만성 질환자용 식품 및 농산물 특별 보조 혜택 (SSBCI) 증명서 – Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan(HMO D-SNP)

이 플랜에는 식품 및 농산물 혜택이라고 하는 만성 질환자용 특별 보조 혜택(SSBCI)이 포함되어 있습니다. 이 혜택을 받으려면(모든 가입자가 자격이 되는 것은 아님) 가입자는 다음 중 하나 이상의 만성 질환이 있어야 합니다.

- 만성 알코올 사용 장애 및 기타 물질 사용 장애(SUD)
- 각종 자가면역 질환(결절성 다발 동맥염, 류마티스성 다발 근육통, 다발 근육염, 피부근염, 류마티스 관절염, 전신 홍반성 루푸스, 건선성 관절염, 피부의 경화)
- 암
- 심혈관 장애(각종 심부정맥, 관상 동맥 질환, 말초 혈관 질환, 심장 판막 질환)
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 과체중, 비만 및 대사 증후군
- 만성 위장관 질환(만성 간 질환, 비-알코올성 지방간 질환[NAFLD], B형 간염, C형 간염, 췌장염, 과민성 장 증후군, 염증성 장 질환)
- 만성 신장병(CKD): 투석이 필요한 경우/말기 신장병(ESRD) 또는 투석이 필요하지 않은 CKD
- 중증 혈액학적 장애(재생 불량성 빈혈, 혈우병, 면역성 혈소판 감소성 자색반, 골수 형성 이상 증후군, 겸상 적혈구병[겸상 적혈구 소질 제외], 만성 정맥 혈전 색전증)
- 사람 면역 결핍 바이러스(HIV)/에이즈(AIDS)
- 만성 폐 장애(천식, 만성 기관지염, 낭성 섬유증, 폐기종, 폐 섬유증, 폐 고혈압, 만성 폐쇄성 폐질환[COPD])
- 만성 및 장애를 유발하는 정신 건강 상태(각종 양극성 장애, 주요 우울 장애, 편집성 장애, 조현병, 분열 정동 장애, 외상 후 스트레스 장애, 식이 장애, 불안 장애)
- 신경학적 장애(근위축 측삭 경화증[ALS], 뇌전증, 광범위한 마비[반마비, 사지 마비, 하반신 마비, 단일 마비 등], 헌팅턴병, 다발성 경화증, 파킨슨병, 다발 신경증, 섬유 근육통, 만성 피로 증후군, 척수 손상, 척추관 협착, 뇌졸중 관련 신경학적 결손)
- 뇌졸중
- 기관 이식 후 관리
- 면역 결핍 및 면역 억제 장애
- 인지 손상과 관련된 상태(알츠하이머병, 지적 장애 및 발달 장애, 외상성 뇌 손상, 인지 손상과 관련된 장애를 유발하는 정신 질환, 경증 인지 손상)
- 척수 손상, 마비, 사지손실 , 뇌졸중, 관절염 등 기능적 문제와 관련되고 유사한 서비스가 필요한 상태
- 시력, 청력(난청), 미각, 촉각 및 후각에 영향을 주는 만성 질환
- 기능을 유지하거나 회복하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태

본 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan SSBCI 양식의 작성 완료된 페이지 **둘 다**를 다음의 방법으로 제출해 주십시오.

팩스: (877) 251-3660
우편: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856
이메일: WHMembership@blueshieldca.com

양식 작성에 대해 문의하시려면 고객 서비스 부서에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(태평양 표준시)에 전화하시거나 blueshieldca.com/medicare를 방문해 주십시오.

가입자 이름: _____

가입자 성: _____

Medicare ID: _____ 가입자 생년월일: _____

가입자 이메일: _____

가입자 전화 번호: _____

제공자 확인

본인은 위 회원이 본 혜택을 이용하려면 만성 질환으로 알려진 특정 장기 질병이 있어야 함을 이해합니다.

본인은 위에 해당 회원이 다음의 사항에 해당하는 것을 확인합니다.

☐ 위에 명시된 만성 질환자용 특별 보조 혜택 자격 요건을 충족합니다.
만성 질환을 기입해 주십시오 _____

☐ 위에 명시된 만성 질환자용 특별 보조 혜택 자격 요건을 충족하지 않습니다. 본인은 가입자가 진료실 방문을 예약을 하도록 권장합니다.

제공자 이름: _____ 제공자 전화 번호: _____

제공자 서명: _____ 날짜: _____