

Utilice este formulario si cumple con los criterios de la Sección 1 o 2*

A partir de mayo de 2027, se aplicará un cargo adicional de **\$50** a la prima por cada empleado y cónyuge inscrito en el plan UT SELECT que no haya completado un examen preventivo antes del **28 de febrero de 2027**. Para evitar este cargo adicional, recuerde hacerse un examen preventivo cada año.

1. Si cuenta con documentación que compruebe su examen preventivo debido a una de las siguientes opciones

MOTIVO PARA PRESENTAR LA EXCEPCIÓN DEL INCENTIVO DE ATENCIÓN PREVENTIVA (con documentación)
☐ Examen preventivo recibido de un proveedor fuera de los Estados Unidos
☐ Examen preventivo recibido a través de la Administración de Veteranos (VA)
☐ Coordinación de beneficios con examen preventivo recibido bajo el seguro de otro empleador
☐ Empleado nuevo y examen preventivo realizado antes de la contratación, siempre que se haya realizado entre el 1 de febrero 2026 y el 28 de febrero 2027

O

2. Si no cuenta con documentación que compruebe su examen preventivo debido a circunstancias especiales, su médico o proveedor de atención médica puede certificar que el examen fue realizado. Para que la certificación sea válida, debe completar toda la Sección 2.

CERTIFICACIÓN ESPECIAL DEL EXAMEN PREVENTIVO (sin documentación – el proveedor de atención médica debe completar esta sección)	
NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE)	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	CÓDIGO(S) CPT (VER LISTA A CONTINUACIÓN)
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL EXAMEN DE ATENCIÓN PREVENTIVA
CÓDIGOS CPT TÍPICOS (EJ., EXAMEN ANUAL, EXAMEN FÍSICO, EXAMEN DEL BIENESTAR DE LA MUJER, ETC.)	
Examen físico preventivo en el consultorio médico	99381–99387 (pacientes nuevos); 99391–99397 (pacientes existentes)
Examen físico preventivo en una consulta ambulatoria	99381–99387, 99391–99397
Examen físico preventivo en una clínica de farmacia	99381–99387, 99391–99397
Examen preventivo para la salud de la mujer	99384–99387 (pacientes nuevos) y 99394–99397 (pacientes existentes), dependiendo de la edad del paciente

3. Información del empleado y del proveedor de atención médica

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO / CÓNYUGE DEPENDIENTE	
NOMBRE DEL EMPLEADO (APELLIDO(S), NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	NUMERO DE ID DE BENEFICIOS (BID)
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO(S), NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR	
NOMBRE DEL PROVEEDOR (EJ., DOCTOR, PROFESIONAL DE SALUD, ETC.)	
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	CÓDIGO(S) CPT (VER LISTA ANTERIOR)
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DEL EXAMEN DE ATENCIÓN PREVENTIVA

4. Firmas del proveedor y del empleado e instrucciones de envío

FIRMA DE CERTIFICACIÓN ESPECIAL	
Al presentar este formulario, certifico que la persona mencionada es mi paciente y que recibió un examen preventivo, según lo indicado por el código de procedimiento proporcionado.	
Firma del proveedor	Fecha
FIRMA DEL EMPLEADO	
Firma del empleado	Fecha
INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO	
Envíe por correo electrónico el formulario PCIP completado junto con la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) u otra documentación que demuestre que se realizó el examen preventivo, a: Blue Cross and Blue Shield of Texas UTS_PCIPcertificationform@bcbstx.com	

***Nota:** Si está inscrito en la cobertura médica UT SELECT como empleado activo y decide visitar a un proveedor fuera de la red de BCBSTX, utilice el Formulario de Reclamación de BCBSTX (<https://www.bcbstx.com/docs/forms/claim/tx/medical-claim-tx.pdf>) o comuníquese directamente con un representante de **UT SELECT Concierge** al 866-882-2034 para obtener ayuda.

Los avisos legales relacionados con el plan están disponibles en el sitio web de [Legal Notices | The University of Texas System](#).