Clever Care HEALTH PLAN

Biểu Mẫu Yêu Cầu Xác Nhận Đủ Điều Kiện SSBCI

Tên của hội viên:		Họ của hội viên:
Mã số ID hội viên:	Ngày sinh:	Tên chương trình bảo hiểm (trên thẻ ID của quý vị):

Tôi xác nhận mình đang mắc một trong các bệnh trạng sau:
☐ Vui lòng đánh dấu vào hộp kiểm (ô vuông) này để xác nhận

- **Rối loạn tự miễn dịch**
  - Viêm nút quanh động mạch
  - Viêm khớp vảy nến
  - Đau đa cơ dạng thấp
  - Viêm da cơ (Dermatomyositis)
  - Xơ cứng bì
  - Viêm đa cơ (Polymyositis)
  - Viêm khớp dạng thấp
  - Lupus ban đỏ hệ thống
- **Ung thư** (không bao gồm các tình trạng tiền ung thư hoặc giai đoạn tại chỗ: ung thư khu trú – chưa di căn)
- **Rối loạn tim mạch**
  - Rối loạn nhịp tim
  - Bệnh động mạch vành
  - Bệnh mạch máu ngoại biên
  - Rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính
- **Nghiện rượu hoặc thuốc mạn tính**
- **Tình trạng tâm thần gây tàn tật mạn tính**
  - Rối loạn lưỡng cực
  - Rối loạn trầm cảm nặng
  - Rối loạn hoang tưởng
  - Tâm thần phân liệt
  - Rối loạn phân liệt cảm xúc
- **Bệnh đường tiêu hóa mạn tính**
  - Viêm gan B
  - Viêm gan C
  - Viêm tụy
  - Viêm ruột
  - Gan nhiễm mỡ không do rượu
- **Suy tim mạn tính**
- **Bệnh thận mạn tính**
  - Cần phải chạy thận nhân tạo
- **Rối loạn phổi mạn tính**
  - Hen suyễn
  - Viêm phế quản mạn tính
  - Bệnh khí phế thũng
  - Bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD)
- **Các bệnh trạng về suy giảm nhận thức**
  - Sa sút trí tuệ
  - Bệnh Alzheimer
- **Bệnh tiểu đường**
- **Suy giảm và rối loạn ức chế miễn dịch**
  - HIV
- **Rối loạn thần kinh**
  - Xơ cứng teo cơ một bên (ALS)
  - Đau cơ xơ hóa (Fibromyalgia)
  - Hội chứng mệt mỏi mạn tính
  - Chấn thương tủy sống
  - Động kinh
  - Bại não
  - Liệt nặng ở diện rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi dưới, liệt một chi)
  - Bệnh Huntington
  - Bệnh đa xơ cứng
  - Bệnh Parkinson
  - Bệnh đa dây thần kinh
  - Hẹp ống sống
  - Khiếm khuyết thần kinh do đột quỵ
- **Chăm sóc sau ghép tạng**
- **Rối loạn huyết học nặng**
  - Thiếu máu bất sản (không tái tạo)
  - Bệnh máu khó đông (Hemophilia)
  - Giảm tiểu cầu miễn dịch
  - Hội chứng loạn sản tủy (rối loạn sinh tủy)
  - Bệnh hồng cầu hình liềm (trừ đặc điểm hình cầu do gen di truyền)
  - Rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính
- **Đột quỵ**

(còn nữa)

Clever Care HEALTH PLAN

☐ Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu quý vị là người thụ hưởng hoặc người đại diện được ủy quyền để xác nhận yêu cầu trên.

Nếu là đại diện được ủy quyền, vui lòng điền đầy đủ thông tin bên dưới:

Tên:	Số điện thoại:

Địa chỉ:

Yêu cầu ủy quyền theo tiêu chuẩn có thể mất đến 14 ngày theo lịch. Để yêu cầu xử lý nhanh, bác sĩ của quý vị phải hoàn thành Biểu Mẫu Xác Nhận từ Bác Sĩ (Physician Verification Form) và gửi fax lại cho chúng tôi.