

2026 Formulario de solicitud de elegibilidad de SSBCI

Nombre del miembro:

Apellido del miembro:

Identificación del miembro:

Fecha de nacimiento:

Nombre del plan (de su tarjeta de identificación):

Certifico que tengo una de las siguientes afecciones: ☐ Casilla de verificación

• Trastornos autoinmunitarios

- Poliarteritis nodosa
- Artritis psoriásica
- Polimialgia reumática
- Dermatomiositis
- Esclerodermia
- Polimiositis
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico

• Cáncer (sin incluir afecciones precancerosas o estado in situ)

• Trastornos cardiovasculares

- Arritmia cardíaca
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Enfermedad vascular periférica
- Trastorno tromboembólico venoso crónico

• Dependencia crónica de alcohol o drogas
• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes

- Trastornos bipolares
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno paranoide
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo

• Enfermedad gastrointestinal crónica

- Pancreatitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal

• Enfermedad de hígado graso no alcohólico
• Hepatitis B o C
• Enfermedad renal crónica

- Debe estar en diálisis

• Enfermedades pulmonares crónicas

- Asma
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

• Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo

- Demencia
- Enfermedad de Alzheimer

• Diabetes
• Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores

- VIH

• Trastornos neurológicos

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Lesión de la médula espinal
- Epilepsia
- Parálisis cerebral
- Parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
- Enfermedad de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Polineuropatía
- Estenosis espinal
- Accidente cerebrovascular o déficit neurológico relacionado

• Atención posterior a un trasplante de órganos
• Trastornos hematológicos graves

- Anemia aplásica
- Hemofilia
- Púrpura trombocitopénica inmunitaria
- Síndrome mielodisplásico
- Enfermedad de células falciformes (sin incluir el rasgo de células falciformes)

☐ Marque esta casilla si usted es el beneficiario o representante autorizado para confirmar la solicitud anterior.

Si es el representante autorizado, complete la información a continuación:

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección: