Blue Cross Community Health Plans℠

HealthChoice Illinois
Illinois Department of Healthcare and Family Services

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

Blue Kit℠

Podręcznik członka MLTSS i Poświadczenie ubezpieczenia w jednym miejscu.

Data wejścia w życie: styczeń 2025

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

IL_BCCHP_MLTSS_WlcmKit25POL

251291.0924

Witamy w Blue℠

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

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

Poniższa lista ułatwi rozpoczęcie korzystania z planu ubezpieczenia zdrowotnego MLTSS:

- ☐ **Zachęcamy do sprawdzenia tego co obejmuje MLTSS.** Zestaw Blue Kit może w tym pomóc. Należy trzymać go w łatwo dostępnym miejscu! Informacje o świadczeniach można również znaleźć na stronie **www.bcchpil.com**.
- ☐ **Raz w roku należy poddać się ocenie zagrożeń zdrowotnych (Health Risk Assessment - HRA).** Przedstawiciel BCCHP wkrótce skontaktuje się telefoniczne lub wyśle wiadomość tekstową w celu przeprowadzenia HRA. To badanie przesiewowe pomoże Koordynatorowi opieki w zrozumieniu potrzeb członka. W przypadku przegapienia telefonu lub wiadomości tekstowej, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.
- ☐ **Należy zalogować się na swoje konto Blue Access for Members℠ (BAM℠).** Umożliwi to natychmiastowy dostęp do zasobów opieki zdrowotnej. BAM jest bezpiecznym portalem dla członków BCCHP. Można uzyskać dostęp do swojego konta na **www.bcchpil.com** lub za pomocą **aplikacji mobilnej BCBSIL**.
- ☐ **Kartę członkowską należy mieć zawsze przy sobie.** Należy z niej korzystać w przypadku wszystkich usług opieki długoterminowej. W przypadku usług medycznych, należy okazywać karty członkowskie Medicare i Medicaid. W przypadku pokrycia leków na receptę, należy skorzystać ze swojej karty członkowskiej Części D Medicare. Więcej informacji na temat innych planów można znaleźć w Zasoby planu opieki zdrowotnej na stronie 21.
  - BCCHP będzie współpracować z innymi planami i dostawcami usług. Dlatego ważne jest, aby informować Koordynatora opieki o swoim stanie zdrowia.
- ☐ **Aby zachować ubezpieczenie Medicaid w stanie Illinois, należy odnawiać je raz w roku.** Nazywane jest to ponownym ustaleniem uprawnień. Członek otrzyma powiadomienie z Departamentu opieki zdrowotnej i usług rodzinnych (Department of Healthcare and Family Services, HFS) na miesiąc przed datą odnowienia. Aby zachować ubezpieczenie MLTSS, należy wypełnić formularze w odpowiednim czasie.

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

Jesteśmy tu po to, aby pomóc!

Dział obsługi klienta

1-877-860-2837

Pytania dotyczące planu ubezpieczenia zdrowotnego BCCHP

Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7

1-888-343-2697

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

Często zadawane pytania (FAQ)

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

Czy obowiązują mnie dopłaty?

Nie. Dopłaty ani udziały własne nie mają zastosowania w przypadku zatwierdzonych usług MLTSS.

Czy mam ubezpieczenie medyczne w ramach mojego planu MLTSS?

Nie. Świadczenia BCCHP MLTSS obejmują usługi i wsparcie długoterminowe.
W sprawie ubezpieczenia medycznego należy kontaktować się ze swoim planem Medicare, Medicare Advantage lub Medicaid. Należy pamiętać, że Medicare jest zawsze pierwszym płatnikiem usług medycznych. Więcej informacji na temat świadczeń z planów Medicare i Medicaid można znaleźć w **Zasoby planu opieki zdrowotnej na stronie 21**.

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

Nie. Świadczenia BCCHP MLTSS obejmują usługi i wsparcie długoterminowe.
W przypadku ubezpieczenia na zakup leków na receptę, należy kontaktować się ze swoim planem Części D Medicare. Więcej informacji na temat świadczeń z Części D Medicare można znaleźć w **Zasoby planu opieki zdrowotnej on page 21**.

Co muszę zrobić, aby uzyskać pomoc w stanie nagłego zagrożenia zdrowia?

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

Czy ubezpieczenie BCCHP obejmuje mnie poza stanem Illinois?

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

W przypadku konieczności uzyskania pomocy w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, należy udać się do najbliższego szpitala. Pomoc udzielana w stanie nagłego zagrożenia zdrowia jest objęta ubezpieczeniem w Stanach Zjednoczonych. Usługi udzielanie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia nie wymagają wcześniejszej autoryzacji.

W jaki sposób uzyskać szczegółowe informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia?

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

Konto Blue Access for Members (BAM):
Należy zalogować się na stronie **https://mybam.bcbsil.com** lub za pomocą aplikacji mobilnej BCBSIL. Aplikację można pobrać wysyłając wiadomość tekstową o treści **BCBSILAPP** na numer **33633**.

Dział obsługi klienta: 1-877-860-2837

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

Z przedstawicielem można skontaktować się na żywo w godzinach od 8:00 do 17:00 CST, od poniedziałku do piątku. Z funkcji samodzielnej obsługi lub poczty głosowej można korzystać 24/7, w tym w weekendy i święta.

Gdzie mogę uzyskać dostęp do listy świadczeniodawców MLTSS w sieci?

Aby znaleźć świadczeniodawców i szpitale w pobliżu miejsca zamieszkania, można skorzystać z wyszukiwarki świadczeniodawców Provider Finder®. Można ją znaleźć na stronie **www.bcchpil.com** lub w aplikacji mobilnej BCBSIL. Osoby potrzebujące pomocy w znalezieniu lekarza mogą zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**. Pełną listę świadczeniodawców można również znaleźć w Katalogu świadczeniodawców. Katalog świadczeniodawców dostępny jest na stronie **www.bcchpil.com**.

Czy mogę skorzystać z transportu na wizyty i z powrotem?

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

Jak uzyskać dostęp do karty członkowskiej?

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

Czy mogę uzyskać pomoc od koordynatora opieki?

Tak. Koordynator opieki jest „instruktorem" w zakresie opieki zdrowotnej, który pomaga przy realizacji celów zdrowotnych członka.

Wypełnienie oceny zagrożeń zdrowotnych (HRA) pomoże nam wyznaczyć odpowiedniego Koordynatora opieki. O koordynatora opieki można poprosić w dowolnym momencie, dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Spis treści

Podręcznik członka MLTSS

Ważne numery telefonów 9
Dział obsługi klienta 10
Blue Access for Members℠ (BAM)℠ 10
Karta członkowska 11
Kryteria uprawniające do udziału . 11
Odnowa świadczeń Medicaid (ponowne ustalenie uprawnień).... 12
Otwarta rejestracja 13
Sieć świadczeniodawców 13
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP)..... 14
Opieka specjalistyczna 14
Opieka doraźna 14
Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia..... 15
Wcześniejsza autoryzacja 15
Usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Wsparcia i usług zarządzanej opieki długoterminowej (MLTSS) 15
Usługi opieki domowej i środowiskowej pokrywane w ramach naszego planu (wyłącznie klienci korzystający z programu zwolnień „waiver”)..... 17
Usługi nieobjęte ubezpieczeniem . 18
Nowe metody leczenia 19
Usługi transportu w przypadkach nienagłych 19
Świadczenia o wartości dodanej... 20
Zasoby planu opieki zdrowotnej... 21
Koordynacja opieki 22
Programy edukacyjne dotyczące zdrowia 25
Program rzecznika praw pacjentów 27
Oświadczenia woli 27
Zażalenia i odwołania 28
Prawa i obowiązki 35
Oszustwa, nadużycia i zaniedbania 36
Definicj 37
Polityka prywatności 39
Zastrzeżenia dotyczące odpowiedzialności 39

Spis treści

Poświadczenie ubezpieczenia MLTSS

Arkusz opisu zakresu ubezpieczenia **41**

- Usługi opieki długoterminowej i wsparcia (LTSS) **41**
- Usługi domowe i społecznościowe (HCBS) objęte ubezpieczeniem – tylko dla członków Programu zwolnień **42**
- Usługi nieobjęte ubezpieczeniem **44**

Wcześniejsza autoryzacja **45**

Ciągłość leczenia **45**

Opieka doraźna **45**

Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia **46**

Inne materiały i zasoby **46**

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

Ważne numery telefonów

Infolinia porad pielęgniarskich czynna 24/7– całodobowa linia pomocy
1-888-343-2697, TTY/TDD: **711**

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

Jesteśmy dostępni 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Połączenie jest bezpłatne.

Z przedstawicielem można skontaktować się na żywo w godzinach od 8:00 do 17:00 czasu środkowoamerykańskiego, od poniedziałku do piątku.

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

Strona internetowa **www.bcchpil.com**

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

Specjalny dział dochodzeń (Special Investigation Department, SID) Planu Blue Cross Community Family Health Plans	**1-800-543-0867**
Krajowe Centrum Kontroli Zatruć (National Poison Control Center) **Połączenia są kierowane do najbliższego biura w pobliżu miejsca zamieszkania członka.**	**1-800-222-1222**
Transport medyczny w nienagłych przypadkach	**1-877-831-3148**, TTY/TDD: **1-866-288-3133**
Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego	**1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**
Infolinia dla osób w kryzysie zdrowia behawioralnego	**1-800-345-9049**, TTY/TDD: **711**
Zażalenia i odwołania	**1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**
Oszustwa i nadużycia	**1-800-543-0867**, TTY/TDD: **711**
Koordynacja opieki	**1-855-334-4780**, TTY/TDD: **711**
Usługi opiekuńcze dla dorosłych	**1-866-800-1409**, TTY: **1-888-206-1327**
Infolinia do domu opieki	**1-800-252-4343**, TTY: **1-800-547-0466**
Departament Zdrowia Publicznego stanu Illinois (Illinois Department of Public Health)	**1-217-782-4977**
Infolinia dot. skarg na placówki opieki wspomaganej	**1-844-528-8444**

Opieka w w stanie nagłego zagrożenia zdrowia **911**

W stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). Plan pokrywa koszt usług w stanach nagłego zagrożenia zdrowia świadczonych w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych.

Dział obsługi klienta

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

- Uprawnień do MLTSS
- Usług objętych i nie objętych MLTSS
- Koordynacji opieki
- Opieki w doraźnych i nagłych przypadkach
- Usług transportowych
- Skarg i odwołań
- Praw i obowiązków

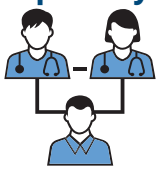
Blue Access for Members℠ (BAM)℠

Dostępu do opieki zdrowotnej 24/7 z dowolnego miejsca

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

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

https://mybam.bcbsil.com



Należy zalogować się z komputera stacjonarnego lub tabletu przez naszą witrynę. Znajduje się w prawym górnym rogu!

Aplikacja mobilna BCBSIL

Pobierz aplikację mobilną. Skorzystaj ze sklepu z aplikacjami w telefonie, wyszukaj BCBSIL lub wyślij wiadomość tekstową* **BCBSILAPP** pod numer **33633**

Niektóre możliwości BAM:

- Zażądanie, wydruk lub zamówienie karty członkowskiej
- Znalezienie lekarzy, specjalistów i szpitali za pomocą Wyszukiwarki świadczeniodawców (Provider Finder℠)
- Zmiana lekarza podstawowej opieki (PCP)
- Podgląd wcześniejszego zezwolenia i informacji o roszczeniach

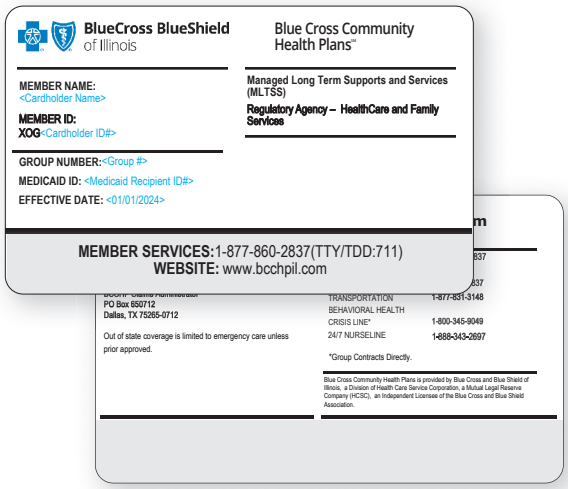
*Mogą obowiązywać opłaty za wiadomości i dane.

Karta członkowska

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

Informacje podane na karcie członkowskiej:

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



Kryteria uprawniające do udziału

Osoby uprawnione do ubezpieczenia MLTSS w ramach Blue Cross Community Health Plans, to osoby, które:

- są uprawnione do Części A Medicare i Części B Medicare
- są uprawnione do Medicaid
- mają ukończone 21 lat w momencie rejestracji
- są zapisane do Medicaid Aid w kategorii pomocy dot. osób starszych, niewidomych lub niepełnosprawnych
- nie chorują na schyłkową niewydolność nerek (End-Stage Renal Disease, ESRD), z pewnymi wyjątkami, na przykład gdy ESRD wystąpi, gdy pacjent już jest członkiem oferowanego planu lub też jeżeli był członkiem innego planu, który zaprzestał działalności

spełniają wszystkie pozostałe kryteria i wymagają usług w ramach jednego z następujących zwolnień Medicaid 1915(c):

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób niepełnosprawnych
- dla osób chorych na HIV/AIDS
- dla osób z urazami mózgu
- dla osób objętych Programem opieki wspomaganej

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

Odnowa świadczeń Medicaid (ponowne ustalenie uprawnień)

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

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

Oto jak:

1. Należy kliknąć *„Zarządzaj moją sprawą" (Manage My Case)* na stronie abe.illinois.gov

- Aby zarządzać swoimi świadczeniami, należy utworzyć lub zalogować się na swoje konto na stronie **abe.illinois.gov.** Najlepszym sposobem kontaktu jest Internet.

2. Należy potwierdzić poprawność adresu

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

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

- Termin odnowienia świadczeń można sprawdzić w zakładce. Szczegóły świadczeń na stronie **abe.illinois.gov**

4. Należy sprawdzać pocztę

- Departament Opieki Zdrowotnej i Świadczeń Rodzinnych (Department of Healthcare and Family Services, HFS) wyśle powiadomienie na miesiąc przed terminem odnowienia świadczeń. Poinformuje, czy należy wypełnić formularz odnowienia. Powiadomienie zawiera kroki dotyczące wypełniania ponownego ustalenia uprawnień.

5. Należy dokonać ponownego ustalenia uprawnień

- Nie warto ryzykować utraty Medicaid. Wniosek o odnowienie świadczeń można przesłać na wiele sposobów.

Ponowne ustalenie uprawnień do Medicaid można przeprowadzić w następujący sposób:

- **Przeprowadzić online.** Kliknij *„Zarządzaj moją sprawą"* (Manage My Case) na stronie **abe.illinois.gov**
- **Wysłać pocztą lub faksem.**
  Wypełniony formularz i wszelkie wymagane weryfikacje
- **Telefonicznie pod numerem 1-800-843-6154**
- **Dostarczyć wniosek osobiście.** Lokalizację można znaleźć korzystając z lokalizatora biur IDHS na stronie **www.dhs.state.il.us**

Należy uważać na próby oszustw. Stan Illinois nigdy nie żąda opłat za odnowienie świadczeń ani za złożenie wniosku o Medicaid. Oszustwa należy zgłaszać na stronie **https://hfs.illinois.gov/oig/reportfraud.html** lub poprzez telefoniczną infolinię Działu ds. oszustw Medicaid dostępną pod numerem **1-844-453-7283**/**1-844-ILFRAUD**.

Otwarta rejestracja

Raz w roku można zmienić plan zdrowotny w określonym czasie zwanym „Otwarta rejestracja". Dział usług rejestracji klientów (Client Enrollment Services, CES) wyśle powiadomienie o otwartej rejestracji około 60 dni przed datą rocznicy członka. Data rocznicy przypada na rok od daty rozpoczęcia planu zdrowotnego. Członek będzie mieć 60 dni w okresie otwartej rejestracji na zmianę planu, co można zrobić dzwoniąc do CES pod numer **1-877-912-8880**. Po upływie 60 dni, niezależnie od tego, czy dokonano zmiany planu, czy nie, członek zostanie zablokowany na okres 12 miesięcy. W przypadku pytań dotyczących rejestracji lub wypisania się z MLTSS, należy skontaktować się z Działem usług rejestracji klientów (CES) pod numerem **1-877-912-8880**.

Po rejestracji członek będzie współpracować z Koordynatorem opieki w celu zmiany opieki. W przypadku nowych członków MLTSS obowiązuje 90-dniowy okres przejściowy. W przypadku członków, którzy przechodzą do BCCHP z innego planu, obowiązuje również 90-dniowy okres przejściowy. W razie potrzeby Koordynator opieki pomoże w przeniesieniu usług do świadczeniodawcy należącego do sieci.

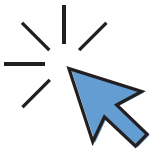
Sieć świadczeniodawców

Sieć Blue Cross Community Health Plans składa się ze świadczeniodawców i placówek specjalizujących się w długoterminowym wsparciu i usługach (LTSS). Świadczeniodawcy ci mają podpisaną umowę z BCCHP na świadczenie usług LTSS.

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

W jaki sposób znaleźć świadczeniodawcę, w tym PCP:

Wyszukiwarka świadczeniodawców (Provider Finder℠)



www.bcchpil.com
Wyszukiwanie 24/7 online lub aplikacja mobilna BCBSIL

Katalogi świadczeniodawców

www.bcchpil.com
Wyświetlanie lub pobieranie pliku PDF z listą świadczeniodawców

Dział obsługi klienta

1-877-860-2837
Połączenie jest bezpłatne

Teleporady

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

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP)

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

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

Amerykańscy Indianie, jak również rdzenni mieszkańcy Alaski mogą korzystać z usług świadczeniodawców z plemienia Indian, organizacji plemiennej lub miejskiej organizacji Indian w stanie Illinois i poza nim.

Opieka specjalistyczna

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

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

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

Opieka doraźna

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

Przykłady opieki doraźnej:

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

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

Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może dotyczyć wystąpienia silnego bólu, urazu lub choroby. W stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy. W przypadku opieki w stanie nagłego zagrożenia życia objętej ubezpieczeniem, należy skontaktować się ze swoim planem Medicare lub Medicare Advantage.

Przykłady stanów nagłego zagrożenia zdrowia:

- objawy udaru (nagłe osłabienie, niewyraźne widzenie, niewyraźna mowa)
- zawał serca
- obfite krwawienie
- zatrucie
- trudności w oddychaniu
- złamania kości

Co należy zrobić w nagłym przypadku:

- Udać się do najbliższego oddziału ratunkowego. Można skorzystać z usług w stanie nagłego zagrożenia zdrowia w dowolnym szpitalu lub innym miejscu.
- Należy zadzwonić pod numer **911**.
- Jeśli dany obszar nie jest objęty usługą **911**, należy wezwać pogotowie.
- Skierowanie nie jest wymagane.
- Nie wymagana jest wcześniejsza autoryzacja. Należy do nas zadzwonić w ciągu 24 godzin od uzyskania opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.

Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji lub zgody BCCHP. Nie ma potrzeby kontaktowania się z nami w celu uzyskania wcześniejszej autoryzacji. Członek może skontaktować się ze swoim lekarzem w celu uzyskania wcześniejszej autoryzacji.

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

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

Usługi objęte ubezpieczeniem w ramach Wsparcia i usług zarządzanej opieki długoterminowej (MLTSS)

W związku z rejestracją członka, BCBSIL zapewni i/lub zorganizuje świadczenie członkom pokrywanych usług opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami niniejszego Poświadczenia ubezpieczenia. Opisy świadczeń opieki zdrowotnej znajdują się również w Poświadczeniu ubezpieczenia. Może wystąpić konieczność zapłaty za opiekę niewymienioną na liście lub w przypadku nieuzyskania wcześniejszej autoryzacji.

BCCHP nie pokrywa usług świadczonych poza Stanami Zjednoczonymi. W przypadku konieczności skorzystania z usług poza stanem Illinois, należy kontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Skorzystanie z usług poza stanem Illinois wymaga wcześniejszej autoryzacji. W przypadku braku wcześniejszej autoryzacji, za koszt usług może zostać obciążony członek. W przypadku konieczności uzyskania opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, należy udać się do najbliższego szpitala. Plan pokrywa koszt opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia w dowolnym miejscu na terenie Stanów Zjednoczonych. Wcześniejsza autoryzacja nie jest wymagana w przypadku opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia uzyskanej w Stanach Zjednoczonych. W razie pytań o usługi pokrywane w ramach BCCHP należy kontaktować się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**.

Oto lista niektórych usług i świadczeń, które obejmuje BCCHP:

Usługi opieki pielęgniarskiej

Usługi te koncentrują się na długoterminowych potrzebach członków, a nie na krótkoterminowej opiece doraźnej. Członkowie z niepełnosprawnościami, chorzy na HIV/AIDS lub ze zwolnieniami w zakresie urazowego uszkodzenia mózgu (TBI) mogą się kwalifikować.

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

Usługi placówek opieki pielęgniarskiej

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

Fizykoterapia, terapia zajęciowa i terapia logopedyczna

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

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego (BH)

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

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

Niektóre usługi w zakresie zdrowia behawioralnego objęte ubezpieczeniem:

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

Oferowane przez nas metody leczenia uzależnień obejmują:

- Usługi ambulatoryjne
- Leczenie wspomagane lekami
- Stacjonarne leczenie detoksykacyjne

Program „Pathways to Success”

Do programu mogą zakwalifikować się członkowie w wieku poniżej 21 lat, z poważnymi potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego. Dotyczy to dzieci z poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi lub poważną chorobą psychiczną. Program ten oferuje dodatkowe usługi opieki domowej i środowiskowej.

Usługi mogą obejmować wzajemne wsparcie rodziny, intensywną opiekę domową, mentoring terapeutyczny, świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny, terapeutyczne i indywidualne. Więcej informacji o programie i jak się do niego zakwalifikować można uzyskać dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

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

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które BCCHP zapewnia członkom korzystającym z programu zwolnień w zakresie usług opieki domowej i środowiskowej (Home and Community Based Service Waiver). Usługi te mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji.

Departament ds. Osób Starszych (Department on Aging, DoA)

Osoby w podeszłym wieku

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

Departament Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS)

Osoby z niepełnosprawnościami, HIV/AIDS

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

Departament Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS)

Osoby z urazami mózgu

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

Opieka zdrowotna i usługi rodzinne (HFS)

Program pomocy w codziennym życiu (Supportive Living Program)

- Pomoc w codziennym życiu

Usługi nieobjęte ubezpieczeniem

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

- Usługi lekarza
  - Usługi specjalistyczne
  - Usługi PCP
- Usługi przyszpitalne i ambulatoryjne
- Recepty
- Sprzęt i materiały medyczne, które są:
  - stosowane w celu zapewnienia komfortu lub higieny
  - świadczone bez wymaganego skierowania lub wcześniejszej autoryzacji
  - używane do ćwiczeń
  - więcej niż jedno urządzenie wykonujące tę samą czynność
  - przeznaczone do celów higienicznych lub estetycznych
- Przeznaczone do dbania o problemy zdrowotne związane z pracą, jeśli mogą być pokryte z odszkodowania pracowniczego, przez pracodawcę lub na mocy ustawy o chorobach związanych z pracą
- Zabiegi, które są nowe lub wciąż są w fazie badań
- Zabiegi przywrócenia płodności
- Leczenie bezpłodności, takie jak sztuczne zapłodnienie lub zapłodnienie in vitro.
- Strzykawki lub igły, które nie zostały zlecone przez lekarza
- Akupunktura
- Chirurgia kosmetyczna wykonywana w celu zmiany lub przekształcenia normalnych części ciała, aby wyglądały lepiej.
- Rutynowe badania lekarskie wymagane przez pracę, szkołę lub ubezpieczenie
- Usług medycznych związanych z pomocą doraźną w przypadkach uznawanych za nienagłe
- Aborcja
- Doroczne badania stanu zdrowia osoby dorosłej
- Usługi audiologiczne
- Usługi chiropraktyka
- Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytu
- Usługi stomatologiczne
- Radiologia diagnostyczna i lecznicza
- Wczesne i okresowe badania przesiewowe, diagnoza i leczenie (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT)
- Pomoc doraźna i pomoc w pilnych przypadkach
- Usługi planowania rodziny
- Usługi laboratoryjne i prześwietlenia RTG
- Sprzęt i materiały medyczne
- Podiatria (leczenie problemów stóp)
- Badania prostaty i odbytu
- Przeszczepów
- Opieka okulistyczna
- Usługi okulistyczne

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

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

Nie jest to pełna lista niepokrywanych usług.

Aby uzyskać więcej informacji na temat usług, należy zapoznać się z Poświadczeniem ubezpieczenia lub zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

Nowe metody leczenia

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

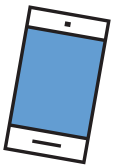
- zostało zatwierdzone przez rząd
- zostało sprawdzone w wiarygodnym badaniu pod kątem tego, jak wpływa na pacjentów
- pomoże pacjentom i poprawi ich zdrowie tak samo, lub bardziej skutecznie niż obecnie dostępne metody leczenia

Grupa weryfikacyjna analizuje to i decyduje, czy leczenie jest konieczne z medycznego punktu widzenia. Jeśli lekarz członka będzie wnioskował o nowe leczenie, które nie zostało jeszcze sprawdzone, nasza grupa medyczna dokona analizy i podejmie decyzję. Poinformuje lekarza członka, czy leczenie jest niezbędne ze względów medycznych i czy zostało zatwierdzone.

Usługi transportu w przypadkach nienagłych

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

Jak umówić się na przejazd



Aplikacja ModivCare

W sklepie z aplikacjami należy wyszukać aplikację „ModivCare” i należy z niej korzystać do wszystkich potrzeb związanych z transportem

Zadzwoń do ModivCare

1-877-831-3148

od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, CST

Potwierdź przejazd

1-877-831-3148

Należy zadzwonić lub sprawdzić swoją aplikację mobilną 3 dni wcześniej

W dniu wizyty

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

Przejazd powrotny

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

Rodzic lub opiekun może jechać z dziećmi lub członkami o specjalnych potrzebach. Osoby niebędące członkami muszą zostać zatwierdzone w momencie planowania przejazdu. Członek jest odpowiedzialny za sprzęt medyczny lub fotelik bezpieczeństwa. Dotyczy to również wózków inwalidzkich lub fotelików samochodowych dla dzieci. BCCHP nie pokrywa przejazdów z przyczyn innych niż medyczne, z wyjątkiem wydarzeń sponsorowanych przez BCCHP.

Bez specjalnej zgody, BCCHP nie obejmuje ubezpieczeniem przejazdów:

1. na odległość większą niż ok. 105 km (65 mil).
2. do świadczeniodawców nienależących do sieci

Transport w nagłym przypadku nie wymaga autoryzacji.

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

Aplikacja ModivCare

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

Pobierając aplikację ModivCare można:

- Zarezerwować, zmienić lub anulować przejazd
- Śledzić przejazd na żywo
- Uzyskać rzeczywistą lokalizację i ETA kierowcy
- Wysłać wiadomość lub zadzwonić do kierowcy, aby upewnić się, że przejazdy nie zostaną pominięte

Inne środki transportu

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

Świadczenia o wartości dodanej

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

Blue365®

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

Leki i artykuły dostępne bez recepty

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

Telefon komórkowy

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

Transport

Istnieje możliwość skorzystania z transportu na wizytę u świadczeniodawcy, do apteki (po wizycie) lub na imprezy sponsorowane przez BCCHP. Jest to dodatek do standardowego świadczenia w zakresie usług transportowych. Szczegółowe informacje podano na **stronie 19** lub na **www.bcchpil.com**.

Rzucanie palenia

Koordynator opieki może zasugerować zasoby pomocne w rzucaniu palenia.

Zasoby planu opieki zdrowotnej

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

Plany opieki zdrowotnej

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

Składanie skargi (zażalenia)

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

- **Skargi dotyczące usług Medicare:** Należy zadzwonić pod numer **1-800-633-4227** (TTY: **1-877-486-2048**). Można również wejść na stronę **www.medicare.gov/claims-and-appeals/file-a-complaint/complaint.html** lub zadzwonić do Programu ubezpieczeń zdrowotnych dla osób starszych (Senior Health Insurance Program, SHIP) w celu uzyskania bezpłatnej pomocy. Można również skontaktować się z Programem rzecznika praw pacjenta ds. opieki długoterminowej Departamentu ds. osób starszych w Illinois
- **Skargi na usługi Medicaid:** należy dzwonić na infolinię DHS pod numer **1-800-843-6154** (TTY: **1-866-324-5553**). Infolinia jest czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:30 czasu środkowoamerykańskiego, z wyjątkiem świąt stanowych. Osoby, które chciałyby uzyskać dostęp przez internet, mogą odwiedzić stronę: **www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29439**
- **Skargi na usługi Medicare Advantage i Część D Medicare:** Każdy plan Medicare Advantage i Część D Medicare ma własną procedurę rozpatrywania skarg. Pomoc w złożeniu skargi można uzyskać dzwoniąc pod numer znajdujący się na odwrocie karty identyfikacyjnej Medicare Advantage. Można również skontaktować się z Programem rzecznika praw pacjenta ds. opieki długoterminowej Departamentu ds. osób starszych w Illinois lub z Programem ubezpieczeń zdrowotnych dla osób starszych (SHIP), aby złożyć skargę.

Przydatne numery telefonów

- Departament ds. osób starszych: **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**)
- Program rzecznika praw pacjenta ds. opieki długoterminowej Departamentu ds. osób starszych w Illinois: **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**)
- Program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób starszych (SHIP): **1-800-252-8966** (TRS: **711**)

Koordynacja opieki

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

Koordynatorzy opieki zajmują się również następującymi kwestami:

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

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

Obejmuje to:

- Opracowanie planu usług, jeśli pacjent korzysta z usług domowych i środowiskowych.
- Wskazówki jak kontrolować wagę, lepiej się odżywiać i zachować dobrą formę dzięki programowi ćwiczeń
- Dostarczanie broszur z poradami radzenia sobie z przewlekłymi lub trwającymi schorzeniami
- Dostęp do asystentów ds. wsparcia w powrocie do zdrowia, którzy pomogą w powrocie do zdrowia po problemach ze zdrowiem psychicznym lub uzależnieniem
- Udzielanie porad dotyczących dbania o zdrowie, zdrowych nawyków i konieczności regularnych badań i badań przesiewowych
- Usługi planowania rodziny, które nauczą:
  - Jak utrzymać jak najlepszy stan zdrowia przed zajściem w ciążę
  - Jak zapobiegać ciąży
  - Jak zapobiegać chorobom przenoszonym drogą płciową, takim jak HIV/AIDS

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

Usługi w zakresie zmiany opieki

Członkowie kwalifikują się do korzystania z usług związanych ze zmianą opieki (Transition of Care Services). Obejmują one:

1. planowane zabiegi chirurgiczne w szpitalach
2. nieplanowane przyjęcia do szpitala lub ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej.

Usługi te pomogą podczas wypisu do domu lub przeniesienia na niższy poziom opieki. Zwracamy szczególną uwagę na pomoc w przejściu z jednego poziomu opieki na inny.

Na przykład po wypisaniu ze szpitala lub ośrodka wyspecjalizowanej opieki pielęgniarskiej z powrotem do domu. Ważne jest, aby członkowie rozumieli zalecenia podane w wypisie i mieli wszystko, co jest im potrzebne do powrotu do zdrowia. Współpracujemy z członkiem, aby upewnić się, że ma zaplanowane wizyty kontrolne. Upewniamy się również, że otrzymuje wszystkie zamówione leki i usługi. Zapewnia to bezproblemowe wypisanie ze szpitala i powrót do zdrowia.

Koordynatorzy opieki mogą zapewnić pomoc poprzez:

- Zorganizowanie potrzebnych usług, w tym planowanie i dotrzymywanie terminów wizyt u świadczeniodawców.
- Zapewnienie pełnej komunikacji i koordynacji usług w celu zapewnienia bezpiecznej, terminowej i wysokiej jakości opieki podczas opuszczania szpitala.
- Zrozumienie stanu zdrowia członka i wsparcie jego zdolności do samodzielnego dbania o siebie.
- Udzielanie wskazówek przed planowanymi przyjęciami np. do szpitala, na przykład na zaplanowaną operację
- Udzielanie wskazówek po wypisaniu ze szpitala w przypadku nieplanowanego przyjęcia.
- Zapewnienie edukacji na temat leków i zaleceń lekarskich.
- Zapoznanie się z i wyjaśnienie zaleceń lekarza związanych z opieką, dietą i poziomem aktywności, tak aby członek w pełni rozumiał i przestrzegał planu opieki.

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

Zarządzanie skomplikowanymi przypadkami

Dla członków zmagających się z trudnymi chorobami oferujemy specjalny program Zarządzania skomplikowanymi przypadkami. Na przykład cierpiących na choroby nerek, depresję lub nadużywających substancji odurzających. Jeśli członek się kwalifikuje, otrzyma ukierunkowaną pomoc od Koordynatora opieki, który pomoże mu przy jego stanie. Koordynator opieki będzie współpracował z członkiem nad realizacją celów zdrowotnych. Cele te pomogą poprawić ogólny stan zdrowia członka.

Koordynator opieki wspiera członka poprzez:

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

Program kontrolowania chorób

Jeśli członek ma nadciśnienie (wysokie ciśnienie krwi), cukrzycę lub astmę, kwalifikuje się do tego programu. Zakwalifikowani członkowie otrzymują wsparcie w zależności od stopnia swoich potrzeb. Wszyscy członkowie mają dostęp do narzędzi i pomocy w ramach Blue Access for Members (BAM). Portal internetowy oferuje wiele zasobów, które pomogą zachować dobry stan zdrowia. Dostęp do portalu internetowego dla członków można uzyskać pod adresem **https://mybam.bcbsil.com.** Z członkami o umiarkowanym ryzyku kontaktuje się koordynator opieki, który specjalizuje się w danym schorzeniu. W przypadku zapisania członka do programu, współpracuje on ze swoim Koordynatorem opieki, aby opracować konkretne cele. Cele te pomogą poprawić ogólny stan zdrowia członka.

Koordynator opieki zapewnia:

- Edukację i materiały związane z diagnozą.
- Pomoc w zrozumieniu i uzyskaniu leków.
- Edukację dotyczącą dostępnych świadczeń, które mogłyby poprawić wyniki zdrowotne.
- Skierowania do programów środowiskowych i zasobów w celu uzyskania dodatkowych materiałów i wiedzy oraz wsparcia, takiego jak poprawa dostępu do zdrowej żywności i środowiskowych programów ćwiczeń.

Skierowania do programów zarządzania skomplikowanymi przypadkami i kontrolowania chorób

Członek może zostać skierowany do Programu zarządzania skomplikowanymi przypadkami lub kontrolowania chorób przez:

- Samoskierowanie
- Opiekuna lub świadczeniodawcę
- Osobę planującą wypis
- Zespół zarządzania medycznego

Dobrowolne usługi

Koordynator opieki pomaga członkowi korzystać ze świadczeń zdrowotnych i usług środowiskowych. Dzięki temu członek może realizować swoje cele zdrowotne. Koordynacja opieki i udział w programach koordynacji opieki jest dobrowolny (z wyjątkiem usług w ramach programu zwolnień „waiver"). Można z niego zrezygnować w dowolnym momencie. Kwalifikujący się członkowie zostaną automatycznie zarejestrowani, jeśli zidentyfikujemy możliwość udzielenia im pomocy. Aby zapisać się lub zrezygnować z koordynacji opieki, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Programy edukacyjne dotyczące zdrowia

BCCHP oferuje programy pomagające zachować zdrowie i radzić sobie z chorobami na każdym etapie życia.

Regularne wizyty u lekarza podstawowej opieki w celu uzyskania zalecanych szczepień pomagają zachować dobry stan zdrowia. Wszystkie potrzebne szczepienia i badania przesiewowe zostaną przeprowadzone podczas wizyty. Należy omówić poniższą tabelę ze swoim PCP.

Zalecane usługi profilaktyczne dla dorosłych

Jeśli członek jest w wieku	Potrzebuje
Wiek 19-20	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat). Dodatkowe szczepienia zalecane przez lekarza rodzinnego
Wiek 21-34	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat), cytologia, badanie przesiewowe w kierunku zakażenia chlamydią, szczepionka przeciwko wirusowi HPV (poniżej 26 lat)
Wiek 35-49	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (należy powtarzać co 10 lat), cytologia, badanie poziomu cholesterolu (u osób powyżej 44 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry (u osób powyżej 39 lat), wyjściowe badanie mammograficzne (pokrywane raz w życiu u kobiet w wieku 35-40 lat), coroczne przesiewowe badanie mammograficzne (poniżej 40 lat)
Wiek 50-64	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przeciwko COVID-19, szczepionka przeciw półpaścowi, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), cytologia, mammografia, badanie poziomu cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, badanie przesiewowe w kierunku jaskry
Wiek 65+	Coroczne badanie przedmiotowe, coroczne szczepienie przeciw grypie, szczepienie przypominające przeciwko błonicy-tężcowi (co 10 lat), szczepienie przeciw pneumokokom, mammografia (do 74 lat), badanie poziomu cholesterolu, badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (do 75 lat), badanie przesiewowe w kierunku jaskry, badanie przesiewowe słuchu

Szczegółowe informacje na temat programów można uzyskać kontaktując się z Działem obsługi klienta pod numerem **1-877-860-2837**. Można również sprawdzić naszą stronę internetową. Należy szukać w zasobach dla członków (Member Resources) na stronie **www.bcchpil.com.** Programy te mają na celu pomóc członkowi cieszyć się dobrym zdrowiem i je utrzymać.

Blue Door Neighborhood Centers®

Blue Door Neighborhood Centers to ośrodki społecznościowe. Oferują przestrzeń do nauki, nawiązywania kontaktów i skupiania się na swoim zdrowiu. Oferują programy edukacyjne, zdrowotne i dotyczące dbania o dobre samopoczucie oraz dostęp do zasobów środowiskowych. Ośrodki BDNC oferują bezpłatne usługi, które są dostępne dla wszystkich, nie tylko dla członków.

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

Wizja: Bycie zaufanym partnerem i źródłem informacji dla członków społeczności w zakresie opieki zdrowotnej. Ośrodek Blue Door Neighborhood Center zapewnia: zarządzanie stanem zdrowia, edukowanie i promowanie na temat zdrowia oraz programowanie społecznych wyznaczników zdrowia (SDOH).

Więcej informacji o ośrodkach BDNC i nadchodzących wydarzeniach można znaleźć na stronie **www.bcbsil.com/bdnc**.

Odwiedź BDNC w:

Morgan Park Center	Pullman Center	South Lawndale Center
1-872-760-8090	**1-773-253-0900**	**1-872-760-8450**
11840 S. Marshfield Ave. Chicago, IL 60643	756 E. 111th St. Suites 102 & 103 Chicago, IL 60628	2551 W. Cermak Road Chicago, IL 60608

Blue365®

Blue365 pozwala członkom zaoszczędzić na produktach pielęgnacyjnych, które zwykle nie są objęte ubezpieczeniem BCCHP. Członkowie i osoby będące na ich utrzymaniu mają dostęp do szeregu zniżek. Obejmuje to najlepszych sprzedawców detalicznych sprzętu fitness, karnetów na siłownię, zdrowego odżywiania i nie tylko. Nie ma żadnych roszczeń do złożenia, żadnych skierowań i żadnych dodatkowych opłat za uczestnictwo. Na początku należy wejść na stronę **www.blue365deals.com**.

Learn to Live: Platforma zdrowia behawioralnego

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

Dla spokoju ducha!

Czynna 24/7 linia porad pielęgniarskich umożliwia prywatne rozmowy z pielęgniarką na tematy związane ze zdrowiem. Połączenie jest bezpłatne i można dzwonić 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu pod numer **1-888-343-2697**. Pielęgniarka może udzielić szczegółowych informacji na temat problemów zdrowotnych i usług opieki zdrowotnej świadczonych w społeczności.

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

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

BCCHP oferuje również Usługi w zakresie zmiany opieki, zarządzania skomplikowanymi przypadkami i usługi kontrolowania chorób. Więcej szczegółów można znaleźć w **Koordynacja opieki na stronie 22**.

Oprócz programów BCCHP dostępne są również inne zasoby stanowe. Aby uzyskać szczegółowe informacje, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

Program rzecznika praw pacjentów

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

Program rzecznika praw pacjenta ds. opieki długoterminowej w stanie Illinois (Long-Term Care Ombudsman Program, LTCOP) to program oferowany przez Departament ds. osób starszych (Department on Aging) w stanie Illinois. Pomaga on chronić i promować prawa osób mieszkających w domach opieki i innych placówkach opieki długoterminowej. Program pomaga również w rozwiązywaniu problemów pomiędzy takimi placówkami a ich mieszkańcami lub rodzinami.

Więcej informacji można uzyskać:

Wysyłając e-mail: aging.ilsenior@illinois.gov

Odwiedzając stronę: https://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html

Dzwoniąc pod numer: 1-800-252-8966 (TTY: **1-888-206-1327**)

Program rzecznika praw pacjentów ds. opieki domowej w stanie Illinois

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

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

Wysyłając e-mail: aging.HCOProgram@illinois.gov

Odwiedzając stronę: https://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman/the-home-care-ombudsman-program.html

Dzwoniąc pod numer: 1-800-252-8966; TTY: **1-888-206-1327**

Oświadczenia woli

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

- **Pełnomocnictwo do decydowania o sposobie leczenia** - umożliwia wybór osoby, która będzie podejmowała decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, jeśli członek będzie zbyt chory, aby samemu o tym zadecydować.
- **Testament życia** - informuje lekarza i innych świadczeniodawców, jakiego rodzaju opieki członek sobie życzy w sytuacji gdy będzie śmiertelnie chory, co oznacza, że jego stan nie poprawi się.
- **Preferencje dotyczące zdrowia psychicznego** - pozwala zdecydować, czy członek chce otrzymywać niektóre rodzaje terapii w zakresie zdrowia psychicznego, które mogą mu pomóc.
- **Polecenie odstąpienia od resuscytacji (Do Not Resuscitate, DNR)** - informuje rodzinę, wszystkich lekarzy i innych świadczeniodawców członka, co członek chce zrobić w przypadku zatrzymania akcji serca lub oddychania.

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

Zażalenia i odwołania

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

Zażalenia

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

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

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

Poniżej przedstawiamy przykłady sytuacji, w których można złożyć zażalenie.

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

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

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

Faks: **1-866-643-7069**

Składając zażalenie należy podać jak najwięcej informacji. Na przykład należy podać datę i miejsce zdarzenia, nazwiska zaangażowanych osób oraz szczegóły zdarzenia. Należy również podać swoje imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny członka. Pomoc w złożeniu zażalenia można uzyskać dzwoniąc do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837**.

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

W dowolnej chwili rozpatrywania zażalenia, można skorzystać z pomocy osoby, która będzie reprezentowała członka lub działała w jego imieniu. Osoba taka będzie „przedstawicielem członka". Jeśli członek zdecyduje się skorzystać z pomocy przedstawiciela, powinien poinformować o tym pisemnie BCCHP, podając imię i nazwisko przedstawiciela oraz jego dane kontaktowe.

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

Odwołania

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

Pismo to poinformuje o:

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

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

Poniżej przedstawiamy przykłady sytuacji, w których można złożyć odwołanie.

- Niezatwierdzenie lub niezapłacenie za usługę lub produkt, którego zażądał świadczeniodawca
- Zakończenie świadczenia zatwierdzonej wcześniej usługi
- Nieterminowe zapewnienie usługi lub produktów
- Niepoinformowanie o prawie do swobodnego wyboru świadczeniodawców
- Niezatwierdzenie usługi, ponieważ nie jest świadczona w naszej sieci.

Poniżej przedstawiono dwa sposoby złożenia odwołania

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

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

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

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

Czy ktoś może pomóc w procesie odwołania?

Istnieje kilka opcji uzyskania pomocy.

Członkowie mogą:

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

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

Procedura odwołania

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

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

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

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

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

O czym należy pamiętać w czasie procedury odwołania:

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

Jak można przyspieszyć rozpatrzenie odwołania?

Jeśli członek lub jego świadczeniodawca uważa, że podjęcie decyzji w sprawie odwołania w standardowych ramach czasowych **piętnastu (15) dni roboczych** może poważnie zagrażać życiu lub zdrowiu członka, można zażądać rozpatrzenia odwołania w trybie przyspieszonym składając wniosek w formie pisemnej lub dzwoniąc do Planu. We wniosku pisemnym należy podać swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny członka, datę otrzymania pisma o niekorzystnej decyzji w sprawie świadczeń, informacje o swoim przypadku oraz powód żądania przyspieszonego rozpatrzenia odwołania. Wniosek o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym można również przesłać faksem do BCCHP na numer **1-800-338-2227**. Jeśli potrzebne będą dodatkowe informacje, poinformujemy o tym w ciągi dwudziestu czterech (24) godzin. Po otrzymaniu wszystkich informacji, zadzwonimy do członka w ciągu dwudziestu czterech (24) godzin, aby poinformować o decyzji i wyślemy mu i jego upoważnionemu przedstawicielowi zawiadomienie o decyzji.

Jak można wycofać odwołanie?

Członkowie mają prawo do wycofania swojego odwołania z dowolnej przyczyny i w dowolnym czasie w trakcie procedury odwołania. Można to zrobić w formie pisemnej lub ustnie. Odwołanie można wycofać wysyłając powiadomienie na ten sam adres, na który przesłano odwołanie lub dzwoniąc do Blue Cross Community Health Plans pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Wycofanie wniosku spowoduje zakończenie procedury odwołania i Plan nie podejmie żadnej decyzji w sprawie odwołania. Jeśli konieczne będzie uzyskanie dalszych szczegółów na temat wycofania odwołania, należy zadzwonić do Blue Cross Community Health Plans pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

BCCHP potwierdzi wycofanie wniosku o odwołanie wysyłając członkowi lub jego przedstawicielowi zawiadomienie. Jeśli konieczne będzie uzyskanie dalszych szczegółów na temat wycofania odwołania, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

Jakie są następne kroki?

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

Stanowe przesłuchanie administracyjne

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

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

Stanowego przesłuchania administracyjnego można zażądać w jeden z następujących sposobów:

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

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

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor

Faks: **1-312-793-2005**
E-mail: **HFS.FairHearings@illinois.gov**

Można też zadzwonić pod numer **1-855-418-4421**, TTY: **1-800-526-5812**

Jeśli członek chce złożyć wniosek o rozpatrzenie odwołania na drodze stanowego przesłuchania administracyjnego dotyczące usług lub produktów w zakresie zdrowia psychicznego, usług dot. nadużywania substancji odurzających, programu usług dla osób z niepełnosprawnościami (Persons with Disabilities Waiver), programu zwolnień dla osób z urazowym uszkodzeniem mózgu (Traumatic Brain Injury Waiver), programu zwolnień dla osób chorych na HIV/AIDS (HIV/AIDS Waiver) lub dowolnych usług w ramach programu usług domowych (Home Services Program, HSP), pisemny wniosek należy wysłać na adres:

Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602

Faks: **1-312-793-8573**
E-mail: **DHS.HSPAppeals@illinois.gov**

Można też zadzwonić pod numer **1-800-435-0774**, TTY: **1-877-734-7429**

Procedura stanowego przesłuchania administracyjnego

Przesłuchanie będzie prowadzone przez bezstronnego urzędnika upoważnionego do prowadzenia tego rodzaju przesłuchań. Urzędnik wyśle do członka zawiadomienie o dacie, godzinie i miejscu przesłuchania. Przekaże również informacje o samym przesłuchaniu. Należy uważnie zapoznać się z pismem urzędnika. Po założeniu konta na stronie **https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals** można uzyskać dostęp do wszystkich pism związanych ze swoim stanowym przesłuchaniem administracyjnym przez konto ds. odwołań ABE. Można stąd również przesyłać dokumenty i przeglądać wizyty.

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

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

Odroczenie

Członek może zażądać odroczenia przesłuchania w jego trakcie lub przed przesłuchaniem; zgoda na odroczenie może zostać wydana w razie zaistnienia uzasadnionej przyczyny. Jeśli bezstronny urzędnik wyrazi zgodę, członek i wszystkie strony odwołania zostaną poinformowane pisemnie o nowej dacie, godzinie i miejscu przesłuchania. Ramy czasowe zakończenia procedury odwołania zostaną wydłużone o okres odroczenia.

Niestawienie się na przesłuchanie

Odwołanie zostanie oddalone, jeśli członek lub jego upoważniony przedstawiciel nie stawią się na przesłuchaniu w terminie i miejscu podanym w Zawiadomieniu, o ile nie zażądano pisemnie odroczenia przesłuchania. Jeśli przesłuchanie prowadzone jest przez telefon, odwołanie zostanie oddalone jeśli członek nie podniesie telefonu o wyznaczonej godzinie. Wszystkie strony otrzymają pismo z informacją o oddaleniu odwołania.

Termin przesłuchania może zostać przełożony, jeśli członek poinformuje nas o takiej konieczności w ciągu **dziesięciu (10) dni kalendarzowych** od daty otrzymania pisma o oddaleniu, o ile przyczyną niestawienia się na przesłuchaniu była:

- śmierć w rodzinie
- obrażenia cielesne lub choroba, która uniemożliwia pojawienie się na przesłuchaniu
- nagły lub nieprzewidziany przypadek

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

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

Decyzja podjęta w trakcie stanowego przesłuchania administracyjnego

Właściwe Biuro ds. przesłuchań wyśle do członka i wszystkich zainteresowanych stron pismo z ostateczną decyzją administracyjną. Decyzja będzie również dostępna online za pośrednictwem konta odwołań ABE. Od decyzji tej można się odwołać wyłącznie w sądach okręgowych stanu Illinois. Sąd okręgowy może zezwolić na składanie takich odwołań w ciągu trzydziestu pięciu (35) dni od daty otrzymania tego pisma. W przypadku pytań proszę dzwonić do Biura ds. przesłuchań.

Rewizja zewnętrzna (jedynie usługi medyczne)

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

Zewnętrzna osoba weryfikująca musi spełniać następujące wymagania:

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

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

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

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

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

Jakie są następne kroki?

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

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

Przyspieszona rewizja zewnętrzna

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

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

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

Jakie są następne kroki?

- Po otrzymaniu telefonu lub pisma z wnioskiem o przyspieszoną rewizję zewnętrzną, Plan niezwłocznie zapozna się z wnioskiem i sprawdzi, czy kwalifikuje się on do tego rodzaju rewizji. Jeśli wniosek będzie się kwalifikował, Plan skontaktuje się z członkiem lub jego przedstawicielem i poda nazwisko osoby weryfikującej.
- Wyślemy również niezbędne informacje do zewnętrznej osoby weryfikującej, aby umożliwić jej rozpoczęcie procedury rewizji.
- Tak szybko jak będzie wymagał tego stan zdrowia członka, jednak nie później niż dwa (2) dni robocze po otrzymaniu wszystkich niezbędnych informacji, osoba weryfikująca podejmie decyzję w sprawie wniosku. Następnie o decyzji poinformuje ustnie członka i/lub jego przedstawiciela oraz Blue Cross Community ICP. W ciągu czterdziestu ośmiu (48) godzin osoba weryfikująca wyśle do członka i/lub jego przedstawiciela oraz BCCHP pismo z informacją o podjętej decyzji.

Prawa i obowiązki

Prawa członka:

- Prawo do bycia traktowanym z szacunkiem i godnością w uznaniu prywatności członka.
- Prawo do zachowania poufności osobistych informacji zdrowotnych i dokumentacji medycznej, z wyjątkiem przypadków dozwolonych przez prawo i gdy jest to konieczne do zapewnienia opieki.
- Prawo do ochrony przed dyskryminacją.
- Prawo do otrzymywania informacji od Blue Cross Community Health Plans w innych językach lub formatach, np. z tłumaczem lub alfabetem Braille'a.
- Prawo do uzyskania informacji o dostępnych opcjach leczenia i alternatywach.
- Prawo do otrzymywania informacji niezbędnych do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i wyborów związanych z opieką zdrowotną.
- Prawo do przekazywania rekomendacji dotyczących polityki praw i obowiązków członków organizacji
- Prawo do odmowy leczenia i uzyskania informacji o tym co się może w takim przypadku wydarzyć.

- Prawo do uzyskania kopii dokumentacji medycznej, a w niektórych przypadkach zażądania jej zmiany lub poprawienia.
- Wybór lekarza podstawowej opieki (PCP) w sieci świadczeniodawców Blue Cross Community Family Health Plan. PCP można zmienić w dowolnym czasie.
- Prawo do złożenia skargi (czasami nazywanej zażaleniem) lub odwołania bez obawy o złe traktowanie lub jakikolwiek odwet.
- Prawo do zażądania i uzyskania informacji na temat Planu zdrowotnego, świadczeniodawców oraz zasad, w tym praw i obowiązków członków w rozsądnym terminie.

Obowiązki członka:

- Lekarza i personel gabinetu należy traktować z uprzejmością i szacunkiem.
- Należy nosić przy sobie kartę identyfikacyjną Blue Cross Community Health Plans podczas wizyt u lekarza i w aptece przy odbiorze leków wydawanych na receptę.
- Należy punktualnie przychodzić na umówione wizyty.
- W przypadku niemożności dotrzymania terminu wizyty należy anulować ją z wyprzedzeniem.
- Należy postępować zgodnie z instrukcjami i planem leczenia otrzymanymi od lekarza
- W przypadku zmiany adresu lub numeru telefonu należy poinformować o tym plan opieki zdrowotnej i opiekuna.
- Należy przeczytać podręcznik dla członków, aby sprawdzić, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem i czy obowiązują jakieś specjalne zasady.

Oszustwa, nadużycia i zaniedbania

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

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

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

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

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

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

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

Wszelkie podejrzenia nadużyć należy zgłaszać

Zgodnie z prawem obowiązkiem członka jest zgłaszanie zarzutów dotyczących nadużyć i zaniedbań. Należy zadzwonić do Departamentu usług społecznych w stanie Illinois (Department of Human Services, DHS), Departamentu zdrowia publicznego w stanie Illinois (Department of Public Health, DPH) lub Departamentu ds. osób starszych w stanie Illinois (Department on Aging, DOA).

- Osoby zarejestrowane w programie lub mieszkające w miejscu finansowanym, licencjonowanym lub certyfikowanym przez DHS lub w mieszkaniu prywatnym, powinny dzwonić na gorącą linię OIG: **1-800-368-1463**
- Jeśli osoba z niepełnosprawnością jest zarejestrowana w programie lub mieszka w miejscu finansowanym, licencjonowanym lub certyfikowanym przez DPH (np. dom opieki) i doświadcza nadużycia/zaniedbania w trakcie świadczenia usług, powinna dzwonić na infolinię domu opieki DPH: **1-800-252-4343**, (TTY **1-800-547-0466**).
- Osoby zapisane do Programu pomocy w miejscu zamieszkania (Supportive Living Program Waiver) podejrzewające, że są ofiarami nadużyć, zaniedbań lub wykorzystywania, mogą zadzwonić na infolinię SLP pod numer **1-844-528-8444**.
- Jeśli ofiarą nadużycia lub zaniedbania jest osoba dorosła w wieku 18 lat lub starsza, która nie przebywa w domu opieki ani w placówce opieki wspomaganej, należy zadzwonić na infolinię służb ochrony dorosłych DOA (DOA Adult Protective Services) pod numer **1-866-800-1409** (TTY: **1-800-358-5117**).

Podejrzenia oszustw lub nadużyć można również zgłosić dzwoniąc do nas. Aby skontaktować się z BCCHP Member Services, proszę zadzwonić pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Można również skorzystać z infolinii ds. oszustw i nadużyć: **1-800-543-0867**. Jesteśmy dostępni 24/7.

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

Definicje

Odwołanie oznacza prośbę o ponowne rozpatrzenie decyzji przez BCCHP.

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

Trwały sprzęt medyczny oznacza sprzęt i materiały zlecone przez świadczeniodawcę opieki zdrowotnej do codziennego lub długotrwałego używania.

Stan nagłego zagrożenia zdrowia oznacza chorobę, uraz, objaw lub schorzenie na tyle poważne, że każda rozsądna osoba będzie szukała natychmiastowej pomocy lekarskiej, aby uniknąć poważnych szkód.

Usługi w stanie nagłego zagrożenia zdrowia oznaczają ocenę stanu nagłego zagrożenia zdrowia i leczenie w celu zapobieżenia pogorszeniu się stanu członka.

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

Zażalenie oznacza skargę, którą członek przekazuje do BCCHP.

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

Opieka domowa oznacza usługi opieki zdrowotnej, które są świadczone w domu.

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

Hospitalizacja oznacza opiekę w szpitalu, która wymaga przyjęcia pacjenta do szpitala i zwykle wymaga pozostania tam na noc. Pobyt przez noc na obserwacji może być opieką ambulatoryjną.

Szpitalna opieka ambulatoryjna oznacza opiekę w szpitalu, która zazwyczaj nie wymaga pozostania na noc.

Niezbędne ze względów medycznych oznacza usługi lub materiały do opieki zdrowotnej niezbędne do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia choroby, urazu, stanu, schorzenia lub ich objawów, które spełniają przyjęte standardy medyczne.

Poza siecią oznacza zapewnianie beneficjentowi opcji uzyskania dostępu do usług planu poza zakontraktowaną siecią świadczeniodawców planu. W niektórych przypadkach koszty własne beneficjenta mogą być wyższe w przypadku świadczenia uzyskanego poza siecią.

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

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

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

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

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

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

Specjalista oznacza lekarza, który zajmuje się określoną dziedziną medycyny lub grupą pacjentów i diagnozuje, kontroluje, zapobiega lub leczy niektóre rodzaje objawów i schorzeń.

Opieka doraźna oznacza opiekę w przypadku choroby, urazu lub schorzenia na tyle poważnego, że każda rozsądna osoba będzie szukała natychmiastowej pomocy lekarskiej, jednak nie na tyle poważnego, aby wymagało opieki na oddziale ratunkowym.

Polityka prywatności

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

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

Zastrzeżenia dotyczące odpowiedzialności

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

BCBSIL nie udziela żadnych rekomendacji, oświadczeń ani gwarancji dotyczących zewnętrznych dostawców oraz oferowanych przez nich produktów i usług.

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

Poświadczenie ubezpieczenia MLTSS

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

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

Blue Cross Community Health Plans, inaczej BCCHP, podpisał umowę z Departamentem Opieki Zdrowotnej i Świadczeń Rodzinnych w stanie Ilinois (Ilinois Department of Healthcare and Family Services, HFS) odnośnie zapewnienia ubezpieczenia zdrowotnego.

Poświadczenie to wydawane jest przez Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), oddział Health Care Service Corporation, firmę Mutual Legal Reserve Company (HCSC), niezależnego licencjobiorcą Blue Cross and Blue Shield Association, działającego jako organizacja opieki zdrowotnej.

W związku z rejestracją członka, BCBSIL zapewni świadczenie członkom pokrywanych usług opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami niniejszego Poświadczenia ubezpieczenia.

Niniejsze Poświadczenie ubezpieczenia może podlegać poprawkom, modyfikacjom lub wypowiedzeniu za porozumieniem Blue Cross Community Health Plans i Departamentu opieki zdrowotnej i usług rodzinnych w stanie Ilinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services) bez zgody członka. O wprowadzonych zmianach członkowie zostaną powiadomieni możliwie jak najszybciej.

Wybierając lub akceptując ubezpieczenie BCBSIL, członkowie zgadzają się na wszystkie warunki i postanowienia. Data wejścia w życie ubezpieczenia oferowanego przez Plan podana jest na karcie członkowskiej wysłanej do członka pocztą.

Arkusz opisu zakresu ubezpieczenia

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

Usługi opieki długoterminowej i wsparcia (LTSS)

Członek nie będzie musiał ponosić dopłat ani udziału własnego w kosztach usług objętych ubezpieczeniem przez BCCHP. Niektóre usługi mogą wymagać wcześniejszej autoryzacji BCCHP, jak pokazano w poniższych tabelach. W razie pytań należy dzwonić do Działu obsługi klienta pod numer **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM		
Usługi medyczne MLTSS	**Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów zdrowotnych Blue Cross Community MLTSS**	**Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację**
Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego	Obejmują między innymi: • Środowiskowe usługi w zakresie zdrowia behawioralnego • Usługi dla osób w kryzysie • Usługi ambulatoryjne, takie jak leczenie farmakologiczne, terapia i doradztwo • Leczenie szpitalne w trybie dziennym	Tak, w określonych okolicznościach
Przystosowanie domu w celu ułatwienia funkcjonowania członka	Usługi te są objęte pisemnym planem opieki.	Tak

USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM		
Usługi medyczne MLTSS	**Limity/wykluczenia świadczeń w ramach planów zdrowotnych Blue Cross Community MLTSS**	**Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację**
Opieka pielęgniarska	Przed skorzystaniem z usług pielęgniarskich może być wymagane pisemne skierowanie od lekarza.	Tak
Usługi ośrodka opieki pielęgniarskiej	Przed skorzystaniem z usług pielęgniarskich może być wymagane pisemne skierowanie od lekarza.	Tak
Transport (w przypadkach nienagłych)	Aby zorganizować transport na wizytę należy zadzwonić do Działu obsługi klienta co najmniej 72 godziny przed wizytą. Członek jest odpowiedzialny za sprzęt medyczny, np. wózek inwalidzki. Transport z powodów niemedycznych nie jest objęty ubezpieczeniem. W przypadku przejazdów w odległości większej niż ok. 105 km (65 mil) wymagana jest wcześniejsza autoryzacja. Wymagane również w przypadku świadczeniodawców spoza sieci.	Tak, w określonych okolicznościach

Usługi domowe i społecznościowe (HCBS) objęte ubezpieczeniem – tylko dla członków Programu zwolnień

Poniżej znajduje się lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które BCCHP pokrywa dla członków objętych Programem zwolnień HCBS Waiver.

Program HCBS Waiver	HCBS Waiver	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Departament ds. Osób Starszych (Department on Aging, DoA) **Osoby w podeszłym wieku**	• Usługi opieki dziennej dla dorosłych • Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych • Pomoc domowa • System osobistej interwencji kryzysowej (Personal emergency response system, PERS)	Tak
Departament Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS) **Osoby z niepełnosprawnościami, HIV/AIDS**	• Usługi opieki dziennej dla dorosłych • Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych • Przystosowanie domu w celu ułatwienia funkcjonowania członka • Pomoc domowa ds. związanych ze zdrowiem • Okresowa opieka pielęgniarska • Specjalistyczna opieka pielęgniarska (RN i LNP) • Terapia zajęciowa • Fizykoterapia • Terapia mowy • Pomoc domowa • Posiłki dostarczane do domu	Tak

Program HCBS Waiver	HCBS Waiver	Świadczeniodawca musi uzyskać wcześniejszą autoryzację
Departament Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS) **Osoby z niepełnosprawnościami, HIV/AIDS** **(ciągły)**	• Osobisty asystent • System osobistej interwencji kryzysowej (Personal emergency response system, PERS) • Świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny	Tak
Departament Usług Rehabilitacyjnych (Department of Rehabilitative Services, DRS) **Osoby z urazami mózgu**	• Usługi opieki dziennej dla dorosłych • Transport w ramach usług opieki dziennej dla dorosłych • Przystosowanie domu w celu ułatwienia funkcjonowania członka • Zatrudnienie wspierane • Pomoc domowa ds. związanych ze zdrowiem • Okresowa opieka pielęgniarska • Specjalistyczna opieka pielęgniarska (RN i LNP) • Terapia zajęciowa • Fizykoterapia • Terapia mowy • Usługi pomocy w podjęciu zatrudnienia • Dzienne usługi rehabilitacji • Pomoc domowa • Posiłki dostarczane do domu • Osobisty asystent • System osobistej interwencji kryzysowej (Personal emergency response system, PERS) • Świadczenia odciążające osoby opiekujące się członkami rodziny • Specjalistyczny sprzęt medyczny i materiały • Usługi behawioralne	Tak
Opieka zdrowotna i usługi rodzinne (HFS) **Program pomocy w codziennym życiu (Supportive Living Program)**	• Pomoc w codziennym życiu	Zanim członek skorzysta z objętych ubezpieczeniem usług, może być wymagana nasza wcześniejsza autoryzacja.

Oprócz tych usług objętych ubezpieczeniem, BCCHP oferuje świadczenia o wartości dodanej. Dodatkowe szczegóły podano w **strona 20**.

Usługi nieobjęte ubezpieczeniem

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

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

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

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

Uwaga: Nie jest to pełna lista niepokrywanych usług.

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

Wcześniejsza autoryzacja

Niektóre usługi wymagające wcześniejszej autoryzacji BCCHP. Ma to na celu upewnienie się, że są one objęte ubezpieczeniem. Oznacza to, że zarówno Plan jak i PCP (lub specjalista) zgadzają się, że z medycznego punktu widzenia, usługi te są konieczne. Termin „konieczne z medycznego punktu widzenia" odnosi się do usług, które:

- Ratują życie
- Zapobiegają poważnym zachorowaniom lub niepełnosprawności
- Wykrywają, co jest nie tak, czy też leczą chorobę, schorzenie lub uraz
- Pomagają w takich czynnościach jak jedzenie, ubieranie się i kąpiel.

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

Nie pokryjemy kosztów usług wykonywanych przez świadczeniodawców spoza sieci BCCHP. Zanim członek skorzysta z usług musi uzyskać wcześniejszą autoryzację od planu.

Ciągłość leczenia

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

Opieka doraźna

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

Przykłady opieki doraźnej:

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

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

Opieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowia

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może dotyczyć wystąpienia silnego bólu, urazu lub choroby. W nagłym przypadku należy dzwonić pod numer **911** lub udać się na najbliższy oddział ratunkowy (ER). MLTSS obejmuje długoterminowe usługi i wsparcie członka. W celu uzyskania pokrycia kosztów opieki w stanie nagłego zagrożenia zdrowia należy skontaktować się z planem Medicare, Medicare Advantage lub Medicaid.

Przykłady stanów nagłego zagrożenia zdrowia:

- objawy udaru (nagłe osłabienie, niewyraźne widzenie, niewyraźna mowa)
- zawał serca
- obfite krwawienie
- zatrucie
- trudności w oddychaniu
- złamania kości

Inne materiały i zasoby

Aby uzyskać więcej informacji o swoim planie, należy zapoznać się ze **Spisem treści na stronie 6**. informacje na temat skarg i odwołań, praw i obowiązków, oszustw, nadużyć i zaniedbań, polityki prywatności i oświadczenia o niedyskryminacji można znaleźć w części Podręcznika członka MLTSS tego Zestawu.

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

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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

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

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Blue Kit℠

Podręcznik członka MLTSS i Poświadczenie ubezpieczenia w jednym miejscu.