

## Declaración para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI) “Independence and Safe Mobility with AAA”

Este plan incluye un beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) llamado “Independence and Safe Mobility with AAA” (Independencia y Movilidad Segura con la American Automobile Association [AAA, Asociación Estadounidense del Automóvil]). Para ser elegible para este beneficio, usted debe tener uno o más de los siguientes problemas de salud crónicos. Elija el que corresponda de los siguientes problemas de salud que califican:

<input type="checkbox"/>	<b>Cáncer</b>	Excepto problemas de salud precancerosos o los tipos de cáncer localizados
<input type="checkbox"/>	<b>Problemas cardiovasculares</b>	Incluyen solo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Arritmias cardíacas (también conocidas como ritmo cardíaco anormal)</li><li>• Enfermedad de las arterias coronarias (es decir, antecedentes de dolores en el pecho, ataques cardíacos o endurecimiento de las arterias del corazón)</li><li>• Enfermedad vascular periférica (también conocida como endurecimiento de las arterias de las piernas)</li><li>• Tromboembolia venosa crónica (también conocida como coágulos de sangre en las piernas)</li></ul>
<input type="checkbox"/>	<b>Insuficiencia cardíaca crónica</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes mellitus</b>	(también conocida como diabetes tipo I o tipo II)
<input type="checkbox"/>	<b>Problemas pulmonares crónicos</b>	Incluyen solo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Asma</li><li>• Bronquitis crónica (también conocida como enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])</li><li>• Enfisema (también conocida como enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])</li><li>• Fibrosis pulmonar (también conocida como cicatrización del tejido pulmonar)</li><li>• Hipertensión pulmonar (también conocida como presión arterial alta en los pulmones)</li></ul>
<input type="checkbox"/>	<b>Accidente cerebrovascular</b>	

Envíe las **dos** páginas del formulario de SSBCI de Blue Shield Inspire completo:

**Por fax al:** (877) 251-3600

**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 Atención al Cliente llamando al (800) 776-4466 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, durante todo el año, o visite blueshieldca.com/medicare

Nombre del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Apellido del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Id. de Medicare: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

## Declaración de elegibilidad del miembro

- Declaro que tengo uno o más de los problemas de salud crónicos mencionados arriba y que califico para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos llamado "Independence and Safe Mobility with AAA". Si se necesita más información, mi plan puede comunicarse con mi proveedor (que aparece abajo). Doy permiso al plan o a uno de sus agentes para comunicarse conmigo en relación con mi beneficio. También entiendo que los beneficios que no se usaron no se transferirán al siguiente año calendario. Entiendo que el SSBCI llamado "Independence and Safe Mobility with AAA" solo estará disponible para mí mientras siga siendo elegible para el plan Blue Shield Medicare Advantage que ofrece este beneficio.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

O

Nombre del apoderado legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del apoderado legal: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Dirección del apoderado legal: \_\_\_\_\_

Firma del apoderado legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Confirmación del proveedor

- Declaro que el miembro o solicitante al que se menciona arriba cumple uno o más de los requisitos de elegibilidad descritos antes y que califica para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos "Independence and Safe Mobility with AAA".

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。