



Plan para necesidades especiales crónicas (CSNP) y Beneficios complementarios para enfermos crónicos (SSBCI)

Ultimate Health Plans ofrece planes para necesidades especiales por afecciones crónicas (CSNP, por sus siglas en inglés) destinados a personas con ciertas afecciones crónicas o incapacitantes. Usted podría cumplir los requisitos si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas que figuran a continuación. Debemos verificar con su proveedor de atención médica en un plazo de 30 días después de la inscripción que usted tenga la afección que cumple los requisitos. Si no podemos verificarla, tendremos que darle de baja del CSNP.

Para poder optar por los beneficios de SSBCI, también debe tener un alto riesgo de hospitalización u otras consecuencias graves de salud y requerir una coordinación intensiva de la atención médica. Marque todas las afecciones diagnosticadas y proporcione información de contacto precisa del proveedor para que podamos completar la verificación necesaria.

Una vez confirmadas, sus beneficios de SSBCI se añadirán a su tarjeta Ultimate Benefit en un plazo de siete días hábiles.

¿Padece alguna enfermedad crónica?

¿Le ha diagnosticado su médico u otro profesional de la salud autorizado alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que correspondan)

Enfermedad cardiovascular (ECV):

☐ Sí ☐ No

NoInsuficiencia cardíaca crónica (ICC):

☐ Sí ☐ No

Enfermedad pulmonar crónica/EPOC:

☐ Sí ☐ No

Diabetes mellitus (DM):

☐ Sí ☐ No

Enfermedad cardiovascular (ECV)

Planes 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052

- ¿Ha sufrido un infarto o le han dicho que tiene riesgo de sufrir un infarto? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le han colocado un stent en el corazón? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene un marcapasos o toma algún medicamento para el ritmo cardíaco anormal? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le ha dicho su médico que tiene una disminución del flujo sanguíneo en las piernas o los pies? ☐ Sí ☐ No
- ¿Se ha sometido alguna vez a un procedimiento para mejorar el riego sanguíneo de las piernas o los pies? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le han diagnosticado ruidos cardíacos anormales (soplo), válvulas con fugas o muy estrechas, o se ha sometido a una cirugía para reemplazar las válvulas? ☐ Sí ☐ No

Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)

Planes 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052

- ¿Le ha dicho el médico que su corazón no bombea tan bien como debería? ☐ Sí ☐ No
- ¿Sufre hinchazón en los pies y las piernas casi a diario debido al exceso de líquido en el cuerpo? ☐ Sí ☐ No
- ¿Toma un diurético debido a una afección cardíaca (por ejemplo, insuficiencia cardíaca)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Toma medicamentos para el líquido en los pulmones o para ayudar a que el corazón lata con más fuerza? ☐ Sí ☐ No

Enfermedad pulmonar crónica/EPOC

Planes 023, 053

- ¿Sufre problemas respiratorios debido a una enfermedad pulmonar (enfisema, bronquitis crónica, asma o fibrosis pulmonar)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le ha dicho su médico que tiene daño pulmonar permanente debido al tabaquismo o inhalación de toxinas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le ha recetado el médico algún medicamento (como inhaladores, corticosteroides) u oxígeno adicional para ayudarlo a respirar mejor? ☐ Sí ☐ No

Diabetes mellitus (DM)

Planes 019, 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052

- ¿Controla regularmente su nivel de azúcar en sangre en casa? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le han diagnosticado niveles altos de azúcar en sangre (diabetes)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Toma algún medicamento para controlar su nivel de azúcar en sangre? ☐ Sí ☐ No

Información de contacto del proveedor de atención médica

APELLIDO DEL PROVEEDOR:

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

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

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

NÚMERO DE TELÉFONO:

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

NÚMERO DE FAX:

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

Información del beneficiario

APELLIDO:

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

NOMBRE:

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

FIRMA:

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

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)

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

H2962_SNPPREQ_CY27R092626_C