

Blue Cross and Blue Shield of Texas

Programa *Away From Home Care*®

Instrucciones:

Completar esta Solicitud no garantiza elegibilidad para obtener cobertura del programa *Away From Home Care* (AFHC, en inglés).

TODAS LAS SOLICITUDES TIENEN QUE “CUMPLIR CON LOS REQUISITOS” DE COBERTURA UNA VEZ RECIBIDAS POR EL DEPARTAMENTO DEL PROGRAMA AFHC.

1. Llene las secciones del Asegurado interesado en cobertura de visitante, Asegurado titular y Tipo de cobertura de visitante. Si se está solicitando cobertura para un menor de edad, llene la sección del Tutor/Agente autorizado. (El coordinador del programa AFHC verificará las fechas de inicio/terminación de la cobertura.)
2. Firme, escriba la fecha y envíe la solicitud al Departamento del programa AFHC de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Para obtener ayuda, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de su plan.
3. Se enviará acuse de recibo y copia de la Solicitud de cobertura del programa *Away From Home Care* al domicilio del Asegurado titular, para sus archivos.
4. La cobertura de visitante será cancelada sin notificación por escrito en caso de pérdida de elegibilidad.
5. **Todas las solicitudes del programa *Away From Home Care* tienen que renovarse antes de la fecha de terminación de cobertura.** El Departamento del programa AFHC de BCBSTX le enviará un recordatorio de cortesía con 1 o 2 meses de anticipación al domicilio del Asegurado titular. Es responsabilidad del Asegurado titular volver a solicitar la cobertura de visitante *Away From Home Care*.
6. Favor de comunicarse con el Departamento del programa AFHC para solicitar modificaciones a esta solicitud.
7. Si descarga esta solicitud en línea de espanol.bcbstx.com:
 - imprímala
 - llénela
 - fírmela
 - envíela por fax al (325) 224-2047 o
 - envíela por correo a:
Blue Cross and Blue Shield of Texas
4242 Sunset Drive
San Angelo, Texas 76904
ATTN: AFHC FSU

Agradecemos su participación en el Programa *Away From Home Care* del plan HMO.

Solicitud de Cobertura de visitante

Away From Home Care®

**BlueCross BlueShield
of Texas**

N.º de la solicitud:

Red AFHC:

Estatus de la Solicitud:

Fecha de inicio: _____
mes/día/añoFecha de terminación: _____
mes/día/año**Información del Asegurado interesado en cobertura de visitante**

Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año)
Dirección provisional: Calle/n.º interior	Género: (Masculino) _____ (Femenino) _____
Ciudad Estado Código Postal	N.º de Seguro Social: _____
Teléfono provisional: () -	N.º del Asegurado visitante: _____
	Parentesco con el Asegurado inscrito: _____

Información del Asegurado titular

Nombre del Asegurado titular	Fecha de nacimiento: _____	Información de la empresa para la que trabaja: Nombre de la empresa Dirección de la empresa Ciudad Estado Código Postal N.º de Grupo: _____
Domicilio: Calle/n.º interior	Género: _____ (Masculino/Femenino)	
Ciudad Estado Código Postal	N.º de Seguro Social	
N.º de teléfono principal: () -	N.º del Asegurado titular	
N.º de teléfono de trabajo: () -		

Información de la cobertura principal**Información de la cobertura de visitante**

Código del plan: _____	Código del plan: _____
Plan: _____	Plan: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Nombre del contacto principal: _____	Nombre del contacto principal: _____
N.º telefónico del contacto principal: () -	N.º telefónico del contacto principal: () -
Médico de cabecera (PCP): _____	
N.º de teléfono del PCP: () -	

Detalles de la Cobertura de visitante

Tipo de Cobertura de visitante: _____	Nivel de cobertura: _____
(Estudiante / De viaje por temporada larga / Separación familiar)	(Máxima / Limitada)
Memorandum:	
Nombre del plan de medicamentos con receta:	N.º telefónico del plan de medicamentos: () -
Nombre del proveedor de servicios de salud mental:	N.º telefónico del proveedor de servicios de salud mental: () -
Beneficios de salud mental brindados por:	

Información de Medicare

Persona inscrita en el Programa Medicare.

Información del Tutor/Agente autorizado

Apuntes:	N.º telefónico: () -
----------	-----------------------

Parentesco con el Asegurado visitante: _____
¿Está autorizado para recibir información del Asegurado visitante? Sí No

Solicitud de cobertura de visitante *Away From Home Care*

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud en relación con el Asegurado interesado en cobertura de visitante y el Asegurado titular son verdaderas y correctas. Reconozco que la cobertura de visitante por medio del Plan *HMO* anfitrión, ya sea para mí o para las personas de las que estoy a cargo, pudiera ser diferente a la de mi plan de beneficios *HMO* principal. Entiendo que los beneficios de la cobertura de visitante son del mismo rango y cuenta con los mismos niveles de cobertura que el plan de beneficios *HMO* anfitrión.

Firma del Asegurado titular

Fecha

Firma del Asegurado visitante
(Padre o madre/Tutor del menor)

Fecha



**BlueCross BlueShield
of Texas**

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company,
an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入力したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າ, ໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລິມັກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídogo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í' hadeesdizh nínízingo éí kwe'é da'íníshgi áká anídaalwo'ígíí bich'í' hodíłnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíłnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.