Blue Cross Community Health Plans℠

HealthChoice Illinois
Illinois Department of Healthcare and Family Services

Blue Kit℠

Su *Manual para asegurados* y su *Certificado de cobertura* 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.

IL_BCCHP_WlcmKit25SPA Filed 12042024

251269.1124

Le damos la bienvenida a Blue℠

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

Nos complace que haya elegido BCCHP para su cobertura médica de Medicaid. Su cobertura de Medicaid incluye beneficios para servicios médicos, dentales, de medicamentos con receta y de la vista. Todos ellos sin copago. Este Blue Kit (kit de salud de Blue) ayudará a explicarle cómo usar sus nuevos beneficios de atención médica.

Use esta lista para comenzar a usar su cobertura médica BCCHP:

- ☐ **Infórmese sobre lo que está incluido en la cobertura BCCHP.** Este Blue Kit (kit de salud de Blue) puede ayudarle. ¡Téngalo a la mano! También puede visitar el sitio web **espanol.bcbsil.com/bcchp/** para obtener información sobre los beneficios y servicios incluidos en su cobertura.
- ☐ **Complete su Evaluación de riesgos a la salud (HRS, en inglés) anual.** BCCHP se comunicará con usted pronto por medio de una llamada o un mensaje de texto para que realice la evaluación. Esta evaluación ayudará a evaluar sus hábitos de salud, si tiene algún riesgo para la salud y si necesita un coordinador de servicios médicos. Si quiere completar la Evaluación de riesgos a la salud, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.
- ☐ **Tenga su tarjeta de asegurado con usted en todo momento y preséntela cada vez que necesite algún servicio.** En su tarjeta de asegurado figura su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés). Si quiere cambiar de PCP, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** o use su cuenta de BAM.
- ☐ **Inicie sesión en su cuenta de Blue Access for Members℠ (BAM℠) para acceder inmediatamente a sus recursos de atención médica.** La plataforma BAM es el portal protegido para asegurados de BCCHP. Puede acceder a su cuenta desde **https://mybam.bcbsil.com** (seleccione "Español") o ingresando a la aplicación móvil BCBSIL.
- ☐ **Llame para coordinar un examen de salud inicial con su PCP dentro de los 30 días de inscribirse.** Este primer examen le permitirá al PCP conocer sus necesidades de atención médica. Para encontrar un profesional médico en su área use nuestro directorio en línea **Provider Finder®**. Visite **espanol.bcbsil.com/bcchp** o use la aplicación BCBSIL.

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 telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

Estamos aquí para ayudarle.

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 frecuentes

Consulte el índice para ver dónde encontrar más información sobre estos temas.

¿Tengo que pagar un copago?

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

¿Tengo servicios dentales o para la vista?

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

¿Dónde puedo obtener una lista de prestadores de servicios médicos de la red de BCCHP?

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

Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** o usando su cuenta de BAM. Puede iniciar sesión en BAM en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Es mejor conservar el mismo PCP. Esto es para que conozca sus necesidades de salud.

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

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

¿Cómo hago para recibir atención médica de emergencia?

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

¿A quién debo llamar si necesito atención?

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

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura?

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

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

¿Cómo obtengo acceso a mi tarjeta de asegurado?

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

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

BCCHP usa ModivCare para brindar servicios de traslado a consultas de atención médica y traslados por salud. Para programar un traslado, llame a ModivCare al menos 3 días antes de su cita. También puede programar un traslado utilizando la nueva aplicación de ModivCare desde su teléfono inteligente o visitar el sitio web **www.modivcare.com** (en inglés).

¿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 mientras está de viaje fuera de Illinois, llame a Atención al Asegurado.

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

¿Puedo obtener ayuda de un coordinador de servicios médicos?

Sí. Un coordinador de servicios médicos es un "asesor" de atención médica, que puede ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud.

Al completar su Evaluación de riesgos a la salud (HRS, en inglés), nos ayudará a decidir si necesita un coordinador de servicios médicos. Puede solicitar uno en cualquier momento llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Índice

Manual para asegurados

Números de teléfono importantes ... 9
Atención al Asegurado ... 10
Blue Access for Members ... 10
Tarjeta de asegurado ... 11
Elegibilidad ... 11
Renovación de los servicios incluidos en Medicaid (redeterminación) ... 12
Período de inscripciones ... 13
Red de prestadores de servicios médicos ... 13
Prestador de atención médica primaria (PCP) ... 14
Cómo cambiar de PCP ... 14
Profesional médico para la mujer (WHCP, en inglés) ... 15
Planificación familiar ... 15
Atención médica especializada ... 15
Programar una cita ... 15
Atención médica inmediata ... 16
Atención médica de emergencia ... 16
Servicios posteriores a la estabilización ... 17
Nuevos tratamientos médicos ... 17
Autorización previa ... 17
Servicios con cobertura ... 19
Servicios médicos incluidos en la cobertura ... 20
Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos (solo para asegurados con exenciones) ... 21
Servicios incluidos en la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo ... 22
Servicios incluidos limitados ... 22
Servicios no incluidos en la cobertura ... 23
Servicios dentales ... 24
Servicios para la vista ... 25
Servicios farmacéuticos; ... 25
Servicios de transporte para casos que no sean de emergencia ... 27
Aplicación de ModivCare ... 28
Beneficios con valor agregado ... 28
Servicios de salud mental ... 30
Gastos compartidos ... 32
Coordinación de servicios médicos ... 32
Programas de educación para la salud ... 35
Programa de defensores del asegurado ... 38
Programa de restricción para beneficiarios ... 38
Instrucciones anticipadas ... 38
Inconformidades y apelaciones ... 39
Derechos y responsabilidades ... 47
Fraude, abuso y negligencia ... 48
Definiciones ... 49
Política de privacidad ... 50
Avisos ... 51

Índice

Certificado de cobertura

Planilla de descripción de la cobertura 53

Servicios con cobertura 53

Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos (solo para asegurados con exenciones). 59

Servicios incluidos limitados 61

Servicios no incluidos en la cobertura ... 61

Autorización previa 62

Continuidad del tratamiento 62

Atención médica inmediata 62

Atención médica de emergencia 63

Elección del prestador de atención médica primaria 63

Acceso a la atención médica especializada 63

Otros recursos 63

Manual para asegurados

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 telefónica 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**

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**
DentaQuest:	**1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**
Heritage Vision Plans:	**1-877-860-2837**, TTY/TDD: **711**
Special Beginnings:	**1-888-421-7781**, TTY/TDD: **711**
Departamento de Salud Pública de Illinois:	**1-217-782-4977**

Atención 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

Nuestro Departamento de Atención al Asegurado está a su disposición para ayudarle a aprovechar al máximo su cobertura médica. Puede llamar a Atención al Asegurado de Blue Cross Community Health Plans 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, 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. Nuestro personal está capacitado para ayudarlo a entender todo lo que necesite sobre su cobertura médica. Podemos brindarle detalles sobre los servicios médicos, dentales y para la vista incluidos en su cobertura.

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

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

Acceso telefónico a la atención médica

Puede llamar a su PCP (médico de atención primaria) las 24 horas del día al número que figura en su tarjeta de asegurado. Si llama fuera del horario habitual de atención, un contestador automático le dará instrucciones sobre cómo recibir atención médica fuera del horario de atención. Si tiene una pregunta médica y no puede comunicarse con su PCP, puede llamar a la línea de enfermería telefónica **24/7 Nurseline** al **1-888-343-2697**. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana.

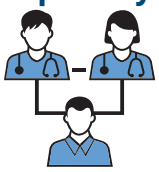
Blue Access for Members

Acceda a la atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana desde cualquier lugar

Es más fácil que nunca estar conectado en línea con el portal protegido para asegurados, Blue Access for Members. Con BAM, puede gestionar su cobertura médica y buscar información sobre sus servicios. Ahora, puede acceder a su cuenta personal de BAM desde su teléfono inteligente. Solo use la aplicación móvil de BCBSIL.

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

https://mybam.bcbsil.com



Inicie sesión en su computadora de escritorio o tableta a través de nuestro sitio web.

¡Está en la esquina superior derecha!

Aplicación BCBSIL

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

BAM le ofrece las siguientes opciones:

- completar una Evaluación de riesgos a la salud (HRS);
- solicitar, imprimir o pedir una tarjeta de asegurado;
- buscar médicos, especialistas y hospitales en el directorio en línea Provider Finder;
- cambiar su prestador de atención médica primaria (PCP);
- consultar sus autorizaciones previas e información de reclamaciones.

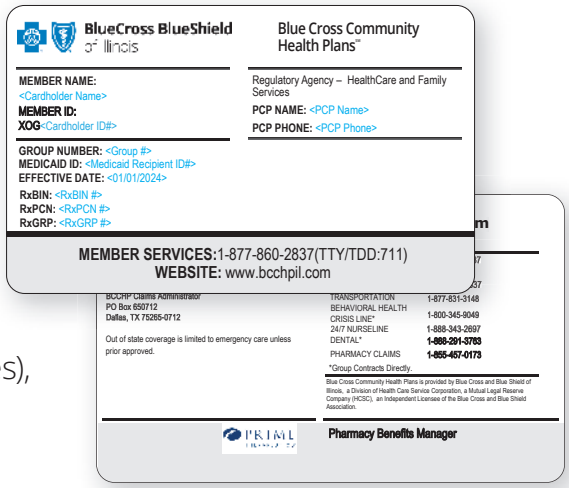
* Podrían aplicarse cobros por mensajería de texto y transmisión de datos.

Tarjeta de asegurado

Recibirá una tarjeta de asegurado. Siempre debe llevarla con usted. Tiene números de teléfono importantes. Deberá mostrarla cuando reciba servicios. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si no recibió su tarjeta de asegurado o si la perdió. Le enviaremos una nueva tarjeta automáticamente si cambia de PCP.

Información en su tarjeta de asegurado

- nombre,
- cobertura,
- n.º de asegurado estatal de Medicaid,
- n.º de tarjeta de asegurado,
- n.º de grupo,
- fecha de inicio de la cobertura,
- regulador estatal,
- teléfono de Atención al Asegurado,
- PCP (nombre, número de teléfono),
- teléfono de enfermería 24/7 Nurseline,
- teléfono de la línea de emergencias para casos de salud mental,
- número de servicios dentales,
- número de servicios de transporte,
- RxBIN, RxPCN, RxGRP (información para facturación de prestadores),
- nombre y dirección de la Organización de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés).



Elegibilidad

Elegibilidad para Medicaid

Puede solicitar Medicaid de Illinois si **UNA** de las siguientes situaciones lo describe. En ese caso, podrá ser elegible para la cobertura médica de Blue Cross Community Health Plans.

- Es un niño o forma parte de un grupo familiar y cumple con los requisitos para recibir Medicaid por medio del Título XIX o Título XXI (Programa de Seguro Médico para Niños).
- Es un adulto que cumple con los requisitos para recibir Medicaid según lo establecido en La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Esto significa que su ingreso mensual está por debajo del 138% del nivel federal de pobreza.

- Es menor de 21 años y es elegible para Medicaid por medio de una de las siguientes opciones:
  - el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés),
  - la División de Cuidado Especializado Para Niños (DSCC, en inglés),
  - edad de 19 años o más y discapacidad.
- Es elegible para Medicaid y cumple estos requisitos:
  - tiene 65 años o más, pero no tiene Medicare,
  - tiene 19 años o más y tiene una discapacidad.

Para comenzar la inscripción en línea, visite el sitio web de Servicios de inscripción de clientes de Illinois en **enrollhfs.illinois.gov/es**. Desde allí, puede elegir una cobertura médica y a un prestador de atención médica primaria (PCP). Cuando llegue el momento de elegir una cobertura, los Servicios de inscripción de clientes de Illinois le enviarán más información.

Renovación de los servicios incluidos en Medicaid (redeterminación)

No se arriesgue a perder los beneficios de Medicaid. ¡Haga la redeterminación 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, All Kids, 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 de SNAP, deberá hacerlo dos veces al año.

Esto es lo que puede hacer:

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

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. Para denunciar estafas, llame al número directo para denunciar fraude de Medicaid al **1-844-453-7283** (**1-844-ILFRAUD**).

Período de inscripciones

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

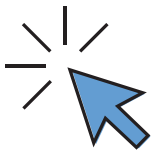
Red de prestadores de servicios médicos

Blue Cross Community Health Plans se ha asociado con médicos, especialistas y hospitales para proporcionar servicios médicos. Debe usar prestadores de servicios médicos de la red. Si acude a un médico que no forma parte de la red, tendrá que pagar por los servicios. La cobertura no incluye servicios fuera de la red, excepto en caso de una emergencia. Antes de recibir atención médica, consulte con el profesional médico si forma parte de la red BCCHP.

Es posible que necesite una aprobación para recibir algunos servicios antes de recibir tratamiento. Esto se denomina "autorización previa". BCCHP podría no cubrir un servicio si no tiene la aprobación. Es posible que tenga que pagar si recibe atención médica fuera del área de servicio, a menos que se trate de una emergencia o tenga una autorización previa.

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

Provider Finder



espanol.bcbsil.com/bcchp/

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

Directorios de prestadores de servicios médicos

espanol.bcbsil.com/bcchp/

Consulte o descargue un archivo PDF con los profesionales médicos.

Atención al Asegurado

1-877-860-2837

La llamada es gratuita.

Nos hemos asociado con otras empresas para proporcionarle los siguientes servicios:

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

Prestador de atención médica primaria (PCP)

Su prestador de atención médica primaria es el médico personal que le brindará la mayor parte de la atención médica que reciba. También podría referirlo a otros profesionales médicos en caso de que necesite atención médica especial. Usted puede elegir su PCP con BCCHP. Puede tener un PCP para toda la familia o puede elegir otros PCP para cada miembro de la familia.

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

- pediatra,
- médico general o de familia,
- ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés),
- internista (medicina interna),
- practicante de enfermería (*nurse practitioner*), asistente médico (PA, en inglés) o enfermero especializado (APN, en inglés),
- determinadas clínicas, como los centros de salud acreditados por el gobierno federal (FQHC, en inglés) y las clínicas rurales (RHC, en inglés), también pueden actuar como un PCP.

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

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

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**. La llamada es gratuita. También puede usar Blue Access for Members, portal protegido para asegurados. Para iniciar sesión en su cuenta de BAM visite **espanol.bcbsil.com/bcchp/**.

Le recomendamos que siempre tenga el mismo PCP, a menos que realmente necesite cambiarlo. De este modo, su PCP conocerá mejor sus necesidades y antecedentes de salud. Si cambia de PCP, envíe su expediente médico al nuevo profesional médico.

Profesional médico para la mujer (WHCP, en inglés)

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

Planificación familiar

BCCHP cuenta con una red de profesionales médicos que le pueden brindar servicios de planificación familiar. Sin embargo, puede elegir obtener servicios y suministros de planificación familiar de cualquier profesional médico que no participa en la red sin un referido y estos servicios estarán incluidos en su cobertura.

Entre los servicios de planificación familiar incluidos se encuentran los siguientes:

- consultas médicas sobre métodos anticonceptivos;
- planificación matrimonial/familiar, educación, asesoramiento;
- pruebas de embarazo;
- pruebas de laboratorio;
- pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés);
- esterilización.

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

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

Atención médica especializada

Un especialista es un médico que le brinda atención por un problema de salud específico. 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. Su PCP coordinará la atención médica especializada. Como asegurado, puede consultar a un especialista de la red sin una orden médica.

Programar una cita

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

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

- Lleve su tarjeta de asegurado.
- Llegue a tiempo a la cita.
- Llame al consultorio del médico cuanto antes si va a llegar tarde o necesita cancelar.

Su PCP podría no atenderlo si llega tarde.

Telesalud

Con BCCHP, ver a su profesional médico se volvió más fácil gracias a las 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 al **1-877-860-2837**.

Atención médica inmediata

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

Los siguientes son algunos ejemplos que requieren atención médica inmediata:

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

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

Atención médica de emergencia

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

Los siguientes son algunos ejemplos de emergencia:

- síntomas de derrame cerebral (debilidad repentina, visión borrosa, dificultad para hablar),
- ataque cardíaco,
- sangrado intenso,
- intoxicación,
- dificultad para respirar,
- fracturas.

En caso de emergencia haga lo siguiente:

- Acuda al servicio de emergencias más cercano; puede ser un hospital u otro entorno donde recibir servicios de emergencia.
- Llame al **911**. Llame una ambulancia si no tiene servicio del **911** disponible en el área.
- No necesita una orden médica.
- No se necesita autorización previa, pero debe llamarnos con atención médica de emergencia de 24 horas.

Servicios posteriores a la estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización son servicios necesarios que recibe un asegurado para ponerse mejor luego de haber sido estabilizado tras sufrir un problema médico de emergencia. La cobertura BCCHP incluye algunos servicios posteriores a la estabilización luego de una emergencia. Un ejemplo de un servicio incluido sería una consulta presencial de seguimiento para recibir asesoramiento. Si usted es elegible o necesita una autorización previa para obtener atención médica, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Nuevos tratamientos médicos

En BCCHP revisamos los nuevos tratamientos médicos. Un grupo de PCP, especialistas y directores médicos deciden si un tratamiento:

- 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 del tratamiento y tomará una decisión. También le informarán al médico si el tratamiento es médicamente necesario y si se aprueba.

Autorización previa

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

BCCHP y su PCP (o el especialista) acordarán qué servicios son médicamente necesarios. Los servicios "médicamente necesarios" son servicios con las siguientes características:

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

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

Algunos servicios que no requieren autorización previa son los siguientes:

- atención médica básica,
- especialista de la red,
- servicios de planificación familiar,
- servicios de un WHCP (debe elegir médicos de la red),
- atención médica de emergencia.

Decisiones de cobertura

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

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

Obtener una segunda opinión médica

Es posible que tenga preguntas sobre la atención que el PCP o el médico recomienda.

Tal vez desee una segunda opinión para lo siguiente:

- diagnosticar una enfermedad;
- asegurarse de que el plan de tratamiento es el adecuado para usted.

Hable con su PCP si desea solicitar una segunda opinión.

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

- también trabaja con BCCHP;
- es el mismo tipo de médico que consultó para su primera opinión.

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

Servicios con cobertura

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

Su PCP podría referirlo a un profesional médico diferente o a un especialista para que le haga estudios médicos. Su PCP programará la cita. No necesita una orden médica. A veces, tendrá que programar la cita usted mismo. A esto se lo conoce como "autorreferirse". También puede llamar a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para obtener ayuda para programar las citas.

La cobertura BCCHP incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois. 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 se recibe una autorización previa, es posible que tenga que pagar los servicios. Si necesita atención médica de emergencia, diríjase al hospital más cercano. La atención médica de emergencia está incluida dentro de los Estados Unidos, por lo que No necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia dentro del país.

Servicios médicos incluidos en la cobertura

En Blue Cross Community Health Plans, queremos asegurarnos de que reciba la atención que necesita. BCCHP paga todos los servicios incluidos en Medicaid que sean médicamente necesarios. No tiene que hacer ningún copago. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** si tiene preguntas sobre los servicios médicos. Si tiene preguntas relacionadas con su salud, puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**. Algunos servicios podrían requerir una autorización previa o tener límites. Su médico le ayudará a enviar las autorizaciones previas necesarias. Para conocer más detalles de su cobertura, consulte el *Certificado de cobertura*.

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos incluidos en la cobertura Blue Cross Community Health Plans:

- servicios de aborto incluidos en Medicaid (no en su MCO) con su tarjeta del seguro médico de HFS;
- acupuntura;
- servicios de enfermeros especializados;
- servicios de centro quirúrgico para pacientes externos;
- servicios de apoyo del comportamiento adaptativo (ABS, en inglés) para menores de 21 años;
- aparatos para asistir o aumentar la comunicación;
- servicios de audiología (audición);
- sangre, componentes sanguíneos y su administración;
- servicios quiroprácticos;
- servicios dentales, incluyen cirujanos dentales;
- apoyo de una doula;
- servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, en inglés) para asegurados menores de veintiún (21) años;
- servicios y suministros de planificación familiar;
- consultas en clínicas acreditadas por el gobierno federal (FQHC, en inglés), clínicas rurales (RHC, en inglés) y otras clínicas con tarifa por consulta;
- consultas a la agencia de atención médica a domicilio;
- consultas al servicio de emergencias;
- servicios hospitalarios para pacientes internados;
- servicios hospitalarios para pacientes externos;
- servicios de laboratorio y radiografías;
- servicios de apoyo a la lactancia;
- suministros y equipos médicos, prótesis y ortesis;
- servicios de salud mental;
- atención de enfermería;
- servicios en centros de enfermería;
- servicios y suministros oftalmológicos;
- servicios de optometría;
- servicios de atención médica para pacientes terminales;
- servicios farmacéuticos;
- servicios de terapia física, ocupacional y del habla;
- servicios de médicos;
- servicios de podiatría;
- servicios de posestabilización;
- servicios de diálisis renal;
- equipos y suministros respiratorios;
- servicios para prevenir enfermedades y promover la salud;
- servicios para alcoholismo subagudo y abuso de sustancias;
- trasplantes;
- traslados a los servicios protegidos incluidos.

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

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos incluidos en la cobertura BCCHP para asegurados que participen en una exención de servicios en el hogar y en la comunidad.

Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DoA, en inglés)

Personas mayores

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

División de Servicios de Rehabilitación (DRS, en inglés)

Personas con discapacidad, VIH/sida

- servicio de atención diurna para adultos;
- servicio de transporte para la atención diurna para adultos;
- adaptación del hogar para la accesibilidad;
- 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;
- terapia física;
- terapia del habla;
- servicios domésticos;
- servicios de alimentos a domicilio;
- asistente personal;
- sistema personal de respuesta de emergencia (PERS, en inglés);
- atención médica de relevo;
- equipos médicos y suministros especializados.

División de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Personas con lesión cerebral

- 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, en inglés) y red de prestadores de servicios médicos restringida (LPN, en inglés);
- terapia ocupacional;
- terapia física;
- terapia del habla;
- servicios prevocacionales;
- servicios diurnos de habilitación;
- servicios domésticos;
- servicios de alimentos a domicilio;
- asistente personal;
- sistema personal de respuesta de emergencia (PERS, en inglés);
- 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 incluidos en la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo

Si usted recibe la coordinación de apoyo y servicios a largo plazo (MLTSS, en inglés), tiene otro manual diferente disponible. Allí encontrará información sobre servicios complementarios que solo aplican para asegurados de MLTSS. Si necesita una copia de este manual, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Entre los servicios incluidos en MLTSS se encuentran los siguientes:

- servicios de salud mental, como terapia grupal e individual, asesoramiento, tratamiento comunitario, supervisión de medicamentos, entre otros;
- tratamientos para abuso de sustancias y alcohol, como terapia grupal e individual, asesoramiento, rehabilitación, servicios de metadona, supervisión de medicamentos y más;
- algunos servicios de traslado a sus citas;
- servicios de atención médica a largo plazo en centros especializados e intermedios;
- todos los servicios en el hogar y la comunidad del programa de exenciones como los que se enumeran antes en "Servicios en el hogar y en la comunidad incluidos", si es elegible.

Servicios incluidos limitados

- BCCHP puede ofrecer servicios de esterilización solo según lo permitido por las leyes estatales y federales.
- Si BCCHP ofrece una histerectomía, BCCHP debe completar el formulario *HFS Form 1977* y archivar el formulario rellenado en el expediente médico del asegurado.

Servicios no incluidos en la cobertura

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos no incluidos en la cobertura BCCHP:

- servicios que sean de naturaleza experimental o de investigación;
- servicios proporcionados por un prestador de servicios médicos que no participa de la red y no autorizados por BCCHP;
- servicios proporcionados sin la orden médica o autorización previa requeridas;
- cirugía cosmética electiva;
- atención médica por infertilidad, como la reversión de la esterilización y tratamientos de fertilidad, como la inseminación artificial y la fertilización *in vitro*;
- cualquier servicio que no sea médicamente necesario;
- servicios proporcionados a través de agencias educativas en la comunidad;
- medicamentos para perder peso o suplementos nutricionales;
- estética dental;
- blanqueado dental;
- implantes dentales;
- seguro para lentes de contacto;
- ayuda para la baja visión;
- corrección de la vista con láser.
- La cobertura de BCCHP no incluye el cannabis. El cannabis viene de la planta de cannabis. Tiene delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) como principio activo. También se lo llama "marihuana". La cobertura de BCCHP no incluye el cannabis en ninguna de sus formas. Esto incluye lo siguiente:
  - semillas de la planta;
  - resina extraída;
  - sal u otros derivados;
  - cualquier mezcla o preparación que contenga compuestos derivados del cannabis.

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

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

Servicios dentales

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

Para asegurados mayores de 21 años, BCCHP incluye los siguientes servicios dentales*:

- solo los asegurados de BCCHP reciben una limpieza adicional anual como parte de los beneficios con valor agregado para asegurados, es decir, un total de 2 limpiezas cada 12 meses;
- dos exámenes bucales cada 12 meses;
- radiografías;
- empastes;
- coronas;
- extracciones;
- servicios dentales de emergencia;
- endodoncia limitada;
- dentaduras limitadas.

Para asegurados menores de 21 años, BCCHP incluye los siguientes servicios dentales*:

- una limpieza cada 6 meses (en total, 2 por año);
- un examen bucal cada 6 meses (en total, 2 por año);
- radiografías;
- empastes;
- coronas;
- extracciones;
- servicios dentales de emergencia;
- endodoncias;
- dentaduras;
- un tratamiento con fluoruro cada 6 meses;
- selladores.

Las aseguradas embarazadas que cumplan con los requisitos podrán solicitar servicios adicionales antes del nacimiento de su bebé*:

- examen bucal periódico;
- limpieza dental,
- trabajo periodontal.

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

Servicios para la vista

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

Los servicios incluyen lo siguiente:

- Un examen de la vista cada 12 meses para los asegurados de 21 años o más. Los asegurados menores de 21 años pueden hacerse un examen rutinario de la vista cuando sea médicamente necesario.
- Anteojos:
  - se incluyen cada dos años para asegurados de 21 años o más;
  - se reemplazan "según sea necesario" para asegurados menores de 21 años;
  - se pueden recibir $40 para un par de armazones nuevos cada dos años.
- Los lentes de contacto están incluidos cuando sean médicamente necesarios si con los anteojos no logra el resultado deseado

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

Servicios farmacéuticos;

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

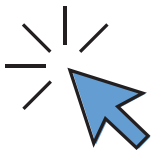
Tendrá que obtener sus medicamentos en una farmacia de la red. Recibirá un suministro de hasta un mes (30 días). No tiene que pagar copagos por los medicamentos con receta incluidos surtidos en farmacias que formen parte de la red. Asegúrese de que su médico sepa qué medicamentos está tomando. Esto incluye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

Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia en su zona

Buscador de farmacias



myprime.com/es.html

Haga clic en "Farmacias".

Directorio de farmacias

espanol.bcbsil.com/bcchp/

Vea o descargue la página de medicamentos con cobertura.

Atención al Asegurado

1-877-860-2837

La llamada es gratuita.

Medicamentos que no están en la PDL

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

- Hablar con su médico para determinar si primero puede probar otro medicamento de nuestra lista antes de solicitar una excepción.
- Llame a Atención al Asegurado y solicite una excepción para que se incluya su medicamento. Envíe una declaración de su médico que respalde su solicitud. BCCHP debe tomar una decisión dentro de un plazo de 24 horas (un día) de recibir la solicitud de su médico.

Las solicitudes de excepciones solo se aprueban generalmente si los otros medicamentos en la PDL

- son menos eficaces
- o si fueran perjudiciales para su salud.

Programa de entrega a domicilio

Ofrecemos un programa de entrega a domicilio de medicamentos para enfermedades crónicas. Podemos enviarle un suministro de hasta tres meses (90 días) directamente a su hogar. Usted no tiene que pagar nada. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para obtener asistencia.

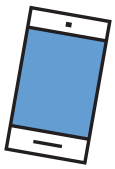
Medicamentos y suministros de venta libre

Estos son medicamentos y artículos que se compran en la farmacia sin receta médica.
Como asegurado de BCCHP, puede pedir hasta $25 en artículos de venta libre aprobados una vez por trimestre. Es decir, una vez cada tres meses, sin costo para usted. Los montos de los beneficios no se transferirán al siguiente trimestre. Puede ver el catálogo de los artículos de venta libre aprobados en nuestro sitio web **espanol.bcbsil.com/bcchp**. Puede hacer un pedido en línea en **www.mpaotc.com** (seleccione "Español"). 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**. Se enviará el pedido sin costo a su dirección en un plazo de 7 a 10 días.

Servicios de transporte para casos que no sean de emergencia

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

Para programar un traslado



Aplicación ModivCare

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

Llame a ModivCare

1-877-831-3148

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 llevar a varios asegurados en el mismo vehículo. Esto no debería agregar más de 45 minutos a su tiempo de viaje.

Traslado de regreso

- Puede programar previamente su traslado de regreso. El conductor debería llegar en menos de 30 minutos.
- Si no tiene 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.

Cuando se trate de un niño o un asegurado con necesidades especiales, un padre o cuidador podrá acompañarlo en el transporte. 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 transporte por razones que no sean médicas, salvo en el caso de eventos patrocinados por BCCHP. Sin una aprobación especial, tampoco se incluye lo siguiente:

- traslados a más de 65 millas de distancia;
- 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. De ser necesario, ModivCare colaborará para hacer otros arreglos. Se puede presentar una inconformidad contra ModivCare llamando a Atención al Asegurado o a ModivCare. Un asegurado también 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 tiene que hacer es buscar la aplicación "ModivCare" en las tiendas virtuales Google Play® o App Store® y 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 ningún traslado.

Otros tipos de transporte

Si vive a dos cuadras de la parada de un transporte público, puede obtener pases gratuitos para el autobús. Se le pueden proporcionar pases para el autobús para ir y volver de la cita con su médico. Llame a ModivCare por lo menos dos semanas antes de su cita para solicitar los pases para el autobús. Se los enviarán por correo a su casa.

Beneficios con valor agregado

Blue Cross Community Health Plans ofrece beneficios adicionales que están disponibles solo para asegurados con cobertura Medicaid de BCCHP. Estos beneficios se ofrecen a asegurados de BCCHP, además de los beneficios de Medicaid de Illinois. A continuación, se explican los detalles de cada beneficio adicional y cómo solicitar cobertura. Para obtener más información o para inscribirse en estos programas, comuníquese con Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Blue365®

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

Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)

Los medicamentos y suministros de venta libre son medicamentos y artículos que se compran sin receta en la farmacia. Como asegurado de BCCHP, ahora puede pedir hasta $25 en artículos de venta libre aprobados una vez por trimestre (cada tres meses) sin costo. Los montos de los beneficios no se transferirán al siguiente trimestre. Puede consultar el Catálogo OTC en **espanol.bcbsil.com/bcchp/**. Puede hacer un pedido en línea en **www.mpaotc.com** (seleccione "Español"). 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**. Se enviará el pedido sin costo a su dirección en un plazo de 7 a 10 días.

Servicios dentales

BCCHP ofrece beneficios dentales adicionales con valor agregado. Los asegurados de BCCHP mayores de 21 años son elegibles para recibir una limpieza adicional por año.

Teléfono celular

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

Transporte

Puede obtener servicios de transporte para ir a una consulta con un profesional médico, una farmacia o un evento patrocinado por BCCHP. Esto se suma al servicio de transporte estándar. Más información en la **pPágina 27** en **espanol.bcbsil.com/bcchp.**

Programa Special Beginnings®

El programa brinda educación y apoyo para guiar a las aseguradas durante el embarazo y el parto. Si está embarazada o piensa quedar embarazada y le gustaría inscribirse, llame al **1-888-421-7781**.

Si se inscribe al programa Special Beginnings, puede ser elegible para lo siguiente:

- Un asiento para el vehículo o una cuna portátil sin costo si asiste a una consulta médica prenatal durante el primer trimestre o en un plazo de 42 días desde la solicitud de cobertura de BCCHP.
- Dos (2) paquetes de pañales sin costo si asiste a su primera consulta médica posparto en un plazo de 84 días desde el nacimiento de su bebé.

Después del nacimiento de su hijo, puede ser elegible para lo siguiente:

- Una tarjeta de regalo de $30 por asistir a la consulta posparto en un plazo de 7 a 84 días después de dar a luz (incluso si se siente bien).

Programa de incentivos para la salud

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

- Tarjeta de regalo con un valor de $15 para asegurados de 0-2 años que reciban dos dosis de la vacuna contra la gripe.
- Tarjeta de regalo con un valor de $75 para asegurados de 0-2 años que reciban las vacunas requeridas en la infancia.
- Tarjeta de regalo con un valor de $15 para asegurados de 18 a 85 años con hipertensión cuya presión arterial se encuentre bajo control.
- Tarjeta de regalo con un valor de $15 para asegurados de 18 a 75 años con diabetes que se realicen un examen de la vista.
- Las mujeres de entre 50 y 74 años que se realicen un examen de detección de cáncer de mama pueden ganar una tarjeta de regalo con un valor de $15.
- Tarjeta de regalo con un valor de $25 para aseguradas que completen el formulario de declaración personal para demostrar que están embarazadas.
- Tarjeta de regalo con un valor de $30 por acudir a una consulta prenatal en el primer trimestre.

- Una tarjeta de regalo de $30 por asistir a la consulta posparto en un plazo de 7 a 84 días después de dar a luz (incluso si se siente bien).

Servicios para dejar de fumar

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

Programa de recompensas BCCHP IL Rewards℠

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

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

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental pueden brindar ayuda a quienes padecen problemas médicos, abuso de sustancias o una crisis de salud mental. El tipo de servicio que necesite puede depender de su situación en particular. Algunos servicios requieren una autorización previa, por eso llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** para confirmar. No necesita un referido para ver a un profesional médico que forme parte de nuestra red.

Algunos de los servicios de salud mental incluidos son

- tratamientos para el consumo de alcohol o drogas;
- servicios de apoyo conductual adaptativo (ABS, en inglés) para menores de 21 años diagnosticados con trastornos del espectro autista;
- atención durante una hospitalización;
- salud mental con base en la comunidad;
- línea de emergencias para casos de salud mental;
- servicios en caso de crisis;
- tratamiento de día en un hospital;
- programa intensivo para pacientes externos;
- farmacoterapia con apoyo;
- servicios para pacientes ambulatorios: manejo de medicamentos, terapia y consejería;
- centros de tratamiento residencial para el abuso de sustancias;
- telesalud.

línea de emergencias para casos de salud mental;

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

Entre otros recursos, se incluyen los siguientes:

- **Línea de ayuda para suicidios y crisis 988.** Ofrece apoyo a las personas en situación de desamparo y crisis. Este servicio es gratuito y confidencial. Llame o envíe un mensaje al **988** en cualquier momento.
- **Línea nacional directa de salud mental materna Ofrece apoyo a las madres que se sienten abrumadas o deprimidas.** Puede llamar antes, durante y después del embarazo. Están disponibles las 24 horas al día, 7 días a la semana, en el **1-833-852-6262**.

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 ofrece soluciones de servicios de salud mental a su propio ritmo. Además, brinda acceso a consejeros para asegurados 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 y el abuso de sustancias. Para comenzar, puede inscribirse en **es.learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid**. (código de acceso: **ILMED**).

Programa Pathways to Success

Los asegurados menores de 21 años que tienen necesidades significativas 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 de Pathways to Success podrían incluir lo siguiente:

- apoyo entre familias,
- atención intensiva basada en el hogar,
- asesoramiento terapéutico,
- atención médica de relevo,
- servicios de apoyo terapéutico,
- servicios de apoyo individual.

Para obtener más información sobre este programa y conocer los requisitos, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Reuniones del consejo de liderazgo familiar (Family Leadership Council, en inglés)

El consejo de liderazgo familiar está formado por jóvenes, padres, madres y socios comunitarios. Se unieron a BCCHP para dialogar sobre la salud mental de los niños y sus necesidades especiales. Asegurados, cuidadores y parientes se reúnen para hablar de los problemas a los que se enfrentan y de ideas para mejorar. Las reuniones se realizan trimestralmente.

El consejo de liderazgo familiar es una oportunidad para que usted:

- Comparta sus experiencias con los servicios de salud mental y necesidades especiales de los niños.
- Desarrolle mejores planes de atención médica orientados a la familia.
- Se conecte con otras familias.
- Se informe sobre recursos comunitarios.

Su opinión puede tener un impacto. Ayúdenos a mejorar la salud de los niños y jóvenes de Illinois. Los asegurados que asistan podrían ser elegibles para recibir una tarjeta de regalo de $25. Llame a Atención al Asegurado para obtener más información.

Gastos compartidos

BCCHP no cobra copagos o deducibles por servicios médicos o medicamentos con receta incluidos. Esto significa que no debería recibir ninguna factura por servicios médicos incluidos o previamente autorizados.

Coordinación de servicios médicos

Los asegurados completarán un examen preventivo para detectar riesgos para la salud (HRS) al menos una vez al año. BCCHP se comunicará con usted por medio de una llamada o mensaje de texto después de inscribirse para que realice su HRS. Esta evaluación preventiva ayudará a determinar sus hábitos de salud, si tiene algún riesgo para la salud y si necesita un coordinador de servicios médicos. Si tiene una llamada perdida o un mensaje y le gustaría completar la evaluación, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

La Evaluación de riesgos a la salud nos ayuda a determinar si necesitará un coordinador de servicios médicos. Si es elegible y decide quedarse, se le asignará un coordinador de servicios médicos. El coordinador de servicios médicos trabajará junto con nosotros para ayudarlo a administrar su atención, que será su "asesor" de atención médica. Son los que supervisarán el plan de atención que usted y su equipo de atención médica decidan que es el adecuado. El coordinador de servicios médicos lo puede ayudar a alcanzar sus objetivos de salud utilizando sus beneficios y servicios médicos.

Las tareas del coordinador de servicios médicos de BCCHP serán las siguientes:

- planificar consultas en persona o llamadas con usted;
- escuchar sus inquietudes;
- ayudarle a obtener servicios y a encontrar problemas de salud antes de que empeoren (atención médica preventiva);
- ayudarle a programar atención con su médico y otros miembros del equipo de atención médica;

- ayudarlos a usted, su familia y su cuidador a entender y manejar mejor sus problemas médicos, medicamentos y tratamientos.

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

- consejos sobre cómo controlar el peso, alimentarse mejor y seguir un programa de ejercicios;
- folletos con consejos sobre cómo manejar un problema médico crónico o activo;
- asistentes de apoyo para la recuperación que lo acompañen en el proceso de recuperación por un problema de salud mental o adicción;
- consejos sobre hábitos para mantenerse saludable y la necesidad de realizarse exámenes de rutina y pruebas de detección;
- brindarle servicios de planificación familiar para enseñarle lo siguiente:
  - cómo mantener una buena salud antes del embarazo;
  - cómo evitar el embarazo;
  - cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual como el VIH/sida.

Servicios de transición de la atención

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

- procedimientos quirúrgicos planificados para pacientes hospitalizados;
- 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 médicos que le indicaron. Todo esto garantiza un alta y una recuperación sin problemas.

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

- Coordinar los servicios que necesita, incluidos la programación y el cumplimiento con las citas con el profesional médico;
- Garantizar la coordinación completa de los servicios para proporcionar una atención segura, oportuna y de alta calidad cuando reciba el alta del hospital.
- Entender sus problemas de salud y apoyar su habilidad de valerse por sí mismo.
- Proporcionar asesoramiento antes de un ingreso hospitalario planificado, como una cirugía programada.
- Además, se busca orientarlo después de recibir el alta si tuvo un ingreso hospitalario no planificado.
- Brindarle información educativa con respecto a sus medicamentos y a las indicaciones de su 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.

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 trastorno con abuso de sustancias. Si es elegible, un coordinador de servicios médicos se comunicará con usted para ayudarle con su problema médico. Junto a su coordinador de servicios médicos, establecerán metas específicas, que le ayudarán a mejorar su salud general.

El coordinador de servicios médicos le brinda apoyo haciendo lo siguiente:

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

Programa de manejo de enfermedades

Si tiene hipertensión (presión arterial alta), diabetes o asma, usted es elegible para este programa. Los asegurados elegibles reciben apoyo según su nivel de necesidad. Todos los asegurados tienen acceso a BAM, donde pueden encontrar herramientas y asistencia. El portal ofrece muchos recursos para ayudarlo a mantenerse sano. Puede acceder en **espanol.bcbsil.com/bcchp**. A los asegurados con un riesgo moderado los contactará un coordinador de servicios médicos especializado en la gestión de ese problema de salud. 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;
- asistencia para entender y obtener medicamentos;
- educación con respecto a los servicios médicos disponibles que mejorarían sus resultados de salud;
- recomendaciones sobre programas comunitarios y recursos para obtener más información y apoyo, y también mayor acceso a comidas saludables y a 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 opcionales

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 opcionales (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 ayudarle. Para solicitar cobertura o no participar en la Coordinación de Servicios médicos, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Programas de educación para la salud

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

Los niños deberían acudir de forma regular a las consultas con su pediatra o PCP. Esto permitirá que su hijo reciba las vacunas recomendadas para que se mantenga sano. El médico revisa que su hijo tenga un crecimiento y desarrollo normal para ayudar a prevenir problemas de salud más adelante. El médico podría controlar la dieta, la actividad física, el peso, la salud dental, de la vista y la salud mental. Durante la consulta, se le dará cualquier vacuna que necesite y se le realizarán los exámenes preventivos pertinentes. Revise las siguientes tablas con el PCP de su hijo.

Frecuencia de consulta al PCP recomendada para la infancia

Rango de edad	Frecuencia de consulta recomendada
De 1 a 6 meses	Cada 2 meses
De 6 a 18 meses	Cada 3 meses
De 18 meses a 3 años	Cada 4 meses
De 3 a 19 años	Una vez al año

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 contra la gripe anual, refuerzo contra el tétanos y la difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, prueba de colesterol (a partir de los 44 años), examen de glaucoma (a partir de los 39 años), mamografías de referencia (incluido una vez para aseguradas a partir de los 35 y 40 años), mamografía de detección anual (a partir de los 40 años)
entre 50 y 64 años	examen físico anual, vacuna contra la gripe anual, vacuna contra el COVID-19, vacuna contra la culebrilla, refuerzo contra el tétanos y la difteria (cada 10 años), prueba de Papanicolaou, mamografía, prueba de colesterol, prueba de detección de cáncer colorrectal, prueba de detección de glaucoma

Servicios preventivos recomendados para adultos	
Si usted tiene	Necesita
65 años o más	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. Búsquelos en la sección "Recursos para asegurados" en **espanol.bcbsil.com/bcchp/**. Estos programas están diseñados para ayudarlo a sentirse bien y que siga sintiéndose así.

Blue365®

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

Special Beginnings®

Special Beginnings ayuda a las madres embarazadas a entender mejor el embarazo y a saber gestionarlo. Este programa le ayuda a dar a luz a un bebé sano y sin complicaciones. Si está embarazada o ha tenido un bebe dentro de los últimos 84 días, usted es elegible para el programa.

Las participantes del programa podrían cumplir los requisitos para recibir lo siguiente:

- educación sobre el embarazo, el postparto y los cuidados del recién nacido;
- incentivos del programa solo por asistir a consultas prenatales y a citas posparto;
- ayuda para buscar un prestador de servicios médicos y asistencia ante cualquier inconveniente que pueda tener para acceder a la atención médica;
- un extractor de leche y beneficios adicionales (servicios dentales, para la vista y de transporte).

Para solicitar cobertura o para avisar que no quiere participar del programa Special Beginnings, llame al **1-888-421-7781**.

Blue Door Neighborhood Centers (BDNC℠)

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 centros BDNC ofrecen servicios gratuitos que están disponibles para todos, no únicamente para los asegurados.

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

Visión: ser un socio confiable y un recurso para los miembros de la comunidad en sus procesos de salud. 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
1-872-760-8090
11840 S. Marshfield Ave.
Chicago, IL 60643

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

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

Living365 para el embarazo y el posparto

Los asegurados de BCCHP tienen acceso a beneficios adicionales en la aplicación Living365. Es una herramienta ofrecida por Virtual Heath Partners (VHP). La aplicación le permite chatear con dietoterapeutas. Están disponibles las 24 horas al día, los 7 días de la semana. También pueden ayudarle a conseguir planes de alimentación saludable durante el embarazo. Además, puede encontrar información sobre lo siguiente:

- seguridad infantil,
- salud mental y emocional,
- ejercicios con los niños,
- la alimentación de su bebé.

La aplicación también ofrece demostraciones de cocina, clases de acondicionamiento físico y herramientas de seguimiento.

También podría haber disponibles consultas virtuales personalizadas con un dietista. Se necesita autorización previa.

Puede inscribirse en Living365:

- En línea en **https://virtualhealthpartners.com/living-365-IL-ty** (en inglés).
- Llamando a Atención al Asegurado, al **1-877-860-2837**.

Para su tranquilidad

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

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

- alergias y sistema inmunitario,
- 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 32**.

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

Programa de defensores del asegurado

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. Este programa ayuda a proteger los derechos de las personas que viven en asilos o en otros centros de atención médica de 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 restricción para beneficiarios

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

Buscamos señales de advertencia como las siguientes:

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

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

Instrucciones anticipadas

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

- **Poder notarial para asuntos médicos:** le permite elegir a una persona para que tome decisiones en cuanto a su atención médica si usted está muy enfermo para decidir por sí mismo.
- **Testamento vital:** les informa a su médico y a otros prestadores de servicios médicos qué tipo de atención médica quiere recibir si tiene una enfermedad terminal y no tiene posibilidades de mejorar.
- **Preferencia de salud mental:** le permite decidir si quiere recibir determinados tipos de tratamientos de salud mental que podrían ser de ayuda.
- **Orden de no 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 obtener más información sobre las instrucciones anticipadas de su cobertura médica o de su médico. Si lo ingresan al hospital, es posible que le pregunten si tiene una. No es obligatorio tenerlas. Si bien no es necesario tener instrucciones anticipadas para recibir atención médica, la mayoría de los hospitales le recomiendan tenerlas. Puede elegir tener una o más de una de estas instrucciones anticipadas y puede cancelarlas o modificarlas en cualquier momento.

Inconformidades y apelaciones

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

Inconformidades

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

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

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

Estos son algunos ejemplos de cuándo podría presentar una inconformidad:

- El prestador de servicios médicos o un miembro del personal 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 tomaron en consideración sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

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

Blue Cross Community Health Plans

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

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

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

Si no habla inglés, podemos brindarle un intérprete sin ningún costo para usted. Incluya este pedido cuando presente su inconformidad. Si tiene 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 comunicaremos con usted para solicitar más información.

Apelaciones

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

En esta carta le informaremos lo siguiente:

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

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o medida que BCCHP haya tomado con respecto a sus servicios o a un producto que solicitó. Una apelación es una manera que tiene para solicitar que hagamos una revisión de alguna medida que tomamos. Puede apelar en un plazo de sesenta (60) días calendario desde la fecha que figura en la carta de determinación adversa de beneficios. Si quiere que sus servicios continúen sin cambios durante la apelación, debe aclararlo cuando apele y debe presentar la apelación dentro de los 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 médica

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.
   PO Box 660717
   Dallas, TX 75266

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

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

Estas son algunas formas de presentar una apelación farmacéutica

1. Llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**). 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: Prime Therapeutics Appeals Dept. 2900 Ames Crossing Road
   Eagan, MN 55121

   Fax para procesos estándar: **1-855-212-8110**

   Fax para procesos acelerados: **1-800-338-2227**
3. Pídale a su médico que presente la apelación en línea. Para averiguar cómo hacerlo, puede ingresar a **MyPrime.com** o **CoverMyMeds.com** (en inglés).

¿Se puede obtener ayuda con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de asistencia.

Puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a alguien que conoce que lo represente. Por ejemplo, su médico de cabecera 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 haremos saber si necesitamos más información y cómo deberá brindarnos esa información, si en persona o por escrito.

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

BCCHP le enviará nuestra decisión por escrito 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 más** para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos 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 a tener en cuenta durante el proceso de apelación:

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

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su profesional médico creen que nuestro plazo estándar de quince (15) días laborables para tomar una decisión sobre su apelación podría poner en grave peligro su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, su número de asegurado, la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios, la información de su caso y el motivo por el cual está solicitando una apelación acelerada. También puede enviar una apelación acelerada a BCCHP por fax al **1-800-338-2227**. Si necesitamos más información, se lo haremos saber en un plazo de veinticuatro (24) horas. Una vez que hayamos recibido toda la información, lo llamaremos en un plazo de veinticuatro (24) horas para hacerle saber nuestra decisión y 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 de apelación. 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 de que ha retirado su apelación enviándole un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**).

¿Qué sucede después?

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

Audiencia imparcial ante el estado

Si lo desea, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado en un plazo de **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 informándonos 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 ayudarle 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 Human Services
Bureau of Hearings

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

Fax: **1-312-793-8573**
Correo electrónico: **DHS.HSPAppeals@illinois.gov**

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

Proceso de la audiencia imparcial 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 la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también le brindará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta detenidamente. Si crea una cuenta en **https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals** (haga clic en "Español"), puede obtener acceso a las cartas relacionadas con su proceso de audiencia imparcial ante el estado a través de su cuenta de apelaciones ABE. También puede cargar documentos y consultar sus citas.

Recibirá información de BCCHP por lo menos **tres (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, y podrían otorgárselos si hubiera una buena causa. Si el funcionario de audiencia imparcial acepta, se les notificará por escrito la nueva fecha, hora y lugar de la audiencia a usted y a todas las partes de la reclamación. El tiempo límite para que el proceso de apelación se complete se extenderá lo que duren el aplazamiento o postergación.

Falta de comparecencia a la audiencia

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

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 reprogramando la audiencia con copias a todas las partes involucradas de la apelación.

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

Decisión de la audiencia imparcial ante el estado

La oficina de audiencias correspondiente le enviará una decisión administrativa final por escrito a usted y a todas las partes interesadas. La decisión también estará disponible en línea mediante su cuenta de apelaciones ABE. La decisión administrativa final puede someterse a revisión solamente por medio de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que el tribunal de circuito admitirá para solicitar esta revisión podría limitarse a treinta y cinco (35) días a partir 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, TX 75266

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

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para verificar si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) días laborables para hacerlo. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud cumple 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, TX 75266

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

¿Qué sucede después?

- Una vez que recibamos la llamada o la carta solicitando una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para verificar si cumple con los requisitos para una revisión externa acelerada. En caso de cumplirlos, nos pondremos en contacto con usted o con su representante para proporcionarle el nombre del revisor.
- También le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar la revisión.
- Tan pronto como su problema de salud requiera, pero no más de dos (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 responsabilidades

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 BCCHP 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 sus expedientes médicos y, en algunos casos, solicitar su modificación o corrección.
- Elegir su propio prestador de atención médica primaria (PCP) de BCCHP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.
- Presentar una queja (a veces denominada “inconformidad”) o una apelación sin temor a que lo maltraten o a recibir una reacción violenta de algún 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 responsabilidades

- Tratar a su médico y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar con usted su tarjeta de asegurado de BCCHP cuando asista a las citas con el médico y cuando vaya a la farmacia a retirar sus medicamentos recetados.
- Asistir a sus citas puntualmente.
- 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 para asegurados* 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 deben informarse.

Se considera fraude cuando alguien recibe servicios, beneficios o pagos que no le corresponden. Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Usar la tarjeta de asegurado de otra persona o permitirle a otra persona usar la suya.
- Si un prestador de servicios médicos factura servicios que no proporcionó.

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

- El abuso físico se da cuando se le inflige daño, como una bofetada, un puñetazo, un empujón o una amenaza con un arma.
- El abuso 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 sucede cuando alguien decide no proporcionar las necesidades básicas para vivir, como alimentos, ropa, vivienda o 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 deber denunciar supuestos abusos o negligencias. Debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS, en inglés), el Departamento de Salud Pública de Illinois (DPH, en inglés) o el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOA, en inglés).

- Si la persona está inscrita en un programa, vive en un lugar financiado, autorizado o certificado por DHS o vive en un domicilio particular, llame a la línea de atención de la Oficina del Inspector General al **1-800-368-1463**.
- Si la 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 de atención de asilos de DPH al **1-800-252-4343**, TTY **1-800-547-0466**.
- Si la víctima de abuso o negligencia es un adulto de 18 años o más y no vive en un asilo o centro de vida asistida, llame a la línea de atención del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOA, en inglés) al **1-866-800-1409** (TTY: **1-800-358-5117**).

También puede denunciar ante nosotros cualquier sospecha de fraude o abuso. Llame a Atención al Asegurado, al **1-877-860-2837**. 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. Eliminar el abuso, la negligencia y el fraude es responsabilidad de todos.

Definiciones

Apelación: es una solicitud para que su cobertura médica 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 médico 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: es una enfermedad, una lesión, un síntoma o un problema de salud tan grave que cualquier persona con sentido común buscaría atención de inmediato para evitar daños severos.

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.

Equipos y servicios de habilitación: son servicios que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y funcionamientos para la vida cotidiana. Un ejemplo sería la terapia para un niño que no está caminando o hablando a la edad esperada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, fonoaudiología y otros servicios para personas con discapacidad en una variedad de contextos para pacientes internados o para pacientes externos.

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 a pacientes no hospitalizados.

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: son servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, un problema de salud 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 utilizar servicios fuera de la red.

Autorización previa: es la decisión por parte de su compañía aseguradora o cobertura médica de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero son médicamente necesarios. A veces se 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 el seguro médico o la cobertura médica cubrirán los costos.

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

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

Equipos y servicios de rehabilitación: son servicios de atención médica que ayudan a mantener, recuperar o mejorar habilidades y actividades de la vida cotidiana que se habían perdido o debilitado a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, fonoaudiología y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de contextos para pacientes internados o para pacientes externos.

Atención de enfermería especializada: se refiere a los servicios de enfermería brindados dentro del ámbito de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois por enfermeros titulados (*registered nurse*), auxiliares de enfermería con licencia o enfermeros vocacionales con licencia para ejercer en el estado.

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 ocupa de un área específica de la medicina o de un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y problemas de salud.

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

Política de privacidad

Tenemos derecho a solicitar información a sus cuidadores. Usamos esta información para poder pagar y administrar su atención médica. Mantenemos la privacidad de esta información entre usted, su prestador de servicios médicos y nosotros, o según lo permita la ley. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para informarse sobre su derecho a la privacidad. 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

La relación entre estos proveedores y Blue Cross and Blue Shield of Texas es la de contratistas independientes. BCBSIL no recomienda, ni avala, ni garantiza ningún producto o servicio ofrecido por los proveedores mencionados en este documento.

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de BCBSIL. Este programa NO es un seguro. Algunos de los servicios que se ofrecen por medio de este programa podrían estar incluidos en su cobertura médica. Los empleados deben consultar la información específica de la cobertura en su certificado de beneficios y servicios médicos o comunicarse con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. El uso de Blue365 no cambia los pagos mensuales, ni los costos de los servicios o productos cuentan en favor de ningún máximo o deducibles de la cobertura. Los descuentos solo se otorgan por medio de proveedores que participan en este programa. BCBSIL no garantiza ni avala ninguna de las afirmaciones o recomendaciones sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar al médico antes de usar estos servicios y productos. BCBSIL se reserva el derecho de cancelar o modificar este programa en cualquier momento y sin previo aviso.

DentaQuest es una compañía independiente que proporciona servicios para la salud dental para Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Heritage Vision Plans, Inc., patrocinado por VSP, es una compañía independiente que proporciona beneficios del cuidado de la vista para Blue Cross Community Health Plans.

ModivCare es una compañía independiente que programa y administra servicios de transporte que no es de emergencia para algunas coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

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

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

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

VHPGO es una compañía independiente que proporciona recursos y programas de apoyo en línea para la nutrición. VHPGO es un programa educativo y no debe de ser considerado como tratamiento médico.

Certificado de cobertura

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 telefónica 24/7 Nurseline al **1-888-343-2697**.

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. Una vez que se realicen estos cambios, se les informará a los asegurados lo antes posible.

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

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

Planilla de descripción de la cobertura

La cobertura BCCHP incluye a los asegurados que viven en el estado de Illinois. BCCHP no incluye servicios 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 se recibe una autorización previa, es posible que tenga que pagar los servicios.

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

Servicios con cobertura

Nunca tendrá que pagar un copago o un deducible por los servicios incluidos en la cobertura BCCHP. Algunos servicios requieren una autorización previa de BCCHP como se muestra en las tablas a continuación. Si tiene preguntas, llame a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Aborto	Los servicios de aborto están incluidos en la cobertura de Medicaid (no su MCO) si usa su tarjeta del seguro médico del HFS.	Sí

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	**Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans**	**El profesional médico debe obtener autorización previa**
Acupuntura	Servicios de acupuntura relacionados con el dolor lumbar y el embarazo con presentación podálica, proporcionados por un profesional médico legalmente autorizado y con licencia como acupunturista conforme a la Ley de Práctica de Acupuntura.	Sí
Servicios de enfermeros especializados		No
Servicio en centro quirúrgico para pacientes externos		Sí
Exámenes anuales de prevención para adultos	Su PCP o WHCP lleva a cabo los exámenes. Los exámenes físicos no forman parte de la planificación familiar.	No
Servicios de apoyo del comportamiento adaptativo (ABS, en inglés)	Los servicios de ABS están incluidos para aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos: • menor de 21 años; • con diagnóstico de trastorno del espectro autista; • referido por un médico y recomendado por un analista conductual avalado por la junta de especialidades médicas.	Sí
Aparatos para asistir o aumentar la comunicación		Sí
Servicios de audiología	Los audífonos están limitados a un (1) audífono por oído cada tres años. Los exámenes de audición solo están incluidos si tiene menos de 21 años. Están incluidos para mayores de 21 años si tienen síntomas en los oídos.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de salud mental	Incluye, entre otros: • salud mental con base en la comunidad; • servicios en caso de crisis; • servicios para pacientes ambulatorios, como gestión de medicamentos, terapia y consejería; • tratamiento de día en un hospital.	Sí, en determinadas circunstancias.
Sangre, componentes sanguíneos y administración de sangre		No
Servicios quiroprácticos	Se limita a una manipulación espinal por subluxación de la columna.	No
Prueba para detectar cáncer colorrectal		No

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	**Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans**	**El profesional médico debe obtener autorización previa**
Radiodiagnóstico y radiología terapéutica	• Radiografías no invasivas solicitadas y realizadas por su PCP. • Se incluyen mamografías de prevención a partir de los 40 años. Una mamografía de referencia después de los 35 años. • Las tomografías computarizadas (CT, en inglés) y las resonancias magnéticas (MRI, en inglés) requieren autorización previa.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios dentales, incluyen cirujanos dentales	Para asegurados de más de 21 años se incluye lo siguiente: • endodoncia limitada, • dentaduras postizas limitadas, • cirugía bucal limitada. Las aseguradas embarazadas elegibles tienen servicios adicionales: • examen bucal periódico, • limpieza dental, • trabajo periodontal.	Sí, en determinadas circunstancias.
Apoyo de una doula	Incluido para aseguradas embarazadas tanto durante el embarazo, como en el parto y el posparto. La cobertura para los servicios de doula incluirá hasta 16 consultas prenatales, hasta 16 consultas posparto y apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Sí
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, en inglés)	Incluidos para asegurados menores de 21 años. El programa incluye lo siguiente: • exámenes físicos, • evaluaciones de desarrollo, • análisis de laboratorio, • vacunas, • antecedentes médicos y educación para la salud.	No
Servicios de atención médica inmediata y de emergencia	Llame a su PCP para recibir atención médica de seguimiento en un plazo de **dos (2) días** desde ocurrida la emergencia, o lo antes posible. También debe llamar a Atención al Asegurado para informar a BCCHP que recibió estos servicios.	No
Servicios dentales de emergencia	Limitado. Los exámenes de emergencia solo estarán incluidos cuando se realicen junto con un tratamiento en caso de emergencia que sea médicamente necesario para tratar el dolor, una infección o una inflamación.	No
Servicios de transporte de emergencia/ ambulancia		No

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	**Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans**	**El profesional médico debe obtener autorización previa**
Servicios y suministros de planificación familiar	Incluye, entre otros: • consultas al médico; • métodos anticonceptivos; • planificación familiar y educación; • pruebas de embarazo; • pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés). Los siguientes servicios no están incluidos: • tratamientos de fertilidad, • cirugía para revertir una esterilización.	No
FQHC, RHC y otras clínicas con tarifa por consulta		No
Cirugía de afirmación de género	• Los servicios están incluidos para los asegurados de 21 años o más. Para los menores de 21, solo en casos de necesidad médica. • Debe cumplir con todas las normas administrativas de HFS. • Debe completar el formulario de autorización previa para servicios de afirmación de género de HFS. • La aprobación también requiere cartas y documentación médica de profesionales médicos específicos.	Sí
Audífonos y pilas	Un audífono por oído cada tres años. Pilas limitadas por asegurado.	Los audífonos requieren autorización previa; las pilas, no.
Consultas a agencia de atención médica a domicilio	Para los servicios que no sean de exención, la cobertura está limitada a atención médica poshospitalaria.	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes externos		Sí
Consulta en sala de emergencias del hospital		No
Servicios hospitalarios para pacientes internados		Sí
Servicios hospitalarios para pacientes externos		Sí, en determinadas circunstancias.

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Servicios de laboratorio y radiografías	Estos servicios deben ser indicados por un profesional médico. Los debe realizar un profesional médico con licencia en un lugar apropiado.	Sí, en determinadas circunstancias. Las pruebas genéticas requieren autorización previa. Los servicios de radiología de alta tecnología (MRI, CT, PET, etc.) requieren autorización previa.
Apoyo a la lactancia	Las puericultoras ofrecen asesoramiento, educación, consejo y apoyo sobre lactancia a fin de promover el cumplimiento de los objetivos de lactancia. Los servicios de apoyo para la lactancia pueden proporcionarse durante el período perinatal hasta el destete del bebé.	Sí
suministros y equipos médicos, prótesis y ortesis;	La mayoría de los equipos y suministros médicos incluidos requieren autorización de BCCHP.	Sí, en determinadas circunstancias.
Atención de enfermería	Incluida para asegurados menores de veintiún (21) años que no participen de una exención de HCBS.	Sí
Servicios en centros de enfermería		Sí
Servicios y suministros oftalmológicos	Un par de anteojos cada dos años. Lentes de contacto solo cuando sean médicamente necesarios.	Sí
Servicios de optometría	Un examen ocular cada 12 meses.	No
Servicios de atención médica para pacientes terminales		Sí
Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	Es posible que se apliquen límites a los medicamentos. Para saber si un medicamento está incluido o si requiere autorización, consulte la lista de medicamentos preferenciales (PDL).	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de terapia física, ocupacional y del habla		La evaluación y la reevaluación no requieren autorización previa. Todos los otros servicios de terapia física, ocupacional y del habla requieren autorización previa.
Servicios de médicos		No

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans	El profesional médico debe obtener autorización previa
Servicios de podiatría	**Los siguientes servicios están incluidos:** • problemas médicos en los pies, • tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, lesiones o defectos en los pies, • corte y eliminación de callos, verrugas o callosidades, • atención podiátrica de rutina. **Los siguientes servicios no están incluidos:** • procedimientos que aún están en evaluación, • acupuntura, • plantillas.	No
Servicios de posestabilización		No
Consultas de ensayo con el dentista para asegurados con necesidades especiales		No
Exámenes rectales y de la próstata	Prueba del antigénico prostático específico (PSA, en inglés) y examen rectal digital (DRE, en inglés) incluidos para asegurados de 40 años o más.	Sí, en determinadas circunstancias.
Prótesis y ortótica		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de radiología		Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios de diálisis renal		Sí
Equipos y suministros respiratorios		Sí, en determinadas circunstancias.
Tratamiento para el abuso de sustancias	Estos son algunos de los tratamientos incluidos para el abuso de sustancias: • desintoxicación, • tratamiento en centros residenciales, • tratamiento para pacientes externos, • farmacoterapia con apoyo. Para más información, llame a Atención al Asegurado.	Sí, en determinadas circunstancias.
Trasplantes	El primer trasplante está incluido. Solo se permite un retrasplante por rechazo del trasplante anterior.	Sí

SERVICIOS INCLUIDOS		
Servicios médicos	**Límite de servicios y exclusiones de Blue Cross Community Health Plans**	**El profesional médico debe obtener autorización previa**
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)	Para programar un traslado, llame a Atención al Asegurado por lo 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 autorización previa en el caso de traslados para distancias mayores a 65 millas (64.3 km). También se requiere autorización previa para prestadores de servicios médicos que no participen de la red.	Sí, en determinadas circunstancias.
Servicios para la vista	• Solo se incluye un examen de la vista cada 12 meses. • Los anteojos solo están incluidos una vez cada dos años, para asegurados que tengan 21 años o más. • Los anteojos se reemplazan "según sea necesario" para asegurados menores de 21 años. • Los lentes de contacto están incluidos cuando sean médicamente necesarios si con los anteojos no logra el resultado deseado.	Sí, en determinadas circunstancias.

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

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos incluidos en la cobertura Blue Cross Community Health Plans para asegurados que participen de algún servicio de exención en el hogar y en la comunidad.

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**	• servicio de atención diurna para adultos; • Servicio de transporte para la atención diurna para adultos; • servicios domésticos; • sistema personal de respuesta de emergencia; • dosificador automático de medicamentos.	Es posible que necesite una autorización previa antes de recibir los servicios incluidos.

Programa de exención de HCBS	Servicios	El profesional médico debe obtener autorización previa
División de Servicios de Rehabilitación (DRS, en inglés) Personas con discapacidad, VIH/sida	• servicio de atención diurna para adultos; • servicio de transporte para la atención diurna para adultos; • adaptación del hogar para la accesibilidad; • asistencia médica en el hogar; • atención intermitente de enfermería; • atención de enfermería especializada (RN y LPN); • terapia ocupacional; • terapia física; • terapia del habla; • servicios domésticos; • envío de comidas a domicilio; • asistente personal; • sistema personal de respuesta de emergencia; • atención médica de relevo; • equipos médicos y suministros especializados.	Es posible que necesite una autorización previa antes de recibir los servicios incluidos.
División de Servicios de Rehabilitación (DRS, en inglés) Personas con lesión cerebral	• 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 (RN y LPN); • terapia ocupacional; • terapia física; • terapia del habla; • servicios prevocacionales; • servicios diurnos de habilitación; • servicios domésticos; • servicios de alimentos a domicilio; • asistente personal; • sistema personal de respuesta de emergencia; • atención médica de relevo; • equipos médicos y suministros especializados; • servicios de salud mental (M.A. y PH.D.).	Es posible que necesite una autorización previa antes de recibir los servicios incluidos.

Programa de exención de HCBS	Servicios	El profesional médico debe obtener autorización previa
Departamento de Salud y Servicios para Familias (HFS, en inglés) Programa de vida asistida	• servicios de vida asistida.	Es posible que necesite una autorización previa antes de recibir los servicios incluidos.

Además de estos servicios incluidos, BCCHP ofrece servicios y beneficios con valor agregado. Consulte la **Beneficios con valor agregado on page 28, "Beneficios con valor agregado", para obtener más información.**

Servicios incluidos limitados

- BCCHP puede brindar servicios de esterilización en la medida que lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si BCCHP brinda una histerectomía, BCCHP debe completar el formulario 1977 de HFS y archivar el formulario completado en el expediente médico del asegurado.

Servicios no incluidos en la cobertura

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

- servicios que sean de naturaleza experimental o de investigación;
- servicios proporcionados por un prestador de servicios médicos que no participa de la red y no autorizados por BCCHP;
- servicios proporcionados sin la orden médica o autorización previa requeridas;
- cirugía cosmética electiva;
- atención médica por infertilidad, como la reversión de la esterilización y tratamientos de fertilidad, como la inseminación artificial y la fertilización *in vitro*;
- cualquier servicio que no sea médicamente necesario;
- servicios proporcionados a través de agencias educativas en la comunidad;
- medicamentos para perder peso o suplementos nutricionales;
- estética dental;
- blanqueado dental;
- implantes dentales;
- seguro para lentes de contacto;
- ayuda para la baja visión;
- corrección de la vista con láser.
- 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. incluido lo siguiente:
  - semillas de la planta;
  - resina extraída;
  - sal u otros derivados;
  - cualquier mezcla o preparación que contenga compuestos derivados del cannabis.

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

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

Autorización previa

Es posible que para recibir algunos servicios necesite una autorización previa de BCCHP. De esta manera se asegura de que estén incluidos. Es decir que tanto BCCHP como el PCP (o especialista) están de acuerdo en que los servicios son médicamente necesarios. Los servicios "médicamente necesarios" son servicios con las siguientes características:

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

No necesita comunicarse con nosotros para la autorización previa. Su médico se encargará de hacerlo por usted. El proceso para obtener una autorización previa puede tomar entre 2 y 8 días calendario. Para averiguar sobre los límites de servicios médicos, consulte la sección "Servicios médicos incluidos". Su PCP también puede darle información sobre este tema.

No pagaremos los servicios de un prestador 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 inscribirse. Los nuevos asegurados tienen un período para traspasos de 90 días*. Este período le da tiempo para pasarse de cualquier prestador de servicios médicos que no participe en 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 transferir su atención y sus servicios médicos.

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

Atención médica inmediata

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

Los siguientes son algunos ejemplos que requieren atención médica inmediata:

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

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

Atención médica de emergencia

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

Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:

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

Elección del prestador de atención médica primaria

Los asegurados deben elegir un prestador de atención médica primaria (PCP) del directorio que tienen disponible al momento de la inscripción. El PCP del asegurado es responsable de brindar y coordinar la atención médica, aprobar referidos para ver a especialistas y brindar otros servicios. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Los asegurados pueden cambiar de PCP llamando a Atención al Asegurado al **1-877-860-2837**.

Acceso a la atención médica especializada

Si su PCP considera que usted necesita ver a un especialista, le ayudará a elegir uno. Su PCP coordinará la atención médica especializada.

Si es mujer y tiene cobertura de BCCHP, tiene derecho a elegir a un prestador de servicios médicos para la mujer (WHCP, en inglés). Un WHCP es un médico con licencia para practicar medicina especializada en obstetricia, ginecología o medicina para la familia. No necesita autorización previa para consultar con un WHCP de la red.

Otros recursos

Para más información sobre su cobertura médica, consulte el índice. Puede encontrar información de inconformidades y apelaciones, derechos y obligaciones, fraude, abuso y negligencia, y la política de privacidad en la sección "*Manual para asegurados*" 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 1-855-710-6984.

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

Teléfono: 1-855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 1-855-661-6965
Fax: 1-855-661-6960
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
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 1-800-537-7697
Portal de quejas:
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

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 الرقم1-877-860-2837 (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 Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-860-2837 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujurati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-860-2837 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-860-2837 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, 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 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-860-2837 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yániłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-877-860-2837 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-877-860-2837 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-877-860-2837 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите 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.
اردو Urdu	توجہ 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.

Blue Kit

Su *Manual para asegurados* y su *Certificado de cobertura* en un mismo lugar.