



Declaración de beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)

Para recibir los beneficios adicionales como parte de los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) de su plan, debe tener una condición crónica calificada. Seleccione al menos una afección diagnosticada de las siguientes.

Verificaremos la existencia de la enfermedad crónica con su proveedor de atención médica. No podrá recibir los beneficios del SSBCI hasta que verifiquemos su condición crónica. En consecuencia, comuníquese a su médico que necesitaremos que verifique la información que se indica a continuación. Indique en este formulario la información de contacto precisa de su médico u otro proveedor de atención médica.

Una vez que verifiquemos la presencia de la afección crónica, sus beneficios estarán disponibles en su tarjeta Ultimate Benefit Card en un plazo de siete días hábiles. Cuando esto ocurra, le abonaremos sus beneficios con carácter retroactivo para que reciba todo el dinero al que tenía derecho desde la fecha de entrada en vigor.

¿Padece alguna enfermedad crónica?

Mi médico me ha diagnosticado las siguientes enfermedades crónicas. (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos | <input type="checkbox"/> C Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato |
| <input type="checkbox"/> Trastornos autoinmunes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (CKD) | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Condiciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o conserven su estado funcional |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos severos | <input type="checkbox"/> Condición postrasplante de órganos | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos cardiovasculares | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares crónicos | <input type="checkbox"/> Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo | |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes | <input type="checkbox"/> Afecciones con dificultades funcionales | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | | | |
| <input type="checkbox"/> Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico | | | |

Información de contacto del proveedor de atención médica

APELLIDO DEL PROVEEDOR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO TELEFÓNICO:

()									
---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE FAX:

()									
---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Información del beneficiario

APELLIDO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRIMER NOMBRE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INICIAL SEGUNDO NOMBRE:

--	--

FIRMA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)

		/			/							
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--