



Formulario de cambios de información/Solicitud de inscripción grupal

Lea detenidamente las instrucciones incluidas antes de completar esta solicitud de inscripción/formulario de cambios de información.



**BlueCross BlueShield
of Texas**



FORT DEARBORN LIFE
Insurance Company

A Member of The Preferred Financial Group

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN GRUPAL / FORMULARIO DE CAMBIOS DE INFORMACIÓN

LEA CON ATENCIÓN ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN / FORMULARIO DE CAMBIOS DE INFORMACIÓN
Utilice sólo bolígrafo negro o azul. Escriba con letra de imprenta legible. No utilice abreviaturas.

SECCIÓN 1

Marque todos los casilleros que correspondan para indicar si usted es un nuevo inscrito o si está solicitando un cambio en su cobertura. Indique el evento y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.

Nuevo inscrito: Complete las secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11 donde corresponda.

Agregar dependiente: Complete las secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11 donde corresponda.

- Si está agregando o inscribiendo a un dependiente debido a una orden judicial, debe presentar una copia de la orden o sentencia judicial Y un formulario completo de cambio e incorporación de dependientes para la cobertura asignada por orden judicial.
- Si la cobertura para estudiantes dependientes forma parte del plan de su empleador y usted está agregando o inscribiendo a un hijo dependiente estudiante, es probable que se le exija la presentación de un formulario completo de certificación de estudios.
- Si solicita la cobertura para un hijo dependiente discapacitado que supera el límite de edad para dependientes incluido en el plan de su empleador, debe presentar un formulario completo de declaración de discapacidad de hijo dependiente. Un dependiente discapacitado que supera el límite de edad para dependientes incluido en el plan de su empleador debe estar certificado mediante verificación médica.

Cambio de médico de atención primaria (PCP) u odontólogo de atención primaria (PCD): Complete las secciones 1, 2, 3, 4 y 11. En la sección 1, indique la razón por la que está cambiando de PCP o PCD y, en la sección 4, incluya el nombre del inscrito o dependiente, número de seguro social, fecha de nacimiento y nombre y número del nuevo PCP o PCD.

Cambio de domicilio / nombre: Complete las secciones 1, 2 y 11.

Cancelación de inscrito o dependiente: Complete las secciones 1, 2, 4 y 11. En la sección 4 incluya el nombre, el número de seguro social y la fecha de nacimiento de los individuos que está cancelando.

SECCIONES 2 Y 3

Complete todas las áreas que le correspondan a usted.

SECCIÓN 4

Complete todas las áreas que le correspondan a usted y a cada dependiente. Sólo aquellos que estén solicitando cobertura de HMO o POS deben elegir en esa instancia un PCP para cada persona que recibirá cobertura. Consigne el nombre del médico y el número del proveedor del directorio de proveedores o de Provider Finder en www.bcbstx.com. Asegúrese de marcar el casillero correcto para un nuevo paciente. Sólo los miembros de HMO Blue Texas que estén solicitando determinados planes odontológicos deben elegir un odontólogo de atención primaria (PCD). **ATENCIÓN MIEMBROS FEMENINOS:** Cuando elijan a su PCP, recuerden que la red de su PCP puede afectar su elección de un OB/GYN. Usted tiene derecho a recibir los servicios de un OB/GYN sin tener que obtener antes una referencia de su PCP. Sin embargo, para los miembros de HMO, el OB/GYN que le presta sus servicios debe pertenecer al mismo grupo de práctica médica o a la misma asociación de práctica independiente (IPA) de su PCP. Ésta es otra razón para asegurarse de que la red de su PCP incluya los especialistas (particularmente al OB/GYN) y los hospitales de su preferencia. No es necesario que designe a un OB/GYN. Puede elegir recibir los servicios de OB/GYN de su PCP.

SECCIÓN 5

Complete esta sección si su empleador está ofreciendo cobertura de seguro de vida.

SECCIÓN 6

No complete esta sección si solicita cobertura de indemnización para pacientes hospitalizados o de HMO.

SECCIÓN 7

Complete esta sección si usted o algún dependiente tiene otra cobertura de atención médica por medio de un empleador (cobertura grupal) que no será cancelada cuando la cobertura correspondiente a esta solicitud entre en vigencia.

SECCIÓN 8

Complete esta sección si usted o cualquiera de sus dependientes tiene cobertura de Medicare.

SECCIÓN 9

Complete esta sección si solicita cobertura para un hijo dependiente discapacitado que supera el límite de edad para hijos dependientes incluido en el plan de su empleador. Un dependiente discapacitado debe estar certificado mediante verificación médica y se debe presentar un formulario completo de declaración de discapacidad de hijo dependiente con esta solicitud de inscripción.

SECCIÓN 10

Complete esta sección si rechaza la cobertura médica para usted y sus dependientes. Toda persona que rechaza la cobertura por cualquier razón debe completar la sección 10, no sólo aquellos que la rechacen debido a otra cobertura.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE – RECHAZO DE LA COBERTURA MÉDICA Si rechaza su inscripción o la de alguno de sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de atención médica, puede, en otro momento, inscribirse usted o inscribir a sus dependientes en el plan, siempre y cuando solicite la inscripción antes de pasados los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de casamiento, nacimiento, adopción o por formar parte de un proceso legal de adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al casamiento, nacimiento, adopción o proceso legal de adopción.

SECCIÓN 11

Firme y feche la solicitud de inscripción si está de acuerdo con las condiciones establecidas en esta sección. Su solicitud de inscripción debe entregarse en el **Departamento de Inscripciones** de su empleador, quien luego presentará su formulario en: **Group Accounts Dept. • P. O. Box 655730 • Dallas, TX 75265-5730**

Puede obtener los formularios a los que se hace referencia anteriormente en el sitio web de BCBSTX en www.bcbstx.com, a través de su representante de servicios de comercialización, o a través de su empleador. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su representante de servicios de comercialización.

