

Estimado doctor:

Nombre del Miembro:

Fecha de nacimiento del miembro:

Número de identificación de Clever Care Health Plan:

solicita el beneficio/los beneficios complementario(s) especial(es) para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Para recibir este/estos beneficio(s), debo padecer al menos una de las enfermedades crónicas que se enumeran a continuación, verificada por un proveedor de atención médica. **Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación, complete el formulario y envíelo por fax al (657) 220-8227 lo antes posible.**

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, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
- ☐ 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)

Por favor, complete y firme el formulario y envíelo por fax al (657) 220-8227. Gracias.

Firma:

Fecha: