Declaración para el Beneficio Suplementario Especial para Personas con Problemas de Salud Crónicos (SSBCI) "Alimentos y Productos Frescos" de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Este plan incluye un beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) llamado "Alimentos y productos frescos". Para ser elegible para recibir este beneficio (no todos los miembros calificarán), el miembro debe tener al menos uno de los siguientes problemas de salud crónicos:

- Trastorno crónico por el consumo de alcohol y otros trastornos por el uso de sustancias adictivas (SUD, por sus siglas en inglés)
- Problemas autoinmunitarios (poliarteritis nudosa, polimialgia reumática, polimiositis, dermatomiositis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, artritis psoriásica, esclerodermia)
- Cáncer
- Problemas cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas cardíacas)
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Enfermedad gastrointestinal crónica (enfermedad hepática crónica, esteatosis hepática no alcohólica [NAFLD, por sus siglas en inglés], hepatitis B, hepatitis C, pancreatitis, síndrome del intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal)
- Enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés): que requiere diálisis/enfermedad de riñones en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés) o CKD para la que no se necesita diálisis
- Problemas sanguíneos graves (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunitaria, síndrome mielodisplásico, anemia de células falciformes [sin incluir el rasgo de células falciformes], tromboembolia venosa crónica)
- VIH/sida
- Problemas pulmonares crónicos (asma, bronquitis crónica, fibrosis quística, enfisema, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [COPD, por sus siglas en inglés])
- Problemas de salud mental crónicos e incapacitantes (trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad)
- Problemas neurológicos (esclerosis lateral amiotrófica [ALS, por sus siglas en inglés], epilepsia, parálisis extensa [como hemiplejia, tetraplejia, paraplejia, monoplejia], enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, lesiones en la médula espinal, estenosis espinal, deficiencia neurológica relacionada con un accidente cerebrovascular)
- Accidente cerebrovascular
- Atención después de un trasplante de órganos
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Problemas de salud relacionados con el deterioro cognitivo (enfermedad de Alzheimer, discapacidades intelectuales y del desarrollo, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad mental incapacitante relacionada con el deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve)
- Problemas de salud asociados a dificultades funcionales y para los que se necesitan servicios similares, incluidos los siguientes: lesiones en la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, accidente cerebrovascular, artritis
- Problemas de salud crónicos que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato

Envíe las **dos** páginas de este formulario de SSBCI de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan completo:

Por fax al: **(877) 251-3660**
Por correo a: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856
Por correo electrónico a: WHMembership@blueshieldca.com

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar el formulario, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al **(800) 452-4413 (TTY: 711),** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite **blueshieldca.com/medicare**.

Primer nombre del miembro: _____

Apellido del miembro: _____

Identificación de Medicare: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

Dirección electrónica del miembro: _____

Número de teléfono del miembro: _____

Confirmación del proveedor

Entiendo que el miembro identificado arriba debe tener una determinada enfermedad prolongada (que se conoce como problema de salud crónico) para usar este beneficio.

Declaro que el miembro identificado arriba:

- ☐ CUMPLE con los requisitos de elegibilidad descritos arriba y que califica para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos. Escriba el problema de salud crónico: _____
- ☐ NO CUMPLE con los requisitos de elegibilidad descritos arriba y que no califica para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos. Le recomiendo al miembro que programe una visita al consultorio.

Nombre del proveedor: _____ N.º de teléfono del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____