

尊敬的医疗服务提供者：

您的患者可能有资格通过其 **Aetna® Medicare** 计划获得额外福利，以支持其整体健康与福祉。这些福利以慢性病患者特殊补充福利 (**SSBCI**) 的形式提供。

如需获得 **SSBCI** 资格认定，患者必须符合 **Medicare** 和 **Medicaid** 服务中心 (**CMS**) 指南规定的**所有**适用资格要求。患者必须：

1. 患有一种或多种合并症或医学情况复杂的疾病，且这些疾病危及生命，或严重限制其整体健康状况或功能能力；**并且**
2. 面临较高的住院风险或出现其他不良健康结局的风险；**并且**
3. 在医疗护理协调方面需要密集支持。

在批准任何 **SSBCI** 福利或向保户提供相关福利之前，**Aetna** 将审核本表单以及已收集的任何可核实健康信息来源，例如理赔数据，以确认患者符合全部资格标准。

请注意：

- 提交本表单**并不保证**患者具备福利资格，**也不保证**福利申请会获得批准
- 福利不能追溯适用于资格认定之前的任何时期

哪些人员可以填写本表单

- 保户的持证医疗服务提供者，包括医生、执业护士 (**NP**)、护士 (**LPN**、**RN**)、医师助理、临床心理学家、持证临床社会工作者 (**LCSW**)、持证婚姻与家庭治疗师，以及持证心理健康咨询师 (**LMHC**)。

请将表单传真至 **1-844-773-1644**
或通过电子邮件发送至 [**SSBCIBenefits@Aetna.com**](mailto:SSBCIBenefits@Aetna.com)



医疗服务提供者关于患者 **SSBCI** 资格特征的证明

作为 **SSBCI** 资格认定流程的一部分，**CMS** 要求该计划取得负责管理患者已确诊疾病的持证医疗服务提供者的确认。填写本表单即表示您证明患者已被诊断患有上述一种或多种疾病，并且您已评估患者的整体健康状况、临床病情、功能需求和/或护理需求。

请尽快填写、签署并返还本表单，以便开展资格审核。所有必填字段均标有星号 (*)。

1. 患者人口统计信息

患者名字：*	患者姓氏：*	
出生日期（月/日/年）：*		
患者电话号码（包括区号）：*	Aetna 保户 ID：（仅在可提供时填写）	
地址：*		
城市：*	州：*	邮政编码：*

2. 医疗服务提供者信息（由医疗服务提供者填写）

医疗服务提供者姓名：*		
办公室电话号码（包括区号）：*	传真号码（包括区号）：*	
地址：*		
城市：*	州：*	邮政编码：*
NPI：*		
签名：*	日期：*	

您可以打印本表单，并采取以下任一方式提交：

请使用不含任何受保护健康信息 (PHI) 的
传真封面，并传真至：
1-844-773-1644
收件部门：补充福利部
(Supplemental Benefits Department)

仅在您能够发送安全电子邮件的情况下，
方可扫描填写完毕的表单，
并通过安全电子邮件发送至：
SSBCIBenefits@Aetna.com

☐ 贫血	☐ 慢性疼痛
自身免疫性疾病，仅限于：	与认知功能受损相关的疾病
☐ 皮炎	☐ 阿尔茨海默病
☐ 结节性多动脉炎	☐ 与认知功能受损相关的致残性牙科疾病
☐ 风湿性多肌痛	☐ 智力障碍和发育障碍
☐ 多发性肌炎	☐ 轻度认知功能障碍
☐ 银屑病	☐ 创伤性脑损伤
☐ 银屑病关节炎	☐ 为维持或保留功能而需要持续接受治疗服务的疾病
☐ 类风湿关节炎	
☐ 硬皮病	
☐ 系统性红斑狼疮	存在功能障碍并需要类似服务的疾病，包括：
☐ 癌症	☐ 关节炎
心血管疾病，仅限于：	☐ 肢体缺失
☐ 心律失常 - 心跳不规律	☐ 瘫痪
☐ 冠状动脉疾病	☐ 脊髓损伤
☐ 外周血管疾病 - 血液循环问题	☐ 中风
☐ 心脏瓣膜病	☐ 痴呆
☐ 慢性酒精使用障碍及其他物质滥用障碍 (SUD)	☐ 糖尿病 - 高血糖
慢性致残性心理健康疾病，仅限于：	☐ 艾滋病病毒/艾滋病
☐ 焦虑障碍	☐ 免疫缺陷和免疫抑制性疾病
☐ 双相情感障碍	神经系统疾病，仅限于：
☐ 进食障碍	☐ 肌萎缩侧索硬化症 (ALS)
☐ 重度抑郁障碍	☐ 慢性疲劳综合征
☐ 偏执性障碍	☐ 癫痫 - 惊厥发作问题
☐ 创伤后应激障碍 (PTSD)	☐ 广泛性瘫痪（即偏瘫、四肢瘫、截瘫或单肢瘫）
☐ 分裂情感性障碍	☐ 纤维肌痛症
☐ 精神分裂症	☐ 亨廷顿病
☐ 损害视力、听力（聋）、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病	☐ 多发性硬化症 (MS)
慢性胃肠道疾病	☐ 帕金森病
☐ 慢性肝病	☐ 多发性神经病
☐ 乙肝	☐ 脊髓损伤
☐ 丙型肝炎	☐ 椎管狭窄
☐ 炎症性肠病	☐ 卒中相关神经功能缺损
☐ 肠易激综合征	☐ 超重、肥胖和代谢综合征
☐ 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD)	☐ 器官移植后护理
☐ 胰腺炎	☐ 严重血液系统疾病，仅限于：
☐ 慢性心力衰竭	再生障碍性贫血
☐ 慢性高脂血症（高胆固醇）	☐ 慢性静脉血栓栓塞性疾病
☐ 慢性高血压	☐ 血友病
慢性肾病 (CKD)	☐ 免疫性血小板减少性紫癜
☐ 无需透析的慢性肾病	☐ 骨髓增生异常综合征
☐ 需要透析的慢性肾病/终末期肾病 (ESRD)	☐ 镰状细胞病（不包括镰状细胞性状）
慢性肺部疾病，仅限于：	☐ 中风
☐ 哮喘、慢性支气管炎	
☐ 慢性阻塞性肺病 (COPD)	
☐ 肺气肿	
☐ 肺纤维化	
☐ 肺动脉高压	

临床状况和诊断

- ☐ 是 ☐ 否 — 患者存在记忆力和决策能力受损
- ☐ 是 ☐ 否 — 患者患有严重影响其临床稳定状况的行为健康疾病
- ☐ 是 ☐ 否 — 患者因残障身份而具备 **Medicare** 资格

健康状况和功能需求

- ☐ 是 ☐ 否 — 患者在一项或多项日常活动中需要协助，例如洗澡、穿衣、进食或行动
- ☐ 是 ☐ 否 — 在没有协助或支持的情况下，患者无法安全完成独立生活所需的全部任务
- ☐ 是 ☐ 否 — 患者存在影响行动能力、平衡能力或耐力的身体限制，因而面临跌倒风险

护理和服务使用情况

- ☐ 是 ☐ 否 — 在过去 **12** 个月内，患者曾因住院、急诊就诊、入住专业护理机构或其他严重健康事件，而在康复、管理自身健康或安全居家方面需要支持
- ☐ 是 ☐ 否 — 在过去 **12** 个月内，患者频繁使用医疗服务，例如门诊就诊、接受医疗操作或实验室检查
- ☐ 是 ☐ 否 — 患者同时接受多名医疗服务提供者或专科医生的诊疗

用药和治疗的复杂程度

- ☐ 是 ☐ 否 — 患者难以独立管理药物、预约或护理指示
- ☐ 是 ☐ 否 — 患者被开具多种需要持续监测、调整或协调的药物

健康状况变化或疾病进展

- ☐ 是 ☐ 否 — 患者近期健康状况有所下降，或一种或多种慢性疾病出现恶化
- ☐ 是 ☐ 否 — 患者出现与其原有疾病相关的新症状、并发症或功能限制

护理管理或临床评估

- ☐ 是 ☐ 否 — 患者难以遵从治疗建议、用药要求或后续护理安排

健康相关社会需求和资源获取障碍

- ☐ 是 ☐ 否 — 患者无法稳定获得一种或多种维持健康与安全所必需的资源，例如交通、食物、住房或照护人员