



Declaración de prestaciones complementarias especiales para personas con enfermedades crónicas

Para poder optar a las prestaciones adicionales incluidas en el programa de prestaciones complementarias especiales para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) de su plan, debe padecer al menos una de las enfermedades crónicas que figuran en este formulario y cumplir los tres requisitos que se indican a continuación. Marque cada afección que le haya diagnosticado su médico.

Usted debe:

1. Padecer una o varias enfermedades crónicas graves y complejas que pongan en peligro su vida o limiten en gran medida su estado de salud o sus actividades cotidianas.
2. Tener un alto riesgo de ingresar en el hospital o de sufrir otro problema grave de salud.
3. Necesitar un alto nivel de ayuda para coordinar los cuidados entre sus médicos y los servicios de atención médica.

Para empezar a recibir sus prestaciones, su médico debe cumplimentar y enviar el formulario de verificación de requisitos del SSBCI; por lo tanto, le rogamos que facilite en este formulario los datos de contacto correctos de su médico u otro profesional sanitario.

Una vez confirmadas, sus prestaciones estarán disponibles en su tarjeta Ultimate Benefit en un plazo de siete días hábiles.

¿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 (TUS) | ☐ Enfermedad gastrointestinal crónica | ☐ Trastornos neurológicos | ☐ Afecciones crónicas que afectan a la vista, el oído (sordera), el gusto, el tacto y el olfato |
| ☐ Trastornos autoinmunes | ☐ Enfermedad renal crónica (ERC) | ☐ Accidente cerebrovascular | ☐ Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuados para que la persona pueda mantener o conservar su nivel de funcionamiento |
| ☐ Cáncer | ☐ Trastornos hematológicos graves | ☐ Estado posterior a un trasplante de órganos | |
| ☐ Trastornos cardiovasculares | ☐ VIH/SIDA | ☐ Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores | |
| ☐ Insuficiencia cardíaca crónica | ☐ Trastornos pulmonares crónicos | ☐ Afecciones asociadas al deterioro cognitivo | |
| ☐ Demencia | ☐ Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes | ☐ Afecciones con dificultades funcionales | |
| ☐ Diabetes mellitus | | | |
| ☐ Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico | | | |

Información de contacto del proveedor de asistencia sanitaria

APELLIDO DEL PROVEEDOR:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

NÚMERO DE TELÉFONO:

NÚMERO DE FAX:

Información del beneficiario

APELLIDO:

NOMBRE:

FIRMA:

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)