



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, comuníque 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*)

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

Información de contacto del proveedor de atención médica

APELLIDO DEL PROVEEDOR:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

NÚMERO TELEFÓNICO:

$$(\boxed{} \boxed{} \boxed{}) \boxed{} \boxed{} \boxed{} - \boxed{} \boxed{} \boxed{}$$

NÚMERO DE FAX:

() —

Información del beneficiario

APELLIDO:

PRIMER NOMBRE:

INICIAL SEGUNDO NOMBRE:

FIRMA:

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)

The diagram consists of a series of rectangular boxes arranged horizontally. The first two boxes are separated by a vertical line. A diagonal line then connects the bottom-left corner of the second box to the top-right corner of the third box. Another vertical line follows, separating the third and fourth boxes. Finally, a horizontal line extends from the right edge of the fourth box across to the right edge of the fifth box.