



**Blue Cross Community
Health PlansSM**



**HealthChoice
Illinois**
Illinois Department of
Healthcare and Family Services



Coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS)

Blue KitSM

Su *Manual del asegurado* y su *Certificado de cobertura* de la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS, en inglés) en un mismo lugar.

Vigente a partir de enero de 2025

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

Le damos la bienvenida a BlueSM



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

Nos complace que haya elegido BCCHP para su cobertura médica de coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS, en inglés). Los servicios de MLTSS brindan asistencia para que pueda realizar las tareas que ya no puede hacer por su propia cuenta. Como asegurado de los servicios de MLTSS de Blue Cross Community Health Plans, usted tiene acceso a profesionales médicos, servicios de salud mental y de transporte. Puede obtener la atención en su hogar o en un centro de vida asistida. Todos ellos sin copago por los servicios cubiertos de MLTSS.

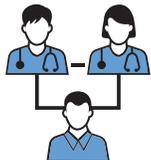
Use esta lista para empezar a aprovechar su cobertura médica MLTSS:

- Averigüe lo que está incluido en la cobertura de MLTSS.** Este Blue Kit (kit de salud de Blue) puede ayudarle. ¡Téngalo a la mano! También puede visitar espanol.bcbsil.com/bcchp para obtener más información sobre sus beneficios.
- Complete su Evaluación anual de riesgos a la salud (HRA, en inglés).** BCCHP se comunicará con usted por medio de una llamada o un mensaje de texto en las próximas semanas para que realice la HRA. Esta evaluación ayudará a que el coordinador de servicios médicos entienda sus necesidades. Si tiene una llamada perdida o un mensaje, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.
- Inicie sesión en su cuenta de Blue Access for MembersSM (BAMSM), portal protegido para asegurados.** Acceda inmediatamente a sus recursos de atención médica. BAM es el portal protegido de BCCHP para asegurados. Puede acceder a su cuenta desde espanol.bcbsil.com/bcchp o desde la **aplicación móvil BCBSIL**.
- Tenga siempre a la mano su tarjeta de asegurado de MLTSS.** Úsela para todos los servicios de atención a largo plazo. Para recibir servicios médicos, presente su tarjeta de asegurado de Medicare y Medicaid. Para recibir cobertura de medicamentos con receta, use su tarjeta de asegurado de Medicare Parte D. Consulte **Recursos de la cobertura médica on page 22** para obtener más información sobre otras coberturas.
 - BCCHP trabaja con sus otras coberturas y prestadores de servicios. Por esta razón, es importante que mantenga a su coordinador de servicios médicos informado sobre su problema médico.
- Para mantener su cobertura de Medicaid de Illinois, tendrá que renovarla una vez al año.** Este proceso se conoce como "redeterminación". Recibirá un aviso del Departamento de Servicios Médicos y Familiares (HFS, en inglés) un mes antes de la fecha de renovación. Complete los formularios a tiempo para conservar su cobertura de MLTSS.

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

¡Estamos aquí para servirle!

Atención al Asegurado



1-877-860-2837

Llame para obtener información sobre su cobertura médica de BCCHP.

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline



1-888-343-2697

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

Preguntas más frecuentes (FAQ)

Consulte el índice para obtener más información sobre estos temas.

¿Tengo un copago?

No. Nunca tendrá que pagar un copago o deducible por servicios de MLTSS aprobados.

¿Recibo cobertura médica a través de mi cobertura MLTSS?

No. Su cobertura MLTSS de BCCHP incluye servicios y apoyo a largo plazo. Para recibir cobertura médica, comuníquese con Medicare, Medicare Advantage o Medicaid. Recuerde que Medicare siempre paga primero por sus servicios médicos. Consulte **Recursos de la cobertura médica on page 22** para obtener más información sobre los beneficios de la cobertura de Medicare y Medicaid.

¿Recibo cobertura de medicamentos con receta a través de mi cobertura de MLTSS?

No. Su cobertura MLTSS de BCCHP incluye servicios y apoyo a largo plazo. Para recibir cobertura de medicamentos con receta, comuníquese con su cobertura Medicare Parte D. Consulte **Recursos de la cobertura médica on page 22** para obtener más información sobre los beneficios y servicios de Medicare Parte D.

¿Cómo hago para recibir atención médica de emergencia?

Diríjase a la sala de emergencias (ER) más cercana o llame al **911**. Llame una ambulancia si no tiene servicio del **911** disponible en su área. Los servicios médicos y la atención en salas de emergencias están incluidos en su cobertura de Medicare, no en su cobertura de MLTSS. Consulte la página 19 para obtener más información sobre los beneficios de la cobertura de Medicare y Medicaid.

¿Tengo cobertura de BCCHP fuera de Illinois?

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

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

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura?

Visite espanol.bcbsil.com/bcchp.

Cuenta Blue Access for Members:

inicie sesión en <https://mybam.bcbsil.com> (haga clic en "Español") o con la aplicación BCBSIL. Envíe **BCBSILAPP** por mensaje de texto al **33633** para descargar la aplicación móvil.

Atención al Asegurado: 1-877-860-2837.

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

¿Dónde puedo acceder a una lista de proveedores que participen en la red de MLTSS?

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

¿Puedo obtener traslados para asistir a citas médicas?

Sí. BCCHP utiliza ModivCare para brindar servicios de traslado a consultas de atención médica y traslados aprobados por salud. Para programar un traslado, llame a ModivCare al menos 3 días antes de su

cita. También puede programarlo usando la nueva aplicación de ModivCare desde su teléfono inteligente.

¿Cómo obtengo acceso a mi tarjeta de asegurado?

Inicie sesión en su cuenta de BAM desde su computadora de escritorio o desde la aplicación móvil BCBSIL. Desde allí puede acceder a una tarjeta provisional de asegurado o solicitar una nueva tarjeta. También puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Ellos le enviarán una nueva tarjeta de asegurado y verificarán que BCCHP tenga su dirección actual.

¿Puedo obtener ayuda de un coordinador de servicios médicos?

Sí. Un coordinador de servicios médicos es un "asesor" de atención médica que lo ayuda a alcanzar sus objetivos de salud.

Completar la evaluación de riesgos a la salud (HRA, en inglés) nos permite asignarle un coordinador de servicios médicos. Puede solicitar uno en cualquier momento llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Índice

Manual del asegurado con cobertura de MLTSS

Números de teléfono importantes.	9	Servicios no incluidos en la cobertura	18
Atención al Asegurado	9	Nuevos tratamientos médicos	20
Blue Access for Members SM (BAM) SM	10	Servicios de transporte para casos que no sean de emergencia	20
Tarjeta de asegurado	11	Beneficios con valor agregado	21
Elegibilidad	11	Recursos de la cobertura médica	22
Renovación de los beneficios incluidos en Medicaid (redeterminación)	12	Coordinación de Servicios médicos:	24
Período de inscripciones	13	Programas de educación para la salud	27
Red de prestadores de servicios médicos	13	Programa de defensores del asegurado	29
Prestador de atención médica primaria (PCP)	14	Instrucciones anticipadas	29
Atención médica especializada	14	Inconformidades y apelaciones	30
Atención médica inmediata	14	Derechos y obligaciones	37
Atención médica de emergencia	15	Fraude, abuso y negligencia	38
Autorización previa	15	Definiciones	39
Servicios incluidos en la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS)	15	Política de privacidad	41
Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos en la cobertura (solo para asegurados con exenciones)	17	Avisos	41

Índice

Certificado de cobertura de MLTSS

Planilla de descripción de la cobertura	44
Servicios incluidos en la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo	44
Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos (HCBS) (solo para asegurados con exenciones)	45
Servicios no incluidos en la cobertura ..	47
Autorización previa	48
Continuidad del tratamiento	48
Atención médica inmediata	49
Atención médica de emergencia ..	49
Otros recursos	49

*Manual del asegurado con
cobertura de MLTSS*



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

Números de teléfono importantes

Línea de ayuda 24/7 Nurseline,
con atención las 24 horas del día

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

Atención al Asegurado

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

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

Puede comunicarse con un agente de seguros, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

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

Sitio web

espanol.bcbsil.com/bcchp

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

Departamento de Investigaciones Especiales (SID, en inglés)
de Blue Cross Community Health Plans

1-800-543-0867

Línea de Ayuda por Envenenamiento

Las llamadas se derivan a la oficina más cercana.

1-800-222-1222

Transporte médico para casos que no
sean de emergencia:

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

Servicios de salud mental:

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

Línea de emergencias para casos de salud mental:

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

Inconformidades y apelaciones:

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

Fraude y abuso:

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

Coordinación de Servicios médicos:

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

Servicios de protección de adultos:

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

Línea directa de asilos:

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

Departamento de Salud Pública de Illinois:

1-217-782-4977

Línea directa de quejas sobre la atención de centros de vida asistida:

1-844-528-8444

Atención médica de emergencia

911

En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase al servicio de urgencias más cercano.
La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos.

Atención al Asegurado

Le damos la bienvenida a Blue Cross Community Health Plans. El equipo de Atención al Asegurado está listo para ayudarle a aprovechar su cobertura de BCCHP al máximo. Puede comunicarse con nosotros al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Estamos a su disposición las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. La llamada es gratuita. Puede comunicarse con un agente de seguros, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Puede usar el autoservicio o dejar un mensaje de voz las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los fines de semana y los días feriados. El personal está capacitado para ayudarlo a entender su cobertura médica. Podemos brindarle información detallada sobre lo siguiente:

- elegibilidad para MLTSS,
- servicios incluidos y no incluidos en la cobertura MLTSS,
- Coordinación de Servicios médicos,
- atención médica inmediata y de emergencia,
- servicios de transporte,
- inconformidades y apelaciones,
- derechos y obligaciones.

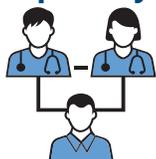
Blue Access for MembersSM (BAM)SM

Acceda a sus servicios de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, desde dondequiera que esté

Es más fácil que nunca estar conectado mediante su portal protegido. Con BAM, puede gestionar su cobertura médica y localizar información sobre los servicios. Y ahora, puede acceder a su cuenta personal de BAM desde su teléfono inteligente. Solo use la aplicación móvil de BCBSIL.

Si aún no se ha inscrito en BAM, puede acceder en línea o por medio de nuestra aplicación móvil:

<https://mybam.bcbsil.com> (haga clic en "Español")



Inicie sesión en su computadora de escritorio o tableta a través de nuestro sitio web. ¡Está en la esquina superior derecha!

Aplicación móvil BCBSIL



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

BAM le ofrece las siguientes opciones:

- solicitar, imprimir o pedir una tarjeta de asegurado;
- buscar médicos, especialistas y hospitales en el directorio en línea Provider FinderSM;
- cambiar su prestador de atención médica primaria (PCP);
- consultar su información sobre autorizaciones y reclamaciones previas.

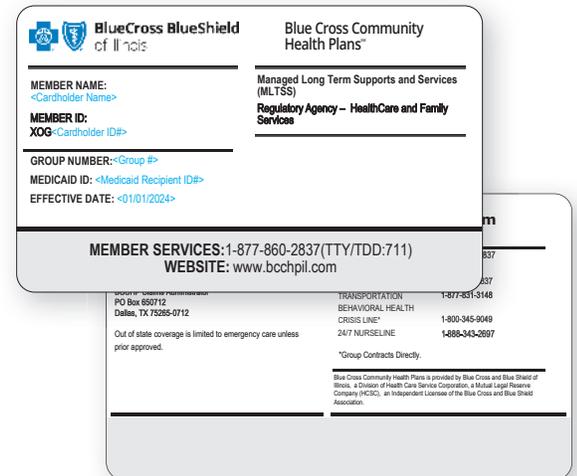
* Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos.

Tarjeta de asegurado

Recibirá una tarjeta de asegurado de MLTSS. Siempre debe llevarla con usted, ya que contiene números de teléfono importantes. Deberá mostrarla cuando reciba exenciones o servicios a largo plazo. Use sus tarjetas de asegurado de Medicare para obtener otros servicios, como medicamentos con receta y servicios médicos. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si no recibió una tarjeta de asegurado.

Información en su tarjeta de asegurado

- nombre,
- cobertura,
- n.º de asegurado estatal de Medicaid,
- n.º de tarjeta de asegurado,
- fecha de inicio de la cobertura,
- n.º de grupo,
- n.º de beneficios y servicios del grupo,
- n.º de Atención al Asegurado,
- sitio web de BCCHP,
- teléfono de servicios de transporte,
- n.º de línea de emergencias para casos de salud mental,
- n.º de línea directa de enfermería telefónica 24/7 Nurseline,
- dirección a la que los profesionales médicos deben enviar las reclamaciones,



- nombre y dirección de MCO,
- regulador estatal.

Elegibilidad

Usted es elegible para la cobertura de MLTSS de Blue Cross Community Health Plans si se aplica lo siguiente:

- es elegible para Medicare Parte A y Medicare Parte B;
- es elegible para Medicaid;
- tiene 21 años o más en el momento de solicitar la cobertura;
- la solicita en la categoría asistencial para adultos mayores, ciegos y discapacitados Medicaid Aid to the Aged, Blind and Disabled;
- no tiene una enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés), con excepciones limitadas, como por ejemplo si tiene una ESRD cuando ya es asegurado de una de nuestras coberturas o si era asegurado de una cobertura diferente que se canceló;

cumple todos los demás criterios y necesita servicios de una de las siguientes exenciones de Medicaid 1915(c):

- personas mayores,
- personas con discapacidad,
- personas con VIH/sida,
- personas con lesión cerebral,
- personas que están en el Programa de Vida Asistida.

Las agencias estatales de Illinois determinarán si cumple los requisitos para participar de algunos programas. Esto incluye los servicios a domicilio y comunitarios o la residencia en un asilo. BCCHP trabaja con las agencias para ayudarlas a coordinar su apoyo y servicios a largo plazo.

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

Renovación de los beneficios incluidos en Medicaid (redeterminación)

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

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

Lo puede hacer de la siguiente manera:

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

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

2. Verifique su dirección

- Si tiene Medicaid, debe mantener su dirección vigente. Haga clic en “Administrar Mi Caso” y verifique su dirección en la sección “Comuníquese con nosotros” o llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

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

- Vea su fecha de renovación en la pestaña “Detalles de los beneficios y servicios” en abe.illinois.gov.

4. Esté pendiente de su buzón

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

5. Complete la redeterminación

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

Puede enviar la redeterminación de Medicaid de las siguientes maneras:

- **En línea.** Haga clic en “Administrar Mi Caso” en abe.illinois.gov (puede cambiar el idioma a “Español”).
- **Por correo postal o fax.** Puede enviar el formulario rellenado junto con cualquier verificación que se le solicite.
- **Por teléfono.** Puede llamar al **1-800-843-6154**.
- **En persona.** Puede encontrar una ubicación mediante el buscador de oficinas del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS, en inglés) en www.dhs.state.il.us (en inglés).

Tenga cuidado con las estafas. El estado de Illinois nunca le pedirá que realice un pago para renovar o solicitar una cobertura de Medicaid. Denuncie las estafas en <https://hfs.illinois.gov/oig/reportfraud.html> (en inglés) o al número directo para denunciar fraude de Medicaid al **1-844-453-7283/1-844-ILFRAUD**.

Período de inscripciones

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

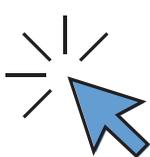
Al momento de solicitar cobertura, usted coordinará la transición de la atención médica junto con un coordinador de servicios médicos. Los nuevos asegurados de MLTSS tienen un período de transición de 90 días. Los asegurados que cambian de otra cobertura a BCCHP, también tienen un período de transición de 90 días. Si es necesario, su coordinador de servicios médicos lo ayudará con la transición de la atención médica con un profesional de la red.

Red de prestadores de servicios médicos

La red de Blue Cross Community Health Plans está conformada por profesionales médicos y centros que se especializan en apoyo y servicios a largo plazo (LTSS, en inglés). Estos prestadores tienen contrato con BCCHP para ofrecerle LTSS.

Usted debe recurrir a los prestadores de servicios médicos de la red. Si decide hacer una consulta con un prestador de servicios médicos que no forma parte de la red, tendrá que pagar el costo de los servicios. El prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) y el coordinador de servicios médicos lo ayudarán a buscar prestadores de servicios médicos en la red. Salvo en caso de emergencia, la cobertura no incluye los servicios de prestadores fuera de la red. Antes de recibir atención médica, consulte con el profesional médico si forma parte de la red BCCHP.

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



Provider FinderSM

espanol.bcbsil.com/bcchp

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



Directorios de prestadores de servicios médicos

espanol.bcbsil.com/bcchp

Consulte o descargue un archivo PDF con los profesionales médicos.



Atención al Asegurado

1-877-860-2837

La llamada es gratuita.

Telesalud

BCCHP ha simplificado el proceso para consultar con un profesional médico mediante opciones de telesalud. De este modo, usted podrá recibir la atención médica que necesita, incluso de manera virtual. Para obtener más información, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** o pregúntele a su médico si ofrece servicios de telesalud. Cada médico tiene formas diferentes de ofrecer servicios de telesalud, en caso de hacerlo. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Atención al Asegurado.

Prestador de atención médica primaria (PCP)

El prestador de atención médica primaria (PCP) es su médico personal, quien le brindará la mayoría de los servicios de atención médica. También podría referirlo a otros profesionales médicos en caso de que necesite atención médica especial.

La atención de su PCP está incluida en los beneficios de Medicaid o Medicare. La cobertura de MLTSS de Blue Cross Community Health Plans incluye los servicios y apoyos a largo plazo. Para obtener cobertura médica, comuníquese con Medicare, Medicare Advantage o Medicaid.

Si usted es asegurado indígena estadounidense o nativo de Alaska, tiene derecho a recibir servicios de una tribu indígena o un profesional médico de una organización tribal u organización indígena estadounidense urbana dentro y fuera del estado de Illinois.

Atención médica especializada

Un especialista es un médico que le brinda atención por un problema de salud específico. Un ejemplo de un especialista es un cardiólogo (salud del corazón) o un médico ortopédico (huesos y articulaciones). Si su PCP considera que usted necesita ver a un especialista, le ayudará a elegir uno. El PCP es quien coordinará la atención médica especializada.

Su PCP puede referirlo a otro médico para que le proporcione atención o tratamiento especializados. En el consultorio del PCP podrán ayudarlo a programar la consulta.

La cobertura de MLTSS de Blue Cross Community Health Plans incluye los servicios a largo plazo. Para obtener atención médica de un PCP o especialista, comuníquese con la cobertura de Medicare, Medicare Advantage o Medicaid.

Atención médica inmediata

La atención médica inmediata se refiere a un problema que necesita atención cuanto antes, pero que no supone un riesgo para la vida. Para recibir atención médica inmediata, comuníquese con la cobertura de Medicare o Medicare Advantage.

Algunos ejemplos de atención médica inmediata son los siguientes:

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

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

Atención médica de emergencia

Un problema médico de emergencia es muy grave, ya que incluso podría poner en riesgo su vida. Puede padecer dolor intenso, una lesión o enfermedad. En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase al servicio de emergencias más cercano. Para recibir cobertura en atención médica de emergencia, comuníquese con Medicare o Medicare Advantage.

Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:

- síntomas de derrame cerebral (debilidad repentina, visión borrosa, dificultad para hablar);
- ataque al corazón;
- sangrado abundante;
- envenenamiento;
- dificultad para respirar;
- fracturas.

Qué hacer en caso de emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias (ER, en inglés) más cercana. Puede ser un hospital u otro entorno donde recibir servicios de emergencia.
- Llame al **911**.
- Llame a una ambulancia si no hay servicio de **911** en su área.
- No es necesario obtener un referido.
- No se necesita autorización previa, pero debe llamarnos dentro de las 24 horas de haber recibido atención médica de emergencia.

Autorización previa

Algunos servicios requieren una autorización previa o aprobación de BCCHP. No necesita comunicarse con nosotros para la autorización previa. Puede ponerse de acuerdo con su médico para enviar la autorización previa.

Para los asegurados que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS, en inglés), un coordinador de servicios médicos trabajará con usted y lo ayudará con las autorizaciones previas. Si no recibe una autorización previa por estos servicios, BCCHP no pagará por ellos.

La cobertura de MLTSS no incluye servicios médicos. En su lugar, la cobertura de Medicare o Medicaid los incluye. Es posible que necesite obtener una autorización previa para recibir algunos servicios médicos. Comuníquese con Medicare o Medicaid para obtener información sobre los servicios médicos que requieren una autorización previa.

Servicios incluidos en la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS)

BCCHP brindará o coordinará los servicios de atención médica incluidos y que son médicamente necesarios para el asegurado, conforme a las estipulaciones del *Certificado de cobertura*. También están disponibles las descripciones de los servicios de atención médica en el Certificado de cobertura. Es posible que tenga que pagar por la atención que no se menciona en la lista o si no recibió una autorización previa.

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

los Estados Unidos, por lo que no necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia dentro de los Estados Unidos. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si tiene preguntas sobre los servicios incluidos de BCCHP.

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios incluidos en la cobertura BCCHP:

Asistencia en asilos

Estos servicios se enfocan en las necesidades a largo plazo de los asegurados en lugar de la atención médica aguda a corto plazo. Son elegibles los asegurados con exenciones por discapacidades (TBI, en inglés), VIH/sida o lesión cerebral traumática.

De acuerdo con una evaluación estatal, un coordinador de servicios médicos elaborará un plan médico para incorporar asistencia en asilos. Un enfermero titulado (registered nurse) o un auxiliar de enfermería con licencia registrada en Illinois pueden brindar esta asistencia. Es posible que necesite una orden escrita por un médico antes de recibir la asistencia en asilos.

Servicios en centros de enfermería

Un asilo (NF, en inglés) a veces puede tener diferentes nombres. Por ejemplo, centro de enfermería, centro de atención médica a largo plazo o centro de enfermería especializada. Un asilo es un centro con licencia para brindar atención de enfermería especializada (por un período corto de tiempo) o servicios de atención a largo plazo (estadías prolongadas donde usted vive en el centro). **Estos servicios requieren una autorización previa (aprobación) de BCCHP.**

Terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología

Los asegurados con exenciones por discapacidades, VIH/sida y lesión cerebral traumática (TBI, en inglés) podrían ser elegibles. Esto requiere la orden de un médico.

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental pueden ayudar a quienes se enfrentan a problemas de salud mental. El tipo de servicio que podría necesitar depende de su situación personal. Algunos servicios podrían requerir autorización previa. No necesita un referido para consultar a un profesional médico que forme parte de nuestra red.

Si tiene una crisis de salud mental, llame a la línea de emergencias para casos de salud mental al **1-800-345-9049**. Este es un servicio de intervención y estabilización en casos de crisis disponible las 24 horas.

Estos son algunos de los servicios de salud mental incluidos:

- tratamientos en la comunidad para el abuso de alcohol o de sustancias;
- servicios de salud mental con base en la comunidad;
- BCCHP puede cubrir los tratamientos por abuso de sustancias.

Estos son algunos de los tratamientos incluidos para el abuso de sustancias:

- servicios para pacientes externos,
- farmacoterapia con apoyo,
- tratamiento de desintoxicación en centros residenciales.

Programa Pathways to Success

Los asegurados menores de 21 años con necesidades considerables de salud mental podrían ser elegibles. Esto incluye niños con trastornos emocionales graves o enfermedades mentales graves. El programa Pathways to Success ofrece servicios adicionales a domicilio y en la comunidad.

Los servicios incluyen, a modo enunciativo mas no limitativo, apoyo de familiares, atención médica intensiva en el hogar, supervisión terapéutica, atención médica de relevo, y servicios de apoyo terapéutico e individual. Para obtener más información sobre este programa y conocer los requisitos, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos en la cobertura (solo para asegurados con exenciones)

Esta es una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos incluidos en BCCHP para asegurados que tienen una exención de servicios en el hogar y en la comunidad. Estos servicios podrían requerir autorización previa.

Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DoA)

Personas mayores

- servicio de atención diurna para adultos;
- servicio de transporte para la atención diurna para adultos;
- amo de casa;
- sistema personal de respuesta de emergencia (PERS, en inglés);
- dosificador automático de medicamentos.

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Personas con discapacidad, VIH/sida

- servicio de atención diurna para adultos;
- servicio de transporte para la atención diurna para adultos;
- adaptaciones para la accesibilidad en el hogar;
- auxiliar de asistencia médica en el hogar;
- asistencia intermitente de enfermería;
- atención de enfermería especializada: enfermeros titulados (RN, en inglés) y red de prestadores de servicios médicos restringida (LPN, en inglés);
- terapia ocupacional;
- fisioterapia;
- terapia del habla;
- servicios domésticos;
- entrega de comidas a domicilio;
- asistente personal;
- sistema personal de respuesta de emergencia (PERS);
- atención médica de relevo;
- equipo médico y suministros especializados;

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Personas con lesión cerebral

- servicio de atención diurna para adultos;
- servicio de transporte diurno para adultos;
- adaptación del hogar para la accesibilidad;
- asistencia en el trabajo;
- asistencia médica en el hogar;
- asistencia intermitente de enfermería; Atención de enfermería especializada: enfermeros titulados (RN) y red de prestadores de servicios médicos restringida (LPN);
- terapia ocupacional;
- fisioterapia;
- terapia del habla;
- servicios prevocacionales;
- servicios diurnos de habilitación;
- servicios domésticos;
- entrega de comidas a domicilio;
- asistente personal;
- sistema personal de respuesta de emergencia (PERS);
- atención médica de relevo;
- equipos médicos y suministros especializados;
- Servicios de salud mental (M.A. y PH.D.).

Departamento de Servicios Médicos y Familiares (HFS)

Programa de vida asistida

- servicios de vida asistida.

Servicios no incluidos en la cobertura

Esta es una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos que MLTSS de Blue Cross Community Health Plans **no incluye**:

- servicios de médicos;
 - servicios de especialistas;
 - servicios del PCP.
- servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados;
- medicamentos con receta;
- equipos médicos o suministros con las siguientes características:
 - se usen solamente para comodidad e higiene;
 - se presten sin el referido o la autorización previa requeridos;
 - se usen para ejercitarse;
 - se use más de un equipo que cumpla con la misma función;
 - se usen para higiene o belleza.
- atención médica recibida por problemas de salud relacionados con el trabajo, si los gastos de atención se pueden pagar por medio de una indemnización laboral, su empleador o alguna ley de enfermedades que tenga que ver con su trabajo;
- procedimientos que son nuevos o aún están en evaluación;

- reversión de la esterilización;
- tratamientos de fertilidad, como la inseminación artificial y la fertilización *in vitro*;
- jeringas o agujas que su médico no haya solicitado;
- acupuntura;
- cirugía cosmética para modificar o remodelar partes del cuerpo normales a fin de mejorar su apariencia;
- exámenes físicos de rutina solicitados por el trabajo, la escuela o el seguro;
- servicios médicos que recibe en un lugar de atención médica de emergencia por problemas de salud que no son emergencias;
- aborto;
- exámenes anuales de prevención para adultos;
- servicios de audiología;
- servicios quiroprácticos;
- prueba para detectar cáncer colorrectal;
- servicios dentales;
- radiodiagnóstico y radiología terapéutica;
- servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, en inglés);
- servicios de atención médica inmediata y de emergencia;
- servicios de planificación familiar;
- servicios de laboratorio y radiografías;
- equipos y suministros médicos;
- podología (cuidado de los pies);
- exámenes rectales y de la próstata;
- trasplantes;
- servicios para la vista;
- oftalmología (vista).

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

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

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

Para más información sobre los servicios, consulte su Certificado de cobertura o comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

Nuevos tratamientos médicos

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

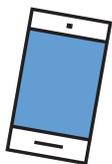
- ha sido aprobado por el gobierno;
- ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes;
- ayuda a los pacientes a mejorar su salud de igual manera o en mayor medida que los tratamientos implementados hasta el momento.

El grupo de revisión evalúa esto y decide si el tratamiento es médicamente necesario. Si su médico solicita un nuevo tratamiento que no ha sido revisado, nuestro grupo de médicos evaluará los detalles y tomará una decisión. También le informarán al médico si el tratamiento es médicamente necesario y si se aprueba.

Servicios de transporte para casos que no sean de emergencia

BCCHP está trabajando con ModivCare para proporcionar servicios de transporte. Puede solicitar transporte para ir a una cita con el profesional médico, a la farmacia (luego de su cita) o a un evento de BCCHP. También puede solicitar un traslado para ir a un centro Blue Door Neighborhood Center.

Para programar un traslado



Aplicación de ModivCare

Busque "ModivCare" en su tienda virtual y úsela para todas sus necesidades de transporte.



Llame a ModivCare

1-877-831-3148

con horario de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro.



Confirme su traslado

1-877-831-3148

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

El día de su cita

- Prepárese una hora antes de su traslado.
- Cuando llegue su conductor, tocará la bocina, llamará a la puerta, tocará el timbre o lo llamará. Tiene la obligación de esperarlo durante cinco minutos. Después de cinco minutos, pueden marcharse e informar que usted no se presentó.
- Los conductores pueden transportar a varios asegurados en un mismo traslado. Esto no debería añadir más de 45 minutos a su tiempo de traslado.

Traslado de regreso

- Puede programar previamente su traslado de regreso. El conductor debería llegar en menos de 30 minutos.
- Si no tiene una hora de recogida previamente programada, llame a ModivCare cuando termine su consulta. El conductor debería llegar en menos de una hora desde que haga la llamada.

Un padre, una madre o un cuidador pueden viajar con niños o asegurados con necesidades especiales. Se debe aprobar a cualquier persona que no sea el asegurado cuando se programe el traslado. Usted es responsable de cualquier equipo médico o asiento de seguridad.

Esto incluye sillas de ruedas o asientos infantiles para el automóvil. BCCHP no incluye traslados por motivos que no sean médicos, excepto traslados a eventos patrocinados por BCCHP.

Sin una aprobación especial, tampoco se incluye lo siguiente:

1. traslados a más de 65 millas de distancia;
2. prestadores de servicios médicos fuera de la red.

No necesita autorización para recibir servicios de transporte de emergencia.

Si el chofer está retrasado, llame a la línea telefónica "Where's My Ride Line" (Dónde está mi traslado) al 1-877-831-3149. En caso de ser necesario, ModivCare coordinará otros arreglos. Puede presentar una inconformidad a ModivCare llamando a Atención al Asegurado o a ModivCare. Puede solicitar que para futuros traslados no se le asigne un determinado prestador de servicios de transporte.

Aplicación de ModivCare

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

Al descargar la aplicación ModivCare, tendrá acceso a lo siguiente:

- programar, cambiar o cancelar traslados;
- monitorizar en vivo el recorrido;
- conocer la ubicación del conductor en tiempo real y el tiempo estimado de llegada;
- enviar mensajes de texto o llamar al conductor para asegurarse de que no se olvide de ningún traslado.

Otros tipos de transporte

Si vive a menos de dos cuadras de una parada de transporte público de autobús, puede obtener pases sin costo de ida y vuelta a sus consultas médicas. Llame a ModivCare por lo menos dos semanas antes de su consulta para solicitar pases de autobús. Se los enviarán por correo a su casa.

Beneficios con valor agregado

Nuestros asegurados tienen acceso a beneficios adicionales. A continuación, podrá encontrar ejemplos de esas ventajas adicionales exclusivas para usted.

Blue365®

Los asegurados cuentan con una membresía sin costo de Blue365. Es un programa que ofrece descuentos exclusivos en salud y bienestar. Para obtener más información, visiten nuestro sitio web, www.blue365deals.com/es.

Medicamentos y suministros de venta libre

Los medicamentos y suministros de venta libre (OTC, en inglés) son medicamentos y artículos que puede comprar en la farmacia sin una receta médica. Como asegurado de BCCHP, ahora puede pedir hasta \$25 en artículos de venta libre aprobados una vez por trimestre (cada tres meses) sin costo. El monto de la asignación no se transferirá al siguiente trimestre. Puede ver el catálogo de los artículos de venta libre aprobados en espanol.bcbsil.com/bcchp. Puede hacer un pedido en línea en www.mpaotc.com (seleccione "Spanish"). Si es la primera vez que usa este servicio, tendrá que inscribirse. También puede hacer su pedido llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. Su pedido se enviará a su dirección en un plazo de 7 a 10 días, sin costo alguno para usted.

Teléfono móvil

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

Servicios de transporte

Puede obtener servicios de transporte para ir a una consulta con un profesional médico, una farmacia o un evento patrocinado por BCCHP. Esto es además del beneficio de transporte estándar. Más información en la **pPágina 20** en espanol.bcbsil.com/bcchp.

Programa para dejar de fumar

Un coordinador de servicios médicos puede brindarle recursos que le ayudarán a dejar de fumar.

Recursos de la cobertura médica

Además de BCCHP, quizás tenga que trabajar con otras coberturas médicas. Esto incluye a las coberturas de Medicare, Medicare Advantage, o Medicare Parte D (medicamento con receta). A continuación, le brindamos información general sobre otras coberturas de atención médica y cómo acceder a sus beneficios. Comuníquese con su proveedor de cobertura médica para obtener una lista completa de los beneficios y cobertura.

Coberturas de atención médica

- **Medicare:** con esta cobertura, puede atenderse con cualquier médico que acepte pacientes de Medicare. Medicare Parte A puede incluir servicios de atención hospitalaria, atención de enfermería especializada o atención médica a domicilio. Medicare Parte B puede incluir servicios como consultas médicas, atención médica preventiva o atención médica de emergencia. Puede llamar al **1-800-633-4227** (TTY: **1-877-486-2048**) para consultar sobre prestadores de servicios médicos en su área. También puede usar la herramienta "Comparación de médicos" (*Physician Compare*) en es.medicare.gov para buscar un médico que acepte pacientes de Medicare.
- **Medicare Parte D:** los servicios incluidos varían entre coberturas según la aseguradora que le proporciona la cobertura Parte D. Algunos de los beneficios y servicios que puede recibir como asegurado de Medicare Parte D son medicamentos con receta, terapia asistida con medicación y entrega de medicamentos con receta a domicilio. Puede visitar el sitio web de Medicare en es.medicare.gov/drug-coverage-part-d para consultar qué medicamentos incluyen las distintas coberturas Parte D.

- **Medicare Advantage:** es posible que la cobertura Medicare Advantage incluya todos los servicios proporcionados con la cobertura Medicare y, además, atención médica inmediata, atención médica de emergencia y cobertura de medicamentos con receta (Parte D). Comuníquese con su aseguradora para obtener más información. En el dorso de su tarjeta de asegurado de Medicare Advantage, figura un número de teléfono al que puede llamar para solicitar ayuda.
- **Medicaid:** como asegurado elegible para Medicare y Medicaid, recuerde que Medicare es siempre el que paga primero por los servicios. Algunos de los servicios que su cobertura Medicaid podría incluir son, los servicios en asilo, de un médico, servicios para la vista y dentales. Consulte el *Manual para asegurados* de BCCHP para ver una lista de los servicios y beneficios incluidos.

Cómo presentar una queja formal (inconformidad)

Primero, comuníquese con su coordinador de servicios médicos para informarle sobre lo que está ocurriendo. Él es quien puede guiarlo en el proceso para presentar una queja. También puede llamar al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

- **Quejas sobre el servicio de Medicare:** llame al **1-800-633-4227** (TTY: **1-877-486-2048**). También puede visitar el sitio web **es.medicare.gov/claims-appeals/how-to-file-a-complaint-grievance**, o bien llamar sin costo al Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada (SHIP, en inglés) para obtener ayuda. sitio web del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois, Programa de defensores del asegurado con atención médica de largo plazo.
- **Quejas sobre el servicio de Medicaid:** llame a la línea de ayuda del DHS al **1-800-843-6154** (TTY: **1-866-324-5553**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., hora del centro, excepto feriados estatales. Si quiere visitar el sitio web, ingrese en **www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29439** (contenido disponible solo en inglés).
- **Quejas sobre el servicio de Medicare Advantage y Medicare Parte D:** cada cobertura Medicare Advantage y Medicare Parte D tiene su propio procedimiento para manejar quejas. Si llama al número que figura en el dorso de su tarjeta de asegurado de Medicare Advantage, lo ayudarán a presentar una queja formal. También puede comunicarse con el Programa de Defensores del Asegurado con Atención Médica de Largo Plazo del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois o con el Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada (SHIP, en inglés) para presentar una queja formal.

Números de teléfono útiles

- Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DoA): **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**)
- Programa de Defensores del Asegurado con Atención Médica de Largo Plazo del DoA de Illinois: **1-800-252-8966** (TTY: **1-888-206-1327**)
- Programa de Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada (SHIP): **1-800-252-8966** (TRS: **711**)

Coordinación de Servicios médicos:

La Coordinación de Servicios médicos brinda ayuda a los asegurados con necesidades de apoyo y servicios a largo plazo. Además, ayuda a garantizar la atención de profesionales médicos y servicios para permitirle a los asegurados vivir de una manera más independiente. Para que podamos entender sus necesidades, complete la Evaluación de riesgos a la salud (HRA, en inglés), ya que nos permitirá determinar cómo puede ayudarlo un coordinador de servicios médicos. Ellos serán su “asesor” de atención médica. Son los que supervisarán el plan de atención que usted y su equipo de atención médica elaboraron. Pueden ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud usando sus beneficios.

El coordinador de servicios médicos también hará lo siguiente:

- planificar consultas en persona o llamadas con usted;
- escuchar sus inquietudes;
- ayudar a que obtenga los servicios y detectar problemas de salud antes de que empeoren (atención médica preventiva);
- ayudar a coordinar la atención con sus médicos y otros miembros del equipo de atención médica;
- ayudarles a usted, su familia y su cuidador a entender y manejar mejor sus problemas médicos, medicamentos y tratamientos.

Su coordinador de servicios médicos lo ayudará a recibir la atención y asistencia que necesita para estar sano y gestionar su problema de salud.

Esto incluye lo siguiente:

- establecer un plan de servicios cuando recibe servicios en el hogar y en la comunidad;
- consejos sobre cómo gestionar su peso, comer mejor y mantenerse en forma con un programa de ejercicios;
- folletos con consejos sobre cómo tratar un problema de salud crónico o en curso;
- obtener acceso a asistentes de apoyo a la recuperación para ayudarlo en su camino hacia la recuperación de su salud mental o adicción;
- brindarle consejos de consultas preventivas sobre conductas saludables y la necesidad de los exámenes preventivos y de rutina;
- brindarle servicios de planificación familiar para enseñarle lo siguiente:
 - cómo estar lo más sana posible antes de quedar embarazada;
 - cómo evitar el embarazo;
 - cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés) como el VIH/sida.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios que brinda la Coordinación de Servicios médicos, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Servicios de transición de la atención

Usted es elegible para la transición de servicios de la atención médica. Incluye lo siguiente:

1. procedimientos quirúrgicos planificados para pacientes hospitalizados;
2. ingresos imprevistos en un hospital de agudos o en un centro de atención médica de enfermería.

Estos servicios lo ayudan cuando le dan el alta o para acceder a un nivel de atención médica más bajo. Prestamos especial atención cuando se trata de ayudarlo a cambiar de un nivel de atención médica a otro.

Por ejemplo, cuando le dan el alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada para volver a su casa. Es importante que entienda las instrucciones del alta y tenga todo lo que necesita para recuperarse. Colaboramos con usted para asegurarnos de que tenga citas de seguimiento programadas. También nos aseguramos de que reciba todos los medicamentos y servicios recetados. Esto garantiza un alta y recuperación más rápida.

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

- Coordina los servicios que necesita, incluidos la programación y el cumplimiento con las citas con el profesional médico.
- Asegura una comunicación y una coordinación integral de servicios para brindarle una atención segura, oportuna y de calidad cuando salga del hospital.
- Entender sus problemas de salud y apoyar su habilidad de valerse por sí mismo.
- Proporcionar orientación antes de una admisión programada al hospital, como una cirugía programada.
- Además, se busca orientarlo después de recibir el alta si tuvo un ingreso hospitalario no planificado.
- Educación sobre los medicamentos y las órdenes del médico.
- Revisar y aclarar las órdenes del médico relacionadas con la atención, la alimentación y los niveles de actividad, para que usted pueda entender y seguir el plan de atención.

La Coordinación de Servicios médicos es un programa en el que no es obligatorio participar. Es decir, no es necesario que se inscriba. Lo inscribiremos automáticamente si es elegible y si vemos una oportunidad para ayudarlo. Si tiene preguntas sobre la coordinación de servicios médicos, puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Administración de casos clínicos complejos

Ofrecemos un programa de Administración de Casos clínicos complejos a los asegurados que padecen enfermedades complicadas. Por ejemplo, enfermedad renal, depresión o abuso de sustancias. Si es elegible, un coordinador de servicios médicos se comunicará con usted para ayudarlo con su problema médico. Junto a su coordinador de servicios médicos, establecerán metas específicas que le ayudarán a mejorar su salud general.

Su coordinador de servicios médicos le ayuda con lo siguiente:

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

Programa para el manejo de enfermedades

Si tiene hipertensión (presión arterial alta), diabetes o asma, usted es elegible para este programa. Los asegurados elegibles reciben apoyo según su nivel de necesidad. Todos los asegurados tienen acceso a Blue Access for Members (BAM), portal protegido para asegurados, donde pueden encontrar herramientas y asistencia. El portal web para asegurados ofrece muchos recursos para ayudarle a mantenerse sano. Puede acceder en espanol.bcbsil.com/bcchp. Un coordinador de servicios médicos especializado en el manejo de esa enfermedad se comunicará con los asegurados con un riesgo moderado. Si usted está inscrito en el programa, trabajará con su coordinador de servicios médicos para establecer metas específicas que le ayudarán a mejorar su salud general.

El coordinador de servicios médicos le ofrece lo siguiente:

- Educación y materiales relacionados con su diagnóstico.
- Ayuda para entender y obtener medicamentos.
- Educación sobre los servicios médicos disponibles que mejorarían sus resultados de salud.
- Referidos a programas y recursos comunitarios para obtener más educación y apoyo, como la mejora del acceso a alimentos saludables y programas de ejercicio comunitario.

Referidos de casos complejos y manejo de enfermedades

Las siguientes personas pueden referirlo al programa de administración de casos complejos y manejo de enfermedades:

- autorreferido;
- cuidador o prestador de servicios médicos;
- planificador del alta;
- equipo de administración médica.

Servicios voluntarios

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

Programas de educación para la salud

BCCHP tiene programas que le ayudarán a mantenerse sano y a gestionar enfermedades en cada etapa de la vida.

Las consultas regulares con su PCP para darse las vacunas recomendadas le brindan ayuda para mantenerse saludable. Cualquier vacuna o examen preventivo que sea necesario se proporcionará durante la consulta. Revise el siguiente cuadro con su PCP.

Servicios preventivos recomendados para adultos	
Si usted tiene	Necesita
entre 19 y 20 años	examen físico anual, vacuna antigripal anual, refuerzo de tétanos-difteria (cada 10 años); vacunas adicionales según lo recomiende su PCP
entre 21 y 34 años	examen físico anual, vacuna antigripal anual, refuerzo de tétanos-difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, examen de detección de clamidia, vacuna del VPH (menores de 26 años)
entre 35 y 49 años	examen físico anual, vacuna antigripal anual, refuerzo de tétanos-difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, prueba de colesterol (mayores de 44 años), examen de detección de glaucoma (mayores de 39 años), mamografía inicial (incluida por única vez para aseguradas de 35-40 años), mamografía de detección anual (mayores de 40 años)
entre 50 y 64 años	Examen físico anual, vacuna contra la gripe anual, vacuna contra el COVID-19, vacuna contra la culebrilla, refuerzo contra el tétanos y la difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, mamografía, prueba de colesterol, prueba de detección de cáncer colorrectal, prueba de detección de glaucoma
más de 65 años	examen físico anual, vacuna antigripal anual, refuerzo de tétanos-difteria (cada 10 años), vacuna antineumocócica, mamografía (hasta los 74 años), prueba de colesterol, prueba para detectar cáncer colorrectal (hasta los 75 años), examen de detección de glaucoma, examen de audición

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

Blue Door Neighborhood Centers®

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

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

Visión: ser un socio confiable y un recurso para los miembros de la comunidad en sus procesos de salud. Blue Door Neighborhood Center ofrece lo siguiente: manejo de enfermedades, educación y promoción de la salud, y programas de determinantes sociales de la salud (SDOH, en inglés).

Obtenga más información sobre los centros BDNC y próximos eventos en espanol.bcbsil.com/bdnc.

Visite BDNC en las siguientes ubicaciones:

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

Learn to Live: plataforma sobre salud mental

Learn to Live es un programa de salud en línea sin costo. Se ofrece a los asegurados mayores de 13 años y a cuidadores. Learn to Live brinda soluciones de salud mental a su propio ritmo. Además, ofrece acceso a consejeros para asegurados con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden ayudarlo a lidiar con problemas habituales como el estrés, la ansiedad, la depresión, el insomnio y el abuso de sustancias. Para comenzar, puede inscribirse en es.learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid. (código de acceso: **ILMED**).

Para su tranquilidad

Nuestra línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline le permite hablar en privado con un enfermero sobre su salud. Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo, al **1-888-343-2697**. Un enfermero puede ofrecerle información sobre cuestiones de la salud y servicios de salud en la comunidad.

También puede escuchar cintas de audio sobre más de 300 temas de salud, como los siguientes:

- alergias y sistema inmunitario,
- salud infantil,
- diabetes,
- presión arterial alta,
- enfermedades de transmisión sexual como el VIH/sida.

BCCHP también ofrece servicios de transición de la atención médica, administración de casos clínicos complejos y servicios para el manejo de enfermedades. Para obtener información detallada, consulte la sección **Coordinación de Servicios médicos: on page 24**.

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

Programa de defensores del asegurado

Programa de defensores del asegurado con atención médica de largo plazo de Illinois

El programa del defensor del asegurado para la atención a largo plazo de Illinois (LTCOP, en inglés) es un programa que ofrece el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois. Ayuda a proteger y promover los derechos de las personas que viven en asilos y otras instalaciones de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estas instalaciones y los residentes o sus familias.

Para conocer más detalles, use la siguiente información:

Dirección de correo electrónico: aging.ilsenior@illinois.gov

Sitio web: <https://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html> (haga clic en "Español").

N.º de teléfono: 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327).

Programa de defensores del asegurado con atención médica en el hogar de Illinois

El programa del defensor del asegurado para la atención médica a domicilio de Illinois defiende y asiste a personas mayores y con discapacidades que viven en la comunidad específicamente y que reciben servicios mediante programas de exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS, en inglés). El defensor del asegurado para la atención médica a domicilio puede ayudarlo a entender los servicios que brinda una organización de atención médica administrada (MCO, en inglés) o los programas de exención de HCBS. Pueden ayudarlo a comunicarse con su coordinador de servicios médicos de BCCHP o del programa de exención de HCBS.

Use la siguiente información de contacto para obtener más información sobre el Programa de defensores del asegurado con atención médica en el hogar de Illinois:

Dirección de correo electrónico: aging.HCOProgram@illinois.gov

Sitio web: <https://ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html> (haga clic en "Español").

N.º de teléfono: 1-800-252-8966; TTY: 1-888-206-1327.

Instrucciones anticipadas

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

- **Poder notarial para la atención médica:** le permite elegir a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica si usted está demasiado enfermo como para decidir.
- **Testamento en vida:** les informa a su médico y otros profesionales médicos el tipo de atención que usted quiere si tiene una enfermedad terminal, lo que significa que no va a mejorar.
- **Preferencias de salud mental:** le permite decidir si quiere recibir ciertos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarlo.
- **Orden de no reanimar (DNR, en inglés):** les informa a su familia y a sus médicos y otros prestadores de servicios médicos lo que usted quiere que se haga si su corazón deja de latir.

Puede solicitar más información sobre instrucciones anticipadas a BCCHP o a su médico. Si lo ingresan a un hospital, es posible que le pregunten si tiene instrucciones anticipadas. No es necesario que la tenga. Si bien no es necesario para obtener atención médica, la mayoría de los hospitales recomiendan tener una. Usted puede elegir tener cualquiera de estas instrucciones anticipadas o varias de ellas si así lo prefiere, y también puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

Inconformidades y apelaciones

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

Inconformidades

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

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

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

Estos son algunos ejemplos de cuándo podría presentar una inconformidad: El prestador de servicios médicos o un miembro del personal de BCCHP no respetaron sus derechos.

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

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

Blue Cross Community Health Plans

Attn: Grievance and Appeals Dept.

P.O. Box 660717

Dallas, Texas 75266

Fax: **1-866-643-7069**

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

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

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

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

Apelaciones

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

En esta carta le informaremos lo siguiente:

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

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

Estos son algunos ejemplos de cuándo podría presentar una apelación:

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

Hay dos maneras en que puede presentar una apelación

1. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Si presenta una apelación por teléfono, debe realizar el seguimiento con una solicitud de apelación firmada por escrito.
2. Envíe su solicitud de apelación por escrito a la siguiente dirección:

Blue Cross Community Health Plans

Attn: Grievance and Appeals Dept.

P.O. Box 660717

Dallas, Texas 75266

Fax para procesos estándar: **1-866-643-7069**

Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

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

¿Se puede obtener ayuda con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de asistencia.

Puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a alguien que conoce que lo represente. Por ejemplo, su médico de atención primaria o algún miembro de su familia.
- Decidir que lo represente un profesional legal.

Para designar a alguien que lo represente: 1) envíenos una carta informándonos que quiere que otra persona lo represente e incluya la información de contacto de su representante o, 2) complete el formulario de representante autorizado para apelaciones. Puede encontrar este formulario en espanol.bcbsil.com/bcchp.

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en **un plazo de tres (3) días laborables** haciéndole saber que recibimos su apelación. Le diremos si necesitamos más información y cómo deberá brindarnos esa información, si en persona o por escrito.

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

BCCHP le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de **quince (15) días laborables** desde la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. BCCHP podría solicitar una extensión de hasta **catorce (14) días** calendario para decidir sobre su caso, si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión. Usted también puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

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

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

Cuestiones para tener en cuenta durante el proceso de apelación:

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

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o el profesional médico consideran que nuestro plazo estándar de **quince (15) días hábiles** para tomar una decisión sobre la apelación pondría en grave riesgo su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o por teléfono. Si decide enviarnos la solicitud por escrito, incluya su nombre, número de asegurado, la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y el motivo por el que solicita una apelación acelerada. También puede enviar una apelación acelerada a BCCHP por fax al **1-800-338-2227**. Le notificaremos dentro de las veinticuatro (24) horas si necesitamos más información. Una vez que presente toda la información, lo llamaremos dentro de las veinticuatro (24) horas para informarle nuestra decisión y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado el *Aviso de decisión*.

¿Cómo se puede retirar una apelación?

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

BCCHP acusará recibo del retiro de su apelación enviándoles una notificación a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

¿Qué sucede después?

Luego de que reciba el Aviso de decisión de la apelación de BCCHP por escrito, no debe hacer nada y la apelación presentada se dará por terminada. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión que tomamos en su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado o una revisión externa de su apelación dentro de los **treinta (30) días calendario** de la fecha que figura en el Aviso de decisión. Puede elegir solicitar ambas, una audiencia imparcial ante el estado y una revisión externa o puede solicitar solo una de ellas.

Audiencias imparciales ante el estado

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

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

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

- El centro de recursos comunitarios y familiares local le puede proporcionar un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial ante el estado y puede ayudarlo a completarlo, si así lo desea.
- Visite abe.illinois.gov/abe/access/appeals (haga clic en “Español”) para crear una cuenta en apelaciones ABE y presentar una apelación en línea a una audiencia imparcial ante el estado. Esto le permitirá seguir y gestionar su apelación en línea, consultar fechas y avisos importantes relacionados con la audiencia imparcial ante el estado y presentar documentación.

Si quiere presentar una apelación a una audiencia imparcial ante el estado relacionada con sus servicios o productos médicos, o servicios de exención para adultos mayores —Programa de atención comunitaria (CCP, en inglés)—, envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings

69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602

Fax: **1-312-793-2005**

Correo electrónico: HFS.FairHearings@illinois.gov

O puede llamar al **1-855-418-4421**, TTY: **1-800-526-5812**.

Si quiere presentar una apelación a una audiencia imparcial ante el estado relacionada con servicios o productos de salud mental, servicios para abuso de sustancias, servicios de exención por discapacidad, servicios de exención por lesión cerebral traumática, servicios de exención por VIH/sida o cualquier servicio del Programa de Servicios en el Hogar (HSP, en inglés), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Illinois Department of Human Services Bureau of Hearings

69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602

Fax: **1-312-793-8573**

Correo electrónico: DHS.HSPApeals@illinois.gov

O puede llamar al **1-800-435-0774**, TTY: **1-877-734-7429**.

Proceso de las audiencias imparciales ante el estado

La audiencia estará precedida por un funcionario de audiencias autorizado para llevar a cabo audiencias imparciales ante el estado. Recibirá una carta de la oficina de audiencias correspondiente informándole sobre la fecha, la hora y el lugar donde se llevará a cabo la audiencia. Esta carta también le brindará información sobre la audiencia. Es importante que la lea detenidamente. Si crea una cuenta en <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> (seleccione "Español"), tendrá acceso a todas las cartas relacionadas con su proceso de audiencia imparcial ante el estado a través de su cuenta de apelaciones ABE. También puede cargar documentos y consultar citas.

Recibirá información de BCCHP por lo menos **tres (3) días laborables** antes de la audiencia. Esto incluirá todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Esta información también se enviará al funcionario de audiencia imparcial. Usted también debe proporcionar todas las pruebas que presentará en la audiencia a BCCHP y al funcionario de audiencia imparcial por lo menos **tres (3) días laborables** antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquier testigo que declare en su defensa, así como los documentos que usará para respaldar su apelación.

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

Aplazamiento o postergación

Puede solicitar un aplazamiento durante la audiencia o una postergación antes de la audiencia, que podrían otorgarse si hubiera una buena causa. Si el funcionario de audiencias está de acuerdo, usted y todas las partes involucradas en la apelación serán notificados por escrito de la nueva fecha, hora y lugar. El plazo para completar el proceso de apelación se extenderá lo que dure el aplazamiento o postergación.

Falta de comparecencia a la audiencia

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

Su audiencia podría reprogramarse si nos avisa dentro de un plazo de **diez (10) días calendario** desde que recibió el Aviso de desestimación si el motivo de su no comparecencia fue alguno de los siguientes:

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

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

Si rechazamos su solicitud para reprogramar su audiencia, recibirá una carta por correo en el que se le informará el rechazo de su solicitud.

Decisión de la audiencia imparcial ante el estado

La oficina de audiencias correspondiente le enviará una decisión administrativa definitiva por escrito a usted y a todas las partes involucradas. La decisión también estará disponible en línea mediante su cuenta de apelaciones ABE. La decisión administrativa definitiva la podrá revisar únicamente el tribunal de circuito del estado de Illinois. El plazo que el tribunal de circuito permitirá para presentar la solicitud de revisión podría limitarse a treinta y cinco (35) días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

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

El revisor externo debe reunir los siguientes requisitos:

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

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos a través de la exención para adultos mayores, la exención para personas con discapacidad, la exención para personas con lesión cerebral traumática, la exención por VIH/sida o a través del Programa de Servicios en el Hogar.

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

Blue Cross Community Health Plans

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

Fax para procesos estándar: **1-866-643-7069**

Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para verificar si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) días laborables para hacerlo. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud reúne los requisitos. En caso de reunirlos, en la carta encontrará el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco (5) días laborables desde la fecha de la carta que le enviamos para proporcionar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará una carta con su decisión a usted o a su representante y a Blue Cross Community Health Plans en un plazo de cinco (5) días calendario de haber recibido toda la información necesaria para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

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

Blue Cross Community Health Plans

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

Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**

¿Qué sucede después?

- Una vez que recibamos la llamada o la carta en la que se solicita una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para verificar si cumple con los requisitos para una revisión externa acelerada. En caso de cumplirlos, nos pondremos en contacto con usted o con su representante para proporcionarle el nombre del revisor.
- También le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar la revisión.
- Tan pronto como su problema de salud requiera, pero no más de dos (2) días laborables después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión con respecto a su solicitud. Le informará su decisión verbalmente a usted o a su representante y a BCCHP. Además, enviará una carta con la decisión a usted o a su representante y a BCCHP en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

Derechos y obligaciones

Sus derechos:

- Derecho a ser tratado siempre con respeto y dignidad, y que se reconozca su derecho a la privacidad.
- Que se mantenga la privacidad de su información médica personal y su expediente médico, con excepciones establecidas por ley y cuando sea necesario para proporcionarle atención médica.
- Que se lo proteja de la discriminación.
- Recibir información de Blue Cross Community Health Plans en otros idiomas o formatos, tales como por medio de un intérprete o en braille.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamientos disponibles.
- Recibir la información necesaria para involucrarse en la toma de decisiones sobre sus tratamientos y opciones de atención médica.
- Derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas de la organización en cuanto a los derechos y obligaciones de los asegurados.
- Rechazar el tratamiento y que le informen las consecuencias para su salud si así lo hace.

- Recibir una copia de su expediente médico y, en algunos casos, solicitar que este se enmiende o corrija.
- Elegir su propio prestador de atención médica primaria (PCP) de Blue Cross Community Health Plans. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.
- Presentar una queja (a veces llamada “inconformidad”) o apelación sin temor a recibir maltrato o represalias de ningún tipo.
- Solicitar información sobre su cobertura médica, los profesionales médicos y las políticas, lo cual incluye los derechos y obligaciones de los asegurados, y recibirla en un plazo razonable.

Sus obligaciones

- Tratar a su médico y al personal de oficina con cortesía y respeto.
- Llevar con usted la tarjeta de asegurado de Blue Cross Community Health Plans cuando asista a las citas con el médico y cuando vaya a la farmacia a surtir sus medicamentos recetados.
- Asistir a sus citas y llegar a tiempo.
- Si no puede asistir a una cita, cancelarla con anticipación.
- Seguir las instrucciones y la cobertura médica de tratamiento que le dé su médico.
- Informarles a la compañía aseguradora y a su encargado del caso si su dirección o su número de teléfono cambian.
- Leer el *Manual del asegurado* a fin de conocer qué servicios están incluidos y si existe alguna regla especial.

Fraude, abuso y negligencia

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

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

- usar la tarjeta de asegurado de otra persona o permitirle a otra persona usar la suya;
- un profesional médico que factura servicios que usted no recibió.

El abuso se da cuando alguien causa daños o lesiones físicos o psicológicos. Aquí se mencionan algunos ejemplos de abuso:

- El abuso físico se da cuando se le inflige daño, como una bofetada, un puñetazo, un empujón o una amenaza con un arma.
- El abuso psicológico se da cuando una persona usa expresiones amenazantes contra usted o trata de controlar su actividad social o mantenerlo aislado.
- El abuso económico se da cuando alguien usa su dinero, sus cheques personales o sus tarjetas de crédito sin su permiso.
- El abuso sexual se da cuando una persona lo toca de forma inapropiada y sin su consentimiento.

La negligencia ocurre cuando alguien decide restringir las necesidades básicas para la vida, como la comida, la ropa, la vivienda o la atención médica.

Si usted cree que es una víctima, debería denunciarlo de inmediato. Puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Si sospecha que hay abuso, denúncielo

Por ley, es su responsabilidad informar sobre denuncias de abuso y negligencia. Debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS), el Departamento de Salud Pública de Illinois (DPH, en inglés) o el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOA).

- Si la persona está inscrita en un programa o vive en instalaciones financiadas, autorizadas o certificadas por el DHS o en un hogar particular, llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG, en inglés): **1-800-368-1463**.
- Si la persona con discapacidad está inscrita en un programa o vive en un lugar financiado, autorizado o certificado por DPH (por ejemplo, un asilo) y el abuso o negligencia ocurren cuando se están proporcionando los servicios, llame a la línea directa de atención de asilos de DPH al **1-800-252-4343**, TTY **1-800-547-0466**.
- Si la persona está inscrita en el programa de exención de vida asistida y sospecha que es víctima de abuso, maltrato, descuido o explotación, llame a la línea directa de ayuda del programa de vida asistida (SLP, en inglés) al **1-844-528-8444**.
- Si la víctima de abuso o negligencia es un adulto de 18 años o más y no vive en un asilo o centro de vida asistida, llame a la línea directa de atención del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOA) al **1-866-800-1409** (TTY: **1-800-358-5117**).

También puede denunciar ante nosotros cualquier sospecha de fraude o abuso. Comuníquese con Atención al Asegurado de BCCHP al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). Además, puede llamar a nuestra línea directa para denunciar fraude y abuso al **1-800-543-0867**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Definiciones

Apelación: es una solicitud para que BCCHP revise una decisión nuevamente.

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

Equipo médico duradero: son equipos y suministros indicados por un profesional médico para todos los días o por un tiempo prolongado.

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

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

Servicios excluidos: son los servicios de atención médica que su seguro médico o cobertura no pagan ni incluyen.

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

Servicios y equipos de rehabilitación: son los servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funcionamientos para la vida diaria. Un ejemplo sería la terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada. Estos servicios podrían incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en condiciones de pacientes internados o ambulatorios.

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

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

Hospitalización: es la atención en un hospital que requiere el ingreso como paciente internado y, por lo general, una estadía durante la noche. Una estadía durante la noche para observación podría considerarse atención para pacientes ambulatorios.

Atención hospitalaria a pacientes no hospitalizados: es la atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía durante la noche.

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

Servicios fuera de la red: el asegurado tiene la opción de acceder a servicios que están fuera de la red de prestadores contratados por la cobertura. En algunos casos, los gastos de bolsillo del beneficiario pueden ser mayores por usar servicios fuera de la red.

Autorización previa: es una decisión que toma su compañía aseguradora o cobertura y que indica que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces, se la llama "preautorización", "aprobación previa" o "precertificación". Es posible que su seguro médico o cobertura requieran una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro médico o cobertura cubrirán los gastos.

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

Prestador de atención médica primaria: es un médico (M.D., doctor en medicina o D.O., doctor en medicina osteopática), un practicante de enfermería (*nurse practitioner*), un especialista en enfermería clínica o un asistente médico, según lo permitido conforme a la ley estatal, que coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Servicios y equipos de rehabilitación: son servicios de atención médica que ayudan a una persona a conservar, retomar o mejorar las habilidades y funcionamientos para la vida diaria que se perdieron o limitaron debido a que la persona estuvo enferma, con dolor o incapacitada. Estos servicios podrían incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica para personas en condiciones de pacientes internados o ambulatorios.

Atención de enfermería especializada: son servicios de enfermería que proporcionan enfermeros titulados (*registered nurses*), auxiliares de enfermería con licencia y auxiliares de enfermería con licencia para ejercer en el estado, en el marco de la Ley de Prácticas de Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 *et seq.*).

Los determinantes sociales de la salud: son condiciones en los ambientes en los que las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan, rinden culto y envejecen que afectan una gran variedad de desenlaces y riesgos de salud, de funcionalidad y de calidad de vida.

Especialista: es un médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo específico de pacientes para diagnosticar, gestionar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y problemas médicos.

Atención médica inmediata: se refiere a la atención por una enfermedad, lesión o problema médico grave que lleva a una persona a buscar atención médica lo antes posible, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

Política de privacidad

Tenemos derecho a solicitar información a sus cuidadores. Usamos esta información para poder pagar y gestionar su atención médica. Mantenemos la información de manera privada entre usted, su profesional médico y nosotros, a excepción de lo permitido por la ley. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para conocer su derecho a la privacidad. Si le gustaría recibir una copia de este aviso, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

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

Avisos

ModivCare es una compañía independiente que Blue Cross and Blue Shield of Illinois ha contratado para proporcionar servicios de transporte a asegurados con cobertura de BCBSIL.

BCBSIL no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.

Learn to Live, Inc. es una compañía independiente que proporciona recursos y programas de apoyo en línea para la salud mental. Learn to Live es un programa educativo y no debe de ser considerado como tratamiento médico.
© 2023 Learn to Live, Inc.

Certificado de cobertura de MLTSS



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

Blue Cross Community Health Plans, también llamado BCCHP, tiene contrato con el Departamento de Servicios Médicos y Familiares (HFS) para proporcionar cobertura de atención médica.

Este Certificado es provisto por Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, que opera como una organización para el mantenimiento de la salud.

En consideración de la solicitud de cobertura del asegurado, BCBSIL debe coordinar los servicios incluidos de atención médica para el asegurado, conforme a las estipulaciones de este *Certificado de cobertura*.

Este *Certificado de cobertura* podría estar sujeto a enmiendas, modificaciones o finalizaciones por un acuerdo entre Blue Cross Community Health Plans y el Departamento de Servicios Médicos y Familiares de Illinois sin el consentimiento de ningún asegurado. Se les notificará a los asegurados de cualquier cambio, tan pronto se realicen.

Al elegir o aceptar la cobertura de BCBSIL, el asegurado acepta todos los términos y condiciones. La fecha de entrada en vigor de esta cobertura médica se encuentra en la tarjeta de asegurado que le enviamos por correo.

Planilla de descripción de la cobertura

La cobertura BCCHP incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois. BCCHP no incluye servicios médicos fuera de los Estados Unidos. Si necesita atención médica mientras está de viaje fuera de Illinois, llame al número de servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado de Medicare, Medicare Advantage, Medicaid o de su cobertura de medicamentos con receta (Medicare Parte D). BCCHP no incluye servicios médicos fuera de los Estados Unidos.

Servicios incluidos en la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo

Nunca tendrá que pagar un copago o un deducible por los servicios incluidos en la cobertura BCCHP. Es posible que algunos servicios requieran una autorización previa de BCCHP, como se muestra en los siguientes cuadros. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**) si tiene alguna pregunta.

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos de MLTSS	Límite y exclusión de servicios de MLTSS de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Servicios de salud mental	Incluye, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • salud mental con base en la comunidad; • servicios en caso de crisis; • servicios para pacientes ambulatorios, como gestión de medicamentos, terapia y consejería; • tratamiento de día en un hospital. 	Sí, en determinadas circunstancias.
Adaptación del hogar para la accesibilidad	Estos servicios están incluidos en la cobertura cuando forman parte del plan de atención médica por escrito.	Sí
Asistencia en asilos	Es posible que requiera una orden escrita por el médico antes de recibir asistencia en asilos.	Sí
Servicios en centros de enfermería	Es posible que requiera una orden escrita por el médico antes de recibir asistencia en asilos.	Sí
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)	Llame a Atención al Asegurado para solicitar un traslado, al menos 72 horas antes de su cita. Usted es responsable de cualquier equipo médico, como una silla de ruedas. Los servicios de transporte por motivos que no sean médicos no están incluidos. Se necesita una autorización previa para traslados a consultas a más de 65 millas de distancia. También para ver a profesionales médicos fuera de la red.	Sí, en determinadas circunstancias.

Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos (HCBS) (solo para asegurados con exenciones)

A continuación, hay una lista de algunos de los beneficios y servicios médicos incluidos en BCCHP para asegurados que tienen una exención de HCBS.

Programa de Exención de HCBS	Servicios	El profesional médico debe obtener autorización previa
Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DoA, en inglés) personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • servicio de atención diurna para adultos; • servicio de transporte para la atención diurna para adultos; • amo de casa; • sistema personal de respuesta de emergencia (PERS). 	Sí
División de Servicios de Rehabilitación Personas con discapacidad, VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> • servicio de atención diurna para adultos; • servicio de transporte para la atención diurna para adultos; • adaptaciones para la accesibilidad en el hogar; • auxiliar de asistencia médica en el hogar; • atención intermitente de enfermería; • atención de enfermería especializada (enfermeros titulados y auxiliar de enfermería con licencia); • terapia ocupacional; • fisioterapia; • terapia del habla; • servicios domésticos; • entrega de comidas a domicilio; • asistente personal; • sistema personal de respuesta de emergencia (PERS); • atención médica de relevo; 	Sí

Programa de Exención de HCBS	Servicios	El profesional médico debe obtener autorización previa
División de Servicios de Rehabilitación personas con lesión cerebral;	<ul style="list-style-type: none"> • servicio de atención diurna para adultos; • servicio de transporte para la atención diurna para adultos; • adaptación del hogar para la accesibilidad; • asistencia en el trabajo; • asistencia médica en el hogar; • asistencia intermitente de enfermería; • atención de enfermería especializada: enfermeros titulados (RN) y red de prestadores de servicios médicos restringida (LPN); • terapia ocupacional; • fisioterapia; • terapia del habla; • servicios prevocacionales; • servicios diurnos de habilitación; • servicios domésticos; • entrega de comidas a domicilio; • asistente personal; • sistema personal de respuesta de emergencia (PERS); • atención médica de relevo; • equipos médicos y suministros especializados; • servicios de salud mental (M.A. y PH.D.). 	Sí
Departamento de Salud y Servicios para Familias Programa de Vida Asistida	<ul style="list-style-type: none"> • servicios de vida asistida. 	Es posible que necesite una autorización previa antes de recibir los servicios incluidos.

Además de estos servicios incluidos, BCCHP ofrece beneficios con valor agregado. Consulte la **pPágina 21** para obtener más información.

Servicios no incluidos en la cobertura

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos que no están incluidos en la cobertura MLTSS de Blue Cross Community Health Plans:

- servicios de médicos:
 - servicios de especialistas;
 - servicios del PCP.
- servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes no hospitalizados;
- medicamentos con receta;
- equipos médicos o suministros con las siguientes características:
 - se usen solamente para comodidad e higiene;
 - servicios que son proporcionados sin la orden médica o autorización previa requeridas;
 - se usen para ejercitarse;
 - se use más de un equipo que cumpla con la misma función;
 - se usen para higiene o belleza.
- atención médica recibida por problemas de salud relacionados con el trabajo, si los gastos de atención se pueden pagar por medio de una indemnización laboral, su empleador o alguna ley de enfermedades que tenga que ver con su trabajo;
- procedimientos que son nuevos o que se están estudiando;
- servicios prestados por un profesional médico fuera de la red y no autorizados por BCCHP;
- servicios que son proporcionados sin la orden médica o autorización previa requeridas;
- reversión de la esterilización;
- tratamientos de fertilidad, como la inseminación artificial y la fertilización *in vitro*;
- jeringas o agujas que su médico no haya solicitado;
- acupuntura;
- cirugía cosmética para modificar o remodelar partes del cuerpo normales a fin de mejorar su apariencia;
- exámenes físicos de rutina solicitados por el trabajo, la escuela o el seguro;
- servicios médicos que recibe en un lugar de atención médica de emergencia por problemas de salud que no son emergencias;
- aborto;
- exámenes anuales de prevención para adultos;
- servicios de audiología;
- servicios quiroprácticos;
- prueba para detectar cáncer colorrectal;
- servicios dentales;
- radiodiagnóstico y radiología terapéutica;
- servicios de diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, en inglés);
- servicios de atención médica inmediata y de emergencia;
- servicios de planificación familiar;
- servicios de laboratorio y radiografías;
- equipos y suministros médicos;
- podología (cuidado de los pies);
- exámenes rectales y de la próstata;
- trasplantes;
- servicios para la vista;
- oftalmología (vista).

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

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

Aviso: Esta no es una lista completa de los servicios que no están incluidos.

Para obtener más información sobre los servicios, consulte el *Manual para asegurados* o comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Autorización previa

Algunos servicios requieren una autorización previa de BCCHP. Esto se hace para garantizar que estén incluidos. Esto significa que tanto su cobertura como el PCP (o el especialista) están de acuerdo en que los servicios son médicamente necesarios. Los servicios “médicamente necesarios” son servicios con las siguientes características:

- preservan la vida;
- ayudan a que no se enferme de gravedad ni sufra una discapacidad;
- revelan la causa o el tratamiento de la enfermedad, el padecimiento o la lesión;
- ayudan a realizar actividades, como comer, vestirse o bañarse.

No necesita comunicarse con nosotros para obtener una autorización previa. Su médico se encargará de hacerlo por usted. Si recibe servicios en el hogar o en la comunidad, el coordinador de servicios médicos conseguirá la autorización previa por usted. El proceso para obtener una autorización previa puede tomar entre 2 y 8 días calendario. Para averiguar sobre los límites de servicios médicos, consulte la sección “Servicios médicos incluidos”. Su PCP también puede brindarle información al respecto.

No pagaremos los servicios de un prestador que no forme parte de la red de BCCHP. Debe obtener nuestra autorización previa antes de recibir los servicios.

Continuidad del tratamiento

La continuidad del tratamiento es para garantizar que pueda recibir tratamiento sin interrupciones después de solicitar cobertura. Los nuevos asegurados tienen un período para traspasos de 90 días. Este período le da tiempo para pasarse de cualquier prestador de servicios médicos fuera de la red a prestadores de la red. Esto también le da tiempo para traspasar cualquier servicio. Durante este período, los profesionales médicos que consulte deben estar certificados para brindar servicios Medicaid. El coordinador de servicios médicos trabajará con usted para traspasar su atención y sus servicios médicos.

Atención médica inmediata

La atención médica inmediata se brinda cuando se trata de un problema que requiere atención de inmediato, pero no supone un riesgo para la vida. La cobertura de MLTSS de Blue Cross Community Health Plans incluye los servicios y apoyos a largo plazo. Para recibir atención médica inmediata, comuníquese con la cobertura de Medicare, Medicare Advantage, Medicaid o Medicare Parte D.

Algunos ejemplos de atención médica inmediata son los siguientes:

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

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

Atención médica de emergencia

Un problema médico de emergencia es muy grave, ya que incluso podría poner en riesgo su vida. Puede padecer dolor intenso, una lesión o enfermedad. En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase al servicio de urgencias más cercano. MLTSS incluye la cobertura de servicios y ayudas a largo plazo. Para recibir cobertura en atención médica de emergencia, comuníquese con Medicare, Medicare Advantage o Medicaid.

Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:

- síntomas de derrame cerebral (debilidad repentina, visión borrosa, dificultad para hablar);
- ataque al corazón;
- sangrado abundante;
- envenenamiento;
- dificultad para respirar;
- huesos rotos.

Otros recursos

Para obtener más información sobre su cobertura médica, consulte el Índice en la página **Índice on page 6**. Puede encontrar información sobre inconformidades y apelaciones, derechos y responsabilidades, fraude, abuso y negligencia, política de privacidad y la Declaración de no discriminación en la sección "Manual del asegurado con cobertura de MLTSS" de este kit.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

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

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

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

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

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

US Dept of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Formularios para presentar quejas:	https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en <https://espanol.bcbsil.com/bcchp/legal-and-privacy/non-discrimination-notice>

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

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

中文 Chinese	注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-877-860-2837（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-860-2837 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-860-2837 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujurati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય આક્રેડિટરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-860-2837 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-860-2837 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-877-860-2837 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-860-2837 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohjí' 1-877-860-2837 (TTY: 711) hodiilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
Farsi فارسي	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-877-860-2837 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-877-860-2837 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-860-2837 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-860-2837 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Urdu اردو	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-877-860-2837 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-860-2837 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS)

Blue KitSM

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