BlueCross BlueShield of Texas

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

N.º de asegurado (si corresponde): _____

Uso administrativo

PO Box 660819, Dallas, TX 75266-0819

Solicite una **cobertura médica del 2027** para usted y su familia

Puede solicitar cobertura directamente visitando **BluePlanCompareTX.com**. Si decide solicitar cobertura utilizando este formulario, visite **espanol.bcbstx.com/how-to-apply** para obtener instrucciones paso a paso e información adicional. Ya sea que complete la Solicitud en línea o mediante este formulario, si recibe servicios de un agente de seguros independiente autorizado de Blue Cross and Blue Shield of Texas, este deberá completar la sección para agentes de seguros.

Ayúdenos a procesar su Solicitud con prontitud

En la página 3, solo incluya su nombre y número de Seguro Social y deje el resto de la página en blanco si está solicitando cobertura durante el período de inscripción abierta. Complete la página 3 **solo** si experimentó un suceso de la vida que lo hace elegible y está solicitando cobertura fuera del período de inscripción abierta anual. Antes de llenar la Solicitud, verifique si es elegible para un Período especial de inscripción en **espanol.bcbstx.com/sep**. Para recibir asistencia lingüística o de comunicación gratuita, llame al **1-855-710-6984**.

ANTES DE PRESENTAR ESTE FORMULARIO, HAGA LO SIGUIENTE:

- Escriba el nombre y el número de Seguro Social en la parte superior de **cada una de las 16 páginas**.
- **Responda todas las preguntas** sobre usted y sus derechohabientes.
- Complete todas las respuestas con tinta negra. (No se aceptarán respuestas escritas con lápiz).
- Marque claramente cualquier respuesta modificada y firme con sus iniciales. (No use cinta ni líquido corrector).
- La Solicitud incluye al Solicitante principal y a **todos los derechohabientes actuales y nuevos**.
  - Si necesita añadir derechohabientes, visite **espanol.bcbstx.com/how-to-apply** para descargar más páginas en blanco.
  - **Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare** si el solicitante o el derechohabiente son mayores de 65 años.
- Complete la información para efectuar pagos en la página 11, tanto para el primer pago como para los pagos mensuales.
- Firme la Solicitud en todos los espacios donde se requiera una firma (páginas 10, 11, 13, 14 y 16).
  - Si el solicitante principal es menor de edad o no tiene la autoridad legal para firmar, el padre o la madre, el tutor legal o el representante personal deberán firmar en su lugar.
- Presente las 16 páginas, incluso las que no rellene. Envíelas por fax al **1-800-279-7419**.

DECLARACIÓN EN RELACIÓN CON COBERTURAS CONSUMER CHOICE

Usted tiene la opción de elegir una cobertura médica Consumer Choice (a elección del interesado) que, ya sea en parte o en su totalidad, no incluya servicios médicos exigidos por el estado, generalmente obligatorios en las evidencias de cobertura en Texas. Esta cobertura estándar puede resultar en una opción de cobertura más económica para usted a pesar de que, al mismo tiempo, pudiera brindarle menos servicios médicos que los que normalmente se incluirían como servicios médicos exigidos por el estado de Texas. Si elige esta cobertura estándar, consulte a su agente de seguros para saber cuáles son los servicios médicos exigidos por el estado excluidos en esta evidencia de cobertura. Consulte la sección completa de la Declaración en relación con coberturas Consumer Choice en la página 14. BCBSTX ofrece una cobertura que no es Consumer Choice, como se indica en la página 9.

Blue Cross and Blue Shield 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

Propósito de la Solicitud

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

☐ **CONTRATAR** una cobertura

☐ **CAMBIAR** mi cobertura médica de 2027

☐ **AÑADIR** un derechohabiente a mi cobertura médica **(Puede añadir a un recién nacido antes de que cumpla los 60 días de vida llamando al 1-888-697-0683. No es necesario llenar una solicitud.)**

Cómo nos comunicaremos

Si desea que nos comuniquemos electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico. **Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted acepta recibir información sobre su póliza en formato electrónico**, como los kits de la póliza, las explicaciones de beneficios y las cartas de reclamaciones. La comunicación en formato electrónico continuará con las renovaciones o los cambios de póliza.

Puede cambiar sus preferencias para volver a recibir correspondencia en formato impreso y sin costo. Para configurar o hacer cambios a sus preferencias una vez que su cobertura esté vigente:

- Actualice sus preferencias e información de contacto en **mybam.bcbstx.com**.

  -O-

- Llame a Servicio al Cliente al número en la tarjeta de asegurado.

Puede ver o imprimir sus documentos desde una computadora o dispositivo móvil. El sitio web es compatible con la mayoría de las versiones de Chrome, Firefox, Microsoft Edge o Safari.

¿Usará un acuerdo de reembolso?

¿Alguno de los solicitantes contrató esta cobertura utilizando un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA, en inglés) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA, en inglés)? **Si es el caso, rellene los datos a continuación.**	☐ S ☐ N
Marque uno: ☐ **ICHRA** ☐ **QSEHRA**	
Fecha de entrada en vigor del acuerdo ICHRA o QSEHRA	**Monto de la contribución mensual**
Nombre del empleador	

Cómo solicitar cobertura fuera del Período de inscripciones

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

Si está solicitando cobertura durante el Período de inscripciones, escriba su nombre y número de Seguro Social; luego, continúe a la siguiente página. También puede solicitarla en línea en BluePlanCompareTX.com.

¿TIENE DERECHO A UN PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN?

Usted podría solicitar cobertura durante un Período especial de inscripción (SEP, en inglés), el cual le da una oportunidad de solicitar cobertura fuera del Período de inscripciones.

- **Según el suceso que lo haga elegible, deberá presentar su Solicitud ya sea dentro de los 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso.**
- Marque todos los sucesos que correspondan.
- **Cuando sea necesario, BCBSTX revisará los comprobantes válidos del suceso de vida elegible antes de procesar su Solicitud.**
- Una vez que la póliza sea emitida, no podrá volver a utilizar el Período especial de inscripción para solicitar una cobertura diferente.

Para obtener más información, visite **espanol.bcbstx.com/sep** o comuníquese con su agente independiente autorizado.

☐ **1.** Yo o mi(s) derechohabiente(s) dejamos de tener la Cobertura esencial mínima en esta fecha por lo siguiente: • circunstancias fuera de mi control (sin incluir la falta del pago completo de la prima o cualquier incumplimiento de las reglas de la cobertura).[1] • cumplí 26 años.[1,2] • el titular de la póliza ahora es elegible para Medicare.[1] • el titular de la póliza falleció.[3] • perdí horas laborales o mi empleo, mi empleador dejó de efectuar pagos o se terminó mi cobertura COBRA.[1] • alguien en mi cobertura se divorció o se separó legalmente.[1] • la aseguradora dejó de ofrecer cobertura a personas en situación similar a la mía.[1]	Fecha del **suceso**
☐ **2.** Contraje matrimonio en esta fecha.[3]	Fecha del **suceso**
☐ **3.** Tuve un bebé, adopté a un menor, se me designó un menor para adopción, tengo un menor que está sujeto a un procedimiento de adopción, obtuve custodia provisional de un menor o se me ordenó brindar cobertura a un derechohabiente debido a una sentencia judicial, desde esta fecha.[3]	Fecha del **suceso**
☐ **4.** Ocurrió un error al solicitar la cobertura médica anterior o presenté comprobantes de que mi cobertura médica anterior o la aseguradora no cumplieron con el acuerdo contractual que tenían conmigo, desde esta fecha.[3]	Fecha del **suceso**
☐ **5.** Alguien en mi cobertura reportó cambios en sus ingresos y ya no es elegible para créditos fiscales por adelantado para las primas, reducción de gastos compartidos o Medicaid; o mi cobertura anterior, contratada fuera del Mercado de seguros, no cumplió con normas gubernamentales, desde esta fecha.[1]	Fecha del **suceso**
☐ **6.** Obtuve nuevas opciones de cobertura médica tras mudarme en esta fecha.[1]	Fecha del **suceso**
☐ **7.** Mi póliza vigente termina en una fecha distinta al 31 de diciembre, que es esta fecha.[1]	Fecha del **suceso**
☐ **8.** Mi empleador ofreció ayuda para pagar el costo de la cobertura, ya sea a través de un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA). ☐ **a.** Mi empleador ahora ofrece la opción de participar, desde esta fecha.[1] ☐ **b.** Soy empleado recién contratado y mi empleador ofrece la opción de participar, desde esta fecha.[1]	Fecha del **suceso** **a.** _____ **b.** _____
☐ **9.** Se presentó una circunstancia permitida que no aparece en esta lista y que ocurrió en esta fecha. Comuníquese con su agente de seguros o llame al **1-800-531-4456** para obtener ayuda.[1]	Fecha del **suceso**

[1] Tiene un plazo de 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.
[2] Un derechohabiente incluido en la cobertura de uno de sus padres, que haya sido contratada en el Mercado de seguros, tiene hasta el 31 de diciembre del año en que cumple 26 años para presentar su Solicitud.
[3] Tiene un plazo de 60 días posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.

Información personal

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** PERSONA QUE SERÁ INCLUIDA EN LA COBERTURA).

SOLICITANTE PRINCIPAL (¿A nombre de quién se emitiría la cobertura médica?)

Nombre	**Inicial del segundo nombre**	**Apellido**

N.º de Seguro Social	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento**

¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?
☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____

¿Prefiere leer o escribir en un idioma distinto del inglés?
☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____

Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?[1] Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', indique la última fecha de consumo: _____

Dirección donde reside	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**	**Condado**

Dirección postal (si es diferente de la dirección donde reside)	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**

Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad[2]
_____ ☐ móvil ☐ fijo

Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSTX le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores externos o prestadores de servicios médicos contratados directamente por BCBSTX, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en **mybam.bcbstx.com**. Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.

Dirección de correo electrónico[2,3]

Nombre del prestador de atención primaria (PCP)	**N.º de PCP de 10 dígitos alfanuméricos**

Visite **FindADoctorTX.com** para encontrar un PCP. Si no incluye un PCP en la sección anterior, BCBSTX le asignará uno, según el área de servicio de su cobertura. La asignación del PCP puede retrasar la llegada de su tarjeta de asegurado. Usted podría ser responsable del costo de la atención que reciba de un PCP que no figure en su tarjeta de asegurado o de la atención que reciba de un prestador de servicios médicos sin la orden de su PCP. Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 8.

OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)
☐ mexicano ☐ mexicoestadounidense ☐ chicano ☐ puertorriqueño ☐ cubano ☐ otro _____

OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)
☐ blanco ☐ negro o afroamericano ☐ indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ indio asiático
☐ chino ☐ filipino ☐ japonés ☐ coreano ☐ vietnamita ☐ de otro país asiático ☐ nativo de Hawái
☐ guameño o chamorro ☐ samoano ☐ de otra isla del Pacífico ☐ otro _____

CONSIDERACIONES SOBRE COMUNICACIONES

¿Usted o alguno de sus derechohabientes mayores de 18 años tienen una discapacidad que les dificulte leer, escribir o hablar?

Si es así, escriba sus nombres en esta sección:

[1] Para mayores de 21 años que consumen tabaco.
[2] Para mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.
[3] Si desea recibir información electrónicamente o hacer pagos por medio de transferencias electrónicas (EFT, en inglés), **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** PERSONA QUE SERÁ INCLUIDA EN LA COBERTURA).

CÓNYUGE, PAREJA, HIJO DERECHOHABIENTE[1] (¿A quién más desea incluir en la cobertura médica?)

Nombre	**Inicial del segundo nombre**	**Apellido**	
Parentesco	**N.º de Seguro Social**	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento**
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____	**Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?**[2] Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', indique la última fecha de consumo: _____		

Dirección postal[3]	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**

Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad[3]

_____ ☐ móvil ☐ fijo

Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSTX le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores externos o prestadores de servicios médicos contratados directamente por BCBSTX, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en **mybam.bcbstx.com**. Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.

Dirección de correo electrónico[3,4]

Nombre del prestador de atención primaria (PCP)	**N.º de PCP de 10 dígitos alfanuméricos**

Visite **FindADoctorTX.com** para encontrar un PCP. Si no incluye un PCP en la sección anterior, BCBSTX le asignará uno, según el área de servicio de su cobertura. La asignación del PCP puede retrasar la llegada de su tarjeta de asegurado. Usted podría ser responsable del costo de la atención que reciba de un PCP que no figure en su tarjeta de asegurado o de la atención que reciba de un prestador de servicios médicos sin la orden de su PCP. Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 8.

Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? ☐ S ☐ N Si respondió "SÍ", necesitamos una *Autorización para derechohabientes con discapacidad*. Formulario disponible en **espanol.bcbstx.com/how-to-apply**.

OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)

☐ mexicano ☐ mexicoestadounidense ☐ chicano ☐ puertorriqueño ☐ cubano ☐ otro _____

OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)

☐ blanco ☐ negro o afroamericano ☐ indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ indio asiático
☐ chino ☐ filipino ☐ japonés ☐ coreano ☐ vietnamita ☐ de otro país asiático ☐ nativo de Hawái
☐ guameño o chamorro ☐ samoano ☐ de otra isla del Pacífico ☐ otro _____

[1] La designación de "cónyuge" incluye a parejas en unión libre. Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSTX.
[2] Mayores de 21 años que consumen tabaco.
[3] Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas (si la información es diferente de la del solicitante principal).
[4] Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**[1], continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	**Inicial del segundo nombre**	**Apellido**		
Parentesco	**N.º de Seguro Social**		**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento**
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____	**Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?**[2] Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', indique la última fecha de consumo: _____			
Dirección postal[3]	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**	

Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad[3]

_____ ☐ móvil ☐ fijo

Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSTX le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores externos o prestadores de servicios médicos contratados directamente por BCBSTX, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en **mybam.bcbstx.com**. Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.

Dirección de correo electrónico[3,4]

Nombre del prestador de atención primaria (PCP)	**N.º de PCP de 10 dígitos alfanuméricos**

Visite **FindADoctorTX.com** para encontrar un PCP. Si no incluye un PCP en la sección anterior, BCBSTX le asignará uno, según el área de servicio de su cobertura. La asignación del PCP puede retrasar la llegada de su tarjeta de asegurado. Usted podría ser responsable del costo de la atención que reciba de un PCP que no figure en su tarjeta de asegurado o de la atención que reciba de un prestador de servicios médicos sin la orden de su PCP. Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 8.

Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? ☐ S ☐ N Si respondió "SÍ", necesitamos una *Autorización para derechohabientes con discapacidad*. Formulario disponible en **espanol.bcbstx.com/how-to-apply**.

OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)

☐ mexicano ☐ mexicoestadounidense ☐ chicano ☐ puertorriqueño ☐ cubano ☐ otro _____

OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)

☐ blanco ☐ negro o afroamericano ☐ indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ indio asiático
☐ chino ☐ filipino ☐ japonés ☐ coreano ☐ vietnamita ☐ de otro país asiático ☐ nativo de Hawái
☐ guameño o chamorro ☐ samoano ☐ de otra isla del Pacífico ☐ otro _____

[1] Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSTX.
[2] Mayores de 21 años que consumen tabaco.
[3] Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas (si la información es diferente de la del solicitante principal).
[4] Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**[1], continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	**Inicial del segundo nombre**	**Apellido**		
Parentesco	**N.º de Seguro Social**	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento**	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____	**Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?**[2] Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', indique la última fecha de consumo: _____			
Dirección postal[3]	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**	

Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad[3]

_____ ☐ móvil ☐ fijo

Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSTX le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores externos o prestadores de servicios médicos contratados directamente por BCBSTX, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en **mybam.bcbstx.com**. Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.

Dirección de correo electrónico[3,4]

Nombre del prestador de atención primaria (PCP)	**N.º de PCP de 10 dígitos alfanuméricos**

Visite **FindADoctorTX.com** para encontrar un PCP. Si no incluye un PCP en la sección anterior, BCBSTX le asignará uno, según el área de servicio de su cobertura. La asignación del PCP puede retrasar la llegada de su tarjeta de asegurado. Usted podría ser responsable del costo de la atención que reciba de un PCP que no figure en su tarjeta de asegurado o de la atención que reciba de un prestador de servicios médicos sin la orden de su PCP. Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 8.

Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? ☐ S ☐ N Si respondió "SÍ", necesitamos una *Autorización para derechohabientes con discapacidad*. Formulario disponible en **espanol.bcbstx.com/how-to-apply**.

OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)

☐ mexicano ☐ mexicoestadounidense ☐ chicano ☐ puertorriqueño ☐ cubano ☐ otro _____

OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)

☐ blanco ☐ negro o afroamericano ☐ indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ indio asiático
☐ chino ☐ filipino ☐ japonés ☐ coreano ☐ vietnamita ☐ de otro país asiático ☐ nativo de Hawái
☐ guameño o chamorro ☐ samoano ☐ de otra isla del Pacífico ☐ otro _____

[1] Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSTX.
[2] Mayores de 21 años que consumen tabaco.
[3] Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas (si la información es diferente de la del solicitante principal).
[4] Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**[1], continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre	**Inicial del segundo nombre**	**Apellido**	
Parentesco	**N.º de Seguro Social**	**Sexo** ☐ M ☐ F	**Fecha de nacimiento**

¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? ☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', ¿en qué idioma? _____

Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?[2]
Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales
☐ S ☐ N Si respondió 'SÍ', indique la última fecha de consumo: _____

Dirección postal[3]	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**

Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad[3]
_____ ☐ móvil ☐ fijo

Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSTX le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores externos o prestadores de servicios médicos contratados directamente por BCBSTX, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en **mybam.bcbstx.com**. Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.

Dirección de correo electrónico[3,4]

Nombre del prestador de atención primaria (PCP)	**N.º de PCP de 10 dígitos alfanuméricos**

Visite **FindADoctorTX.com** para encontrar un PCP. Si no incluye un PCP en la sección anterior, BCBSTX le asignará uno, según el área de servicio de su cobertura. La asignación del PCP puede retrasar la llegada de su tarjeta de asegurado. Usted podría ser responsable del costo de la atención que reciba de un PCP que no figure en su tarjeta de asegurado o de la atención que reciba de un prestador de servicios médicos sin la orden de su PCP. Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia a continuación.

Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? ☐ S ☐ N Si respondió "SÍ", necesitamos una *Autorización para derechohabientes con discapacidad*. Formulario disponible en **espanol.bcbstx.com/how-to-apply**.

OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)
☐ mexicano ☐ mexicoestadounidense ☐ chicano ☐ puertorriqueño ☐ cubano ☐ otro _____

OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)
☐ blanco ☐ negro o afroamericano ☐ indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ indio asiático
☐ chino ☐ filipino ☐ japonés ☐ coreano ☐ vietnamita ☐ de otro país asiático ☐ nativo de Hawái
☐ guameño o chamorro ☐ samoano ☐ de otra isla del Pacífico ☐ otro _____

[1] Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSTX.
[2] Mayores de 21 años que consumen tabaco.
[3] Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas (si la información es diferente de la del solicitante principal).
[4] Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

ACCESO A SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Podrá recibir servicios de ginecología y obstetricia de su prestador de atención primaria o de un ginecólogo-obstetra.

- No es necesario tener una orden médica (referido) de su PCP para consultar a un ginecólogo-obstetra.
- Las coberturas HMO pagarán por las consultas al ginecólogo-obstetra si dicho profesional participa en la red de su cobertura.
- No es necesario que nos notifique con anticipación los datos del ginecólogo-obstetra que elija.

Elección de cobertura médica

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

La cobertura iniciará el primer día del mes, a menos de que las leyes indiquen lo contrario. BCBSTX deberá recibir las Solicitudes durante el plazo de inscripciones definido para que estas sean aceptadas.

Revise las opciones disponibles y **ELIJA UNA**.

COBERTURAS	DEDUCIBLE POR PERSONA
☐ **Blue Advantage Bronze HMO℠ - Balance HSA**[1]	$11,750
☐ **Blue Advantage Bronze HMO℠ - Standard HSA**[1]	$7,500
☐ **Blue Advantage Bronze HMO℠ - Signature HSA**[1]	$8,500
☐ **Blue Advantage Silver HMO℠ - Balance**[1]	$7,000
☐ **Blue Advantage Silver HMO℠ - Champion**[1]	$3,100
☐ **Blue Advantage Silver HMO℠ - Signature 1**[1]	$1,600
☐ **Blue Advantage Silver HMO℠ - Signature 2**[1]	$2,500
☐ **Blue Advantage Silver HMO℠ - Standard**[1]	$6,400
☐ **Blue Advantage Gold HMO℠ - Max**[1]	$550
☐ **Blue Advantage Gold HMO℠ - Secure**[1]	$1,800
☐ **Blue Advantage Gold HMO℠ - Signature**	$0
☐ **Blue Advantage Gold HMO℠ - Standard**[1]	$2,500
☐ **Blue Advantage Plus Bronze℠ - Standard HSA**[1]	$7,500
☐ **Blue Advantage Plus Bronze℠ - Signature HSA**[1]	$4,500
☐ **Blue Advantage Plus Bronze℠ - Support HSA**[1]	$8,000
☐ **Blue Advantage Plus Silver℠ - Balance**[1]	$7,000
☐ **Blue Advantage Plus Silver℠ - Champion**[1]	$3,100
☐ **Blue Advantage Plus Silver℠ - Signature**[1]	$1,650

COBERTURAS	DEDUCIBLE POR PERSONA
☐ **Blue Advantage Plus Silver℠ - Standard**[1]	$6,400
☐ **Blue Advantage Plus Gold℠ - Balance**[1]	$2,500
☐ **Blue Advantage Plus Gold℠ - Secure**[1]	$1,800
☐ **Blue Advantage Plus Gold℠ - Standard**[1]	$2,500
☐ **MyBlue Health Bronze℠ - Champion HSA**[1]	$5,000
☐ **MyBlue Health Bronze℠ - Standard HSA**[1]	$7,500
☐ **MyBlue Health Silver℠ - Standard**[1]	$6,400
☐ **MyBlue Health Silver℠ - Champion**[1]	$3,100
☐ **MyBlue Health Silver℠ - Signature**[1]	$1,600
☐ **MyBlue Health Gold℠ - Champion**[1]	$1,200
☐ **MyBlue Health Gold℠ - Standard**[1]	$2,500

OPCIONES DE COBERTURA PARA CASOS "CATASTRÓFICOS"

Esto es lo que significa.

Estas coberturas incluyen los servicios médicos esenciales para la salud, pero, por lo general, únicamente después de que usted haya pagado el deducible alto o el gasto máximo de bolsillo. **Estas coberturas son para personas en una de las siguientes situaciones:**

1) ser menor de 30 años antes de iniciar el año de cobertura; **o**

2) contar con una exención del Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace®). Deberá presentar el Número del Certificado de exención para procesar esta Solicitud.

Número del Certificado de exención:

_____

☐ **Blue Advantage Plus Security℠ - HSA**[1]	$12,000
☐ **Blue Advantage Security HMO℠ - HSA**[1]	$12,000
☐ **MyBlue Health Security℠ - HSA**[1]	$12,000

[1] Todas las coberturas médicas que se mencionan aquí, excepto Blue Advantage Gold HMO - Signature, son coberturas médicas Consumer Choice (a elección del interesado). Si selecciona cualquier cobertura médica que no sea Blue Advantage Gold HMO - Signature, deberá firmar la Declaración en relación con coberturas a elección del interesado (Consumer Choice) en la página 14.

Elección de cobertura dental

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés) requiere que tengamos la seguridad de que usted y cada asegurado en esta póliza tengan cobertura para servicios dentales pediátricos (para niños). La ley ACA considera que la cobertura de servicios dentales pediátricos es un servicio médico esencial para la salud que todas las pólizas deben incluir, incluso cuando no haya nadie en la póliza que sea elegible para esta cobertura.

Las aseguradoras como BCBSTX ofrecen esta cobertura dental pediátrica requerida a través de "Coberturas dentales independientes certificadas por el Mercado de seguros". Estas coberturas también se conocen como Coberturas dentales acreditadas para el Mercado de Seguros Médicos (Dental QHP, en inglés).

- Para obtener más información sobre estas opciones de cobertura dental, visite **espanol.bcbstx.com/how-to-apply**.
- Los derechohabientes mayores de 19 años son considerados adultos para fines de cobertura dental.
- Si ya cuenta con una cobertura dental a través de nosotros, lo que seleccione aquí REMPLAZARÁ esa cobertura dental actual.

ELIJA UNA DE LAS TRES OPCIONES:

OPCIÓN 1 — Cobertura para ADULTOS CON O SIN HIJOS (elegir solo una)



PARA ADULTOS

-O-



ADULTOS E HIJOS

BlueCare Dental℠	DEDUCIBLE POR PERSONA
☐ BlueCare Dental 1A	$25
☐ BlueCare Dental 1B	$50
☐ BlueCare Dental 1C	$50
☐ BlueCare Dental 1D	$50

OPCIÓN 2 — Cobertura SOLO PARA HIJOS, HASTA LOS 19 AÑOS (elija solo una)

NO ELIJA esta opción si eligió una cobertura en la opción 1.



SOLO PARA LOS HIJOS

BlueCare Dental 4 Kids℠	DEDUCIBLE POR PERSONA
☐ BlueCare Dental 4 Kids 1A	$25
☐ BlueCare Dental 4 Kids 1B	$50

OPCIÓN 3 — Elija esta opción solo si ya tiene cobertura dental.

Marque la casilla y firme para indicarnos que tiene una "cobertura dental independiente acreditada por el Mercado de seguros". Nuestros archivos mostrarán que cuenta con cobertura dental pediátrica para servicios esenciales de salud dental pediátrica, ya sea a través de BCBSTX o de otra aseguradora.

Aviso: La elección de esta opción NO ocasionará cambios o la cancelación de ninguna otra cobertura vigente.

☐ **Yo/Nosotros he(mos) contratado cobertura de servicios pediátricos esenciales para la salud dental a través de otra póliza.**

Firma (OBLIGATORIA si elige la Opción 3).	Fecha

Si no selecciona una opción, entonces usted y cada asegurado de la póliza recibirán la cobertura **BlueCare Dental 4 Kids 1B**, nuestra cobertura dental limitada acreditada, para que tenga la cobertura dental pediátrica requerida.

Si BCBSTX considera que, por ley, es necesario incluir cobertura dental pediátrica en su cobertura médica, es posible que deba un pago mensual adicional por dicha cobertura. Tendrá que pagar esta cantidad adicional como parte de su primer pago y será incluida en su factura mensual.

Formas de pago

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Lea las reglas importantes sobre facturación en la próxima página.

- La cobertura podrá cancelarse por falta de pago.
- **Se REQUIERE una dirección de correo electrónico personal válida para configurar la transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés).**
- **Si usted es un asegurado actual que paga su prima mediante transferencias electrónicas**, proporcione los datos de pago de la prima, aunque no haya cambios.

PASO 1 PRIMER PAGO - seleccione uno

Puede efectuar su **primer pago** mediante transferencia electrónica, cheque o giro postal. Elija una opción:

☐ transferencia electrónica (retiro inmediato de fondos del primer pago) ☐ cheque (adjunto) ☐ giro postal (adjunto)

CONSEJO: Escriba el nombre del Solicitante principal como anotación en el cheque o giro postal si es diferente al nombre del titular de la cuenta. **AVISO:** El uso de cuentas corporativas quedaría sujeto a la comprobación del cumplimiento de las *Reglas sobre pagos realizados por terceros* en la página 12.

PASO 2 PAGOS MENSUALES - seleccione uno

Puede efectuar sus **pagos mensuales** mediante transferencia electrónica (a través del sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay) o podemos enviarle facturas por correo postal o electrónico. Elija una opción:

☐ transferencia electrónica (sistema de pagos Auto Bill Pay: se requiere una dirección de correo electrónico válida) ☐ factura electrónica (se requiere una dirección de correo electrónico válida) ☐ factura por correo postal

PASO 3 INFORMACIÓN PARA EL PAGO (Debe rellenar TODAS las casillas si seleccionó "transferencia electrónica" para el paso 1 o el paso 2):

Elija una ☐ cuenta de cheques ☐ cuenta de ahorros	**Nombre(s) en la cuenta si no es el Solicitante**
N.º de ruta bancaria (verifique)	**N.º de cuenta** (verifique)
Dirección de correo electrónico	

AUTORIZACIÓN (Ver todos los Términos de uso de Auto Bill Pay en la página 12)

Acepto que he leído los Términos de uso de Auto Bill Pay en la página 12, por lo tanto, doy mi consentimiento y autorizo a BCBSTX y/o a su entidad designada para que retiren los pagos mensuales de la cuenta de cheques o de ahorros que proporcioné. Los fondos serán retirados en el último día hábil del mes anterior al próximo mes de cobertura. Si el último día hábil (lunes a viernes) del mes cae en un día feriado u otro día en que las instituciones bancarias no operan, los fondos se retirarán en el día hábil inmediatamente anterior. Los retiros se pueden efectuar ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente. También autorizo que la institución financiera aquí nombrada procese los pagos con mi cuenta.

Firma del titular de la cuenta	**Fecha**	**Parentesco con el Solicitante**

No cancele ninguna cobertura vigente hasta que su Solicitud sea aprobada y su cobertura nueva entre en vigor.

El primer mes se paga al presentar la Solicitud. Si solicita una nueva cobertura, **esta no entrará en vigor hasta que recibamos el primer pago.**

Reglas importantes sobre facturación

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

TÉRMINOS DE USO DEL SISTEMA DE PAGOS AUTO BILL PAY (se requiere una dirección de correo electrónico)

Al autorizar transferencias electrónicas, entiende y acepta que BCBSTX o la compañía que BCBSTX designe procesará cobros mensuales a su cuenta de cheques o ahorros según los siguientes términos:

- Al registrarse en el sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay, da su autorización para que nosotros y nuestros proveedores del servicio de pago almacenemos su información de pago y procesemos los pagos mensuales usando el método de pago que seleccionó, a menos que tome las medidas oportunas para cancelar su participación en Auto Bill Pay. Si ese día cae en un fin de semana o en un día feriado federal, el retiro se realizará el día hábil inmediatamente anterior. Todos los cargos se cobrarán el último día del mes anterior al mes de cobertura usando el método de pago que seleccionó, hasta que los cancele. El monto se le cobrará según las primas y otros cobros, cargos y gastos que usted tenga que pagar. Si el monto del pago cambia, se le notificará por correo electrónico.
- Si desea cancelar los pagos automáticos, inicie sesión en **mybam.bcbstx.com** o llame al **1-888-697-0683**. Todas las solicitudes para cancelar los pagos automáticos deben recibirse al menos 3 días hábiles antes de la fecha de pago programada. De lo contrario, la cancelación de los pagos automáticos será efectiva hasta el siguiente mes.
- Si en su estado de cuenta se presentan transferencias que no realizó, incluidas las realizadas con tarjetas u otros medios, infórmenos de inmediato llamando al **1-888-697-0683**. Si no nos notifica dentro de los 60 días después de la fecha en que se le envió el estado de cuenta, es posible que no recupere el dinero que perdió después de los 60 días si podemos comprobar que hubiéramos podido impedir las transferencias si nos hubiera avisado a tiempo. Si tiene una razón válida (como un viaje u hospitalización prolongados) que le impidió informárnoslo, entonces aplazaremos los períodos de tiempo.
- Si nos avisó con anticipación que realizáramos pagos regulares a través de su cuenta, puede suspenderlos de la siguiente manera:
  - Comuníquese con nosotros al número en su tarjeta de asegurado o inicie sesión en su cuenta en línea a tiempo, para que recibamos su solicitud con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha estipulada para procesar el pago programado.
  - Si el monto regular varía, le informaremos la fecha y el monto a pagar 10 días antes de la fecha límite de cada pago.
  - Si nos pide suspender uno de estos pagos con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha del pago programada y no lo hacemos, entonces seremos responsables de sus pérdidas o daños.
- Podemos en cualquier momento y sin previo aviso modificar los términos de uso del sistema de pagos automáticos Auto Bill Pay. Debe leer los términos de uso de Auto Bill Pay. El uso continuo de Auto Bill Pay, después de cualquier modificación a los términos y condiciones, constituirá en su acuerdo con los cambios. Es posible que suspendamos la funcionalidad de los pagos automáticos por medio de Auto Bill Pay por cualquier motivo y sin previo aviso, o que se le pida inscribirse nuevamente si se modifican los términos o las condiciones de uso.

REGLAS SOBRE PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

BCBSTX sigue el proceso de pago de primas establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, según todos los requisitos federales.

1. BCBSTX acepta pagos de primas efectuados en nombre del asegurado por las siguientes entidades:
   a. un programa Ryan White HIV/AIDS, según el Artículo XXVI de Public Health Service Act (ley de servicios de salud pública);
   b. una tribu indígena, una organización tribal o una organización de indígenas en centros urbanos;
   c. un programa local, estatal o federal, incluido un programa becado operado por un programa gubernamental para efectuar pagos en su nombre.

2. Es posible que BCBSTX acepte pagos de primas en nombre de un asegurado de fundaciones privadas o sin fines de lucro si los pagos se hacen:
   a. por el período completo de la póliza de los asegurados;
   b. basándose solo en el estado financiero de los asegurados;
   c. sin importar la cobertura que elija el asegurado; y
   d. sin importar el estado de salud del asegurado.

3. Es posible que BCBSTX acepte pagos de primas en nombre del asegurado de un fideicomiso, poder notarial o tutor legal.

4. BCBSTX no interpretará los pagos recibidos de un empleador como pagos impermisibles de un tercero, siempre y cuando tales pagos no constituyan una cobertura médica grupal que cumpla con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés) ni que:
   a. el empleador facilite el pago de la prima mediante una deducción de nómina o método similar para el empleado, y el empleador no contribuya ninguna porción de la prima, ya sea directamente o por medio de reembolso; o
   b. el empleado participe en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA) que ofrezca su empleador en lugar de un seguro médico grupal.

5. BCBSTX aceptará pagos en nombre de un asegurado directamente de un empleador que participe en un acuerdo ICHRA o QSEHRA o mediante un servicio de coordinación de pagos de un tercero si dichos pagos se efectúan usando métodos de pago permitidos.

Información sobre otras coberturas

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

REMPLAZO DE COBERTURA

¿Esta cobertura remplazará a la cobertura médica que ya tiene para 2027? **Si la respuesta es "Sí", lea la sección CONOZCA SUS DERECHOS a continuación y liste todas las coberturas que cancelará y remplazará con una de BCBSTX:** ☐ S ☐ N

ASEGURADO(S)	COMPAÑÍA ASEGURADORA	N.º DE PÓLIZA	VIGENTE HASTA EL

REMPLAZO DE COBERTURA: CONOZCA SUS DERECHOS

Si su respuesta anterior fue "Sí", es posible que BCBSTX NO cancele automáticamente la póliza anterior. Esta sección solo indica que usted tiene la intención de cancelar su cobertura médica y contra accidentes vigente y remplazarla con una cobertura emitida por BCBSTX. Para su conocimiento y protección, debe saber cuáles son las implicaciones que tendría la protección disponible con la nueva cobertura.

1. Le recomendamos que consulte su decisión de remplazo con la compañía de seguros que le ofrece la cobertura. Puede consultar el asunto con uno de sus agentes de seguros. Este no solo es un derecho para usted, sino que también es un beneficio personal para tener la certeza de que entiende todos los factores importantes que serían parte del remplazo de su cobertura actual.
2. Si aún desea cancelar su cobertura y remplazarla con otra, responda verazmente y en su totalidad todas las preguntas de esta Solicitud en relación con cualquier persona que solicita cobertura. No incluir toda la información esencial puede ser un instrumento legal para que BCBSTX rechace cualquier futura reclamación y que reembolse la prima de la póliza como si su contrato nunca hubiera tenido vigencia. Después de haber llenado la Solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla cuidadosamente para corroborar que toda la información se ha registrado correctamente.

OTRAS COBERTURAS QUE USTED O SUS DERECHOHABIENTES TENGAN

Indique si alguna de las personas que esté solicitando cobertura tiene o ha tenido alguna de las siguientes coberturas durante los últimos 60 días: ☐ S ☐ N

- cobertura de BCBSTX
- cobertura médica a través de otra aseguradora
- cobertura mediante algún programa con respaldo gubernamental, Medicare incluido

Si la respuesta es "SÍ", proporcione la siguiente información:

Nombre del solicitante	**Nombre en otra póliza** (si es diferente)	**N.º de asegurado/grupo** (recomendado)
Nombre del solicitante	**Nombre en otra póliza** (si es diferente)	**N.º de asegurado/grupo** (recomendado)

Declaración de representación (OPCIONAL)

Al contratar una cobertura médica de BCBSTX, me convierto en asegurado de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Al firmar esta declaración de representación, atentamente pido que la Junta Directiva de HCSC actúe en mi nombre en todas las juntas de asegurados de HCSC. Entiendo lo siguiente:

- Esta autorización abarca a cualquier compañía que remplace a HCSC.
- La Junta Directiva podría nombrar a un tercero para representar mi voto.

La reunión anual de asegurados ha de tener lugar cada año en la sede corporativa (300 E. Randolph St., Chicago, Illinois 60601) a las 12:30 p. m. del último martes de octubre. Se puede convocar a reuniones especiales de asegurados. En dicho caso, se notificará con 30 a 60 días de anticipación.

Esta autorización para conceder la representación de mi voto como asegurado a la Junta Directiva se mantendrá vigente:

- hasta que la revoque o si la revoco por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados; o
- a menos que asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados.

Firma para conceder la representación del Solicitante principal (interesado): **AVISO:** Es obligatorio firmar la página 16 para llenar esta Solicitud, independientemente de que firme para conceder su representación.	**Fecha**
Escriba su nombre tal como lo firmó:	

Declaración en relación con coberturas a elección del interesado (Consumer Choice)

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

DECLARACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS PARA TODAS LAS COBERTURAS CONSUMER CHOICE EMITIDAS EN TEXAS

Con base en las leyes de Texas, las compañías aseguradoras pueden comercializar coberturas HMO como coberturas "Consumer Choice" (a elección del interesado) que no están obligadas a cumplir con todos los requisitos exigidos por el estado. Las compañías aseguradoras que ofrecen coberturas HMO están obligadas a recabar las firmas de los solicitantes para comprobar que proporcionan esta declaración.

Se me informó que la cobertura médica a elección del interesado que se me está ofreciendo no incluye todos los servicios médicos que las leyes de Texas generalmente exigen. Esta cobertura incluye todos los servicios médicos que exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Para consultar todos los servicios que incluye esta cobertura, consulte el "Resumen de beneficios y cobertura médica".

SERVICIOS/COBERTURA:	ESTA COBERTURA:	COBERTURA MÉDICA CON SERVICIOS OBLIGATORIOS (COBERTURA CON SERVICIOS QUE EXIGE EL ESTADO):
Deducible La cantidad que paga por la atención antes de que la aseguradora comience a compartir el costo.	Tiene un deducible.	No tiene deducibles para la atención con prestadores de servicios médicos participantes.
Gastos de bolsillo La cantidad que paga cuando recibe los servicios con cobertura, por hasta un máximo por año calendario	Incluye gastos de bolsillo que cumplen con los requisitos federales, pero algunas veces pueden ser más de los que incluyen las coberturas con servicios que exige el estado.	Un copago debe ser menos del 50% del costo total del servicio. Los gastos de bolsillo anuales deben tener un límite del 200% del costo de la prima anual si le avisa a la aseguradora.
Servicios de rehabilitación y habilitación La atención que ayuda a mejorar las habilidades para la vida cotidiana.	Incluye un límite en el número de consultas por año para terapias del habla, terapias ocupacionales, fisioterapias y atención quiropráctica. No se aplicarán límites a los tratamientos por daño cerebral adquirido ni por trastornos del espectro autista.	No se aplicarán límites en la cantidad de atención si se requiere por razones médicas.
Atención médica a domicilio	Se aplicarán límites a la cobertura para la atención médica a domicilio.	No se aplican límites a la cobertura para la atención médica a domicilio.

Si desea una cobertura que incluye a todos los servicios que se exigen:

También ofrecemos una cobertura que incluye todos los servicios que exige el estado[1]. Esta cobertura no está en CuidadodeSalud.gov y no le permite recibir ayuda para pagar las primas ni los gastos de bolsillo. Para obtener más información sobre esta cobertura, llame al 800-531-4456 o visite **espanol.bcbstx.com/shop-plans-and-products**.

Al firmar este formulario, afirmo lo siguiente:

Entiendo que la cobertura médica a elección del interesado que estoy solicitando no incluye el nivel de cobertura que tienen otras coberturas médicas de Texas (coberturas con servicios que exige el estado). Entiendo que si mi salud cambia y esta cobertura no cumple con mis necesidades, en la mayoría de los casos, no podré solicitar otra cobertura sino hasta el próximo período de inscripción abierta. Entiendo que puedo obtener más información sobre las coberturas de Consumer Choice (a elección del consumidor) en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas en línea, en https://www.tdi.texas.gov/consumer/consumerchoice.html, o por teléfono comunicándome con la línea de ayuda al consumidor al 800-252-3439.

No firme este documento si no lo comprende.[2]
Don't sign this document if you don't understand it.[3]

Firma del solicitante	Nombre del Solicitante		Fecha
Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**

AVISO: La compañía aseguradora que emite la cobertura HMO tiene que entregarle esta declaración, previa solicitud.

[1] Blue Advantage Gold HMO - Signature es una cobertura con servicios que exige el estado.
[2] Para recibir ayuda, comuníquese con el agente independiente autorizado o llame al 800-531-4456.
[3] Talk to your independent, authorized agent or call 800-531-4456 for help.

Lea y firme en la siguiente página

Solicitante: _____

N.° de Seguro Social: _____

AL LLENAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Esta Solicitud no es una cobertura. La Cobertura no estará vigente sino hasta (1) la fecha de entrada en vigor indicada en la póliza y (2) que esté pagado el primer mes de cobertura.[1]
- Si recibo los servicios de un agente, este no puede aceptar riesgos ni modificar las pólizas ni las reglas de BCBSTX.
- Si recibo la ayuda de un agente de seguros para contratar o renovar una cobertura médica, BCBSTX le podría pagar de $20.00 a $30.00 por asegurado por póliza cada mes. Mis agentes de seguros también pueden recibir bonos y pagos por mercadeo. Estos pagos no impactan el monto que pago cada mes por la cobertura.
- La cobertura se anularía si cualquier persona a sabiendas presenta una reclamación fraudulenta por el pago de alguna pérdida o servicio o si presenta información falsa o fraudulenta en relación con datos esenciales en esta Solicitud. Esto incluye información falsa o fraudulenta acerca de mí o cualesquiera de mis derechohabientes. La anulación cancela la cobertura al día en que entró en vigor. Recibiré un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a la fecha en que mi cobertura o la de mis derechohabientes será anulada.
- La prima mensual se calculará con base en factores aprobados por el Departamento de Seguros del Estado y otras leyes y regulaciones de carácter estatal y federal. Las tarifas se calculan según la edad, consumo de tabaco y factores tarifarios geográficos. Con estos factores también se calculan las primas para cualquier derechohabiente incluido en mi póliza.
- Autorizo que cualesquiera de las personas u organizaciones mencionadas a continuación compartan mi información médica con BCBSTX o con sus representantes autorizados:
  - profesionales médicos, hospitales o clínicas;
  - otros centros de salud o relacionados con la salud;
  - agencias gubernamentales;
  - administradores de beneficios farmacéuticos, agencias de bases de datos farmacéuticos o farmacias abiertas al público;
  - cualquier otra persona o firma con obligación legal.

  › Esta información puede incluir lo siguiente:
  - copias de expedientes sobre recomendaciones, atención o tratamiento médicos que yo o mis derechohabientes recibimos;
  - información sobre recetas médicas y consumo de drogas o alcohol;
  - información sobre enfermedades mentales.

  › BCBSTX tiene permiso para revisar y buscar información en sus propios expedientes.

  › BCBSTX compartirá información recopilada con entidades médicas con el propósito de gestionar mis servicios médicos únicamente cuando sea necesario.

  › Ya sea por obligación o consentimiento legal, BCBSTX podría volver a divulgar la información divulgada con mi autorización. De ser requerida, la persona o agencia receptora de la información será responsable de protegerla.

  › A partir de hoy, esta autorización tiene una validez de dos años o hasta que cancele la cobertura.
  - Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándome con BCBSTX por escrito.
  - Yo o cualquier persona a quien autorice mi representación recibiremos una copia de esta autorización, previa solicitud.
  - Ninguna cancelación afectará las actividades de BCBSTX anteriores a la fecha en que BCBSTX reciba la cancelación.
- Presento todas las declaraciones y respuestas en esta Solicitud como HECHOS. Según mi leal saber y entender, estos son verdaderos y están completos. Estos hechos conforman la base de mi Solicitud.
- La Solicitud será parte de mi contrato con BCBSTX.
- Mi agente (de ser el caso) y yo manifestamos que hemos leído y entendido la Solicitud y repasado los detalles de la cobertura que elegí.
- Esta cobertura particular para individuos y familias tiene la finalidad de ser un gasto personal.
- Únicamente yo, algún familiar o alguno de los terceros autorizados mencionados en la Solicitud efectuarán pagos directamente a BCBSTX.
- BCBSTX no acepta pagos efectuados directamente por terceros, excepto por los listados en la página 12.
- En caso de violación de estas reglas, cualquier pago efectuado por un tercero no será acreditado en favor de mi cuenta ni de mi cobertura. Es posible que no se emitan reembolsos a mi nombre, a su vez, esto puede resultar en la cancelación de mi cobertura por falta de pago.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA PARA OBTENER LOS BENEFICIOS DE UNA COBERTURA MÉDICA PUEDE SER DECLARADA CULPABLE DE UN DELITO POR UN TRIBUNAL.

[1] Se aplican algunas excepciones durante Períodos especiales de inscripción. Consulte a su agente de seguros o Servicio al Cliente.

¿Recibió los servicios de un agente?

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

SECCIÓN PARA LOS AGENTES (DE SER EL CASO)

Declaro lo siguiente:

- Entregué la Solicitud al (a los) Solicitante(s) para que la llene(n) o personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas tal como se respondieron.
- Entregué material impreso para explicar los beneficios al (a los) Solicitante(s), entre ellos, la información sobre los servicios sin cobertura y cualquier información especial sobre la cobertura.
- Repasé los documentos de la cobertura con el (los) Solicitante(s), entre ellos, la(s) Declaración(es) de divulgación, previa solicitud.

Firma del agente	**Nombre en letra de molde del agente**	**Fecha**

N.º de agente	**N.º telefónico del agente**

Dirección de correo electrónico del agente

Lea y firme (OBLIGATORIO)

CON SU FIRMA, ESTE DOCUMENTO SE CONVIERTE EN UN CONTRATO UNA VEZ PROCESADO POR COMPLETO

Nombre en letra de molde Y firma del Solicitante principal	**Fecha**

Nombre en letra de molde Y firma de uno de los Padres o del Tutor de un menor (si el menor es el Solicitante principal)	**Fecha**

Información obligatoria si quien firma esta autorización es un representante personal que actúa en nombre de una persona (que no sea uno de los padres de un menor):

Nombre en letra de molde Y firma del Representante personal	**Parentesco:**	**Fecha**

Envíenos su Solicitud

EVITE CONTRATIEMPOS EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD:

- Firme el documento.
- Envíe **TODAS LAS PÁGINAS** de este formulario, **INCLUSO LAS PÁGINAS EN BLANCO**.
- Si recibió los servicios de un agente de seguros, proporcione su información en el espacio indicado.
- Incluya toda la documentación de apoyo.
- Si es el tutor legal de alguna de las personas incluidas en la solicitud, adjunte la sentencia firmada de tutela.

USE UNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS PARA ENVIAR ESTA SOLICITUD:

CORREO POSTAL	Blue Cross and Blue Shield of Texas, Attn: Individual Enrollment, PO Box 660819, Dallas, TX 75266-0819
FAX	**1-800-279-7419**

¿Tiene preguntas? Comuníquese con un agente de seguros o llame sin costo a BCBSTX al **1-800-531-4456**. Consulte las preguntas frecuentes en relación con la cobertura, los pagos y los servicios incluidos en **discoverbcbstx.com**.

BlueCross BlueShield of Texas

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@hcsc.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

bcbstx.com

Blue Cross and Blue Shield 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

BlueCross BlueShield of Texas

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسي Farsi	توجه: اگر فارسي صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔855-710-6984 (711:TTY) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

bcbstx.com

Blue Cross and Blue Shield 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