

親愛的醫生,

會員名字:

會員出生日期:

福全健保 (Clever Care Health Plan)  
ID 編號:

正在申請「慢性病患者特別補充福利 (Special Supplemental Benefit(s) for the Chronically Ill, SSBCI)」。為符合此福利資格,本人必須至少具有下列其中一項慢性疾病,並須經醫療專業人員驗證。請勾選下方適用的選項、完整填寫本表,並請盡快傳真至 (657) 220-8227。

**自身免疫性疾病**

- 結節性多動脈炎
- 乾癬性關節炎
- 風濕性多肌痛
- 皮膚炎
- 硬皮症
- 多發性肌炎
- 類風濕性關節炎
- 全身性紅斑狼瘡

 癌症(不包括癌前病變或原位狀態)**心血管疾病**

- 心律不齊
- 慢性心衰竭
- 冠狀動脈疾病
- 周邊血管疾病
- 慢性靜脈血栓性阻塞性疾病

 慢性酒精或藥物依賴**慢性及殘疾性心理健康障礙**

- 雙相情感障礙
- 重度憂鬱症
- 偏執型障礙
- 思覺失調症
- 思覺失調情感障礙

**慢性腸胃疾病**

- 胰臟炎
- 發炎性腸道疾病

 非酒精性脂肪肝疾病 B 型或 C 型肝炎**慢性腎臟疾病**

- 必須接受洗腎治療

**慢性肺部疾病**

- 氣喘(哮喘)
- 慢性支氣管炎
- 肺氣腫
- 慢性阻塞性肺病(COPD)

**與認知障礙相關的疾病**

- 失智症
- 阿茲海默症

 糖尿病**免疫缺陷和免疫抑制疾病**

- 艾滋病/人類免疫缺陷病毒(HIV)

**神經疾病**

- 肌萎縮性側索硬化症(ALS)
- 纖維肌痛症
- 慢性疲勞症候群
- 脊髓損傷
- 癲癇
- 腦性麻痺
- 廣泛性癱瘓(如:偏癱、四肢癱、下肢癱、單肢癱)
- 亨丁頓舞蹈症
- 多發性硬化症
- 帕金森氏症
- 多發性神經病變
- 脊椎狹窄症
- 中風或相關神經系統缺損

 器官移植後照護**嚴重血液系統疾病**

- 再生不良性貧血
- 血友病
- 免疫性血小板減少性紫斑症
- 骨髓增生異常症候群
- 鐮刀型紅血球疾病(不包括鐮刀型攜帶者)

請填寫表格並簽名,傳真至 (657) 220-8227, 謝謝。

簽名:

日期: