

Formulario de testimonio derechohabiente fuera del estado

Si solicita cobertura TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y su cónyuge o un derechohabiente vive fuera del estado, puede llenar este formulario para solicitar que tenga cobertura fuera de Texas. Deberá enviar el formulario a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) y, una vez que se apruebe, su derechohabiente recibirá una Carta de excepción de cobertura (Exception Letter) en la que se establece que puede recibir cobertura fuera del estado a través de la red nacional de profesionales médicos participantes (red PAR, en inglés). Las demás personas incluidas en su cobertura necesitarán órdenes médicas para consultar a especialistas y prestadores de servicios médicos en Texas. Debe enviarse un formulario independiente por cada persona para quien solicite cobertura fuera del estado.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL

Número del asegurado principal: _____ Número de grupo: _____

Número de teléfono durante el día _____ Dirección de correo electrónico _____

SECCIÓN 2: MOTIVO PARA LLENAR EL FORMULARIO

Fecha de entrada en vigor de la cobertura fuera del estado: Fecha de inicio¹: _____ Fecha de finalización²: _____

1. El derechohabiente o cónyuge vive fuera del estado.
2. El derechohabiente o cónyuge trabaja fuera del estado.
3. El tutor principal de un derechohabiente menor de edad vive fuera del estado.
4. El derechohabiente o cónyuge cursa estudios fuera del estado.

Nombre de la institución educativa _____

Ubicación de la institución educativa _____

5. Otro, especifique: _____

¹A menos que se haya especificado lo contrario, este formulario entrará en vigor el primer día del próximo mes. Solicitudes para aprobación retroactiva no serán aprobadas.

²Para extender la cobertura fuera del estado después de la fecha de finalización, debe presentar un nuevo formulario de testimonio y recibir su aprobación. El período máximo que se aprobará es un año.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DERECHOHABIENTE

Nombre del cónyuge o derechohabiente	Fecha de nacimiento	Sexo	Motivo	Parentesco

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN

He leído y entiendo la documentación que describe los términos y las condiciones de la excepción de cobertura fuera del estado. Acepto estos términos y condiciones. Declaro que toda persona para quien solicito esta excepción de cobertura médica cumple con la definición de cónyuge o derechohabiente elegible según se establece en la guía de solicitud de cobertura anual de TRS-ActiveCare. Entiendo y acepto que las personas que reciben esta cobertura tendrán que consultar a prestadores de servicios médicos de la red de profesionales médicos participantes de BCBSTX.

Los términos y condiciones de esta excepción de cobertura médica fuera del estado son los siguientes:

- No recibiré una tarjeta de asegurado actualizada de BCBSTX para mi cónyuge o derechohabiente que reside fuera del estado.
- Mi cónyuge o derechohabiente no podrá consultar la red de profesionales médicos participantes de BCBSTX mediante los recursos en línea de acceso directo para los asegurados (Blue Access for MembersSM, tarjetas de asegurados, etc.) y tendrá la responsabilidad de consultar Provider Finder, nuestro directorio en línea, que acompaña la Carta de excepción de cobertura.
- Mi cónyuge o derechohabiente proporcionará a los prestadores de servicios médicos fuera de Texas una copia de la Carta de excepción de cobertura en lugar de la tarjeta de asegurado. Además, deberá explicarles esta excepción ya que no constará en ningún recurso en línea de los profesionales médicos.
- Mi cónyuge o derechohabiente estará incluido con mi familia en la cobertura médica TRS-ActiveCare, pero podrá recibir cobertura fuera del estado. Los demás asegurados bajo la cobertura del asegurado principal deberán consultar prestadores de servicios médicos en el estado de Texas.
- No presento esta solicitud para mí, el asegurado principal, ya que no soy elegible para recibir cobertura fuera del estado.
- Es mi responsabilidad notificar a BCBSTX si mi cónyuge o derechohabiente regresa al estado de Texas.
- Si mi cónyuge o derechohabiente requiere que esta excepción se extienda después de la fecha de aprobación, es mi responsabilidad volver a solicitarla a BCBSTX.

Declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Imprima y envíe este formulario a Blue Cross and Blue Shield of Texas; Attn: TRS CSS Team; 2215 Southwest Parkway, Wichita Falls, TX 76308.

Puede enviar este formulario por fax a BCBSTX al **1-312-653-9452**. Incluya Attn: TRS CSS Team for processing.

También puede enviarlo por correo electrónico a **TRS_Network_Exceptions@bcbstx.com**.

Si tiene preguntas sobre el estado de su solicitud, comuníquese con un guía personal de la salud al **1-866-355-5999**.