenga con relación a los siguientes temas:

- obtener medicamentos y recetas médicas;
- diferenciar los servicios incluidos y no incluidos en la cobertura;
- elegir o cambiar su PCP;
- solicitar ayuda en otros idiomas;
- solicitar traslados para ir a una cita médica o a una farmacia;
- renovar los servicios incluidos en su cobertura de Medicaid;
- presentar una inconformidad o una apelación;
- conocer sus derechos y responsabilidades.

Acceso telefónico a la atención médica

Puede comunicarse con su PCP las 24 horas del día al número de teléfono que figura en su tarjeta de asegurado. Si llama fuera del horario habitual de atención, un contestador automático le dirá cómo recibir atención médica fuera del horario de atención. También podría llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias (ER, en inglés) más cercana.

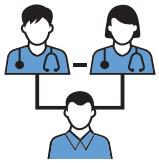
Blue Access for Members (BAM)

Blue Access for Members (BAM) es un portal protegido en el que los asegurados de BCCHP pueden llevar a cabo lo siguiente:

- imprimir una tarjeta provisional de asegurado o solicitar una tarjeta nueva;
- encontrar médicos y hospitales en la pestaña "Médicos y hospitales" (*Doctors and Hospitals*), "Buscar atención médica" (*Find Care*);
- consultar los servicios incluidos en la cobertura;
- ver una lista de medicamentos con receta;
- consultar su perfil de atención;
- configurar alertas por mensajes de texto;
- obtener información sobre salud y bienestar.

Si aún no se registró en BAM, puede acceder en línea o a través de nuestra aplicación móvil.

https://mybam.bcbsil.com/



Inicie sesión en nuestro sitio web.

Puede acceder a BAM en la esquina superior derecha.

Aplicación BCBSIL

Descargue la aplicación móvil. Use la tienda virtual de su teléfono y busque BCBSIL o envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto* al **33633.**

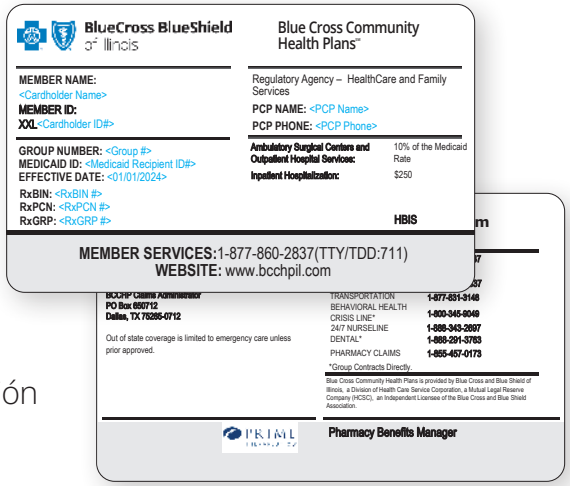
* Podrían aplicarse cobros por mensajería de texto y transmisión de datos.

Tarjeta de asegurado

Le enviamos una tarjeta de asegurado cuando solicitó cobertura. Siempre lleve consigo su tarjeta. Tiene números de teléfono importantes. Tendrá que presentarla cuando reciba los servicios. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si no recibió su tarjeta de asegurado o si la perdió. Le enviaremos una nueva tarjeta automáticamente si cambia de PCP.

Información en su tarjeta de asegurado

- nombre
- nombre de la cobertura
- n.º de asegurado estatal de Medicaid
- n.º de asegurado
- n.º de grupo
- fecha de entrada en vigor de la cobertura
- regulador estatal
- número de Atención al Asegurado
- PCP (nombre, número de teléfono)
- n.º de enfermería telefónica 24/7 Nurseline
- número de la línea de emergencias para casos de salud mental
- número de servicios dentales
- número de servicios de transporte
- RxBIN, RxPCN, RxGRP (información para facturación de prestadores)
- nombre y dirección de la cobertura de BCCHP
- copagos y coaseguro



Elegibilidad

Elegibilidad para Medicaid

A partir del 1/1/2024, los asegurados del programa de servicios médicos con cobertura para personas mayores inmigrantes (HBIS, en inglés) pasaron de un plan de pago por servicio a la atención administrada de Medicaid.

Puede inscribirse en Medicaid de Illinois si cumple con los requisitos de elegibilidad para el programa HBIS. Es elegible en ese momento para tener la cobertura médica de BCCHP.

Inscribirse en un programa de cobertura médica con una Organización de Atención Médica Administrada, como HBIS, no cuenta para la prueba de carga pública. Inscribirse en estos programas no afectará su situación migratoria ni su solicitud de inmigración. Para obtener más información sobre la carga pública, visite la sección "Acerca de nosotros" (*About Us*) en el sitio web de PIF-IL (**protectingimmigrantfamiliesillinois.org**) o el sitio web **https://keepyourbenefits.org/en/il/** También puede llamar a la línea directa de apoyo para familias de Illinois Coalition for Immigrant and Refugee Rights (ICIRR, en inglés) en inglés, español, coreano o polaco: **1-855-HELP-MY-FAMILY** (**1-855-435-7693**).

Servicios médicos con cobertura para personas mayores inmigrantes

Usted podría ser elegible para este programa si cumple con todos los siguientes cinco requisitos:

1. Es una persona que tiene 65 años o más.
2. Es residente de Illinois.

Si tiene preguntas, llame gratis a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY: **711**).
También puede llamar a la línea de enfermería 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

3. Cumple con uno de los dos requisitos siguientes:

- **a.** ser residente legal permanente (LPR, en inglés) por menos de cinco años (es decir, tener una *green card* o permiso de residencia);
- **b.** ser inmigrante indocumentado (incluidas las personas con estatus de protección temporal).

4. Tuvo ingresos anuales en 2022 iguales o menores a $13,590 o una pareja con ingresos anuales iguales o menores a $18,310*.

5. Tiene activos con un valor por debajo de $17,500.

Renovación de los servicios incluidos en Medicaid (redeterminación)

No se arriesgue a perder los beneficios de Medicaid. ¡Haga la renovación a tiempo!

Cada año debe completar un proceso de renovación para conservar sus beneficios. Este proceso se conoce como "calcular de nuevo". La redeterminación es una revisión de elegibilidad para Medicaid, SNAP o ayuda económica. El estado debe decidir si usted todavía cumple con los requisitos para seguir recibiendo beneficios. Debe renovar su cobertura de Medicaid al menos una vez al año. Pero si recibe beneficios SNAP, deberá hacerlo dos veces al año.

Cómo renovar su cobertura de Medicaid:

1. Haga clic en *"Administrar Mi Caso"* en abe.illinois.gov (puede cambiar el idioma a "Español").

- Debe crear una cuenta o iniciar sesión en **abe.illinois.gov** para gestionar sus beneficios. **La mejor manera de estar conectados es en línea.**

2. Verifique su dirección

- Si tiene Medicaid, debe mantener su dirección vigente. Haga clic en *"Administrar Mi Caso"* y verifique su dirección en la sección *"Comuníquese con nosotros"* o llame al **1-877-912-8880**.

3. Consulte su fecha de renovación (también llamada "fecha de redeterminación")

- Vea su fecha de renovación (o "fecha de redeterminación") en la pestaña "Detalles de los beneficios y servicios" en **abe.illinois.gov**.
- ¿Le gustaría recibir recordatorios sobre la fecha de renovación? Puede optar por recibir alertas por mensaje de texto y correo electrónico en la pestaña *"Administración de cuenta"* (*Account Management*) de la sección *"Gestionar las preferencias de comunicación"* (*Manage your communications preferences*).

4. Esté pendiente de su buzón

- El Departamento de Servicios Médicos y Familiares (HFS, en inglés) le enviará un aviso por correo postal un mes antes de la fecha de renovación. Le informará si tiene que completar un formulario de renovación. En el aviso encontrará los pasos para completar la redeterminación.

5. Complete la redeterminación

- No se arriesgue a perder su cobertura de Medicaid. Existen varias maneras en las que puede enviar la renovación.

  Puede enviar la redeterminación de Medicaid de las siguientes maneras:
  - **En línea:** Haga clic en *"Administrador de mi caso"* en **abe.illinois.gov**.
  - **Por correo o fax:** Envíe el formulario completado y cualquier verificación solicitada.
  - **Por teléfono:** Llame al **1-800-843-6154**.
  - **En persona:** Puede encontrar una ubicación mediante el buscador de oficinas del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS, en inglés) en **www.dhs.state.il.us** (en inglés).

Tenga cuidado con las estafas. El estado de Illinois nunca le pedirá que realice un pago para renovar o solicitar una cobertura de Medicaid. Para denunciar estafas, llame al número directo para denunciar fraude de Medicaid al **1-844-453-7283** (**1-844-ILFRAUD**).

Período de inscripciones

Una vez al año, puede cambiar de cobertura médica durante un período específico llamado "Período de inscripciones". Los Servicios de inscripción de clientes (CES, en inglés) le enviarán una carta de inscripción aproximadamente 60 días previos a su fecha aniversario. Su fecha aniversario es un año cumplido desde la fecha de inicio de su cobertura médica. Durante el período de inscripciones, tendrá 60 días para hacer un cambio de cobertura llamando a CES al **1-877-912-8880**. Una vez transcurridos los 60 días, haya hecho o no un cambio en la cobertura, no podrá realizar cambios por 12 meses. Si tiene preguntas con respecto a su solicitud de cobertura o la anulación de su inscripción a BCCHP, comuníquese con el Servicio de inscripción de clientes (CES, en inglés) al **1-877-912-8880**.

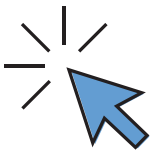
Red de prestadores de servicios médicos

Blue Cross Community Health Plans (BCCHP) se ha asociado con médicos, especialistas y hospitales para proporcionar servicios médicos. Debe usar prestadores de servicios médicos de la red. Si acude a un médico que no forma parte de la red, tendrá que pagar por los servicios. Salvo en caso de emergencia, la cobertura no incluye los servicios de prestadores fuera de la red. Consulte al prestador de servicios médicos si forma parte de la red de BCCHP antes de recibir atención médica.

Es posible que tenga que obtener aprobación para algunos servicios antes de recibir la atención. Esto se conoce como autorización previa. Puede que BCCHP no incluya un servicio si usted no obtiene aprobación. Es posible que tenga que pagar si recibe atención médica fuera de su área de servicio, a menos que se trate de una emergencia o que tenga autorización previa.

Cómo encontrar un profesional médico, incluido su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés):

Provider Finder



espanol.bcbsil.com/bcchp

Busque en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o use la aplicación BCBSIL.

Directorios de prestadores de servicios médicos

espanol.bcbsil.com/bcchp

Consulte o descargue un archivo PDF con los profesionales médicos.

Atención al Asegurado

1-877-860-2837

La llamada es gratuita.

Colaboramos con otras empresas para prestarle servicios:

- cobertura dental disponible a través de DentaQuest®;
- cobertura para la vista disponible a través de Heritage Vision Plans, Inc., patrocinado por VSP;
- cobertura farmacéutica disponible a través de Prime Therapeutics®.

Su prestador de atención médica primaria

El prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) es su médico personal, quien le brindará la mayoría de los servicios de atención médica. También puede derivarlo a otros profesionales de la salud en caso de que necesite atención especializada. Con BCCHP, puede elegir su PCP.

Siempre tiene la opción de elegir los siguientes tipos de prestadores de servicios médicos para que sean su PCP:

- Médico general o de familia.
- Ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés).
- Internista (medicina interna).
- Practicante de enfermería (*nurse practitioner*), asistente médico (PA, en inglés) o enfermero especializado (APN, en inglés).
- Las clínicas como los Centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC, en inglés) o las clínicas rurales (RHC, en inglés) pueden actuar como PCP.

Si es indígena estadounidense o nativo de Alaska, tiene derecho a solicitar los servicios de un prestador de una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana tanto dentro como fuera del estado de Illinois.

Si necesita ayuda para encontrar o cambiar de PCP, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Estamos a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. También puede consultar nuestro directorio en línea Provider Finder disponible en **espanol.bcbsil.com/bcchp**.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. La llamada es gratuita. También puede usar BAM. Para iniciar sesión en su cuenta de BAM visite **https://mybam.bcbsil.com**. A menos que el cambio sea realmente necesario, es mejor conservar el mismo PCP. De esta manera, su profesional médico de cabecera puede conocer sus necesidades y sus antecedentes médicos. Si cambia de PCP, envíe su expediente médico al nuevo profesional médico.

Profesional médico para la mujer (WHCP)

Si es mujer y tiene cobertura de BCCHP, tiene derecho a elegir a un prestador de servicios médicos para la mujer (WHCP, en inglés). Un WHCP es un médico con licencia para practicar medicina y está especializado en obstetricia, ginecología o medicina familiar.

Planificación familiar

BCCHP tiene una red de prestadores de servicios médicos de la red en la que puede recibir servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted podría optar por obtener servicios y suministros de planificación familiar de cualquier prestador de servicios médicos fuera de la red sin necesidad de un referido, y estos tendrán cobertura..

Entre los servicios de planificación familiar con cobertura, se incluyen los siguientes:

- consultas médicas por control de la natalidad;
- planificación matrimonial/familiar, educación, asesoramiento;
- pruebas de embarazo;
- pruebas de laboratorio;
- pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual;
- esterilización.

Algunos servicios no están incluidos en la cobertura, por ejemplo, los siguientes:

- cirugías para revertir una esterilización;
- tratamientos de fertilidad como la inseminación artificial o fertilización *in vitro*.

Atención médica especializada

Un especialista es un médico que le brinda atención por un problema de salud específico. Ejemplos de especialistas incluyen cardiólogos (salud del corazón) y médicos ortopédicos (huesos y articulaciones). Si su PCP considera que usted necesita ver a un especialista, le ayudará a elegir uno. Su PCP coordinará la atención médica especializada. Puede consultar a un especialista de la red sin una orden médica.

Programar una cita

Es muy importante que cumpla con todas las citas que programe para consultas médicas, pruebas de laboratorio o radiografías. Comuníquese con el PCP con al menos un día de antelación si no va a poder asistir a la cita. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Cuando asista a la cita con el médico haga lo siguiente:

- Lleve su tarjeta de asegurado.
- Sea puntual.
- Llame al consultorio del médico cuanto antes si va a llegar tarde o necesita cancelar.
- Si llega tarde, es posible que el PCP no pueda atenderlo.

Telesalud

BCCHP ha simplificado el proceso para consultar con un profesional médico mediante opciones de telesalud. De este modo, usted podrá recibir la atención médica que necesita, incluso de manera virtual. Llame a Atención al Asegurado para obtener más información al **1-877-860-2837**. También puede encontrar prestadores de servicios médicos ingresando en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Como alternativa, pregunte a su médico si ofrece consultas de telesalud. Cada médico tiene formas diferentes de ofrecer servicios de telesalud, en caso de hacerlo. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Gastos compartidos

Su cobertura médica específica incluye copagos. Un copago es un monto fijo que paga por un servicio de atención médica incluido en la cobertura, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto que se le cobrará varía según el servicio y el prestador de servicios médicos. No se pueden cobrar ningún copago ni gastos compartidos por un servicio de emergencia necesario para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia. El coaseguro es la porción de los gastos médicos elegibles que usted tendrá que pagar. Por ejemplo, si su coaseguro es del 10%, usted es responsable de pagar el 10% de los gastos médicos elegibles, y la cobertura pagará el 90% restante. El monto puede variar según el tipo de servicio.

Copagos

Beneficio	Gastos compartidos	Nota
Servicios de hospitalización para pacientes internados por causas que no sean de emergencia	Copago de $250 por hospitalización	Una hospitalización es una estadía de una noche en el hospital.
Centro quirúrgico para pacientes externos y servicios para pacientes ambulatorios	10% del monto permitido	Los centros quirúrgicos para pacientes externos son centros donde se realizan cirugías que no requieren hospitalización.

Atención médica que no sea de emergencia

Si tiene un problema médico que no es de emergencia, como dolor de cabeza o malestar estomacal, llame a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**. Un enfermero puede brindarle ayuda para decidir si debe llamar a su médico o tratar el problema en casa. Una emergencia es un problema de salud que pone en peligro la vida o que puede dañar

gravemente su estado de salud si no se trata de inmediato. Acuda a la sala de emergencia solo si tiene problemas graves de salud. Ir a la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia puede conducir a períodos de espera más largos y a costos más elevados.

Atención médica inmediata

La atención médica inmediata se brinda cuando se trata de un problema que requiere atención de inmediato, pero no supone un riesgo para la vida.

Los siguientes son algunos ejemplos que requieren atención médica inmediata:

- cortes y raspaduras menores;
- resfriados;
- fiebre;
- dolor de oído.

Llame a su PCP en caso de necesitar atención médica inmediata o comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Siempre tiene la opción de llamar a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

Atención médica de emergencia

Un problema médico de emergencia es muy grave, incluso podría suponer un riesgo para su vida. Puede tener un dolor muy fuerte, o una lesión o enfermedad graves. En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase al servicio de urgencias más cercano. La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos, por lo que no se necesita una autorización previa, pero llame a su PCP y a Atención al Asegurado dentro de las 24 horas. Ellos pueden asegurarse de que reciba toda la atención médica de seguimiento que necesita.

Los siguientes son algunos ejemplos de emergencia:

- ataque cardíaco;
- sangrado intenso;
- intoxicación;
- dificultad para respirar;
- fracturas.

Qué hacer en caso de emergencia:

- Diríjase al departamento de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención médica de emergencia.
- Llame al **911**. Llame una ambulancia si no tiene servicio del **911** disponible en el área.
- No necesita una orden médica.
- No requiere autorización previa, pero debe comunicarse con nosotros en un plazo de 24 horas después de recibir la atención médica de emergencia.

Atención posestabilización

Los servicios de posestabilización son servicios necesarios que recibe un asegurado para ponerse mejor luego de haber sido estabilizado tras sufrir un problema médico de emergencia. Algunos servicios posteriores a la estabilización luego de una emergencia están incluidos en BCCHP. Los servicios de rehabilitación médicamente necesarios en un centro de enfermería están limitados a un máximo de 90 días por episodio. Un ejemplo de un servicio incluido es

una consulta presencial de seguimiento para asesoramiento. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para averiguar si usted es elegible o necesita una autorización previa para obtener atención médica.

Nuevos tratamientos médicos

En BCCHP revisamos los nuevos tratamientos médicos. Un grupo de PCP, especialistas y directores médicos deciden si el tratamiento cumple con lo siguiente:

- Ha sido aprobado por el Gobierno.
- Se ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes.
- Ayudará a mejorar la salud de los pacientes del mismo modo o en mayor medida que los tratamientos actuales.

El grupo de revisión evalúa esto y decide si el tratamiento es médicamente necesario. Si su médico solicita un nuevo tratamiento que no ha sido revisado, nuestro grupo de médicos evaluará los detalles del tratamiento y tomará una decisión. Informarán a su doctor si es médicamente necesario y está aprobado.

Autorización previa

Es posible que necesite una autorización previa o la aprobación de BCCHP para recibir algunos servicios. No necesita comunicarse con nosotros para la autorización previa. Puede ponerse de acuerdo con su médico para enviar la solicitud de autorización previa.

BCCHP y su PCP (o el especialista) acordarán qué servicios son médicamente necesarios. Que sean médicamente necesarios se refiere a que los servicios cumplan con lo siguiente:

- Preservan la vida.
- Evitan que usted sufra una enfermedad o una discapacidad graves.
- Revelan la causa o el tratamiento de la enfermedad, el padecimiento o la lesión.
- Ayudan a que pueda realizar actividades como comer, vestirse y bañarse.

Si no recibe una autorización previa, no pagaremos por los servicios que reciba de profesionales médicos fuera de la red. Puede coordinar con un profesional fuera de la red para recibir una autorización previa antes de recibir servicios.

No necesita autorización previa para los siguientes servicios:

- atención médica primaria;
- especialista de la red;
- planificación familiar;
- prestador de servicios médicos para la mujer (WHCP, en inglés) (debe elegir médicos de la red);
- atención médica de emergencia.

Decisiones de cobertura

En BCCHP, hay reglas estrictas acerca de cómo se toman las decisiones relacionadas con su atención. Los médicos y miembros de nuestro personal toman decisiones sobre su atención basándose solamente en la necesidad y en los servicios. No hay recompensas por negar o promocionar atención médica. En BCCHP, no se incentiva a los médicos a darle menos atención de la que necesita. No se les paga a los médicos para que nieguen atención.

Puede hablar con miembros del personal sobre el proceso de gestión de la utilización de tratamientos (UM, en inglés). La UM significa que examinamos los expedientes médicos, las reclamaciones y las solicitudes de autorización previa. Hacemos esto para asegurarnos de que los servicios sean médicamente necesarios. También nos aseguramos de que los servicios se proporcionen en el entorno de atención adecuado y sean congruentes con el problema de salud informado. Para obtener más información sobre cómo se toman las decisiones sobre su atención médica, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Obtener una segunda opinión médica

Es posible que tenga dudas sobre la atención que el PCP o el doctor dice que usted necesita.

Tal vez desee una segunda opinión para lo siguiente:

- diagnosticar una enfermedad; o
- confirmar que su tratamiento sea adecuado para usted.

Debe hablar con su PCP si desea una segunda opinión.

El PCP le recomendará que consulte a un médico con estas características:

- También trabaja con BCCHP.
- Es el mismo tipo de médico que consultó para su primera opinión.

Necesitará una autorización previa de BCCHP para acudir a un médico que no está dentro de nuestra red. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para obtener ayuda con una segunda opinión. También puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697** para obtener más información.

Servicios con cobertura

La cobertura BCCHP pagará todos los servicios médicamente necesarios que se encuentran en la sección “Servicios médicos incluidos” de este manual. Es posible que tenga que pagar la atención médica o los servicios que no figuren en la lista de servicios médicos incluidos o no sean médicamente necesarios. Si figuran en la lista y BCCHP decide que son médicamente necesarios, BCCHP pagará el costo total de los servicios.

Su PCP puede referirlo a un especialista o a otro prestador de servicios médicos para realizar pruebas médicas. Su PCP programará la cita. No necesita una orden médica. A veces, tendrá que programar la cita usted mismo. A esto se lo conoce como “autorreferirse”. Comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si necesita ayuda con sus citas médicas.

La cobertura BCCHP incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois. BCCHP no incluye servicios médicos fuera de los Estados Unidos. Si necesita atención médica mientras está de viaje fuera de Illinois, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Se necesita una autorización previa para los servicios fuera de Illinois. Si no se recibe una autorización previa, es posible que tenga que pagar los servicios. Si necesita atención médica de emergencia, diríjase al hospital más cercano. La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos, por lo que no necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia dentro del país.

Servicios médicos

BCCHP quiere asegurarse de que reciba la atención que necesita. BCCHP cubre todos los servicios incluidos en Medicaid que sean médicamente necesarios. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si tiene preguntas sobre los servicios médicos. Si tiene consultas relacionadas con la salud, puede llamar a nuestro servicio de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**. Es posible que algunos servicios necesiten una autorización previa o tengan límites de servicio. Su médico le ayudará a enviar las autorizaciones previas necesarias. Para conocer más detalles de su cobertura consulte el *Certificado de cobertura* de BCCHP.

Esta es una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos que no incluye BCCHP:

- los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por su MCO) usando su tarjeta del seguro médico el HFS;
- los servicios de acupuntura están cubiertos por Medicaid (no por su MCO) usando su tarjeta del seguro médico del HFS;
- servicios de enfermería de práctica avanzada;
- servicios del centro quirúrgico para pacientes no hospitalizados;
- dispositivos de comunicación asistida/aumentativa;
- servicios de audiología (para la audición);
- sangre, componentes sanguíneos y su administración;
- servicios quiroprácticos;
- servicios dentales, incluidos cirujanos orales;
- servicios y suministros de planificación familiar;
- centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC, en inglés) clínicas rurales (RHC, en inglés) y otras consultas en clínicas con tarifa por consulta;
- visitas al departamento de emergencias de un hospital;
- servicios de hospitalización;
- servicios ambulatorios hospitalarios;
- servicios de laboratorio y radiografías X;
- suministros médicos, equipos, prótesis y ortesis;
- servicios de salud mental;
- servicios y suministros ópticos;
- servicios de optometrista;
- servicios de farmacia;
- servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;
- servicios médicos;
- servicios de podiatría;
- servicios de posestabilización de 90 días;
- servicios de diálisis renal;
- equipos y suministros respiratorios;
- servicios para prevenir enfermedades y promover la salud;
- servicios para alcoholismo subagudo y abuso de sustancias;
- traslados a los servicios protegidos incluidos.

Servicios incluidos limitados

- BCCHP podría brindar servicios de esterilización en la medida que lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si BCCHP ofrece una histerectomía, BCCHP debe completar el formulario *HFS Form 1977* y archivar el formulario rellenado en el expediente médico del asegurado.
- Los servicios de trasplante se limitan a los trasplantes de riñón y los trasplantes de células madre para pacientes hospitalizados.

Servicios no incluidos en la cobertura

Esta es una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos que no incluye BCCHP:

- servicios de ambulancia que no son de emergencia;
- servicios de naturaleza experimental o investigativa;
- servicios ofrecidos por un prestador de servicios médicos que no pertenece a la red y que no están autorizados por BCCHP;
- servicios ofrecidos sin el referido o la autorización previa requeridos;
- cirugía estética electiva;
- atención para la infertilidad, como reversiones de esterilización y tratamientos de fertilidad, como inseminación artificial o fertilización *in vitro*;
- cualquier servicio que no sea médicamente necesario;
- servicios ofrecidos a través de agencias educativas locales;
- medicamentos para bajar de peso o ayudas dietéticas;
- odontología cosmética;
- blanqueamiento dental;
- implantes dentales;
- seguro para lentes de contacto;
- ayuda para la baja visión;
- corrección de la vista con láser;
- los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad no están cubiertos;
- los servicios de centros de atención médica a largo plazo no están cubiertos.

La cobertura de BCCHP no incluye el cannabis. El cannabis viene de la planta de cannabis. Tiene delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como principio activo. También se lo llama "marihuana". La cobertura de BCCHP no incluye el cannabis en ninguna de sus formas. Esto incluye lo siguiente:

- semillas de la planta;
- resina extraída;
- sal u otros derivados;
- cualquier mezcla o preparación que contenga compuestos derivados del cannabis.

Esta no es una lista completa de los servicios no incluidos.

Si desea obtener más información sobre los servicios, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Servicios dentales

BCCHP trabaja con DentaQuest para proporcionar servicios dentales. Los profesionales en servicios dentales se ocupan del cuidado de sus dientes. No necesita una autorización previa de su PCP para obtener servicios dentales. Para encontrar un profesional en servicios dentales de la red, visite la sección "Buscar un profesional médico" en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. También puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

La cobertura de BCCHP incluye los siguientes servicios dentales*:

- Una limpieza dental cada 12 meses (una por año)
- dos exámenes bucales cada 12 meses;
- radiografías;
- empastes;
- coronas;
- extracciones;
- servicios dentales de emergencia;
- endodoncia limitada;
- dentaduras limitadas.

* Es posible que se apliquen algunos límites a estos servicios. Es posible que se requieren autorizaciones previas para recibir algunos servicios.

Servicios para la vista

BCCHP está trabajando con Heritage Vision Plans, Inc., patrocinado por VSP, para proporcionar servicios para el cuidado de la vista. Los profesionales en servicios para la vista se ocupan de cuidar sus ojos. No necesita una autorización previa de su PCP para servicios para la vista. Ingrese a Provider Finder en **espanol.bcbsil.com/bcchp** o en la aplicación de BCBSIL para encontrar un profesional médico que ofrezca servicios para la vista. También puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Los servicios incluyen lo siguiente:

- Un chequeo de la vista cada 12 meses.
- Anteojos:
  - con cobertura por dos años;
  - puede recibir $40 para un par de armazones nuevos cada dos años.
- Lentes de contacto incluidos cuando sean médicamente necesarios, si los anteojos no pueden proporcionar el resultado deseado.

Si pierde o le roban los anteojos o lentes de contacto, comuníquese con Atención al Asegurado. Siempre puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si tiene preguntas. Solo pagaremos aquellos servicios que hayamos autorizado.

Servicios farmacéuticos

En BCCHP, se utiliza una *Lista de medicamentos preferenciales* (PDL, en inglés). El Departamento de Salud y Servicios para Familias de Illinois (HFS, en inglés) proporciona esta lista. BCCHP debe cumplir con la PDL que proporciona HFS. Esto es para ayudar a su médico a elegir qué medicamentos darle. Los medicamentos con cobertura en la PDL tienen un copago de $0 si se surten en las farmacias que participan en la red y determinados medicamentos de esta lista requieren aprobación o tienen limitaciones según la necesidad médica. Para obtener más información sobre la cobertura de servicios en farmacias y para medicamentos, descargue la PDL de la página de "Cobertura de medicamentos" en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. También puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para informarse sobre qué medicamentos están en la PDL. Puede solicitar que le envíen por correo una copia de la lista.

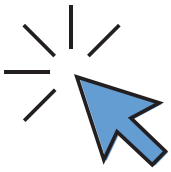
Tendrá que obtener sus medicamentos en una farmacia en la red. Recibirá un suministro de hasta un mes (30 días). No tiene que pagar copagos por medicamentos con receta surtidos en farmacias que formen parte de la red. Asegúrese de que su médico sepa qué medicamentos está tomando. Esto incluye medicamentos de venta libre.

Farmacias de la red

Hay muchas farmacias disponibles que forman parte de nuestra red a través de Prime Therapeutics®. Lleve su tarjeta de asegurado y la receta médica cuando acuda a la farmacia. Si necesita ayuda para ir a la farmacia, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Para buscar una farmacia en su zona

Buscador de farmacias



www.myprime.com/es.html

Haga clic en "Farmacias".

Directorio de farmacias

espanol.bcbsil.com/bcchp

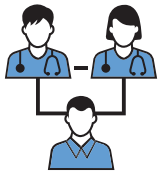
Vea o descargue la página de medicamentos con cobertura.

Atención al Asegurado

1-877-860-2837

La llamada es gratuita.

https://mybam.bcbsil.com/



Inicie sesión en nuestro sitio web.

Puede acceder a BAM en la esquina superior derecha.

Medicamentos que no están en la PDL

Si el medicamento que está tomando no está en la PDL, tiene las siguientes dos opciones:

- Hable con su médico para decidir si puede probar primero un medicamento que esté en la PDL antes de pedir una excepción.
- Llame a Atención al Asegurado y solicite una excepción para que se incluya su medicamento. Envíe una declaración de su médico que respalde su solicitud. BCCHP debe tomar una decisión dentro de un plazo de 24 horas de recibir la solicitud de su médico.

Las solicitudes de excepciones solo se aprueban generalmente si los otros medicamentos en la PDL son menos eficaces o son perjudiciales para su salud.

Programa de entrega de medicamentos a domicilio

Ofrecemos un programa de entrega a domicilio para medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades crónicas. Usted puede recibir un suministro de hasta 90 días directamente en su domicilio. sin ningún costo para usted. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para obtener asistencia.

Medicamentos y suministros de venta libre

Estos son medicamentos y artículos que se compran en la farmacia sin receta médica. Como asegurado, usted puede pedir artículos de venta libre aprobados para usted y los que residen en su hogar sin costo. Puede ver el catálogo de los artículos de venta libre y los montos de los beneficios en nuestro sitio web **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Puede hacer un pedido en línea en **www.mpaotc.com** (seleccione "*Spanish*"). Si es la primera vez que usa este servicio, tendrá que inscribirse. También puede hacer un pedido si llama a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Su pedido se enviará a su dirección en un plazo de 7 a 10 días, sin costo alguno para usted.

Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia

BCCHP trabaja con MTM Health para brindar servicios de transporte. Puede obtener transporte para ir a una cita con el profesional médico, a la farmacia (después de la cita con el médico) o a un evento. También puede recibir un traslado a un centro Blue Door Neighborhood Center℠.

Para programar un traslado

Aplicación MTM Health

Busque "MTM Health" en la tienda virtual y use la aplicación cada vez que necesite un traslado.

Llame a MTM Health

1-877-831-3148

Con atención las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.

Confirme su traslado

1-877-831-3148

Llame o consulte su aplicación móvil con 3 días de anticipación.

El día de su cita:

- Debe estar listo para el transporte una hora antes de la consulta.
- Cuando llegue su conductor, tocará la bocina, llamará a la puerta, tocará el timbre o le llamará. Deben esperar cinco minutos. Después de cinco minutos, pueden marcharse e informar que usted no se presentó.
- Los conductores pueden llevar a varios asegurados en el mismo vehículo. Esto no debería agregar más de 45 minutos a su tiempo de viaje.

Traslado de regreso:

- Puede programar previamente su traslado de regreso. El conductor debería llegar en menos de 30 minutos.
- Si no tiene un horario de regreso previamente programado, llame a MTM Health cuando haya salido de la consulta. El conductor debería llegar en un plazo de una hora desde que hizo la llamada.

Se debe aprobar a cualquier persona que no sea el asegurado cuando se programe el traslado. Usted es responsable por cualquier equipo médico o asiento de seguridad que necesite. Esto incluye sillas de ruedas o asientos infantiles para el automóvil. BCCHP no incluye transporte por razones que no sean médicas, salvo en el caso de eventos patrocinados por BCCHP. Sin una aprobación especial, BCCHP no incluye traslados para distancias mayores a 40 millas (64.3 km) o a prestadores de servicios médicos que no sean de la red. No necesita autorización para recibir servicios de transporte de emergencia.

Si un conductor se retrasa, llame a la línea Where's My Ride al 1-877-831-3149. En caso de ser necesario, MTM Health coordinará otros arreglos. Puede presentar una inconformidad a MTM Health llamando a Atención al Asegurado o a MTM Health. El asegurado también puede solicitar que no se use a cierto proveedor de transporte para futuros viajes.

Aplicación MTM Health

La aplicación MTM Health le ofrece la flexibilidad de programar su traslado médico cuando y donde quiera. Todo lo que necesita es buscar "MTM Health" en las tiendas virtuales Google Play® o App Store® para descargarla. Asegúrese de tener a la mano una dirección de correo electrónico para crear su cuenta. Ahora, puede conseguir un traslado con tan solo un par de clics.

Al descargar la aplicación MTM Health, tendrá acceso a lo siguiente:

- Solicitar nuevos servicios incluidos en su beneficio de Servicios de transporte médico que no sean de emergencia (NEMT, en inglés)
- Ver los servicios de transporte programados
- Consultar actualizaciones de su conductor en tiempo real
- Recibir notificaciones sobre sus servicios de transporte
- Contactar a su conductor
- Cancelar servicios que ya no necesite
- Administrar las credenciales para recibir los pagos de reembolso por millaje de gasolina (GMR, en inglés)
- Presentar reclamaciones de GMR
- Actualizar sus preferencias de contacto con MTM Health
- Administrar los servicios de sus derechohabientes

Otros tipos de transporte

Si vive a dos cuadras de la parada de un transporte público, puede obtener pases gratuitos para el autobús. Estos pases se le pueden proporcionar para que vaya y vuelva de la cita con su médico. Llame a MTM Health por lo menos dos semanas antes de su cita para solicitar los pases para el autobús. Los pases para el autobús llegarán por correo a su hogar.

Beneficios con valor agregado

BCCHP ofrece beneficios adicionales que están disponibles solo para asegurados con cobertura Medicaid de BCCHP. Estos beneficios y servicios se brindan a asegurados con cobertura BCCHP; además de los beneficios y servicios de Illinois Medicaid. A continuación, se mencionan los detalles para cada beneficio agregado y cómo inscribirse. Para obtener más información e inscribirse en estos programas, comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

$40 para mejoras de anteojos

Puede recibir $40 para un par de armazones nuevos cada dos años. Llame a Atención al Asegurado para obtener más información.

Blue365®

Nuestros asegurados pueden inscribirse en Blue365 sin costo. Es un programa que ofrece descuentos exclusivos en salud y bienestar. Visite nuestro sitio web en **www.blue365deals.com/es** para obtener más información.

Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)

Los medicamentos y suministros de venta libre (OTC, en inglés) son medicamentos y artículos que puede comprar en la farmacia sin una receta médica. Como asegurado, ahora puede pedir artículos de venta libre aprobados para usted y los que residen en su hogar sin costo. Puede consultar el Catálogo OTC y los montos de los beneficios en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Puede hacer un pedido en línea en **www.mpaotc.com** (seleccione "*Spanish*"). Si es la primera vez que usa este servicio, tendrá que inscribirse. También puede hacer un pedido si llama a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Su pedido se enviará a su dirección en un plazo de 7 a 10 días, sin costo alguno para usted.

Teléfono celular

Es posible que reúna los requisitos para obtener un teléfono celular sin costo para llamar a su médico, coordinador de servicios médicos o a los servicios de emergencia del **911**.

Transporte

Puede obtener servicios de transporte para ir a una consulta con un profesional médico, una farmacia o un evento patrocinado por BCCHP. Esto se suma al servicio de transporte estándar. Más información en **espanol.bcbsil.com/bcchp**.

Programa de incentivos para la salud

Puede reunir los requisitos para recibir tarjetas de regalo después de realizarse determinados exámenes de prevención como parte del programa de incentivos para la salud como en los siguientes casos:

- una tarjeta de regalo de $15 para mujeres de entre 50 y 74 años que se realicen una prueba anual de detección de cáncer de seno.

Servicios para dejar de fumar

Un coordinador de servicios médicos puede conectarlo con recursos que lo ayudarán a dejar de fumar.

Programa de recompensas BCCHP IL Rewards℠

Canjee tarjetas de regalo a través de BCCHP IL Rewards después de completar medidas de salud preventiva.

1. Inscríbase en **BCBSIL.com/BCCHPILRewards** (haga clic en "Español") o descargue la aplicación móvil BCCHP IL Rewards.
2. Necesitará su tarjeta de asegurado, su fecha de nacimiento y una dirección de correo electrónico para inscribirse.
3. También puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si necesita ayuda para inscribirse en BCCHP IL Rewards.

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental pueden brindar ayuda a quienes padecen problemas médicos, abuso de sustancias o una crisis de salud mental. El tipo de servicio que necesite puede depender de su situación en particular. Algunos servicios requieren una autorización previa, por eso llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para confirmar. No necesita un referido para que un prestador de servicios médicos de la red lo atienda. **Algunos de los servicios de salud mental incluidos son:**

- salud mental con base en la comunidad;
- tratamiento de día en un hospital;
- programa intensivo para pacientes externos;
- servicios para pacientes externos: uso adecuado de los medicamentos, terapia y asesoramiento;
- tratamientos para el consumo de alcohol o drogas.

Teléfono de la línea de emergencias para casos de salud mental

Si está experimentando una crisis de salud mental, llame al **1-800-345-9049**. Este es un servicio de intervención y estabilización en casos de crisis que está disponible las 24 horas. Durante una crisis de salud mental, se le enviará un profesional en salud mental calificado para que lleve a cabo una evaluación en persona.

Learn to Live: plataforma sobre salud mental

Learn to Live es un programa de salud en línea sin costo. Learn to Live ofrece soluciones de servicios de salud mental a su propio ritmo y, además, acceso a consejeros para asegurados las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden ayudarle a lidiar con problemas habituales como el estrés, la ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias. Puede inscribirse en **es.learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid** (código de acceso: **ILMED**).

Coordinación de Servicios médicos

Los asegurados completarán un examen preventivo para detectar riesgos para la salud (HRS) al menos una vez al año. BCCHP se comunicará con usted por medio de una llamada o mensaje de texto después de inscribirse para que realice su HRS. Este examen ayudará a determinar sus hábitos de salud, si tiene algún riesgo de salud y si necesita un coordinador de servicios médicos. También puede completar la HRS en el portal protegido Blue Access for Member (BAM). Inicie sesión en el portal protegido BAM, en **https://mybam.bcbsil.com** (haga clic en "Español"). Diríjase a la sección "Bienestar", en "Mi salud", para completar el examen. Llame a Atención al Asegurado si no pudo atender nuestra llamada o mensaje de texto y quiere completar el examen preventivo.

El examen preventivo para detectar riesgos que completó nos ayuda a determinar si necesitará un coordinador de servicios médicos. Si es elegible y decide usar el servicio, se le asignará un coordinador de servicios médicos. El coordinador de servicios médicos trabajará junto con nosotros para ayudarlo a administrar su atención. Ellos serán su "asesor" de atención médica. Supervisará el plan de atención que usted y su equipo de atención médica consideren adecuado. El coordinador de servicios médicos lo puede ayudar a alcanzar sus objetivos de salud utilizando sus beneficios y servicios médicos.

El coordinador de servicios médicos también hará lo siguiente:

- planificar consultas en persona o llamadas con usted;
- escuchar sus inquietudes;
- ayudarlo a obtener servicios y a encontrar problemas de salud antes de que empeoren (atención médica preventiva);
- ayudarlo a programar la atención con su médico y otros miembros del equipo de atención médica;
- ayudarlo a usted, su familia y su cuidador a entender mejor sus problemas médicos, medicamentos y tratamientos.

Su equipo de atención médica puede ayudarle a recibir la asistencia y atención que necesita para estar sano. Esto incluye lo siguiente:

- aconsejarlo sobre cómo controlar el peso, alimentarse mejor y mantenerse en forma con un programa de ejercicios;
- proporcionarle folletos con consejos sobre cómo manejar un problema médico crónico o activo;
- asistentes de apoyo para la recuperación que lo acompañen en el proceso de recuperación por un problema de salud mental o adicción;
- consejos sobre hábitos para mantenerse saludable y la necesidad de realizarse exámenes de rutina y pruebas de detección;
- planificación familiar.

Servicios de transición de la atención

Usted reúne los requisitos para obtener servicios de transición de la atención médica cuando tiene un procedimiento quirúrgico programado como paciente internado o cuando tiene un ingreso no programado en un hospital para pacientes internados con problemas agudos. Nuestros servicios son útiles cuando le dan de alta para regresar a su hogar o para recibir un nivel de atención más bajo. Prestamos especial atención cuando se trata de ayudarle a cambiar de un nivel de atención médica a otro, como cuando le dan el alta de un hospital para volver a su casa. Es importante que entienda las instrucciones del alta y tenga todo lo que necesita para recuperarse en casa. Trabajamos con usted para asegurarnos de que tenga consultas de seguimiento programadas. También nos aseguramos de que reciba todos los medicamentos y servicios médicos que le indicaron. Todo esto garantiza un alta y una recuperación sin problemas.

El coordinador de servicios médicos puede ayudarlo de la siguiente manera:

- coordinar los servicios que necesita, incluidos la programación y el cumplimiento con las citas con el profesional médico;
- asegurar una coordinación integral de servicios para brindarle una atención segura, oportuna y de calidad cuando salga del hospital;
- entender sus problemas de salud y apoyar su habilidad de valerse por sí mismo;
- ofrecer orientación antes de ingresos planificados, como una cirugía programada; ofrecer orientación después del alta cuando haya tenido un ingreso no planificado;
- brindarle información educativa con respecto a sus medicamentos y a las indicaciones de su médico.

Administración de casos clínicos complejos

Ofrecemos un programa especial de Administración de Casos clínicos complejos para los asegurados que tienen enfermedades muy complicadas como enfermedades renales, depresión o trastornos por consumo de sustancias. Si es elegible, un coordinador de servicios médicos se pondrá en contacto con usted para ayudarle con su problema médico. Trabajará junto con el coordinador de servicios médicos para establecer metas específicas orientadas a mejorar su salud general.

Su coordinador de servicios médicos le ayuda con lo siguiente:

- programar citas médicas según lo necesite;
- coordinar traslados de ida y vuelta para asistir a sus citas médicas;
- obtener y entender los medicamentos que toma;
- ayudarlo a entender su enfermedad y cómo puede mejorar su salud y su calidad de vida;
- ayudarlo a usar sus servicios médicos para evitar que sus problemas médicos empeoren;
- ofrecerle herramientas de aprendizaje para ayudarlo a usted, a su familia y a sus cuidadores a entender mejor cualquier problema médico, medicamento con receta, medicamento de venta libre o tratamiento.

Programa de manejo de enfermedades

Si tiene hipertensión (presión arterial alta), diabetes o asma, cumple con los requisitos para participar en nuestro programa de manejo de enfermedades. Los asegurados identificados reciben apoyo según su nivel de necesidad. Todos los asegurados tienen acceso a BAM, donde pueden encontrar herramientas y asistencia. El portal ofrece muchos recursos para ayudarlo a mantenerse sano. Puede acceder en **espanol.bcbsil.com/bcchp** (haga clic en "Español"). A los asegurados con un riesgo moderado los contactará un coordinador de servicios médicos especializado en la gestión de ese problema de salud. Si está inscrito en el programa, trabajará con el coordinador de servicios médicos para establecer metas específicas con el fin de mejorar su salud general.

El coordinador de servicios médicos le ofrece lo siguiente:

- educación y materiales relacionados con su diagnóstico;
- asistencia para entender y obtener medicamento;
- educación sobre los beneficios disponibles que mejorarían sus resultados de salud;
- referidos a programas y recursos comunitarios para obtener más educación y apoyo, como mejorar el acceso a alimentos saludables y programas de ejercicio comunitarios.

Servicios voluntarios

Un coordinador de servicios médicos le ayudará a usar sus servicios médicos con cobertura y los servicios comunitarios para lograr los objetivos para su salud. Los programas de Coordinación de Servicios médicos son voluntarios y puede elegir no participar en cualquier momento. Lo inscribiremos automáticamente si es elegible y si vemos una oportunidad para ayudarle. Para solicitar cobertura o no participar en la Coordinación de Servicios médicos, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Programas de educación para la salud

BCCHP tiene programas que le ayudarán a mantenerse sano y a gestionar enfermedades en cada etapa de la vida. El médico podría controlar la dieta, la actividad física, el peso, la salud dental, la salud de la vista y la salud mental. Durante la consulta, se le dará cualquier vacuna que necesite y se le realizarán los exámenes preventivos pertinentes. Revise las siguientes tablas con su PCP.

Servicios preventivos recomendados para adultos

Si usted tiene	Necesita
entre 35 y 49 años	examen físico anual, vacuna contra la gripe anual, refuerzo contra el tétanos y la difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, prueba de colesterol (a partir de los 44 años), examen de glaucoma (a partir de los 39 años), mamografías de referencia (incluido una vez para aseguradas a partir de los 35 y 40 años), mamografía de detección anual (a partir de los 40 años)
entre 50 y 64 años	examen físico anual, vacuna contra la gripe anual, vacuna contra el COVID-19, vacuna contra la culebrilla, refuerzo contra el tétanos y la difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, mamografía, prueba de colesterol, prueba de detección de cáncer colorrectal, prueba de detección de glaucoma
65 años o más	Examen físico anual, vacuna contra la gripe anual, refuerzo contra el tétanos y la difteria (cada 10 años), vacuna antineumocócica, mamografía (hasta los 74 años), prueba de colesterol, prueba de detección de cáncer colorrectal (hasta los 75 años), prueba de detección de glaucoma, pruebas de audición

Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para obtener más información sobre estos programas. También puede consultar nuestro sitio web. Búsquelos en la sección "Recursos para asegurados" en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Estos programas están diseñados para ayudarlo a sentirse bien y que siga sintiéndose así.

Blue365

Blue365 les permite a los asegurados ahorrar dinero en productos para cuidados que generalmente no están incluidos en BCCHP. Los asegurados y los derechohabientes tienen acceso a una variedad de descuentos. Esto incluye equipo de acondicionamiento físico, pases para gimnasios, alimentos saludables y más de los comercios más importantes. Para participar, no es necesario presentar reclamaciones ni referidos ni tampoco pagar tarifas adicionales. Ingrese a **www.blue365deals.com/es**.

Blue Door Neighborhood Center (BDNC℠)

Los centros Blue Door Neighborhood Centers (BDNC, en inglés) son núcleos comunitarios. Brindan un espacio para aprender, conectar y enfocarse en su salud. También pueden proporcionar programas de prevención y educación, salud y bienestar, y acceso a recursos comunitarios. Los centros BDNC ofrecen servicios gratuitos que están disponibles para todos, no únicamente para los asegurados.

Misión: trabajar directamente con la comunidad para proporcionar acceso a recursos de salud integral y bienestar.

Visión: ser un socio confiable y un recurso para los miembros de la comunidad en sus procesos de salud.

Enfoque en tres aspectos: Blue Door Neighborhood Center ofrece lo siguiente: manejo de enfermedades, educación y promoción de la salud, y programas de determinantes sociales de la salud (SDOH, en inglés).

Más información sobre los BDNC y los próximos eventos en **espanol.bcbsil.com/bdnc**.
Visite BDNC en las siguientes ubicaciones:

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

Para su tranquilidad

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline le permite hablar en privado con un enfermero acerca de su salud. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin costo, al **1-888-343-2697**. Un enfermero puede brindarle información sobre cuestiones de salud y servicios de salud comunitaria.

También puede escuchar audios sobre más de 300 temas de salud, como por ejemplo los siguientes:

- alergias y sistema inmunitario;
- diabetes;
- presión arterial alta;
- infecciones de transmisión sexual como el VIH/sida.

En BCCHP también ofrecemos transición de servicios de atención médica, administración de casos clínicos complejos y servicios para el manejo de enfermedades. Consulte la sección **Coordinación de Servicios médicos on page 28** para obtener más información.

Además de los programas de BCCHP, existen otros recursos estatales disponibles para usted. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para obtener más información.

Programa de restricción para beneficiarios

BCCHP supervisa el uso de medicamentos con receta como parte del programa de restricción para beneficiarios.

Buscamos señales de advertencia como las siguientes:

- duplicación de tratamientos con medicamentos;
- uso excesivo o poco uso de medicamentos;
- superposición de farmacias o personas que recetan;
- uso indebido o abuso de medicamentos.

Nuestro equipo de farmacia utiliza un proceso establecido de "restricción". Esto implica limitar ("restringir") a los asegurados a una sola farmacia durante su tratamiento. Esta restricción se usa para abordar el abuso o uso indebido de medicamentos.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son una decisión por escrito que usted toma sobre su atención médica para el futuro, en caso de que esté tan enfermo en ese momento que no pueda tomar una decisión. En Illinois hay cuatro tipos de instrucciones anticipadas:

- **Poder notarial para la atención médica:** Le permite elegir a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica si usted está demasiado enfermo como para decidir.
- **Testamento vital:** Les informa a su médico y a otros prestadores de servicios médicos qué tipo de atención médica quiere recibir si tiene una enfermedad terminal y no tiene posibilidades de mejorar.
- **Preferencia de salud mental:** Le permite decidir si quiere recibir determinados tipos de tratamientos de salud mental que podrían ser de ayuda.
- **Orden de no resucitar y órdenes médicas de tratamiento para mantener la vida (DNR y POLST, en inglés):** informan a su familia, a sus médicos y a otros prestadores de servicios médicos qué desea hacer en caso de que su corazón o su respiración se detengan.

Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas de su cobertura médica o de su médico. Si lo ingresan a un hospital, es posible que le pregunten si tiene instrucciones anticipadas. No es obligatorio tenerlas. No es necesario tener instrucciones anticipadas para recibir atención médica, pero la mayoría de los hospitales le recomendarán que las tenga. Puede elegir tener una o más de una de estas instrucciones anticipadas y puede cancelarlas o modificarlas en cualquier momento.

Inconformidades y apelaciones

Queremos que esté satisfecho con los servicios que recibe de BCCHP y de nuestros prestadores de servicios médicos. Si no está conforme, puede presentar una inconformidad o una apelación.

Inconformidades

Una inconformidad es una queja sobre cualquier asunto que no sea un servicio o producto rechazado, reducido o suspendido.

BCCHP se toma muy en serio las inconformidades de los asegurados. Queremos saber qué funciona mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una inconformidad sobre un prestador de servicios médicos o sobre la calidad de la atención médica o de los servicios recibidos, infórmenos de inmediato. BCCHP cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los asegurados que presentan inconformidades. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para responder sus preguntas o para resolver su problema. Presentar una inconformidad no afectará sus servicios de atención médica o su cobertura de beneficios.

Si la persona que presenta la inconformidad es participante del programa de rehabilitación vocacional (VR, en inglés), tiene derecho a recibir asistencia del Programa de Asistencia al Cliente (CAP, en inglés) de DHS-ORS en la preparación, presentación y representación de los asuntos a atender.

Estos son algunos ejemplos de cuándo podría presentar una inconformidad:

- El prestador de servicios médicos o un miembro del personal no respetaron sus derechos.
- Tuvo problemas para coordinar una cita con su prestador de servicios médicos en un plazo adecuado de tiempo.
- No está satisfecho con la calidad de la atención médica o del tratamiento que recibió.
- El prestador de servicios médicos o un miembro del personal le faltaron el respeto.
- El prestador de servicios médicos o un miembro del personal no tuvieron en consideración sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Puede presentar su inconformidad por teléfono llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). También puede presentar su inconformidad por escrito y enviarla por correo o por fax a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 660717
Dallas, TX 75266
Fax: **1-866-643-7069**

Cuando redacte la carta de inconformidad, denos la mayor cantidad de información posible. Por ejemplo, incluya la fecha y lugar del incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de asegurado. Puede solicitar ayuda para presentar la inconformidad llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Si no habla inglés, podemos brindarle un intérprete sin ningún costo para usted. Incluya este pedido cuando presente su inconformidad. Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame a la línea TTY/TDD de Atención al Asegurado al **711**.

En cualquier momento del proceso de inconformidad, puede pedirle a alguien que conozca que lo represente o actúe en su nombre. Esta persona será su representante. Si decide pedirle a alguien que lo represente o actúe en su nombre, infórmelo a BCCHP por escrito detallando el nombre de su representante y su información de contacto.

Trataremos de resolver su inconformidad a la brevedad. De no ser posible, nos pondremos en contacto con usted para solicitar más información.

Apelaciones

Una apelación es una manera que tiene para solicitar que hagamos una revisión de alguna medida que tomamos. Si decidimos que un servicio o producto solicitado no puede aprobarse, o en caso de reducir o interrumpir un servicio, le enviaremos una carta de "determinación adversa de beneficios".

En esta carta le informaremos lo siguiente:

- qué decisión se tomó y cuál fue el motivo;
- su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo;
- su derecho a pedir una audiencia imparcial ante el estado y cómo hacerlo;
- su derecho, en determinadas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo;
- su derecho a pedir la continuación de los servicios médicos durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo podría tener que pagar los servicios.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o medida que BCCHP haya tomado con respecto a sus servicios o a un producto que solicitó. Una apelación es una manera que tiene para solicitar que hagamos una revisión de alguna medida que tomamos. Puede apelar dentro de los 60 días calendario desde la fecha que figura en la carta de determinación adversa de beneficios. Si quiere que sus servicios se mantengan iguales mientras apela, debe mencionar esto cuando inicia la apelación y debe presentarla en un plazo máximo de 10 días calendario desde la fecha que figura en la carta de determinación adversa de beneficios.

Estos son algunos ejemplos de cuándo podría presentar una apelación:

- No se aprobó o pagó un servicio o producto que su prestador de servicios médicos solicitó.
- Se interrumpió un servicio que se aprobó con anterioridad.
- No se le proporcionó un servicio o producto de manera oportuna.
- No se le informó de su derecho de libre elección de prestadores de servicios médicos.
- No se aprobó un servicio porque no era parte de nuestra red.

Hay dos maneras en que puede presentar una apelación médica:

1. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).
2. Envíe su solicitud de apelación por escrito a la siguiente dirección:

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

   Fax para procesos estándar: **1-866-643-7069**
   Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

Si no habla inglés, podemos brindarle un intérprete sin ningún costo para usted. Incluya este pedido cuando presente su apelación. Si tiene alguna discapacidad auditiva, llame a la línea TTY/TDD de Atención al Asegurado al **711**.

Estas son algunas formas de presentar una apelación farmacéutica:

1. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).
2. Envíe su solicitud de apelación por escrito a la siguiente dirección:

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

   Fax para procesos estándar: **1-855-212-8110**
   Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

3. Pídale a su médico que presente la apelación en línea. Para averiguar cómo hacerlo, puede ingresar a **MyPrime.com** o **CoverMyMeds.com** (en inglés).

¿Se puede obtener ayuda con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de asistencia.

Puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a alguien que conoce que lo represente. Por ejemplo, su PCP o algún miembro de la familia.
- Decidir que lo represente un profesional del derecho.

Para designar a una persona para que lo represente, tiene las siguientes alternativas:

1. Envíenos una carta en la que nos informe que quiere que otra persona lo represente e incluya la información de contacto de su representante.
2. Complete el formulario de representante autorizado para apelaciones. Puede encontrar este formulario en **espanol.bcbsil.com/bcchp**.

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de **tres días hábiles** para informarle que recibimos su apelación. Le haremos saber si necesitamos más información y cómo deberá brindarnos esa información, si en persona o por escrito.

Un profesional médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del profesional médico que lo está tratando va a estar a cargo de revisar su apelación. No será el mismo profesional médico que tomó la decisión inicial de rechazar, reducir o interrumpir el servicio médico.

BCCHP le enviará nuestra decisión por escrito **dentro de los 15 días hábiles** desde la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación. BCCHP podría solicitar una extensión de hasta **14 días calendario** para decidir sobre su caso, si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión. Usted también nos puede pedir una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales para respaldar su apelación.

Lo llamaremos para hacerle saber nuestra decisión y les enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión. En el Aviso de decisión le informaremos las medidas que tomaremos y el motivo.

Si la decisión de BCCHP coincide con la determinación adversa de beneficios, es posible que tenga que pagar por el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión de BCCHP no coincide con la determinación adversa de beneficios, aprobaremos que los servicios comiencen de inmediato.

Cuestiones para tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- De ser necesario, puede proporcionarnos más información sobre su apelación en cualquier momento.
- Tiene la posibilidad de ver el archivo de su apelación.
- Tiene la posibilidad de estar presente cuando BCCHP haga la revisión de su apelación.

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su profesional médico creen que nuestro plazo estándar de quince 15 días laborables para tomar una decisión sobre su apelación podría poner en grave peligro su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, su número de asegurado, la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios, la información de su caso y el motivo por el cual está solicitando una apelación acelerada. También podría enviar

por fax una apelación acelerada al BCCHP. Envíe las apelaciones aceleradas por fax al **1-800-338-2227**. Le notificaremos dentro de las veinticuatro 24 horas si necesitamos más información. Una vez que presente toda la información, lo llamaremos dentro de las 24 horas para informarle nuestra decisión y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado el *Aviso de decisión*.

¿Cómo se puede retirar una apelación?

Tiene el derecho de retirar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento del proceso de apelación. Puede hacerlo por escrito o verbalmente. Puede retirar su apelación usando la misma dirección a la que envió su apelación o llamando a BCCHP al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Al retirar su apelación, finalizará el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión con respecto a su solicitud de apelación. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a BCCHP al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

BCCHP acusará recibo de que ha retirado su apelación enviándole un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

¿Qué sucede después?

Después de recibir por escrito el Aviso de decisión de apelación de BCCHP, no tiene que hacer nada y se cerrará el expediente de su apelación. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión que tomamos en su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado o una revisión externa de su apelación dentro de los 30 días calendario de la fecha que figura en el *Aviso de decisión*. Puede solicitar la audiencia imparcial ante el estado y la revisión externa o solo una de ellas.

Audiencia imparcial ante el estado

Si lo desea, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado en un plazo de **120 días calendario** desde la fecha que figura en el Aviso de decisión, pero deberá solicitar la apelación a la audiencia imparcial ante el estado en un plazo de **10 días calendario** desde la fecha que figura en el Aviso de decisión si quiere continuar recibiendo sus servicios. Si no gana esta apelación, es posible que tenga que hacerse responsable de pagar por los servicios que le brindaron durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial ante el estado, así como en el proceso de apelación con BCCHP, puede pedirle a alguien que lo represente, como a un abogado, o pedirle a un pariente o amigo que hable en su nombre. Para designar a una persona que lo represente, envíenos una carta informándonos que quiere que otra persona lo represente e incluya la información de contacto de su representante.

Puede pedir una audiencia imparcial ante el estado de una de las siguientes maneras:

- El Centro de Recursos Para Familias y Comunidad en su comunidad le puede proporcionar un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial ante el estado y puede ayudarlo a completarlo, si así lo desea.
- Visite **abe.illinois.gov/abe/access/appeals** (haga clic en "Español") para crear una cuenta en apelaciones ABE y presentar una apelación en línea a una audiencia imparcial ante el estado. Esto le permitirá seguir y gestionar su apelación en línea, consultar fechas y avisos importantes relacionados con la audiencia imparcial ante el estado y presentar documentación.

Si desea presentar una apelación a una audiencia imparcial ante el estado relacionada con sus servicios médicos, envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

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

Si quiere presentar una apelación a una audiencia imparcial ante el estado relacionada con servicios de salud mental o abuso de sustancias, envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Human Services Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 9th Floor Chicago, IL 60602
Fax: **(312) 793-3387**
Correo electrónico: **DHS.BAH@illinois.gov**
O puede llamar al **(800) 435-0774**, TTY: **(877) 734-7429**

Proceso de la audiencia imparcial ante el estado

La audiencia estará a cargo de un funcionario de audiencia imparcial autorizado a llevar a cabo audiencias imparciales ante el estado. Recibirá una carta de la oficina de audiencias correspondiente informándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también le proporcionará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta detenidamente. Si crea una cuenta en **https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals** (haga clic en "Español"), puede obtener acceso a las cartas relacionadas con su proceso de audiencia imparcial ante el estado a través de su cuenta de apelaciones ABE. También puede cargar documentos y consultar sus citas.

Recibirá información de BCCHP por lo menos **tres días hábiles** antes de la audiencia. Esto incluirá todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Esta información también se enviará al funcionario de audiencia imparcial. Usted también debe proporcionar todas las pruebas que presentará en la audiencia a BCCHP y al funcionario de audiencia imparcial por lo menos **tres días laborables** antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquier testigo que vaya a declarar en su defensa, así como los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Tendrá que avisar a la oficina de audiencias correspondiente cualquier adaptación que necesite. Es posible que su audiencia se lleve a cabo por teléfono. Asegúrese de proporcionar el número telefónico que sea mejor para contactarlo en horas laborables en su solicitud de audiencia imparcial ante el estado. La audiencia podría grabarse.

Aplazamiento o postergación

Puede solicitar un aplazamiento durante la audiencia o una postergación antes de la audiencia, y podrían otorgárselos si hubiera una buena causa. Si el funcionario de audiencia imparcial acepta, se les notificará por escrito la nueva fecha, hora y lugar de la audiencia a usted y a todas las partes de la reclamación. El tiempo límite para que el proceso de apelación se complete se extenderá lo que duren el aplazamiento o postergación.

Falta de comparecencia a la audiencia

Su apelación se desestimará si usted o su representante autorizado no comparecen al lugar de la audiencia el día que figura en el aviso a la hora indicada y no solicitaron una postergación por escrito. En el caso de que su audiencia se lleve a cabo por teléfono, su apelación se desestimará si no atiende el teléfono a la hora programada para la audiencia. Se enviará un Aviso de desestimación a todas las partes de la apelación.

Se podrá reprogramar la audiencia si nos avisa dentro de los 10 días calendario desde la fecha en que recibió el aviso de desestimación, si la razón por la que no compareció fue alguna de las siguientes:

- una muerte en la familia;
- una lesión o enfermedad personal que le hayan dado razones fundadas para no comparecer;
- una emergencia repentina e inesperada.

Si la audiencia de la apelación se reprograma, la oficina de audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta reprogramando la audiencia con copias a todas las partes involucradas de la apelación.

Si rechazamos su solicitud para reprogramar su audiencia, recibirá una carta por correo informándole el rechazo de su solicitud.

Decisión de la audiencia imparcial ante el estado

La oficina de audiencias correspondiente le enviará una decisión administrativa final por escrito a usted y a todas las partes interesadas. Esta decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones ABE. La decisión administrativa final puede someterse a revisión solamente por medio de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que el tribunal de circuito permitirá para presentar la solicitud de revisión podría limitarse a 35 días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

En el plazo de **30 días calendario** posteriores a la fecha que figura en el Aviso de decisión de apelación de BCCHP, usted puede solicitar una revisión por parte de alguien ajeno a BCCHP. Este proceso se llama “revisión externa”.

El revisor externo debe reunir los siguientes requisitos:

- Debe ser un profesional médico avalado por la junta de especialidades médicas que tenga la misma especialidad o una especialidad similar a la del profesional médico que lo está tratando.
- Debe estar ejerciendo actualmente.
- No tener un interés financiero en la decisión.
- No lo debe conocer y no sabrá su identidad durante la revisión.

En su carta debe solicitar una revisión externa de esa medida y enviarla a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health Plans

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

Fax para procesos estándar: **1-866-643-7069**
Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para verificar si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco días laborables para hacerlo. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud reúne los requisitos. En caso de reunirlos, en la carta encontrará el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco días laborables desde la fecha de la carta que le enviamos para proporcionar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará una carta con su decisión a usted o a su representante y a Blue Cross Community Health Plans en un plazo de cinco días calendario de haber recibido toda la información necesaria para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

Si los plazos normales para una revisión externa pudieran poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a Atención al Asegurado sin costo al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Para solicitarla por escrito, envíe una carta a la dirección que se encuentra a continuación. Puede solicitar una revisión externa de una medida específica solo una (1) vez. En su carta debe solicitar una revisión externa de esta medida específica.

Blue Cross Community Health Plans
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 660717
Dallas, TX 75266
Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

¿Qué sucede después?

- Una vez que recibamos la llamada o la carta solicitando una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para verificar si cumple con los requisitos para una revisión externa acelerada. En caso de cumplirlos, nos pondremos en contacto con usted o con su representante para proporcionarle el nombre del revisor.
- También le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar la revisión.
- Tan pronto como su problema de salud requiera, pero no más de dos días laborables después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión con respecto a su solicitud. Le informará su decisión verbalmente a usted o a su representante y a BCCHP. Además, les enviará una carta con la decisión a usted o a su representante y a BCCHP en un plazo de 48 horas.

Derechos y obligaciones

Sus derechos

- Derecho a ser tratado siempre con respeto y dignidad, y que se reconozca su derecho a la privacidad.
  - Que se mantenga la privacidad de su información médica personal y su expediente médico, con excepciones establecidas por ley y cuando sea necesario para ofrecerle atención médica.
  - Estar protegido contra la discriminación.
  - Recibir información del BCCHP en otros idiomas o formatos, como con un intérprete o en braille.
  - Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles.
  - Recibir la información necesaria para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y opciones de atención médica.
- Derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas de la organización en cuanto a los derechos y obligaciones de los asegurados.
  - Rechazar el tratamiento y que se le informe de lo que podría sucederle a su salud si lo hace.
  - Recibir una copia de su expediente médico y, en algunos casos, solicitar que se modifique o corrija.
  - Elegir su propio PCP del directorio de prestadores de servicios médicos de BCCHP. Puede cambiar su PCP en cualquier momento.
  - Presentar una queja (a veces denominada "inconformidad") o una apelación sin temor a sufrir maltrato o represalias de ningún tipo.
  - Solicitar y recibir, en un plazo razonable, información sobre su cobertura médica, sus prestadores de servicios médicos y sus políticas, incluidos los derechos y responsabilidades de los asegurados.

Sus responsabilidades

- Tratar a su médico y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar con usted su tarjeta de asegurado cuando asista a las citas con el médico y cuando vaya a la farmacia a retirar sus medicamentos recetados.
- No cancelar sus citas y asistir puntualmente.
- Cancelar las citas con anticipación si no puede asistir.
- Seguir las instrucciones y la cobertura médica de tratamiento que le dé su médico.
- Informarles a la compañía aseguradora y a su encargado del caso si su dirección o su número de teléfono cambian.
- Leer el manual para asegurados para saber qué servicios están incluidos y si se aplican reglas especiales.

Fraude, abuso y negligencia

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

El fraude ocurre cuando alguien recibe servicios, beneficios o pagos a los que no tiene derecho. Estos son algunos ejemplos de fraude:

- si usa la tarjeta de asegurado de otra persona o deja que otra persona use la suya;
- si un prestador de servicios médicos factura servicios que no proporcionó.

El abuso sucede cuando alguien provoca lesiones o daños físicos o mentales. Aquí se mencionan algunos ejemplos de abuso:

- El abuso físico se da cuando se le inflige daño, como una bofetada, un puñetazo, un empujón o una amenaza con un arma.
- El abuso mental ocurre si alguien utiliza palabras amenazantes con usted, intenta controlar su actividad social o mantenerlo aislado.
- El abuso financiero se produce cuando alguien utiliza su dinero, sus cheques personales o sus tarjetas de crédito sin su permiso.
- El abuso sexual se produce cuando alguien lo toca de manera inapropiada sin su consentimiento.

La negligencia sucede cuando alguien decide no proporcionar las necesidades básicas para vivir, como alimentos, ropa, vivienda o atención médica.

Si considera que es víctima de abuso, debería informarlo de inmediato. Puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Si sospecha que hay abuso, denúncielo.

Por ley, es su deber denunciar supuestos abusos o negligencias. Debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS, en inglés) o el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOA, en inglés).

- Si la persona está inscrita en un programa, vive en un lugar financiado, autorizado o certificado por DHS o vive en un domicilio particular, llame a la línea de atención de la Oficina del Inspector General al **1-800-368-1463**.
- Si la víctima de abuso o negligencia es un adulto de 18 años o más y no vive en un asilo o centro de vida asistida, llame a la línea de atención del DoA al **1-866-800-1409**, TTY: **1-800-358-5117**.

También puede informarnos sobre cualquier sospecha de fraude o abuso. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. También puede llamar a nuestra línea de atención para la denuncia de fraude y abuso al **1-800-543-0867**.

Toda la información se mantendrá en privado. Eliminar el abuso, la negligencia y el fraude es responsabilidad de todos.

Definiciones

Apelación: una solicitud para que su cobertura médica revise una decisión nuevamente.

Atención ambulatoria en un hospital: la atención en un hospital que por lo general no requiere una estadía durante la noche.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés): son los servicios de enfermería especializada y rehabilitación ofrecidos de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que pueden administrar un enfermero titulado (*registered nurse*) o un médico.

Atención en la sala de emergencias: son los servicios de emergencia que usted recibe en una sala de emergencias.

Atención médica inmediata: la atención de una enfermedad, una lesión o un problema de salud lo suficientemente grave como para que una persona con sentido común busque ayuda de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Autorización previa: es la decisión por parte de su compañía aseguradora o cobertura médica de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero son médicamente necesarios. A veces se llama “preautorización”, “aprobación previa” o “certificación previa”. Es posible que su seguro médico o cobertura requieran autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, salvo en caso de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que el seguro médico o la cobertura médica cubrirán los costos.

Autorización previa: es la decisión por parte de su compañía aseguradora o cobertura médica de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero son médicamente necesarios. A veces se llama “preautorización”, “aprobación previa” o “certificación previa”. Es posible que su seguro médico o cobertura requieran autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, salvo en caso de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro médico o cobertura cubrirán los gastos.

Centro de enfermería especializada: se refiere a los servicios de enfermería ofrecidos en el marco de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 *et seq.*). por enfermeros titulados (*registered nurses*), auxiliares de enfermería con licencia o enfermeros vocacionales para ejercer en el estado.

Coaseguro: la parte de los gastos elegibles que usted tendrá que pagar. Por ejemplo, si su coaseguro es del 10%, usted es responsable de pagar el 10% de los gastos médicos elegibles, y la cobertura médica pagará el 90% restante.

Cobertura: una cobertura es la combinación de los beneficios del seguro médico bajo un producto, una red de prestadores de servicios médicos y un área de servicio.

Cobertura de medicamentos con receta: es el seguro médico o la cobertura que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Cobertura médica: una organización conformada por profesionales médicos, hospitales, farmacias y prestadores de servicios médicos a largo plazo y otros prestadores. También cuenta con coordinadores de servicios médicos que le brindarán ayuda para gestionar todos sus prestadores de servicios médicos y servicios. Todos ellos trabajan juntos para ofrecerle la atención que necesita.

Copago: un monto fijo (por ejemplo, $15) que paga por un servicio de atención médica incluido en la cobertura, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio.

Cuidados paliativos: servicios que brindan comodidad y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Doula: las doulas apoyan a las clientas embarazadas durante todo el embarazo, el parto y el posparto, con el objetivo de mejorar los resultados para ellas y los recién nacidos.

Equipo médico duradero: son los equipos y suministros que solicita un profesional médico para uso diario o por un tiempo prolongado.

Especialista: médico que ofrece atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Farmacia de la red: se trata de una farmacia que ha aceptado surtir medicamentos con receta para los asegurados de nuestra cobertura. Las llamamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestra cobertura. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Fuera de la red: el beneficiario tiene la opción de acceder a servicios de la cobertura médica fuera de la red de profesionales médicos contratados por la compañía aseguradora. En algunos casos, los gastos de bolsillo del beneficiario pueden ser mayores por utilizar servicios fuera de la red.

Hospitalización: la atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y, por lo general, una estadía durante la noche. Una estadía durante la noche para observación podría considerarse atención a pacientes no hospitalizados.

Inconformidad: una queja que usted le comunica a su cobertura médica.

Medicamentos con receta: son medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Médico de atención primaria: es un médico (M.D., doctor en medicina, o D.O., doctor en medicina osteopática), un practicante de enfermería, un enfermero especializado o un asistente médico que, según lo permitido por la ley estatal, proporciona o coordina una serie de servicios de atención médica para el paciente, o lo ayuda a obtener acceso a estos.

Médico de atención primaria: es un médico (M.D., doctor en medicina, o D.O., doctor en medicina osteopática) que, según lo permitido por la ley estatal, proporciona o coordina una serie de servicios de atención médica para el paciente, o lo ayuda a obtener acceso a estos.

Prestador de servicios médicos: "prestador" es el término general que usamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y le atienden. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y apoyo para servicios médicos a largo plazo.

Prestador de servicios médicos de la red: "prestador" es el término general que usamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y le atienden. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y apoyo para servicios médicos a largo plazo.

- Cuentan con licencia o con certificación de Medicare y del estado para ofrecer servicios de atención médica.
- Los llamamos "prestadores de servicios médicos de la red" cuando aceptan trabajar con la cobertura médica y aceptan nuestro pago sin cobrar a nuestros asegurados un importe adicional.

Prestador de servicios médicos no participante: es un prestador de servicios médicos que no tiene contrato con su compañía aseguradora para proporcionarle servicios. Pagará más por acudir a un prestador de servicios médicos no preferencial. Consulte su póliza para comprobar si puede acudir a todos los prestadores que tienen contrato con su seguro médico o cobertura, o si su seguro médico o cobertura tiene una red "por niveles" y usted tiene que pagar un un monto adicional para acudir a algunos prestadores.

Prestador de servicios médicos participante: los llamamos "prestadores de servicios médicos participantes" cuando aceptan trabajar con la cobertura médica y aceptan nuestro pago sin cobrar a nuestros asegurados un importe adicional. Mientras sea asegurado de nuestra cobertura, tiene que usar a los prestadores de servicios médicos participantes para obtener los servicios incluidos.

Los prestadores de servicios médicos participantes también se denominan "prestadores de servicios médicos de la red".

Prima: es el monto que se debe pagar por el seguro de gastos médicos o la cobertura. Usted o su empleador suelen pagarla mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Problema médico de emergencia: hace referencia a una enfermedad, una lesión, un síntoma o un problema de salud tan grave que lleva a una persona a buscar atención médica lo antes posible para evitar daños importantes.

Red: está conformada por los centros, prestadores de atención médica y prestadores que tienen contrato con su compañía aseguradora para proporcionar servicios de atención médica.

Seguro médico: es un contrato que exige que la compañía aseguradora pague todos sus costos de atención médica con cobertura a cambio de una prima.

Servicios de atención médica a domicilio: son los servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Servicios de emergencia: las evaluaciones de un problema médico de emergencia y el tratamiento para evitar que el problema empeore.

Servicios de médicos: son los servicios de atención médica proporcionados o coordinados por un médico con licencia (M.D., doctor en medicina, o D.O., doctor en medicina osteopática).

Servicios excluidos: los servicios de atención médica que su aseguradora o cobertura médica no pagan ni cubren.

Servicios médicamente necesarios: los servicios o suministros médicos para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, un problema médico, una afección o sus síntomas, que cumplen con los estándares de medicina aceptados.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención médica que brindan ayuda a una persona para mantener, recuperar o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, fonoaudiología y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de contextos para pacientes internados o para pacientes externos.

Servicios y equipos de rehabilitación: los servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funcionamientos para la vida diaria. Un ejemplo sería la terapia para un niño que no está caminando o hablando a la edad esperada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, fonoaudiología y otros servicios para personas con discapacidad en una variedad de contextos para pacientes internados o para pacientes externos.

Transporte médico de emergencia: son servicios de ambulancia para un problema médico de emergencia.

Visitantes a domicilio: los visitantes a domicilio son profesionales capacitados cuyas visitas y actividades se enfocan en promover un vínculo fuerte entre padres e hijos para fomentar un desarrollo infantil saludable.

Política de privacidad

Tenemos derecho a solicitar información a sus cuidadores. Usamos esta información para poder pagar y administrar su atención médica. Mantenemos la privacidad de esta información entre usted, su prestador de servicios médicos y nosotros, o según lo permita la ley. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para informarse sobre su derecho a la privacidad. Para obtener una copia del aviso, llame a Servicio al Cliente al **1-877-860-2837**.

Blue Cross Community Health Plans colabora con el estado de Illinois para frenar la aparición de nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois comparte la información que tiene sobre el VIH con Medicaid de Illinois y organizaciones gestionadas por Medicaid de Illinois para ofrecer una mejor atención a las personas que viven con el VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social (SSN, en inglés), el estado del VIH y otra información se comparte de forma segura para todos los asegurados de Medicaid.

Certificado de cobertura

Certificado de cobertura

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

BCCHP tiene contrato con el Departamento de Servicios Médicos y Familiares (HFS) para proporcionar cobertura de atención médica.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, expide este Certificado en calidad de organización para el mantenimiento de la salud. En consideración de la solicitud de cobertura del asegurado, BCBSIL debe coordinar los servicios incluidos de atención médica para el asegurado, conforme a las estipulaciones de este *Certificado de cobertura*.

Este *Certificado de cobertura* podría estar sujeto a enmiendas, modificaciones o finalizaciones por un acuerdo entre BCCHP y el Departamento de Servicios Médicos y Familiares de Illinois sin el consentimiento de ningún asegurado. Una vez que se realicen estos cambios, se les informará a los asegurados lo antes posible.

Al elegir o aceptar la cobertura de atención médica de Blue Cross and Blue Shield of Illinois, el asegurado acepta todos los términos y condiciones de este *Certificado de cobertura*.

La fecha de inicio de cobertura con esta cobertura médica figura en la tarjeta de asegurado que le enviaron por correo.

Planilla de descripción de la cobertura

La cobertura BCCHP incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois. BCCHP no incluye servicios médicos fuera de los Estados Unidos. Si necesita atención médica mientras está de viaje fuera de Illinois, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Se necesitará una autorización previa para los servicios fuera de Illinois. Si no se recibe una autorización previa, es posible que tenga que pagar los servicios.

Si necesita atención médica de emergencia, diríjase al hospital más cercano. La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos, por lo que

Servicios con cobertura

Su cobertura médica incluye un copago y coaseguro, pero no un deducible, para recibir los servicios incluidos de BCCHP. Es posible que algunos servicios requieran una autorización previa de BCCHP, como se muestra en los siguientes cuadros. Si tiene preguntas, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Aborto	Los servicios de aborto están incluidos en Medicaid (no en su MCO) con su tarjeta del seguro médico de HFS.	Sí.
Acupuntura	Los servicios de acupuntura se limitan a procedimientos relacionados con el dolor lumbar y el tratamiento de bebés en posición podálica.	Sí.
Servicios de enfermeros especializados		No.
Servicio en centro quirúrgico para pacientes externos	Se aplica el coaseguro.	Sí.
Exámenes anuales de prevención para adultos	Los exámenes los realizan el PCP o el WHCP. Los exámenes físicos no son parte de los servicios de planificación familiar.	No.
Aparatos para asistir o aumentar la comunicación		Sí.
Servicios de audiología	Los audífonos están limitados a un audífono por oído cada tres años. Los exámenes de audición solo están incluidos si tiene síntomas en el oído.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de salud mental	Incluyen, entre otros: • salud mental con base en la comunidad; • servicios en caso de crisis; • servicios para pacientes ambulatorios, como gestión de medicamentos, terapia y consejería; • tratamiento de día en un hospital.	Sí, en determinadas circunstancias.

Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Sangre, componentes sanguíneos y administración de sangre		No.
Servicios quiroprácticos	Se limita a una manipulación espinal por subluxación de la columna.	No.
Prueba para detectar cáncer colorrectal		No.
Radiodiagnóstico y radiología terapéutica	• Las pruebas y radiografías no invasivas para ayudar a detectar el problema debe indicarlas y realizarlas su PCP. • Se incluyen mamografías de prevención a partir de los 40 años. Una mamografía de referencia después de los 35 años. • Las tomografías computadas (CT, en inglés) y las resonancias magnéticas (MRI, en inglés) requieren autorización previa.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios dentales, que incluyen cirujanos dentales	• endodoncia limitada; • dentaduras limitadas; • cirugía bucal limitada.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de atención médica inmediata y de emergencia	Llame a su PCP para recibir atención médica de seguimiento en un plazo de **dos días** desde ocurrida la emergencia, o lo antes posible. También debe llamar a Atención al Asegurado para informar a BCCHP que recibió estos servicios.	No.
Servicios dentales de emergencia	Limitados. Los exámenes de emergencia solo estarán incluidos cuando se realicen junto con un tratamiento en caso de emergencia que sea médicamente necesario para tratar el dolor, una infección y una inflamación.	No.
Servicios de transporte de emergencia/ambulancia		No.

Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Servicios y suministros de planificación familiar	Incluye, entre otros: • consultas al médico; • anticonceptivos; • planificación familiar y educación; • pruebas de embarazo; • pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual. Servicios no incluidos: • tratamientos de fertilidad; • cirugías para revertir una esterilización.	No.
FQHC, RHC y otras clínicas con tarifa por consulta		No.
Cirugía de afirmación de género	• Debe cumplir con todas las normas administrativas de HFS. • Debe completar el formulario de autorización previa para servicios de afirmación de género de HFS. • La aprobación también requiere cartas y documentación médica de profesionales médicos específicos.	Sí.
Audífonos y pilas	Un audífono por oído cada tres años. Pilas limitadas por asegurado.	Los audífonos requieren autorización previa; las pilas, no.
Consultas a agencia de atención médica a domicilio	Para los servicios que no sean de exención, la cobertura está limitada a atención médica poshospitalaria.	Sí.
Servicios hospitalarios para pacientes externos		Sí.
Consulta en sala de emergencias del hospital		No.
Servicios hospitalarios para pacientes internados		Sí.
Servicios hospitalarios para pacientes externos		Sí, en determinadas circunstancias.

Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Servicios de laboratorio y radiografías	Estos servicios deben ser indicados por un profesional médico. Los debe realizar un profesional médico con licencia en un lugar apropiado.	Sí, en determinadas circunstancias. Las pruebas genéticas requieren autorización previa. Radiología de tecnología avanzada (resonancia magnética;, CT, PET, etc.) Se requiere autorización previa
Suministros y equipos médicos, prótesis y ortesis	La mayoría de los equipos y suministros médicos incluidos requieren autorización de BCCHP.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios y suministros oftalmológicos	Un par de anteojos cada dos años. Lentes de contacto solo cuando sean médicamente necesarios.	Sí.
Servicios de optometría	Un examen ocular cada 12 meses.	No.
Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	Es posible que se apliquen límites a los medicamentos. Para saber si un medicamento está incluido o si requiere autorización consulte la *Lista de medicamentos preferenciales.*	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de terapia física, ocupacional y del habla		La evaluación y la reevaluación no requieren autorización previa. Todos los otros servicios de terapia física, ocupacional y del habla requieren autorización previa.
Servicios de médicos		No.
Servicios de podiatría	Los siguientes servicios están incluidos: • problemas médicos en los pies; • tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, lesiones o defectos en los pies; • corte y eliminación de callos, verrugas o callosidades; • atención podiátrica de rutina. Los siguientes servicios no están incluidos: • procedimientos que aún están en evaluación; • plantillas.	No.

Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Servicios de posestabilización	Los servicios de rehabilitación médicamente necesarios en un centro de atención médica a largo plazo están limitados a un máximo de 90 días por episodio.	Sí.
Exámenes rectales y de la próstata	Prueba del antigénico prostático específico (PSA, en inglés) y examen rectal digital (DRE, en inglés) incluidos para asegurados de 40 años o más.	Sí, en determinadas circunstancias.
Prótesis y ortótica		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de radiología		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de diálisis renal		Sí.
Equipos y suministros respiratorios		Sí, en determinadas circunstancias.
Tratamiento para el abuso de sustancias	Estos son algunos de los tratamientos incluidos para el abuso de sustancias: • desintoxicación; • tratamiento de desintoxicación en centros residenciales; • tratamiento para pacientes externos; • farmacoterapia con apoyo. Para más información, llame a Atención al Asegurado.	Sí, en determinadas circunstancias.
Trasplantes	Solo se cubren los trasplantes de células madre y riñón. El primer trasplante está incluido. Solo se permite un retrasplante por rechazo del trasplante anterior.	Sí.
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)	Los servicios de transporte por motivos que no sean médicos no están incluidos. Se necesita autorización previa en el caso de traslados para distancias mayores a 40 millas y para consultas con prestadores de servicios médicos que no pertenecen a la red.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios para la vista	• Solo se incluye un examen de la vista cada 12 meses. • Los lentes de contacto están incluidos cuando sean médicamente necesarios si con los anteojos no logra el resultado deseado.	Sí, en determinadas circunstancias.

Además de estos servicios incluidos, BCCHP ofrece servicios y beneficios con valor agregado. Consulte **page 26** para obtener más información.

Servicios incluidos limitados

- BCCHP puede brindar servicios de esterilización en la medida que lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si BCCHP brinda una histerectomía, BCCHP debe completar el formulario 1977 de HFS y archivar el formulario completado en el expediente médico del asegurado.
- Los servicios de trasplante se limitan a los trasplantes de riñón y los trasplantes de células madre para pacientes hospitalizados.

Servicios no incluidos en la cobertura

Esta es una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos que no incluye BCCHP:

- servicios de ambulancia que no son de emergencia;
- servicios de naturaleza experimental o investigativa;
- servicios ofrecidos por un prestador de servicios médicos que no pertenece a la red y que no están autorizados por BCCHP;
- servicios ofrecidos sin el referido o la autorización previa requeridos;
- cirugía estética electiva;
- atención para la infertilidad, como reversiones de esterilización y tratamientos de fertilidad, como inseminación artificial o fertilización *in vitro*;
- cualquier servicio que no sea médicamente necesario;
- servicios ofrecidos a través de agencias educativas locales;
- medicamentos para bajar de peso o ayudas dietéticas;
- odontología cosmética;
- blanqueamiento dental;
- implantes dentales;
- seguro para lentes de contacto;
- ayuda para la baja visión;
- corrección de la vista con láser;
- los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad no están cubiertos;
- los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad no están cubiertos;
- los servicios de trasplante se limitan a los trasplantes de riñón y los trasplantes de células madre con hospitalización;
- los servicios de centros de cuidados a largo plazo no están cubiertos.

La cobertura de BCCHP no incluye el cannabis. El cannabis viene de la planta de cannabis. Tiene delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como principio activo. También se lo llama "marihuana". La cobertura de BCCHP no incluye el cannabis en ninguna de sus formas. Esto incluye lo siguiente:

- semillas de la planta;
- resina extraída;
- sal u otros derivados;
- cualquier mezcla o preparación que contenga compuestos derivados del cannabis.

Esta no es una lista completa de los servicios no incluidos.

Si tiene preguntas, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Autorización previa

Es posible que para recibir algunos servicios necesite una autorización previa de BCCHP. De esta manera se asegura de que estén incluidos. Esto significa que tanto su cobertura como el PCP (o el especialista) están de acuerdo en que los servicios son médicamente necesarios. Que sean médicamente necesarios se refiere a que los servicios cumplan con lo siguiente:

- Preservan la vida.
- Evitan que usted sufra una enfermedad o una discapacidad graves.
- Revelan la causa o el tratamiento de la enfermedad, el padecimiento o la lesión.
- Ayudan a que pueda realizar actividades como comer, vestirse y bañarse.

No necesita comunicarse con nosotros para la autorización previa. Su médico se encargará de hacerlo por usted. El proceso para obtener una autorización previa puede tomar entre dos y ocho días calendario. Para averiguar sobre los límites de servicios médicos, consulte la sección "Servicios médicos incluidos". Su PCP también puede darle información sobre este tema.

No pagaremos los servicios de un prestador o médico que no sea de la red de BCCHP si no obtuvo nuestra autorización antes de recibir los servicios.

Continuidad del tratamiento

La continuidad del tratamiento es para garantizar que pueda recibir tratamiento sin interrupciones después de inscribirse. Los nuevos asegurados tienen un período para cambiar de 90 días*. Este período le da tiempo para transferir de cualquier prestador de servicios médicos que no participe en la red a prestadores de la red. Esto también le da tiempo para transferir cualquier servicio. Durante este período, los profesionales médicos que consulte deben estar certificados para brindar servicios Medicaid. El coordinador de servicios médicos trabajará con usted para transferir su atención y sus servicios médicos.

* Es posible que algunos asegurados reúnan los requisitos para un período para transferencias de 180 días.

Atención médica inmediata

La atención médica inmediata se brinda cuando se trata de un problema que requiere atención de inmediato, pero no supone un riesgo para la vida.

Los siguientes son algunos ejemplos que requieren atención médica inmediata:

- cortes y raspaduras menores;
- resfriados;
- fiebre;
- dolor de oído.

Puede llamar a su médico o a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para recibir atención médica inmediata. Siempre tiene la opción de llamar a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

Atención médica de emergencia

Un problema médico de emergencia es muy grave, incluso podría poner en riesgo la vida. Puede tener un dolor muy fuerte, o una lesión o enfermedad graves. En caso de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al departamento de emergencias más cercano. La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos, por lo que no se necesita una autorización previa, pero llame a su PCP y a Atención al Asegurado dentro de las 24 horas. Ellos pueden asegurarse de que reciba toda la atención médica de seguimiento que necesita. No necesita una orden médica.

Los siguientes son algunos ejemplos de emergencia:

- ataque cardíaco;
- sangrado intenso;
- intoxicación;
- dificultad para respirar;
- fracturas.

Elección del prestador de atención médica primaria (PCP)

Los asegurados deben elegir un PCP del directorio que tienen disponible al momento de la inscripción. El PCP del asegurado es el responsable de brindar y coordinar la atención médica, aprobar órdenes médicas para consultas a especialistas y otros servicios. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Los asegurados pueden cambiar de PCP llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. También puede cambiar su PCP en el portal protegido Blue Access for Members℠ (BAM℠). Inicie sesión en el portal protegido BAM, en **https://mybam.bcbsil.com** (haga clic en "Español").

Acceso a la atención médica especializada

Si su PCP considera que necesita consultar a un especialista, colaborará con usted para elegir un especialista que participe en la red. Su PCP coordinará la atención médica especializada.

Si es mujer, tiene derecho a seleccionar un profesional médico para la mujer. Un WHCP es un médico con licencia para practicar medicina y está especializado en obstetricia, ginecología o medicina familiar. No necesita autorización previa para consultar con un WHCP de la red.

Otros recursos

Para más información sobre su cobertura médica, consulte el **Índice**. Puede encontrar información de inconformidades y apelaciones, derechos y obligaciones, fraude, abuso y negligencia, y la política de privacidad en la sección "*Manual del asegurado*" de este kit.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés o de la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-877-860-2837**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-855-664-7270** (buzón de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: **civilrightscoordinator@bcbsil.com**

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: **711**).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** (en inglés)
Formularios de queja: **https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a- complaint/index.html** (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web, en **espanol.bcbsil.com/bcchp/legal-and-privacy/non-discrimination-notice**

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-877-860-2837** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **1-877-860-2837** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **1-877-860-2837** (TTY: **711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 **1-877-860-2837** (TTY: **711**) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie **1-877-860-2837** (TTY: **711**) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. **1-877-860-2837** (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-877-860-2837** (TTY: **711**) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero **1-877-860-2837** (TTY: **711**) o rivolgiti a un assistente.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **1-877-860-2837** (TTY: **711**)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
فارسي Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با **1-877-860-2837** (TTY: **711**) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **1-877-860-2837** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **1-877-860-2837** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **1-877-860-2837** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837** (TTY: **711**) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Ελληνικά Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **1-877-860-2837** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **1-877-860-2837** (TTY: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Blue Cross Community Health Plans℠

Servicios médicos con cobertura para personas mayores inmigrantes

Atención al Asegurado: **1-877-860-2837** (TTY: **711**)

espanol.bcbsil.com/bcchp