



Certificación del proveedor sobre las características del paciente para la elegibilidad para los SSBCI

Estimado proveedor:

Es posible que su paciente sea elegible para recibir beneficios adicionales a través del plan Aetna® Medicare para ayudar a mantener su salud y bienestar en general. Estos beneficios se ofrecen como beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI).

Para poder acceder a los SSBCI, el paciente debe cumplir **todos** los requisitos de elegibilidad correspondientes, tal y como se definen en las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La persona debe:

1. tener una o más condiciones comórbidas y de complejidad médica que pongan en riesgo su vida o limiten de manera significativa su salud general o su capacidad funcional; **y**
2. tener un riesgo alto de internación u otros resultados adversos para la salud; **y**
3. necesitar apoyo intensivo para coordinar su cuidado médico.

Aetna revisará esta forma junto con cualquier otra fuente verificable de información de salud — como información sobre reclamos, por ejemplo— para confirmar que se cumplen todos los criterios de elegibilidad antes de que se apruebe o se brinde a un miembro cualquier beneficio de los SSBCI.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- La presentación de esta forma **no garantiza la elegibilidad para los beneficios ni su aprobación.**
- Los beneficios no pueden aplicarse retroactivamente a ningún período anterior a la determinación de la elegibilidad.

QUIÉN PUEDE COMPLETAR ESTA FORMA

- Los proveedores del cuidado de la salud del miembro, por ejemplo: médico, enfermero facultativo, enfermero, asociado médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico con licencia, terapeuta familiar y matrimonial con licencia, y consejero de salud mental con licencia.

**Envíe la forma por fax al 1-844-773-1644
o por correo electrónico a SSBCIBenefits@Aetna.com.**



Certificación del proveedor sobre las características del paciente para la elegibilidad para los SSBCI

Como parte del proceso de determinación de elegibilidad para los SSBCI, los CMS exigen que el plan obtenga la confirmación de un proveedor del cuidado de la salud que se encargue del tratamiento de las afecciones diagnosticadas del paciente. **Al completar esta forma, usted certifica que a su paciente se le ha diagnosticado una o varias de las afecciones indicadas anteriormente y que ha evaluado el estado de salud general del paciente, sus afecciones clínicas, sus necesidades funcionales o sus requisitos de cuidado.**

Le pedimos que complete, firme y envíe esta forma lo antes posible para facilitar el proceso de revisión de elegibilidad. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco (*).

1. Información demográfica del paciente

Nombre del paciente:*	Apellido del paciente:*	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):*		
N.º de teléfono del paciente (incluido el código de área):*	N.º de identificación de miembro de Aetna (solo si está disponible):	
Dirección:*		
Ciudad:*	Estado:*	Código postal:*

2. Información del proveedor (la debe completar el proveedor)

Nombre del proveedor:*		
N.º de teléfono del consultorio (incluido el código de área):*	N.º de fax (incluido el código de área):*	
Dirección:*		
Ciudad:*	Estado:*	Código postal:*
Identificador nacional del proveedor (NPI):*		
Firma:*		Fecha:*

Puede imprimir esta forma y enviarla de una de las siguientes maneras:

Usar la portada sin ninguna información protegida de salud y enviarla por fax al: 1-844-773-1644
(Attention: Supplemental Benefits Department)

Solo si puede enviar un correo electrónico seguro, escanear la forma completa y enviarla a:
SSBCIBenefits@Aetna.com

Certificación del proveedor sobre las características del paciente para la elegibilidad para los SSBCI

☐ Anemia	☐ Dolor crónico
Trastornos autoinmunitarios que se limitan a los siguientes:	Enfermedades asociadas con deterioro cognitivo
☐ Dermatomiositis	☐ Enfermedad de Alzheimer
☐ Poliarteritis nudosa	☐ Enfermedad mental incapacitante asociada con deterioro cognitivo
☐ Polimialgia reumática	☐ Discapacidades intelectuales y discapacidades del desarrollo
☐ Polimiositis	☐ Deterioro cognitivo leve
☐ Psoriasis	☐ Traumatismos cerebrales
☐ Artritis psoriásica	☐ Enfermedades que requieren servicios de terapia continua para que la persona mantenga o conserve el funcionamiento
☐ Artritis reumatoide	☐ Enfermedades con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:
☐ Esclerodermia	☐ Artritis
☐ Lupus eritematoso sistémico	☐ Pérdida de extremidades
☐ Cáncer	☐ Parálisis
Enfermedades cardiovasculares que se limitan a las siguientes:	☐ Lesiones de la médula espinal
☐ Arritmias cardíacas (frecuencia cardíaca irregular)	☐ Derrame cerebral
☐ Enfermedad de la arteria coronaria	☐ Demencia
☐ Enfermedad vascular periférica (problema de circulación)	☐ Diabetes mellitus (azúcar alta)
☐ Enfermedad valvular cardíaca	☐ VIH y sida
☐ Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias	☐ Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores
Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes que se	Trastornos neurológicos que se limitan a los siguientes:
☐ Trastornos de ansiedad	☐ Esclerosis lateral amiotrófica
☐ Trastornos bipolares	☐ Síndrome de fatiga crónica
☐ Trastornos alimentarios	☐ Epilepsia o problemas de convulsiones
☐ Trastornos depresivos mayores	☐ Parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
☐ Trastorno de personalidad paranoica	☐ Fibromialgia
☐ Trastorno de estrés postraumático	☐ Enfermedad de Huntington
☐ Trastorno esquizoafectivo	☐ Esclerosis múltiple
☐ Esquizofrenia	☐ Enfermedad de Parkinson
☐ Enfermedades crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato	☐ Polineuropatía
Enfermedad gastrointestinal crónica	☐ Lesiones de la médula espinal
☐ Enfermedad hepática crónica	☐ Estenosis espinal
☐ Hepatitis B	☐ Déficit neurológico relacionado con un derrame cerebral
☐ Hepatitis C	☐ Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
☐ Enfermedad inflamatoria intestinal	☐ Cuidado postrasplante de órganos
☐ Síndrome de intestino irritable	☐ Trastornos hematológicos graves que se limitan a los siguientes:
☐ Esteatosis hepática no alcohólica	☐ Anemia aplásica
☐ Pancreatitis	☐ Enfermedad tromboembólica venosa crónica
☐ Insuficiencia cardíaca crónica	☐ Hemofilia
☐ Hiperlipidemia crónica (colesterol alto)	☐ Púrpura trombocitopénica inmune
☐ Hipertensión crónica (presión sanguínea alta)	☐ Síndrome mielodisplásico
Enfermedad renal crónica	☐ Anemia falciforme (se excluye el rasgo drepanocítico)
☐ Enfermedad renal crónica que no requiere diálisis	☐ Derrame cerebral
☐ Enfermedad renal crónica que requiere diálisis o enfermedad	
Enfermedades pulmonares crónicas que se limitan a las siguientes:	
☐ Asma, bronquitis crónica	
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
☐ Enfisema	
☐ Fibrosis pulmonar	
☐ Hipertensión pulmonar	

Afecciones clínicas y diagnósticos

- ☐ Sí ☐ No — El paciente presenta un deterioro de la memoria y de la capacidad para tomar decisiones.
- ☐ Sí ☐ No — El paciente tiene una afección de salud conductual que afecta de manera significativa su estabilidad clínica.
- ☐ Sí ☐ No — El paciente es elegible para Medicare debido a su estado de discapacidad.

Estado de salud y necesidades funcionales

- ☐ Sí ☐ No — El paciente necesita ayuda para realizar una o varias actividades cotidianas (p. ej., bañarse, vestirse, comer, desplazarse).
- ☐ Sí ☐ No — El paciente no puede realizar de manera segura todas las tareas necesarias para llevar una vida independiente sin ayuda ni apoyo.
- ☐ Sí ☐ No — El paciente tiene limitaciones físicas que afectan su movilidad, equilibrio o resistencia, por lo que corre riesgo de sufrir caídas.

Patrones de cuidado y uso de los servicios

- ☐ Sí ☐ No — En los últimos 12 meses, una estadía en el hospital, una visita a la sala de emergencias, una internación en un centro de enfermería especializada u otros incidentes de salud graves hicieron que el paciente necesitara ayuda para recuperarse, controlar su salud o permanecer en su hogar de manera segura.
- ☐ Sí ☐ No — En los últimos 12 meses, el paciente ha usado con frecuencia los servicios de cuidado de salud (p. ej., visitas al consultorio, procedimientos, análisis de laboratorio).
- ☐ Sí ☐ No — El paciente recibe cuidado de varios proveedores o especialistas.

Complejidad de los medicamentos y del tratamiento

- ☐ Sí ☐ No — El paciente tiene dificultades para gestionar de forma independiente los medicamentos, las citas o las instrucciones de cuidado.
- ☐ Sí ☐ No — Al paciente le recetaron varios medicamentos que requieren un seguimiento, un ajuste o una coordinación continuos.

Cambios en la salud o en la progresión de la enfermedad

- ☐ Sí ☐ No — El paciente experimentó recientemente un deterioro en su estado de salud o un empeoramiento de una o varias condiciones crónicas.
- ☐ Sí ☐ No — El paciente ha desarrollado nuevos síntomas, complicaciones o limitaciones funcionales relacionados con sus condiciones.

Administración del cuidado o evaluación clínica

- ☐ Sí ☐ No — El paciente tiene dificultades para seguir las recomendaciones de tratamiento, tomar los medicamentos o asistir a las visitas de cuidado de seguimiento.

Necesidades sociales relacionadas con la salud y obstáculos de acceso

- ☐ Sí ☐ No — El paciente no tiene un acceso confiable a uno o varios recursos necesarios para garantizar su salud y seguridad, como el transporte, la alimentación, la vivienda o los servicios de un cuidador.