Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) para 2027

Instrucciones para el formulario de verificación de estado de salud

¿Qué es este formulario?

Si le interesa recibir uno o más Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) ofrecidos por Verda Health Plan.

Las normas federales de Medicare (CMS-4208-F3 y CMS-4212-F) exigen que Verda Health Plan verifique que los afiliados cumplan con los requisitos de elegibilidad relacionados con la salud antes de que se puedan proporcionar los beneficios SSBCI. Para determinar si usted reúne los requisitos, es posible que Verda solicite la confirmación de su(s) afección(es) de salud por parte de un proveedor de atención médica cualificado.

¿Qué tengo que hacer?

Lleve este formulario a un profesional de la salud que le atienda actualmente, o que le haya atendido anteriormente, por las afecciones médicas que figuran en el Formulario de verificación de afecciones de salud.

Pídale al proveedor que complete, firme y feche el formulario.

Asegúrese de que el proveedor devuelva el formulario completado a Verda Health Plan siguiendo las instrucciones de envío que figuran en el formulario.

¿Quién puede completar este formulario?

Este formulario debe ser completado por un profesional de la salud cualificado que:

- Cuenta con un Identificador Nacional de Proveedor (NPI) activo.
- Tiene una relación terapéutica establecida con usted y le ha brindado atención para su(s) afección(es).
- Puede verificar con precisión su(s) estado(s) de salud y los criterios clínicos relacionados.

Verda Health Plan es un plan HMO/CSNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Verda Health Plan depende de la renovación del contrato.

Entre los ejemplos de profesionales de la salud cualificados se pueden incluir:

Médicos (MD o DO)

Enfermeras de práctica avanzada (EPA)

Asistentes médicos (PA)

El proveedor no necesita formar parte de la red de Verda Health Plan para completar este formulario.

Importante:

No complete usted mismo las preguntas de carácter médico. Las secciones médicas de este formulario deben ser completadas por su profesional de la salud. Cualquier información completada por una persona que no sea un profesional de la salud cualificado podría retrasar la tramitación de su solicitud o provocar el rechazo del formulario.

¿Qué sucede después de enviar el formulario?

Verda Health Plan revisará la información proporcionada por su proveedor de atención médica para determinar si usted cumple con los requisitos de elegibilidad para los beneficios SSBCI disponibles.

El envío de este formulario no garantiza la elegibilidad ni la aprobación de ningún beneficio SSBCI. La elegibilidad se determina en función de los requisitos de Medicare aplicables y de los criterios de calificación para SSBCI de Verda Health Plan.

¿Necesitar ayuda?

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Experiencia del Miembro de Verda al: 1-888-256-5123 (TTY 711). El horario de atención es: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos), del 1 de abril al 30 de septiembre.

Verda Health Plan es un plan HMO/CSNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Verda Health Plan depende de la renovación del contrato.

2027 SSBCI Health Condition Questionnaire

Provider: Please complete all sections below and return with signature to the Verda SSBCI department at Fax # 714-360-0168, by email at SSBCI@verdahealthcare.com, or by mail to 7755 Center Avenue, Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647.

**The provider completing this form does not have to be in Verda's network but needs to have provided care to the patient below previously and must have a National Provider Identifier (NPI). Nurse Practitioners and Physician Assistants acceptable.*

*** This form must be completed by a qualified healthcare provider with an active National Provider Identifier (NPI). This form is not to be completed by the member.*

Member Information:

Patient Name:	
DOB:	
Patient MBI:	

Section 1: Complex Chronic Conditions

Check if: Patient has condition and meets the specific condition criteria	2027 SSBCI Qualifying Conditions	2027 SSBCI Condition Specific Criteria
☐	Chronic alcohol use disorder and other substance use disorders (SUDs)	Have you been enrolled in an alcohol or substance use treatment program in the last 3 months?
☐	Conditions that require continued therapy services in order for individuals to maintain or retain functioning	Have you received physical, occupational, or speech therapy within the past 3 months and will continue to do so?
☐	Chronic conditions that impair vision, hearing (deafness), taste, touch, and smell	Are you legally blind or do you have total hearing loss?

Verda Health Plan is an HMO/CSNP with a Medicare contract. Enrollment in Verda Health Plan depends on contract renewal.

☐	Conditions associated with cognitive impairment	Do you have a full-time caregiver?
☐	Immunodeficiency and Immunosuppressive disorders	Do you currently receive antibody infusions?
☐	Autoimmune disorders	
☐	Post-organ transplantation	Have you had an organ transplant?
☐	Stroke	Are you currently disabled from a stroke?
☐	Neurologic disorders	
☐	Chronic and disabling mental health conditions,	Have you been hospitalized within the last 3 months for a mental health condition?
☐	Chronic lung disorders	Are you being treated by a pulmonologist for serious, chronic lung condition?
☐	Severe hematologic disorders	Are you being treated by a hematologist for a serious, chronic blood disorder?
☐	Chronic kidney disease (CKD)	Are you currently receiving dialysis?
☐	Chronic gastrointestinal disease	Are receiving any medication for inflammatory bowel disease (Crohn's Disease or Ulcerative Colitis)?
☐	Overweight, obesity, and metabolic syndrome	Are you currently taking any prescription weight loss medication?
☐	Diabetes mellitus	Are you being treated for diabetes?
☐	Dementia	Are you currently taking medications to treat dementia?
☐	Chronic heart failure	Are you currently being treated for congestive heart failure?
☐	Cardiovascular disorders	Are you currently being treated for coronary artery disease (blocked heart arteries), a heart rhythm disorder, or blood clots.
☐	Cancer	Are you currently being treated for cancer?
☐	Chronic Hypertension	Are you currently taking any high blood pressure medication?

Verda Health Plan is an HMO/CSNP with a Medicare contract. Enrollment in Verda Health Plan depends on contract renewal.

Section 2: Hospitalization Risk/Adverse Health Outcomes

Is the patient at an elevated risk of hospitalization or any other adverse health outcomes?

☐ Yes

☐ No

Section 3: Care Coordination

Does the patient require intensive care coordination to manage their health conditions effectively?

☐ Yes

☐ No

Validating Physician Information:

- **Physician Name (Print):** _____
- **Physician Signature:** _____
- **NPI:** _____
- **Date:** _____

Once completed, please return to Verda's SSBCI department via fax at 714-360-0168, by email at SSBCI@verdahealthcare.com, or by mail to 7755 Center Avenue, Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647.

Verda Health Plan is an HMO/CSNP with a Medicare contract. Enrollment in Verda Health Plan depends on contract renewal.