

## Formulario para solicitar cobertura, cambio y rechazo

### Elegibilidad:

- ¿Es empleado en activo y hace aportes mensuales a TRS?  Sí  No  
 Si respondió "No", ¿trabaja con regularidad 10 o más horas por semana?  Sí  No

\*Si respondió "No" a ambas preguntas, no es elegible para solicitar una cobertura TRS ActiveCare.

Sección 1: Tipo de transacción de solicitud o cambio de cobertura		
*Revise cuidadosamente las opciones de 1 a 3 antes de escoger alguna.		
Opción 1: Solicitud de cobertura médica		
<input type="checkbox"/> Solicitud de cobertura médica anual <input type="checkbox"/> Agregar derechohabiente <input type="checkbox"/> Empleado nuevo* <input type="checkbox"/> Período especial de inscripción:**	*Elija la fecha de entrada en vigor si selecciona <b>Empleado nuevo:</b> <input type="checkbox"/> Fecha de empleo en activo: <input type="checkbox"/> Fecha de entrada en vigor: el día 1.º del mes siguiente	For District Use Only
**Elija un tipo de suceso de la vida si selecciona el <b>Período especial de inscripción:</b> <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento o adopción <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura*** <input type="checkbox"/> Sentencia judicial <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____		***Si seleccionó <b>Pérdida de cobertura</b> , especifique: CANCELACIÓN DE EMPLEADO: <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad <input type="checkbox"/> Jubilación o despido <input type="checkbox"/> Falta de pago <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____
CANCELACIÓN DE DERECHOHABIENTE: <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad <input type="checkbox"/> Retiro de la cobertura <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____		
Fecha del suceso de la vida: ____ / ____ / ____ ¿Tuvo cobertura previa con otro distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", especifique el nombre del distrito: _____		
Opción 2: Cambios	Opción 3: Rechazo de la cobertura	
<input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Póliza o cobertura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A *Si eligió "Sí", debe llenar la sección 7.	
Fecha de entrada en vigor del cambio: ____ / ____ / ____		
Sección 2: Información del empleado		
Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ N° de Seguro Social: - - - Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Dirección alternativa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Teléfono laboral: ____ - ____ - ____ Correo electrónico laboral: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés (English) <input type="checkbox"/> Español (Spanish) ¿Consumo tabaco?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Raza o etnia: _____		
¿Tiene cobertura de otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivos de la cobertura de Medicare: <input type="checkbox"/> Edad de habilitación <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal <input type="checkbox"/> (ESRD, en inglés)		
Tipo de cobertura de Medicare: <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte D <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte A, Parte B y Parte D <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte B y Parte D <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte D <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte A		
¿Tiene cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte B <input type="checkbox"/> Cobertura primaria Medicare de la Parte B <input type="checkbox"/> Medicare (no sé cuál) <input type="checkbox"/> Otra cobertura		
Sección 3: Selección de cobertura		
Selección de cobertura: <input type="checkbox"/> TRS-ActiveCare Primary <input type="checkbox"/> TRS-ActiveCare HD <input type="checkbox"/> TRS-ActiveCare Primary+ <input type="checkbox"/> TRS-ActiveCare 2	Selección de cobertura HMO: <input type="checkbox"/> South Texas Blue Essentials Plan* <input type="checkbox"/> Central and North Texas Scott & White Health Plan* <input type="checkbox"/> West Texas Blue Essentials Plan*	Nivel de cobertura: <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado y familia
*La elegibilidad para la cobertura se basa en el lugar de residencia o trabajo.		

#### Sección 4: Prestador principal de servicios médicos

Debe elegir un prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) para usted y para sus derechohabientes para escoger alguna de las siguientes coberturas: TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+ o Blue Essentials HMO. Si ya tiene un PCP, puede ingresar la información en la siguiente casilla.

Si solicita cobertura TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+, consulte [espanol.bcbstx.com/trsactivecare/doctors-and-hospitals](https://espanol.bcbstx.com/trsactivecare/doctors-and-hospitals) para encontrar el número de identificación del PCP y haga clic en la cobertura que esté solicitando. Se abrirá la pantalla de búsqueda de profesionales médicos "Provider Finder" para esa cobertura. Escriba el nombre y el número de identificación del PCP que encontró en "Puntos importantes del proveedor".

Si no tiene un PCP, puede elegirlo desde "Provider Finder". Haga clic en el menú desplegable de "Buscar por categoría", elija "Atención médica" y luego "Atención médica básica". Podrá seleccionar un PCP según la especialidad y la ubicación.

Si solicita cobertura Blue Essentials HMO, consulte [www.bcbstx.com/trshmo/doctors-and-hospitals](https://www.bcbstx.com/trshmo/doctors-and-hospitals) (contenido disponible solo en inglés) para encontrar un nuevo PCP o el número de identificación de su PCP y siga las instrucciones antes mencionadas.

Si solicita alguna de estas coberturas y no elige un PCP, se elegirá uno por usted y se incluirá el número del profesional médico en las nuevas tarjetas de asegurado para usted y todos los derechohabientes que se mencionen a continuación. Si tiene preguntas acerca de las coberturas TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ comuníquese con un guía personal de la salud al (866) 355-5999 (servicio de interpretación disponible).

Los asegurados de la cobertura Blue Essentials HMO pueden llamar a Servicio al Cliente de Blue Essentials al (888)-378-1633 (servicio de interpretación disponible).

Nombre del prestador principal de servicios médicos:

N.º de identificación del PCP:

**Sección 5: Información de derechohabientes (use otro formulario para más derechohabientes)**

**CÓNYUGE** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  Igual que la del empleado  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ - - Sexo:  M  F Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - -  
Nombre del prestador principal de servicios médicos: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación del PCP: \_\_\_\_\_  
¿Tiene cobertura de otro seguro?  Sí  No Si respondió "Sí", especifique la aseguradora o cobertura: \_\_\_\_\_  
¿Consuma tabaco?:  Sí  No  
Si es Medicare, seleccione un tipo de cobertura:  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte B  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A, Parte B y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte B  Medicare (no sé cuál)  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte B y Parte D  Otra cobertura

**DERECHOHABIENTE** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Hijo  Nieto  Discapacitado  Otro  ¿Consuma tabaco? (\*obligatorio para mayores de 18 años)  
Dirección: \_\_\_\_\_  Igual que la del empleado  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ - - Sexo:  M  F Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - -  
Nombre del prestador principal de servicios médicos: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación del PCP: \_\_\_\_\_  
¿Tiene cobertura de otro seguro?  Sí  No Si respondió "Sí", especifique la aseguradora o cobertura: \_\_\_\_\_  
Si es Medicare, seleccione un tipo de cobertura:  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte B  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A, Parte B y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte B  Medicare (no sé cuál)  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte B y Parte D  Otra cobertura

**DERECHOHABIENTE** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Hijo  Nieto  Discapacitado  Otro  ¿Consuma tabaco? (\*obligatorio para mayores de 18 años)  
Dirección: \_\_\_\_\_  Igual que la del empleado  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ - - Sexo:  M  F Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - -  
Nombre del prestador principal de servicios médicos: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación del PCP: \_\_\_\_\_  
¿Tiene cobertura de otro seguro?  Sí  No Si respondió "Sí", especifique la aseguradora o cobertura: \_\_\_\_\_  
Si es Medicare, seleccione un tipo de cobertura:  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte B  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A, Parte B y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte B  Medicare (no sé cuál)  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte B y Parte D  Otra cobertura

**DERECHOHABIENTE** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Hijo  Nieto  Discapacitado  Otro  ¿Consumo tabaco? (\*obligatorio para mayores de 18 años)  
Dirección: \_\_\_\_\_  Igual que la del empleado  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ - - Sexo:  M  F Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - -  
Nombre del prestador principal de servicios médicos: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación del PCP: \_\_\_\_\_  
¿Tiene cobertura de otro seguro?  Sí  No Si respondió "Sí", especifique la aseguradora o cobertura: \_\_\_\_\_  
Si es Medicare, seleccione un tipo de cobertura:  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte B  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A, Parte B y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte B  Medicare (no sé cuál)  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte B y Parte D  Otra cobertura

**DERECHOHABIENTE** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Hijo  Nieto  Discapacitado  Otro  ¿Consumo tabaco? (\*obligatorio para mayores de 18 años)  
Dirección: \_\_\_\_\_  Igual que la del empleado  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ - - Sexo:  M  F Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - -  
Nombre del prestador principal de servicios médicos: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación del PCP: \_\_\_\_\_  
¿Tiene cobertura de otro seguro?  Sí  No Si respondió "Sí", especifique la aseguradora o cobertura: \_\_\_\_\_  
Si es Medicare, seleccione un tipo de cobertura:  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte B  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte A, Parte B y Parte D  Cobertura primaria Medicare de la Parte A y Parte B  Medicare (no sé cuál)  
 Cobertura primaria Medicare de la Parte B y Parte D  Otra cobertura

**Sección 6: Derechohabientes discapacitados mayores de 26 años**

Solicitud de declaración de discapacidad para derechohabiente (*Dependent Child Statement of Disability*)

\* Tenga en cuenta que se requiere una Declaración de discapacidad para derechohabiente para la cobertura de una persona discapacitada mayor de 26 años y **deberá presentarla en los siguientes 31 días** de la fecha de 26º cumpleaños de la persona. Pida el formulario a su administrador de beneficios y entrégueselo nuevamente una vez que haya completado todos los datos.

**Sección 7: Rechazo de la cobertura**

\* Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente rechazarla, como se indica a continuación.

Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ - - <input type="checkbox"/> Empleado Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Otra cobertura: _____ Dirección: _____
Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ - - <input type="checkbox"/> Cónyuge Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Otra cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual que la del empleado
Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ - - <input type="checkbox"/> Derechohabiente Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Otra cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual que la del empleado
Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ - - <input type="checkbox"/> Derechohabiente Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Otra cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual que la del empleado
Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ - - <input type="checkbox"/> Derechohabiente Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Otra cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual que la del empleado
Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ - - <input type="checkbox"/> Derechohabiente Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Otra cobertura: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Igual que la del empleado

### Sección 8: Condiciones de cobertura

Reúno los requisitos para participar en las opciones de cobertura que ofrece el programa TRS-ActiveCare, administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), una división de Health Care Service Corporation, que ofrece prestaciones de coberturas HMO proporcionadas por Baylor, Scott and White Health Plan y Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, cuyos nombres aparecen en esta solicitud.

- Si solicito cobertura para un nieto, declaro que mi hogar es la residencia principal de mi nieto y que es mi derechohabiente para fines de impuestos sobre ingresos federales para el año de declaración en el que entra en vigor la cobertura del nieto.
- Si solicito cobertura para un derechohabiente como "otro derechohabiente" en la Sección 5, declaro que mi hogar es la residencia principal del derechohabiente, que aporto al menos el 50% de su mantenimiento, que ninguno de sus padres biológicos vive en mi hogar y que tengo el derecho legal de tomar decisiones con respecto a su atención médica.

Solo estarán disponibles para mí la(s) cobertura(s) y los montos para los que soy elegible. Entiendo que si se acepta(n) mi(s) solicitud(es) de cobertura, las prestaciones entrarán en vigor de conformidad con las cláusulas o el programa TRS-ActiveCare.

Entiendo que, al solicitar cobertura, quedará cancelada cualquier cobertura TRS-ActiveCare que haya elegido previamente en otro distrito o entidad participante en el programa, según las normas de TRS.

Autorizo que mi empleador deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s). Acepto que mi empleador actúe como mi agente. Todos los avisos que se comuniquen a mi empleador rigen para mí. También acepto que mi participación en la(s) cobertura(s) está sujeta a cualquier modificación futura.

Entiendo que al rechazar la cobertura TRS-ActiveCare ahora o al cancelarla durante el año de cobertura, no reúno los requisitos para volver a solicitar cobertura TRS-ActiveCare hasta el próximo año de cobertura, a menos que tenga un motivo de elegibilidad especial.

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier información incorrecta relativa a los riesgos que haya declarado con pleno conocimiento, anulará mi(s) cobertura(s).

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_