

## Formulario de informes de incidentes críticos para asegurados

Envíe este formulario por fax al Departamento de Coordinación de Servicios médicos al 312-946-3899 o llame a nuestro número directo para denunciar incidentes críticos con esta información al 855-653-8127.

*Para obtener ayuda para traducir o entender esta carta, o solicitarla en formatos alternativos, llame a Atención al Asegurado al 1-877-723-7702 (TTY: 7-1-1). Atendemos los siete (7) días de la semana. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Servicio de correo de voz disponible los fines de semana y los días feriados federales. Si deja un mensaje de voz, un representante de Atención al Asegurado le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.*

*Nombre del asegurado (apellido, nombre):	Número de Medicaid del asegurado:
*Fecha de nacimiento:	Número de asegurado de BCBS:
Prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés):	*Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> MMAI (Medicare Medicaid Alignment Initiative) <sup>SM</sup>
*Categorías de elegibilidad:	
<input type="checkbox"/> Personas mayores	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/> VIH/sida
<input type="checkbox"/> Servicios en un centro de enfermería	<input type="checkbox"/> Ancianos, ciegos y discapacitados
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de vida asistida	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
*Fuente de referencia (persona o entidad que informa el incidente):	
Nombre: _____	
Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____	
*Indique la fecha y hora del incidente. Fecha: _____ Hora: _____	
*Ubicación del incidente:	
<input type="checkbox"/> Hogar del asegurado	<input type="checkbox"/> Asilo
<input type="checkbox"/> Hospitalización como paciente agudo	<input type="checkbox"/> Centro para pacientes ambulatorios
<input type="checkbox"/> Centro residencial de tratamientos	<input type="checkbox"/> TFC
<input type="checkbox"/> Sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Acogida de emergencia
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Tratamiento de día
Dirección: _____	
Teléfono: _____	
*Resumen del incidente: (Puede usar páginas adicionales, de ser necesario)	
Nombre de todas las personas involucradas en el incidente crítico: _____	
Nombre de la agencia involucrada en el incidente crítico, si corresponde: _____	
*Las sospechas de incidentes críticos por abuso, negligencia o explotación deben informarse a las siguientes agencias estatales. <u>Marque la casilla para indicar qué agencia fue notificada.</u>	
⇒ Indique fecha y hora de la notificación. Fecha: _____ Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Para asegurados mayores de 18 años: número directo de Illinois Department on Aging-Adult Protective Services (servicios de protección para adultos del departamento para personas de la tercera edad de Illinois): 866-800-1409 (voz) TTY: 888-206-1327	
<input type="checkbox"/> Para asegurados en centros de enfermería: número directo de Department of Public Health Nursing Home (área de centros de enfermería del departamento de salud pública) para denuncias sobre centros de enfermería: 800-252-4343	
<input type="checkbox"/> Para asegurados en centros de vida asistida: número directo de Department of Healthcare and Family Services SLF (área de centros de vida asistida del departamento de salud y servicios para familias) para denuncias sobre centros de vida asistida: 800-226-0768	
<input type="checkbox"/> Autoridades de Seguridad Pública: llame al 9-1-1 para comunicarse con las autoridades de su localidad.	

*(continúa en la página 2)*

## Formulario de informes de incidentes críticos para asegurados, continuación

Los incidentes críticos que impliquen un fraude al sistema de Medicaid deben ser denunciados a los siguientes números de teléfono:

- Teléfono de la Illinois Office of the Inspector General (oficina del inspector general de Illinois): 800-368-1463
- Número directo de Investigaciones Especiales de BCBS para denuncias de fraude: 800-543-0867

**\*Información requerida; el campo debe completarse**

*Tipo de incidente		
<input type="checkbox"/> <b>Abuso</b> <input type="checkbox"/> Abuso físico <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Abuso emocional/verbal	<input type="checkbox"/> <b>Negligencia</b> <input type="checkbox"/> Negligencia pasiva <input type="checkbox"/> Negligencia activa/voluntaria <input type="checkbox"/> Descuido de sí mismo	<input type="checkbox"/> <b>Explotación</b> <input type="checkbox"/> Apropiación indebida de bienes, incluido el robo de bienes de los asegurados <input type="checkbox"/> Explotación financiera <input type="checkbox"/> Explotación sexual <input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Médico/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Emergencia médica/psiquiátrica <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida/herida que requiere atención médica	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta <input type="checkbox"/> El asegurado está desaparecido <input type="checkbox"/> El asegurado está en posesión de un arma <input type="checkbox"/> El asegurado muestra un comportamiento físicamente agresivo <input type="checkbox"/> Intento de suicidio por parte del asegurado	<input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Cualquier delito que ocurra en la propiedad de las instalaciones <input type="checkbox"/> Corte de energía eléctrica de más de una hora <input type="checkbox"/> Evacuación de residentes por cualquier motivo <input type="checkbox"/> Lesión física a los residentes por una falla mecánica o fuerzas de la naturaleza <input type="checkbox"/> Activación de la alarma de incendios con lesiones o daños en el apartamento
<input type="checkbox"/> Riesgos ambientales <input type="checkbox"/> Daños o afectaciones por incendios o desastres naturales <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Amenaza/idea de suicidio por parte del asegurado <input type="checkbox"/> Sospecha de abuso de alcohol o sustancias por parte del asegurado <input type="checkbox"/> Daños a la propiedad por un valor de \$50 o más por parte del asegurado <input type="checkbox"/> Autoabuso	<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Participación de los medios de comunicación/investigación de los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Amenazas contra agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Falsificación de credenciales o registros <input type="checkbox"/> Denuncias contra agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Soborno o intento de soborno de una agencia estatal/empleados de BCBS <input type="checkbox"/> Evento médico significativo del asegurado o prestador de servicios médicos <input type="checkbox"/> Robo de bienes del prestador de servicios médicos por parte de un asegurado
<input type="checkbox"/> Muertes <input type="checkbox"/> Muertes previstas <input type="checkbox"/> Muertes imprevistas <input type="checkbox"/> Muerte inusual de un asegurado <input type="checkbox"/> Muerte relacionada con abuso, negligencia o explotación <input type="checkbox"/> Muerte, tercero	<input type="checkbox"/> Acto delictivo/Autoridades de Seguridad Pública <input type="checkbox"/> Asegurado arrestado, acusado o condenado por un delito <input type="checkbox"/> Prestador de servicios médicos arrestado, acusado o condenado por un delito <input type="checkbox"/> Reclusión en un centro penitenciario <input type="checkbox"/> Actividades fraudulentas por parte del asegurado	<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Restricción <input type="checkbox"/> Aislamiento/reclusión
<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Robo en las instalaciones <input type="checkbox"/> Problema médico físico o riesgoso descubierto <input type="checkbox"/> Incidente grave que da lugar a medidas legales	<input type="checkbox"/> Actividades fraudulentas por parte del prestador de servicios médicos <input type="checkbox"/> Actividades fraudulentas del cuidador, p. ej.: firmar la hoja de horarios por horas no trabajadas  <input type="checkbox"/> Conducta sexual indebida <input type="checkbox"/> Acoso sexual <input type="checkbox"/> Conducta sexualmente problemática	
*Nombre y número de teléfono de la persona que completa el formulario si es diferente de la fuente de referencia mencionada anteriormente:		
Nombre:	Teléfono:	
*Fecha en que se completó el formulario:		

**\*Información requerida; el campo debe completarse.**

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan)<sup>SM</sup>. HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
  - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes capacitados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le proporcionó estos servicios o que lo discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar una inconformidad en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el Coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

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

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

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-723-7702 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-723-7702 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-7702 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-723-7702 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-723-7702 (телетайп: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-723-7702 (TTY: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-723-7702 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-723-7702 (ATS: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-723-7702 (TTY: 711).