Formulario de verificación de enfermedad crónica para prestaciones complementarias especiales para enfermos crónicos (SSBCI)

Acción requerida

APELLIDO: NOMBRE:

MEDICARE NUMBER: FECHA DE NACIMIENTO: *(MM/DD/YYYY)* NÚMERO DE PLAN: H2962 -

Para confirmar que cumple los requisitos necesarios para recibir las prestaciones adicionales como parte de las Prestaciones Complementarias Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) de su plan, acuda a su médico y pídale que llene la siguiente información. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Ultimate Health Plans al 888-657-4170 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, estaremos disponibles de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Envíe un fax al **855-825-8128 o un correo electrónico a SNP@ulthp.com**
También puede enviarla por correo a **Ultimate Health Plans Enrollment** al **PO Box 3459, Spring Hill, FL 34611**.
Una copia de esta carta también fue enviada por fax a su médico.

Para ser completado por médicos, asistentes médicos, proveedores de salud aliados y enfermeras.

El miembro mencionado se ha inscrito en un plan que ofrece prestaciones adicionales como parte de las Prestaciones Complementarias Especiales para Enfermos Crónicos de su plan. Para ser beneficiario, el afiliado debe cumplir una de las siguientes condiciones.
Le solicitamos que confirme que el miembro cumple con uno de los requisitos marcando las casillas correspondientes.

- ❒ 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
- ❒ 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

-O- ❒ **NO** confirmo la presencia de ninguna de las afecciones mencionadas anteriormente.

APELLIDO DEL MÉDICO: NOMBRE DEL MÉDICO:

FECHA DE HOY: *(MM/DD/AAAA)*

FIRMA AUTORIZADA: _____

Debe estar firmado por el consultorio del médico.