



RUMBO A

LA INSCRIPCIÓN ANUAL

Navegando por sus Beneficios
para el 2019-2020

Período de Inscripción:

1ro de julio al 23 de agosto de 2019



TABLA DE CONTENIDO

Cómo Navegar por Esta Guía

¿Desea encontrar algún tema rápido? En esta Guía, usted podrá hacer clic en:

- Íconos (ubicados en la parte inferior de cada página)
- Términos del Glosario (escritos en color marrón)
- Direcciones para visitar varios sitios en la Internet
- Referencias a secciones específicas
- Botones de navegación (en la parte inferior de cada página)

Pasará a esa sección o página automáticamente.



04 Rumbo a la Inscripción Anual para el 2019-2020



05 Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando



07 Su Itinerario de Inscripción



08 Planes TRS-ActiveCare y Beneficios para Medicinas Recetadas



25 TRS-ActiveCare Health: Herramientas y Recursos para el Bienestar



28 Formas de Ahorrar



31 Planes HMO



34 Costo de Cobertura



36 Inscripción y Elegibilidad



41 Glosario de Términos



43 Avisos Importantes





TABLA DE CONTENIDO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para respuestas e información, llame al Departamento de Servicio al Cliente de los planes TRS-ActiveCare TRS-ActiveCare Select, TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2

1-800-222-9205
1-800-628-3323 (TTY)
8 a.m. – 5 p.m. CT (De lunes a viernes, Hora Centro)

Planes **HMO** FirstCare

1-800-884-4901
8 a.m. – 6 p.m. CT (De lunes a viernes, Hora Centro)

Scott & White Health Plan

1-800-321-7947
7 a.m. – 8 p.m. CT (De lunes a domingo, Hora Centro)

Blue Essentials Access

1-888-378-1633
8 a.m. – 6 p.m. CT (De lunes a viernes, Hora Centro)

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD O HMO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

Este es un plan médico que coordina, para los miembros del plan, los servicios relacionados con la asistencia médica. En la mayoría de los planes HMO, los miembros seleccionan a un médico para el cuidado primario o PCP, el cual pertenece a la red de proveedores del plan. El médico para el cuidado primario proporciona cuidado médico de rutina y remite a los miembros del plan a otros médicos de la red de requerirse el cuidado médico de un especialista.

La presente Guía de Inscripción le proporciona un resumen de los beneficios del programa TRS-ActiveCare. Para una descripción detallada de su programa, remítase al Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare o a la Evidencia de Cobertura de su Plan HMO. El Folleto de Beneficios estará disponible en línea antes del 1° de septiembre de 2019 al igual que la declaración oficial de beneficios de TRS-ActiveCare. Los documentos de Evidencia de Cobertura del Plan HMO estarán disponibles en línea y podrá imprimir copias a través de su HMO. Los beneficios de TRS-ActiveCare se pagarán de conformidad con el Folleto de Beneficios o la Evidencia de Cobertura de HMO y demás documentos legales que rijan el programa.

Usted también podrá tener acceso al Resumen de Beneficios y Cobertura en el www.tractivecareatna.com o comunicándose con el Departamento de Servicios al Cliente para solicitar una copia. Esto puede hacerlo llamando al **1-800-222-9205**.

Esta Guía de Inscripción se aplica al plan TRS-ActiveCare del año 2019-2020 y sustituye cualquier versión anterior de la Guía de Inscripción. Sin embargo, cada versión de la Guía de Inscripción continúa vigente para el año del plan para el cual se aplica la misma. Además de las leyes y regulaciones de TRS, la Guía de Inscripción constituye la declaración oficial de TRS-ActiveCare sobre los asuntos de inscripción contenidos en la Guía de Inscripción y sustituye cualquier otra declaración efectuada en relación con la inscripción de TRS-ActiveCare, independientemente de donde provenga dicha declaración. TRS-ActiveCare se reserva el derecho a enmendar la Guía de Inscripción en cualquier momento.

TRS no ofrece ni apoya ninguna forma de cobertura suplementaria para ninguno de los planes de cobertura médica disponibles bajo TRS-ActiveCare. Para obtener información sobre alguna cobertura que presuntamente sea compañera o suplemento de cualquier plan de TRS-ActiveCare, la persona deberá comunicarse con la organización que esté haciendo tal oferta y/o con The Texas Department of Insurance (TDI) visitando el <http://www.tdi.texas.gov> o llamando a la Línea Telefónica del Consumidor (TDI Consumer Helpline) al **1-800-252-3439**.

Los beneficios médicos para TRS-ActiveCare los administra Aetna. Los beneficios de medicinas recetadas para TRS-ActiveCare 1-HD, TRS-ActiveCare Select/TRS-ActiveCare Select Whole Health y TRS-ActiveCare 2 los administra Caremark. Los planes HMO los proporciona SHA, L.L.C., bajo la razón social (dba) FirstCare Health Plans; Scott & White Health Plan y Blue Cross and Blue Shield of Texas, una División de Health Care Service Corporation.

Android y Google Play son marcas registradas de Google, Inc. Apple, el logotipo de Apple y iPhone son marcas registradas de Apple, Inc., registradas en los Estados Unidos y en otras naciones. App Store es una marca de servicio de Apple Inc.



RUMBO A LA INSCRIPCIÓN ANUAL PARA EL 2019-2020

Del 1ro de julio al 23 de agosto de 2019



Elija la Ruta que lo Conduzca a su Destino

Cuando conduce su vehículo, una buena aplicación puede ayudarle a buscar rutas y a tomar la mejor decisión para usted. Lo mismo sucede con el cuidado médico. Al igual que una buena aplicación, el plan médico correcto le permitirá llegar a dónde usted desea llegar, que es mejorar su salud y la de su familia.

Durante el período de Inscripción Anual, piense en cómo utiliza usted su cuidado médico y elija el plan que mejor se ajuste a sus necesidades. Utilice esta guía para comparar sus opciones y aprenda sobre los recursos y servicios que dan valor a cada plan.

Recuerde que, una vez inscrito, usted no podrá cambiarse durante el transcurso del año del plan (es decir, desde el 1ro de septiembre 2019 hasta el 31 de agosto 2020), a menos que presente usted un evento de inscripción elegible. (Pase a la página 39).

¿Necesita ayuda?

- Para ver los detalles de cada opción o plan, visite el www.tractivecareetna.com o llame al **1-800-222-9205**.
- Para recibir ayuda en cuanto a sus preguntas sobre beneficios y necesidades médicas, llame al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.



QUÉ HAY DE NUEVO Y QUÉ ESTÁ CAMBIANDO



Lo que debería saber:

- **No incrementará el deducible:** El deducible es la cantidad que usted paga antes de que comiencen a pagársele beneficios. Esta cantidad no aumentará para el año del plan 2019-2020.
- **TRS-ActiveCare 2:** Este plan está cerrado para los participantes que deseen inscribirse por vez primera. Si usted ya está inscrito en este plan, podrá entonces permanecer en el mismo para el año 2019-2020. Sin embargo, cabe destacar que, si cambia de plan, ya no podrá regresar a TRS-ActiveCare 2 en el futuro.

Rumbo a lo que le Ofrece el Año Próximo

TRS-ActiveCare es un programa autónomo, lo que significa que TRS paga sus reclamaciones médicas de sus propias ganancias generadas. Cada año, TRS revisa el estado financiero del programa TRS-ActiveCare para determinar si es necesario hacer cambios para mantener el programa aun mientras esté satisfaciendo las necesidades de sus participantes. TRS se esfuerza por mantener el equilibrio entre la necesidad de ofrecer precios costeables y la de mantener la salud financiera del plan. Al administrar los costos del programa, tratamos de lograr una mayor calidad del cuidado médico y asegurarnos de que no se desperdicien los servicios y medicinas recetadas.

A raíz de la más reciente revisión efectuada, hemos implementado los siguientes cambios en cuanto a beneficios y primas:

Primas

(Para ver las primas para al año 2019-2020, pase a la página 35 bajo Primas Mensuales)

- Las primas de los planes TRS-ActiveCare Select y TRS-ActiveCare 1-HD aumentarán en un 3 por ciento.
- Las primas del plan TRS-ActiveCare 2 incrementarán en un 8.9 por ciento. TRS-ActiveCare 2 proporciona el nivel más elevado de cobertura y el ingreso así lo refleja.

Los siguientes cambios de beneficio impidieron que hubiera incrementos mayores a los expuestos anteriormente.

Desembolso Personal Máximo

TRS reúne una red de proveedores de alta calidad que ofrecen los mejores resultados médicos mientras ayudan a manejar los costos. Lo mejor tanto para el participante como para el fondo de TRS-ActiveCare es que usted se mantenga dentro de la red y la mayoría de los participantes así lo hacen. El año pasado, el 97 por ciento de los servicios médicos utilizados por los participantes de TRS-ActiveCare fueron los servicios prestados dentro de la red. Sin embargo, ese pequeño margen de costos médicos prestados fuera de la red representa una cantidad significativa para los participantes y el plan. A fin de que se utilice más a los proveedores pertenecientes a la red, TRS está incrementando el desembolso personal máximo del cuidado médico que se obtenga fuera de la red para los planes TRS-ActiveCare 1-HD y TRS ActiveCare 2. (**Nota:** TRS-ActiveCare Select continuará cubriendo el cuidado de los participantes sólo cuando estos utilicen proveedores pertenecientes a la red).

Cuidado de Hospital para Pacientes Internos

Para los planes **TRS-ActiveCare 1-HD y TRS ActiveCare 2**, los beneficios fuera de la red para el cuidado de hospital, aplicables a pacientes internos, cambiará a una tasa fija de \$500 por día y por persona. El plan pagará hasta \$500 diarios por cargos cubiertos una vez que se haya satisfecho el deducible. Usted pagará la cantidad que sobrepase el límite de \$500 por día.

Nota: Este cambio se aplica solo al cuidado de hospital para pacientes internos obtenido fuera de la red. El beneficio proporcionado por el cuidado obtenido dentro de la red permanece de la misma manera. Al seleccionar instalaciones pertenecientes a la red, usted puede evitar un desembolso personal mayor por el cuidado médico obtenido fuera de la red.

Medicinas Recetadas

Los precios de los medicamentos de marca y de especialidad han incrementado significativamente en los últimos años. Aun cuando menos de un 2 por ciento de los participantes toma estos medicamentos, los costos de los mismos constituyen más de un 45 por ciento del costo de todas las medicinas recetadas de TRS-ActiveCare. A fin de que los participantes utilicen medicamentos genéricos, más económicos y efectivos, se han implementado los siguientes cambios:

- **Para TRS-ActiveCare Select y TRS ActiveCare 2:** Los participantes pagarán ahora un coseguro (en vez de efectuar un copago) por los medicamentos de marca, pero el máximo será el doble de lo que paguen ahora como copago. (Pase a la gráfica que aparece a continuación).
- **Para TRS-ActiveCare Select:** Los copagos para los medicamentos genéricos serán \$5 menos en comparación con el año del plan anterior.
- **Para TRS-ActiveCare 2:** Habrá incrementos a los mínimos y máximos aplicables para los medicamentos de marca no preferida.
- **Para TRS-ActiveCare 1-HD:** El coseguro para medicamentos de marca preferida se incrementará en un 20 a un 25 por ciento.

Nota: Los participantes de TRS-ActiveCare 1-HD continuarán recibiendo cobertura del 100 por ciento para ciertos medicamentos genéricos preventivos. No se aplicará el deducible del plan. Para una lista completa de medicamentos elegibles para este beneficio, visite info.caremark.com/trsactivecare.





La Inscripción Anual es un buen momento para pensar en el porvenir.

Tómese un tiempo para pensar si su plan actual funcionará para el futuro. Piense en eventos próximos, como cualquier cirugía programada, el nacimiento de un hijo, un matrimonio o divorcio y demás posibles cambios en sus circunstancias.

Tendrá que inscribirse activamente o declinar la cobertura, si usted:

- Recientemente ha pasado a ser elegible,
- Está cambiando de plan o está agregando o eliminando dependientes para el próximo año del plan,
- Desea declinar la cobertura para el año 2019-2020.

Qué Hay de Nuevo para el Año del Plan 2019-2020

Si usted reside en los condados de **Ft Bend, Montgomery, Harris, Galveston o Brazoria** y está inscrito en el plan **TRS-ActiveCare 1-HD**, tendrá que inscribirse activamente y seleccionar un médico de cabecera para usted y para sus dependientes cubiertos.

Esta Tabla Muestra los Cambios en cuanto a Beneficios que Entrarán en Vigencia para el Año del Plan 2019-2020

Para conocer los costos de prima actualizados, pase a la sección de Costos de Cobertura que aparece en la página 35.

Cobertura Médica	TRS-ActiveCare Select	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare 2
Desembolso Personal Máximo Dentro de la Red Por Persona/Familia	\$7,900/\$15,800	\$6,750/\$13,500	\$7,900/\$15,800
Desembolso Personal Máximo Fuera de la Red Por Persona/Familia	No se aplica	\$20,250/\$40,500	\$23,700/\$47,400
Fuera de la Red Hospital para Pacientes Internos	No se aplica	El plan paga hasta \$500 por límite diario de cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la cantidad que sobrepase el límite diario de \$500	El plan paga hasta \$500 por límite diario de cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la cantidad que sobrepase el límite diario de \$500
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos Genéricos			
Farmacia Regular Copago /coseguro (suministros de hasta 31 días)	Usted paga \$15, sin deducible	No cambia	No cambia
Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en Farmacia Regular Copago /Coseguro (Después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)	Usted paga \$30, sin deducible	No cambia	No cambia
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos de Marca Preferida			
Farmacia Regular Copago /coseguro (suministros de hasta 31 días)	Usted paga un 25% después del deducible por medicamento (mínimo \$40*; máximo \$80)	Usted paga un 25% después del deducible	Usted paga un 25% después del deducible por medicamento (mínimo \$40*; máximo \$80)
Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en Farmacia Regular Copago /Coseguro (Después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)	Usted paga un 25% después del deducible por medicamento (mínimo \$60*; máximo \$120)	Usted paga un 25% después del deducible	Usted paga un 25% después del deducible por medicamento (mínimo \$60*; máximo \$120)
Órdenes por Correo y Farmacias Retail Plus Copago /Coseguro (suministros de 60 a 90 días)	Usted paga un 25% después del deducible por medicamento (mínimo \$105*; máximo \$210)	Usted paga un 25% después del deducible	Usted paga un 25% después del deducible por medicamento (mínimo \$105*; máximo \$210)
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos de Marca No Preferida			
Farmacia Regular Copago /coseguro (suministros de hasta 31 días)	No cambia	No cambia	Usted paga un 50% después del deducible por medicamento (mínimo \$100*; máximo \$200)
Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en Farmacia Regular Copago /Coseguro (Después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)	No cambia	No cambia	Usted paga un 50% después del deducible por medicamento (mínimo \$105*; máximo \$210)
Órdenes por Correo y Farmacias Retail Plus Copago /Coseguro (suministros de 60 a 90 días)	No cambia	No cambia	Usted paga un 50% después del deducible por medicamento (mínimo \$215*; máximo \$430)

*Si el costo del medicamento es menor a la cantidad mínima autorizada, usted deberá pagar el costo del medicamento.

SU ITINERARIO DE INSCRIPCIÓN

Pasos a seguir antes del 23 de agosto de 2019



Haga un inventario de las coberturas médicas y para medicinas recetadas que necesitará para el próximo año.



Averigüe si necesita inscribirse durante este período de Inscripción Especial. [Vea las Páginas 5-6. \[Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando\]](#)



Revise los requisitos de elegibilidad para usted y sus familiares. [Vea la Página 36. \[Quién Puede Inscribirse en TRS-ActiveCare?\]](#)



Revise su costo de cobertura. [Vea la Página 35. \[¿Costo de Cobertura?\]](#)



Use ALEX®, su consejero personal de beneficios en línea, para aprender más sobre las opciones de su plan TRS-ActiveCare y para tomar una decisión informada. [Vea la Página 8. \[Descubra su camino con ALEX.\]](#)



Revise y compare las opciones de los planes TRS-ActiveCare y HMO disponibles para usted. [Vea las Páginas 17 al 18 y 32. \[Planes TRS-ActiveCare, HMO – Descripciones y tablas de resumen\]](#)



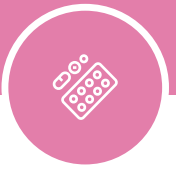
Use la herramienta de búsqueda de proveedores para ver si sus médicos pertenecen o no a la red del plan o planes que usted está considerando. [Vea la sección “¿Pertenece su médico a la red?” ubicada en cada una de las descripciones del plan, comenzando en la Página 11.](#)



Inscríbase para recibir beneficios médicos desde el 1º de julio al 23 de agosto de 2019. [Vea la Página 38. \[Cómo Inscribirse\]](#)



PLANES TRS-ACTIVECARE Y BENEFICIOS PARA MEDICINAS RECETADAS



Esta sección describe las opciones del plan TRS-ActiveCare disponibles para usted para el año 2019-2020. Para comparar los planes, favor vea las tablas que aparecen en las páginas 17 al 18.

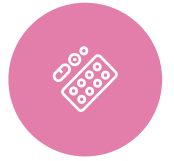
TRS-ActiveCare Select

TRS-ActiveCare Select proporciona los beneficios médicos esenciales que se requieren de todos los planes médicos. Cubre el cuidado médico que va desde los servicios preventivos hasta las hospitalizaciones y ofrece copagos confiables para la mayoría de los servicios. De elegir usted este plan, se le asignará automáticamente al plan TRS-ActiveCare Select Whole Health o al plan TRS-ActiveCare Select Open Access, dependiendo de donde esté ubicado su médico. Favor de ver la tabla del plan TRS-ActiveCare Select que aparece en la página 10 para ver a cuál plan le asignarán. Una vez inscrito, se mostrarán en pantalla solo las opciones disponibles para usted.

Encuentre su Camino con ALEX

ALEX es una herramienta en línea que usted puede utilizar para aprender sobre las opciones del plan TRS-ActiveCare que están a su disposición y para decidir cuál de ellas es la mejor para usted y su familia. ALEX puede ayudarle a comparar las opciones del plan, a comprender términos de los beneficios médicos y a ver cómo funcionan los planes.

Para utilizar la herramienta, visite www.myalex.com/trsactivecare/2019.



Es importante comprender cuál de las redes utilizará usted en este plan.

Esto se debe a que TRS-ActiveCare Select es un plan a utilizarse **dentro de la red solamente**. El mismo paga beneficios *solo* cuando usted recibe cuidado médico a través de médicos y demás proveedores pertenecientes a la red asignada (excepto en el dado caso de una verdadera emergencia), según lo descrito en la página 41. **Si busca atención médica fuera de su red, usted deberá pagar por su cuenta los cargos facturados.**

Cómo Funciona el Plan

- Para las visitas no preventivas realizadas al consultorio médico, usted pagará una cantidad fija o copago.
- Los cargos no están sujetos al copago por visita al consultorio médico ni a otros copagos aplicables. Para muchos servicios, esta es una cantidad fija más el porcentaje del cargo facturado.
- El plan paga beneficios solo cuando usted y sus dependientes cubiertos utilizan proveedores pertenecientes a la red (excepto en el dado caso de una verdadera **emergencia**). **Si usted busca cuidado médico fuera de la red asignada (para ver la tabla de redes, pase a la página 10), usted pagará por su cuenta todos los cargos facturados.**
- Si sus gastos de desembolso personal alcanzan el máximo de desembolso personal, el plan pagará un 100% de los gastos cubiertos por el resto del año del plan.

Nota: Si le asignan a una red de TRS-ActiveCare Select Whole Health, no habrá cobertura si usted utiliza los servicios de un proveedor no perteneciente a la red TRS-ActiveCare Select Whole Health. Se requiere que usted y sus dependientes cubiertos (incluyendo a cualquier dependiente que resida temporal o permanentemente fuera del área de la red) reciban cuidado a través de proveedores de la red TRS-ActiveCare Select Whole Health.



EMERGENCY (EMERGENCIA):

Se refiere a la aparición repentina e inesperada de un cambio en la condición física o mental de una persona, la cual, de no administrarse inmediatamente el procedimiento o tratamiento en cuestión, según lo determinado por Aetna, podría razonablemente resultar en que:

- Se ponga en grave peligro la salud de la persona,
- Se produzca la discapacidad grave de una función corporal,
- Se produzca una grave disfunción para una parte u órgano del cuerpo
- Se desfigure gravemente la persona, o
- Se ponga en grave peligro la salud del feto.

TRS-ActiveCare cubre las emergencias médicas en donde quiera que se produzcan. En caso de una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.



Redes TRS-ActiveCare Select Whole Health y TRS-ActiveCare Select Open Access

Si usted selecciona este plan, dependiendo de dónde resida, se le asignará a TRS-ActiveCare Select Whole Health o a TRS-ActiveCare Select Open Access. Se le asignará a una red dependiendo de dónde se encuentre su domicilio. Revise la tabla de redes que aparece a continuación para determinar cuál de las redes se aplica a usted.

Nota: Algunos participantes tendrán la opción de seleccionar entre dos redes de TRS-ActiveCare Select Whole Health.

TRS-ActiveCare Select Whole Health adopta un nuevo enfoque con respecto al cuidado médico, el cual se concentra tanto en el bienestar de la persona como en la enfermedad. El objetivo principal es mantenerlo a usted y a su familia sanos, anticipar problemas en vez de reaccionar ante estos y proporcionar cuidado médico de manera más coordinada y cooperativa.

Con TRS-ActiveCare Select Whole Health, usted tiene acceso a una organización de cuidado médico responsable (*accountable care organization, ACO*, por sus siglas en inglés), la cual incluye médicos, enfermeros y demás proveedores

dedicados a sus necesidades exclusivas en cuanto al cuidado médico. Usted cuenta con un equipo de cuidado médico dirigido por su médico de cabecera, quien proporciona cuidado preventivo, cuidado básico y de rutina además de remisión médica para que usted acuda a otros miembros del equipo, según fuere necesario, para recibir cuidado de especialidad.

Su equipo comunica y compara información para que todos estén notificados con respecto al historial médico suyo, así como sus necesidades y metas. Ellos buscan formas de mejorar su cuidado y salud, de tratarle como una persona única, en vez de una colección de síntomas. Este enfoque ha ganado el reconocimiento de los participantes del plan TRS-ActiveCare Select Whole Health, los cuales reportan un mayor nivel de satisfacción y mejores resultados médicos al utilizar estos equipos.

Hay cinco tipos de redes diferentes de TRS-ActiveCare Select Whole Health.

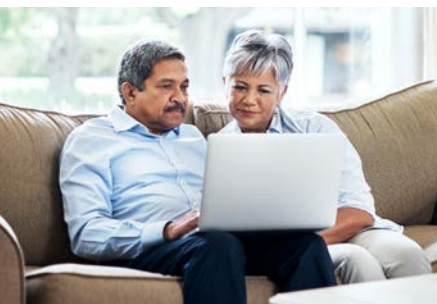
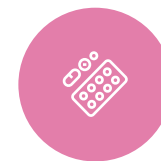
TRS-ActiveCare Select Open Access es una red **nacional** que cubre una amplia gama de servicios que van desde el cuidado primario y de especialidad hasta los servicios de hospital y de diagnóstico. Usted no necesita que su médico de cabecera le dé remisión médica para poder ver a otros proveedores de la red.

Tabla de Redes de TRS-ActiveCare Select

Si usted vive en uno de estos condados	TRS-ActiveCare Select Whole Health
Bexar, Comal, Guadalupe y Kendall	Baptist Health System y HealthTexas Medical Group
Bell, Brazos, Collin, Dallas, Denton, Ellis, Hays, McLennan, Milam, Parker, Rockwall, Tarrant, Travis, Washington y Williamson	Baylor Scott & White Quality Alliance
Ft. Bend, Harris, Montgomery, Galveston y parte de of Brazoria*	Kelsey Select
Brazoria*, Ft. Bend, Galveston**, Harris y Montgomery	Memorial Hermann Accountable Care Network
Bastrop, Bell, Burnet, Caldwell, Hays, Travis y Williamson	Seton Health Alliance
Si usted no reside en ninguno de los condados mencionados anteriormente.	TRS-ActiveCare Select Open Access

*Brazoria ZIP code areas: 77511, 77512, 77578, 77581, 77583, 77584, 77588

**Galveston ZIP code areas: 77539, 77546, 77549, 77565, 77573, 77574



¿Es Este Plan para Usted?

Tal vez le convenga considerar el plan TRS-ActiveCare Select si usted:

- Desea un deducible menor y copagos confiables para las visitas médicas y para las medicinas recetadas.
- Comprende a cuál red le asignarán basado en el condado donde usted reside,
- No anticipa la utilización de proveedores no pertenecientes a la red,
- No cubre dependientes que vivan fuera del área de la red de su plan.

¿Pertenece su Médico a la Red?

Para encontrar proveedores pertenecientes a la red, visite el www.trselectivecareetna.com y haga clic en "Encontrar a un Doctor o Instalación Médica" ("Find a Doctor or Facility"), ubicado a la derecha de la página de inicio. Siga las instrucciones y cuando le pidan que "Seleccione un Plan" ("Select a Plan"), utilice los siguientes pasos y la tabla de la red.

- Si usted reside en uno de los condados o códigos postales enumerados en la página 10, busque las opciones del plan ActiveCare Select & Select Aetna Whole Health y seleccione entonces la red correspondiente a su condado o código postal. Por ejemplo, si usted reside en el condado de Denton, su red será Baylor Scott & White Quality Alliance.
- Si usted no reside en uno de los condados o códigos postales enumerados en la página 10, busque las opciones del plan ActiveCare Select & Select Aetna Whole Health y seleccione entonces "ActiveCare Select."

Para determinar cuál es la red de su plan, llame al Departamento de Servicio al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.

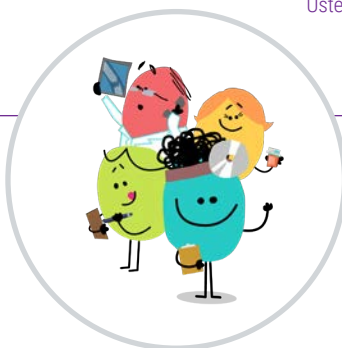
Es importante que sepa que – El Área Dónde Usted Vive Determina la Red a la Cual se le Asignará

Si vive en o cerca de San Antonio, Dallas/Ft. Worth, Austin o Houston (en uno de los condados que aparecen en la tabla) y selecciona TRS-ActiveCare Select como su plan, usted y sus dependientes cubiertos deberán recibir cuidado médico dentro de la red TRS-ActiveCare Select Whole Health. Esto se aplica aun cuando sus dependientes cubiertos vivan temporal o permanentemente fuera del área de la red –por ejemplo, los hijos que se hayan mudado de la casa para ir a la universidad o que se hayan mudado de la casa de uno de sus padres para vivir con el otro. Tal vez le convenga considerar otro plan si vive en uno de los condados que aparecen en la tabla Y si tiene dependientes en un área que no aparezca en la lista.

Si usted se muda fuera del área de la red TRS-ActiveCare Select Whole Health, durante el año del plan, permanecerá dentro del plan TRS-ActiveCare Select, pero podrá utilizar proveedores de la red TRS-ActiveCare Select Open Access o una red diferente de TRS-ActiveCare Select Whole Health, dependiendo del condado al cual se muda.

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación que muestre el cambio de red.

Si usted se encuentra dentro de la red TRS-ActiveCare Select Open Access y se muda a un condado asignado a una red TRS-ActiveCare Select Whole Health, se le transferirá a esa red TRS-ActiveCare Select Whole Health.



Encuentre el camino con ALEX

Revise la herramienta ALEX, su consejero de beneficios en línea. Pase a la página 8 para aprender más al respecto o visite www.myalex.com/trselectivecare/2019.

Para obtener información sobre las cantidades correspondientes al deducible, coseguro o copago y el desembolso personal máximo, favor de ver la tabla de beneficios ubicada en las páginas 17 al 18.



Cómo Aprovechar al Máximo su Plan TRS-ActiveCare Select

La tabla que aparece a mano derecha muestra cómo funciona el plan médico para la familia Pérez. Tomás y María son una pareja con hijos ya grandes. Ellos viven en el Condado de Harris y están inscritos en el plan TRS-ActiveCare Select Whole Health. Como viven en un área de la red de respuesta local – Memorial Hermann Accountable Care Network – solo verán proveedores que pertenezcan a esta red.

- Tomás presenta una enfermedad crónica y visita a su médico de cabecera tres veces al año para hacer seguimiento. Después de que Tomás paga su copago de **\$30**, el plan paga **100%**, no sujeto al deducible.
- Tomás toma diariamente dos medicinas recetadas para uso a largo plazo. El aprovecha el servicio farmacéutico de órdenes por correo que ofrece el plan. Tomás paga **\$45** por medicina recetada para suministros de hasta 90 días. Al utilizar este servicio, Tomás ahorra tiempo y dinero.
- María cree tener conjuntivitis. Llama a Teladoc® y habla con un médico, el cual le diagnostica una infección ocular. El doctor ordena las medicinas recetadas a través de una farmacia de la red. María paga **\$15** por su medicamento genérico. El plan paga el honorario de la consulta de Teladoc en un **100%**.
- María se realiza su examen anual preventivo de obstetricia/ginecología con un ginecólogo de la red Memorial Hermann. El examen y el Papa Nicolau se cubren en un **100%**, no sujeto al deducible.
- María se realiza una cirugía ambulatoria. El cuidado se coordina a través de su equipo de cuidado médico de la red Memorial Hermann Accountable Care. Ella paga su deducible (\$1,200) y efectúa un copago de \$150 antes de que el plan pague 80% (\$1,496) del costo. María será responsable de pagar el 20% (\$374) restante del costo negociado de la red.

Caso Práctico: Tomás y María Pérez

Deducible	\$1,200 (por persona); \$3,600 (familia)
Gastos cubiertos (Tomás)	\$425 (tres visitas al médico de cabecera)
Pagado por Tomás	\$90 (\$30 copago primario por visita)
Pagado por el plan (100% después del copago, sin deducible)	\$335
Gastos cubiertos (Tomás)	\$1,800 (dos medicamentos genéricos por año)
Pagado por Tomás	\$360 (copagos por medicamentos genéricos adquiridos a través del sistema de órdenes por correo)
Pagado por el plan (100% después de los copagos, sin deducible)	\$1,440
Gastos cubiertos (María)	\$160 (Consulta de Teladoc y medicamento genérico)
Pagado por María	\$15 (copago por medicina recetada)
Pagado por el plan (100% después del copago, sin deducible)	\$145
Gastos cubiertos (María)	\$325 (examen preventivo y Papa Nicolau en consulta obstétrica / ginecológica)
Pagado por el plan (100%, sin deducible)	\$325
Gastos cubiertos (María)	\$3,200 (cirugía ambulatoria)
Pagado por María	\$1,704 (\$1,180 contra el deducible; \$150 copago; \$374 coseguro)
Pagado por el plan (80% después del copago y deducible)	\$1,501
Pagado por el Plan	\$3,741
Pagado por Tomás	\$450
Pagado por María	\$1,719
Cantidad aplicada al deducible	\$1,200 (María satisfizo su deducible) \$450 (el deducible de Tomás) \$2,169 (aplicado contra el deducible de su familia)



Escoja sabiamente,
Ahorre Dinero

Aproveche las características del plan que ofrecen cuidado y servicios gratis o a precio reducido. Por ejemplo:

- Teladoc le permite consultar a un médico de cabecera por teléfono. Utilice este servicio para problemas médicos menores y ahórrase una visita al consultorio médico (sujeto al deducible). Cada consulta cuesta solo \$40. Remítase a la página 26 para más información sobre Teladoc.
- Manténgase al día con su rutina, exámenes preventivos. Están cubiertos en un 100% sin costo alguno para usted cuando utiliza proveedores pertenecientes a la red.
- Ciertos medicamentos genéricos preventivos están disponibles gratuitamente. No se aplican el deducible y coseguro. Para una lista de medicamentos, visite www.tractivecareetna.com/coverage y haga clic en "TRS-ActiveCare 1-HD."

HIGH-Deductible Health Plan (Plan Médico de Alto Deducible):

Este plan médico tiene que cumplir con regulaciones federales para que los participantes puedan depositar fondos en una cuenta de ahorros médicos. Estos fondos pueden ayudar a los participantes a pagar gastos médicos. El deducible del plan es mayor que el plan médico regular. Las primas, sin embargo, son menores.

X



TRS-ActiveCare 1-HD

ActiveCare 1-HD es un plan médico de alto deducible high-deductible health plan o HDHP, por sus siglas en inglés), el cual ofrece cobertura médica integrada y para medicinas recetadas, además de la oportunidad de contribuir, con dólares de antes de impuesto, a una cuenta de ahorros médicos (health savings account o HSA). La cuenta de ahorros médicos podría utilizarse para pagar gastos médicos actuales y/o futuros que califiquen. Aun cuando muchos distritos escolares ofrecen cuentas de ahorros médicos para sus empleados, TRS no las administra.

Cómo Funciona el Plan TRS-ActiveCare 1-HD

Deducible

Usted debe satisfacer el deducible antes de que el plan comience a pagar sus beneficios médicos y de medicinas recetadas, excepto por el cuidado preventivo dentro de la red. El deducible podrá satisfacerlo uno de los miembros de la familia o una combinación de ellos. Sin embargo, no se pagan beneficios para los gastos de ningún miembro de la familia hasta que la cantidad total del deducible (\$5,500 dentro de la red/\$11,000 fuera de la red) se haya satisfecho (o \$2,750 dentro de la red /\$5,500 fuera de la red para una persona con cobertura de empleado solamente).

Coseguro

Una vez satisfecho el deducible, usted pagará una porción de sus gastos cubiertos. El plan paga un porcentaje de los gastos cubiertos (lo que se conoce como coseguro) y usted paga cierto porcentaje. Usted paga menos cuando utiliza proveedores pertenecientes a la red. Para encontrarlos, visite www.tractivecareetna.com y haga clic en "Encontrar un Doctor o Instalación Médica" ("Find a Doctor or Facility") a la derecha de la página de inicio y siga las instrucciones ahí dadas.

Nota: Solo contarán contra el deducible **dentro de la red** los gastos en los que incurra usted dentro de la red y solo contarán contra el deducible **fuera de la red** los gastos en los que incurra usted fuera de la red.

Desembolso Personal Máximo

El plan limita sus gastos de desembolso personal. Una vez que la cuota suya de gastos alcance el desembolso personal máximo (dentro de la red: \$6,750 por persona /\$13,500 familia; fuera de la red: \$20,250 por persona / \$40,500 familia), el plan pagará beneficios en un 100% por el resto del año del plan.

El desembolso personal máximo del plan TRS-ActiveCare 1-HD se aplica a cada persona cubierta individualmente, hasta por el máximo de la familia. El desembolso personal máximo por persona incluye los gastos cubiertos en los que incurra la misma. Después de que cada persona cubra su desembolso personal máximo, el plan pagará 100% de los beneficios para esa persona.

Nota: Solo contarán contra el desembolso personal máximo dentro **de la red** los gastos en los que incurra usted dentro de la red y solo contarán contra el desembolso personal máximo fuera de la red los gastos en los que incurra usted **fuera de la red**.

Remítase a la tabla que aparece en las páginas 17 al 18 para obtener información sobre el deducible, coseguro y sobre las cantidades de desembolso personal máximo.

¿Pertenece su Médico a la Red?

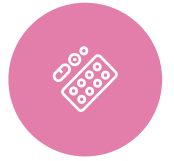
Para encontrar proveedores de la red, visite www.tractivecareetna.com y haga clic en "Encontrar un Doctor o Instalación Médica" ("Find a Doctor or Facility") a la derecha de la página de inicio y siga las instrucciones ahí dadas.

X

COINSURANCE (COSEGURO):

Este es el porcentaje de la cuota compartida del participante para los gastos de servicios y suministros cubiertos, después de haber satisfecho el deducible. Por lo general, es un porcentaje de la cantidad permitida. Por ejemplo, si la cantidad de coseguro es "80/20", eso significa que TRS-ActiveCare pagará un 80% y usted pagará un 20% de la cantidad permitida para los cargos elegibles.





Cuenta de Ahorros Médicos

Considere inscribirse en una cuenta de ahorros médicos (HSA). La misma es una cuenta de impuestos diferidos que puede usted utilizar para ayudarse con gastos médicos actuales o futuros que califiquen. Para ser elegible para abrir una cuenta de ahorros médicos:

- Usted debe estar cubierto por un plan médico de alto deducible, como TRS-ActiveCare 1-HD. *
- Usted no debe tener cobertura a través de otro seguro médico. **
- Usted no debe ser elegible para recibir beneficios de Medicare.
- Usted no puede contar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

TRS no ofrece cuentas de ahorros médicos, pero algunas entidades participantes de TRS-ActiveCare podrían ofrecerlas. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para determinar si habrá una cuenta de ahorros médicos disponible para usted. De lo contrario, es posible que usted pueda abrir una cuenta en un banco local o cooperativa de crédito (credit union). Si usted está considerando inscribirse en el plan TRS-ActiveCare 1-HD y abrir una cuenta de ahorros médicos, a continuación verá algunas características que debería usted conocer:

Contribuciones: Usted puede hacer contribuciones hasta por los límites establecidos por el IRS. Para el año 2019, estos límites son de \$3,500 por persona y \$7,000 por familia. Para el año 2020, los límites serán de \$3,550 por persona y \$7,100 por familia. Si usted tiene 55 años de edad o más, es posible que pueda usted hacer una contribución adicional de \$1,000 al año para ayudarlo a "ponerse al día".

Titularidad: Usted es dueño de su propia cuenta. Usted decide cuando la utilizará para gastos elegibles. Puede usarla bien sea para pagar gastos actuales o dejar que crezca para cubrir gastos futuros, incluyendo los que surja durante la jubilación.

Ahorros de impuestos: La cuenta de ahorros médicos ofrece una triple ventaja impositiva. Las contribuciones efectuadas a la cuenta son deducibles de impuesto, los retiros utilizados para pagar gastos elegibles no están sujetos al cobro de impuesto y los saldos se acumulan y ganan intereses libres de impuesto.

Crecimiento: El saldo de su cuenta se transfiere al año siguiente y gana intereses, libre de impuesto. Usted puede comenzar a invertir una vez que su saldo alcance cierta cantidad (por lo general, \$1,000 o \$2,000).

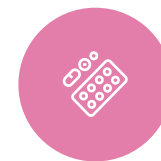
Portabilidad: Usted puede llevarse su cuenta consigo si se retira de TRS. Los fondos son suyos para que los utilice para gastos elegibles, pero usted puede continuar efectuando contribuciones a la cuenta solo si está inscrito en un plan médico de alto deducible.

¿Qué Son Gastos Médicos Elegibles?

Los gastos médicos elegibles los establece el IRS e incluyen el deducible y coseguro de su plan médico, dental y de la visión además de otros gastos. Para una lista completa de gastos (IRS Publication 502), visite www.irs.gov. o llame al **1-800-829-3676**.

*TRS-ActiveCare 1-HD satisface la definición actual del IRS de un plan de alto deducible (HDHP) para todos los niveles de cobertura (empleado solamente, empleado y cónyuge, empleado e hijo(s) y empleado y familia). Para aprender más sobre lo que sucede con su deducible y desembolso personal máximo cuando usted elimina familiares dependientes durante el año del plan, llame al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.

**No se aplica a un seguro médico específico para lesiones ni al seguro contra accidentes, seguro de incapacidad, dental, para la vista y para el cuidado a largo plazo.



¿Es Este el Plan para Usted?

Tal vez deba considerar TRS-ActiveCare 1-HD si:

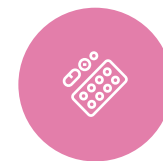
- Desea la libertad de utilizar a cualquier proveedor para el cuidado médico y tener la opción de ahorrarse dinero cuando utiliza proveedores pertenecientes a la red,
- Desea un plan con un costo de prima menor,
- Desea poder apartar dinero en una cuenta con ventaja impositiva para el pago de gastos médicos actuales y/o futuros que sean elegibles,
- Tiene pocos costos para el cuidado médico,
- Tiene dependientes que viven fuera del área en que usted reside.



Cuándo Paga Usted, Cuándo Paga el Plan

Para comprender mejor cómo funciona el plan TRS-ActiveCare 1-HD, tal vez lo mejor sea dividir la cobertura en "fases". La gráfica que aparece a continuación ilustra cómo funciona el plan para el cuidado dentro de la red. Tenga presente que usted no puede pasar por todas las fases durante un año.

FASE 1 Cuidado preventivo (cubierto en un 100% sin deducible)	Se cubren en un 100% los servicios preventivos y ciertos medicamentos preventivos cuando usted utiliza proveedores pertenecientes a la red.
FASE 2 Satisfaga su deducible	Usted paga, por su cuenta, gastos médicos, gastos de medicinas recetadas y gastos no preventivos (o utilizando dinero de su cuenta de ahorros médicos) hasta que usted satisfaga el deducible. Si usted posee cobertura de familia, deberá satisfacerse el deducible de la familia antes de que comiencen a pagarse beneficios para cualquiera de las personas cubiertas.
FASE 3 Pague el coseguro	Una vez que usted satisfaga el deducible, el plan pagará un porcentaje de los gastos cubiertos y usted pagará el resto (es decir, el coseguro). Si posee una cuenta de ahorros médicos, usted puede utilizarla para pagar su cuota de los gastos o bien puede pagar por su cuenta, como un desembolso personal.
FASE 4 Satisfaga el desembolso personal máximo	Si su cuota de los gastos cubiertos (el deducible, coseguro o costos de las medicinas recetadas) alcanza la cantidad de desembolso personal máximo, el plan pagará un 100% de los gastos cubiertos por el resto del año del plan. Si usted posee cobertura familiar, el plan pagará un 100% de los beneficios de cada persona cubierta una vez que los gastos de dicha persona hayan alcanzado el desembolso máximo por persona o una vez que se alcance el desembolso personal máximo de la familia.



Cómo Aprovechar al Máximo su Plan TRS-ActiveCare 1-HD

La tabla que aparece a la derecha muestra cómo funciona el plan para los Hernández. Ellos son una familia joven –Samuel y Juana y sus hijos Luis y Pedro.

- Los niños visitan al pediatra de su red para un examen médico de rutina. Los exámenes están cubiertos en un 100%, no sujeto al deducible.
- Juana despertó con lo que ella creyó que era una infección sinusoidal. Llamó a Teladoc y habló con un médico, quien le diagnosticó con una infección sinusoidal. El médico ordenó una medicina recetada a través de la farmacia de la red. Juana pagó \$40 por la consulta de Teladoc y \$14 por el antibiótico genérico. Estos \$54 cuentan contra el deducible del plan y el desembolso máximo personal.
- Juana tiene su examen anual preventivo de obstetricia / ginecología con un médico perteneciente a la red. El examen y el Papa Nicolau están cubiertos en un 100%, no sujeto al deducible.
- Samuel padece de hipertensión. Diariamente, se toma una medicina para controlar la presión arterial. A través de su plan TRS-ActiveCare 1-HD, ciertos medicamentos genéricos preventivos están cubiertos en un 100%, no sujeto al deducible.
- Samuel visita a su médico de cabecera para su examen médico de rutina. El examen es preventivo y está cubierto en un 100%, no sujeto al deducible.
- Samuel se cae mientras hacía ciertas tareas domésticas. Termina fracturándose la pierna en dos lugares. El costo total a pagar dentro de la red equivale a \$6,480. Sam paga \$5.446 para satisfacer el deducible del plan. El plan paga 80% de los cargos restantes de \$1,034, lo que equivale a \$827.20. Samuel paga el 20% restante de los costos, es decir, \$206.80. Como se ha satisfecho el deducible para la familia, cualquier otro gasto en que se incurra lo cubrirá el plan en un 80%.

Caso Práctico: La Familia Hernández

Deducible	\$5,500 (familia)
Gastos cubiertos (para los niños)	\$560 (dos exámenes médicos de rutina)
Pagado por el plan (100%, sin deducible)	\$560
Gastos cubiertos (Juana)	\$54 (Visita de Teladoc y medicamento genérico)
Pagado por Joan	\$54
Gastos cubiertos (Juana)	\$325 (examen preventivo de obstetricia / ginecología y Papa Nicolau)
Pagado por el plan (100%, sin deducible)	\$325
Gastos cubiertos (Samuel)	\$360 (medicina preventiva genérica anual)
Pagados por el plan (100%, sin deducible)	\$360
Gastos cubiertos (Samuel)	\$425 (examen físico preventivo de rutina)
Pagado por el plan (100%, sin deducible)	\$425
Gastos cubiertos (Samuel)	\$6,480 (pierna fracturada)
Pagado por Samuel	\$5,652.80 (deducible + 20% coseguro)
Pagado por el plan (80% después de haberse	\$827.20
Pagado por el Plan	\$2,497.20
Pagado por Juana	\$54
Pagado por Samuel	\$5,652.80
Cantidad aplicada al deducible	\$5,500



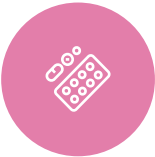
Tipo de Servicio	TRS-ActiveCare Select (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott & White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance; Open Access)	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare 2 NOTA: Si está actualmente inscrito en TRS-ActiveCare 2, usted puede permanecer en este plan. Sin embargo, a partir del 1º de septiembre de 2018, TRS-ActiveCare 2 está cerrado para personas que se estén inscribiendo por vez primera.
Deducible (por año del plan)	\$1,200 por persona \$3,600 familia	\$2,750 empleado solamente \$5,500 familia	\$1,000 por persona \$3,000 familia
Desembolso Personal Máximo (por año del plan. Los deducibles, copagos y coseguro médicos y para medicinas recetadas cuentan contra el desembolso máximo personal)	\$7,900 por persona \$15,800 familia	\$6,750 empleado solamente \$13,500 familia (El desembolso personal máximo solo incluye los gastos cubiertos para esa persona)	\$7,900 por persona \$15,800 familia
Visitas al Consultorio Médico	\$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista	20% después del deducible	\$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista
Cuidado Preventivo	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)
Servicios Médicos de Teladoc	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	\$40 honorario de consulta (Se aplica al deducible y al desembolso personal máximo)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)
Laboratorio de Diagnóstico	20% después del deducible (Kelsey Select – El plan paga un 100%)	20% después del deducible	20% después del deducible
Radiología de Alta Tecnología (Tomografía computarizada (CT scan), Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), medicina nuclear)	\$100 copago por servicio más un 20% después del deducible	20% después del deducible	\$100 copago por servicio más un 20% después del deducible
Hospital para Pacientes Internos (Cargos de Instalación Médica)	\$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización. Se requiere autorización previa)	20% después del deducible (Se requiere autorización previa)	150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan; se requiere autorización previa)
Hospital para Pacientes Internos (Honorarios del médico / cirujano)	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$150 copago por visita más un 20% después del deducible	20% después del deducible	\$150 copago por visita más un 20% después del deducible
Cirugía Bariátrica (Cargos del médico. Se cubre solo de realizarse en un Instituto de Calidad [Institute of Quality o IQQ])	No se cubre	\$5,000 copago (se aplica al desembolso personal máximo) más un 20% después del deducible	\$5,000 copago (no se aplica el desembolso personal máximo) más un 20% después del deducible
Ambulancia	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Sala de Emergencia Independiente	\$500 copago por visita más un 20% después del deducible	\$500 copago por visita más un 20% después del deducible	\$500 copago por visita más un 20% después del deducible
Sala de Emergencia (para uso en verdaderas emergencias)	\$250 copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)	20% después del deducible	\$250 copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)
Cuidado Urgente	\$50 copago por visita	20% después del deducible	\$50 copago por visita
Cuidado de Maternidad (Cargos del médico. No incluye los exámenes de laboratorio. Los cargos de hospital/ instalación médica se cubren igual que los cargos de la instalación para la paciente hospitalizada)	Visita Inicial para Confirmar el Embarazo \$30 copago Cuidado Prenatal de Rutina El plan paga un 100% (se omite el deducible) Parto / Cuidado Posnatal 20% después del deducible	Visita Inicial para Confirmar el Embarazo 20% después del deducible Cuidado Prenatal de Rutina El plan paga un 100% (se omite el deducible) Parto / Cuidado Posnatal 20% después del deducible	Visita Inicial para Confirmar el Embarazo \$30 copago Cuidado Prenatal de Rutina El plan paga un 100% (se omite el deducible) Parto / Cuidado Posnatal 20% después del deducible
Salud Mental / Salud del Comportamiento / Trastornos por Abuso de Sustancias	Servicios para Pacientes Ambulatorios \$70 copago Servicios para Pacientes Hospitalizados \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización. Se requiere autorización previa)	Servicios para Pacientes Ambulatorios 20% después del deducible Servicios para Pacientes Hospitalizados 20% después del deducible (Se requiere autorización previa)	Servicios para Pacientes Ambulatorios \$70 copago Servicios para Pacientes Hospitalizados \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan; se requiere autorización previa)

Autorización Previa

Se requiere la aprobación de Aetna por adelantado para ciertos tratamientos o servicios, tales como las hospitalizaciones de pacientes internos, la cirugía bariátrica gastos para el cuidado prolongado, terapias domésticas de infusión y tratamiento ambulatorio para ciertos problemas de la salud mental y la drogadicción. Para más información sobre los requisitos de autorización previa de los planes TRS-ActiveCare Select, TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2, remítase al Folleto de Beneficios en línea en el www.tractivecareetna.com o llame al Departamento de Servicio al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** y hable con un representante de Aetna Health Concierge.

PREAUTHORIZATION (AUTORIZACIÓN PREVIA):

El proceso para determinar la necesidad médica de servicios médicos específicos, según lo determinado por Aetna. Todo comienza con una llamada telefónica al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare/Aetna antes de que se administre el procedimiento y/o preste el servicio. Podría aplicarse una sanción de no obtenerse autorización previa.



Tipo de Servicio	TRS-ActiveCare Select (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott & White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance; Open Access)	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare 2 NOTA: Si está actualmente inscrito en TRS-ActiveCare 2, usted puede permanecer en este plan. sin embargo, a partir del 1º de septiembre de 2018, TRS-ActiveCare 2 está cerrado para personas que se estén inscribiendo por vez primera.
Deducible (por año del plan)	No se aplica. No hay cobertura para servicios prestados fuera de la red.	\$5,500 empleado solamente \$11,000 familia	\$2,000 por persona \$6,000 familia
Desembolso Personal Máximo (por año del plan. Los deducibles, copagos y coseguro médicos y para medicinas recetadas cuentan contra el desembolso máximo personal)	No se aplica. No hay cobertura para servicios prestados fuera de la red.	\$20,250 empleado solamente \$40,500 familia	\$23,700 por persona \$47,400 familia
Visitas al Consultorio Médico	No se cubre	40% después del deducible	40% después del deducible
Cuidado Preventivo	No se cubre	440% después del deducible	40% después del deducible
Servicios Médicos de Teladoc	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Laboratorio de Diagnóstico	No se cubre	40% después del deducible	40% después del deducible
Radiología de Alta Tecnología (Tomografía computarizada (CT scan), Imágenes de Resonancia Magnética (MRI), medicina nuclear)	No se cubre	40% después del deducible	40% después del deducible
Hospital para Pacientes Internos (Cargos de Instalación Médica)	No se cubre	El plan paga hasta \$500 por máximo diario para los cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la cantidad que sobrepase el máximo diario de \$500. (Se requiere autorización previa).	El plan paga hasta \$500 por máximo diario para los cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la cantidad que sobrepase el máximo diario de \$500. (Se requiere autorización previa).
Hospital para Pacientes Internos (Honorarios del médico / cirujano)	No se cubre	40% después del deducible	0% después del deducible
Cirugía para Pacientes Ambulatorios	No se cubre	40% después del deducible	0% después del deducible
Cirugía Bariátrica (Cargos del médico. Se cubre solo de realizarse en un Instituto de Calidad [Institute of Quality o IOQ]	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Ambulancia	No se cubre	Igual que dentro de la red	Igual que dentro de la red
Sala de Emergencia Independiente	Igual que dentro de la red	Igual que dentro de la red	Igual que dentro de la red
Sala de Emergencia (para uso en verdaderas emergencias)	Igual que dentro de la red	Igual que dentro de la red	Igual que dentro de la red
Cuidado Urgente	No se cubre	40% después del deducible	40% después del deducible
Cuidado de Maternidad (Cargos del médico. No incluye los exámenes de laboratorio. Los cargos de hospital/ instalación médica se cubren igual que los cargos de la instalación para la paciente hospitalizada)	Cuidado Prenatal/Parto/Cuidado Posnatal No se cubre	Cuidado Prenatal/Parto/Cuidado Posnatal 40% después del deducible	Cuidado Prenatal/Parto/Cuidado Posnatal 40% después del deducible
Salud Mental / Salud del Comportamiento / Trastornos por Abuso de Substancias	Servicios para Pacientes Ambulatorios No se cubren Servicios para Pacientes Internos No se cubren	Servicios para Pacientes Ambulatorios 40% después del deducible Servicios para Pacientes Internos El plan paga hasta \$500 por máximo diario para los cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la cantidad que sobrepase el máximo diario de \$500. (Se requiere autorización previa).	Servicios para Pacientes Ambulatorios 40% después del deducible Servicios para Pacientes Internos El plan paga hasta \$500 por máximo diario para los cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la cantidad que sobrepase el máximo diario de \$500. (Se requiere autorización previa).

Cómo Funciona el Plan Médico



	Dentro de la Red	Fuera de la Red
	Usted paga costos de desembolso personal más bajos si selecciona cuidado dentro de la red.	TRS-ActiveCare Select: No hay cobertura para el cuidado recibido fuera de la red, excepto por los casos de verdadera emergencia. TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2: Usted incurre en un desembolso personal mayor si selecciona recibir cuidado médico fuera de la red. El pago de los servicios recibidos fuera de la red se limita a la cantidad permitida, según lo determinado por Aetna. Usted es responsable por los cargos facturados por proveedores fuera de la red superiores a la cantidad permitida. Usted debe satisfacer un deducible aparte fuera de la red antes de que el plan pague beneficios. Hay además un desembolso máximo fuera de la red también.
Si necesita... Visitar a un médico o especialista El “especialista” es un médico que no funge como médico de práctica familiar, internista, obstetra / ginecólogo o pediatra.	• Visite a cualquier médico o especialista perteneciente a la red. • Efectúe el copago de por visita al consultorio médico (no se aplica para TRS-ActiveCare 1-HD). • Pague cualquier deducible y coseguro aplicable. • Su médico no puede cobrarle más que las cantidades permitidas para los servicios cubiertos.	TRS-ActiveCare Select: No hay cobertura para el cuidado fuera de la red. TRS-ActiveCare 1-HD and TRS-ActiveCare 2: • Visite a cualquier médico o especialista certificado. • Pague por la visita al consultorio médico. • Presente una reclamación y reciba reembolso por la visita menos cualquier deducible y coseguro por servicios prestados fuera de la red. • Sus costos se basarán en las cantidades permitidas. El médico no perteneciente a la red que le preste servicios podría pedirle a usted que pague cualquier cargo que sobrepase las cantidades permitidas determinadas por Aetna.
Recibir cuidado preventivo	• Visite cualquier médico o especialista perteneciente a la red • El plan paga un 100%. • Su médico no puede cobrar más de las cantidades permitidas para los servicios cubiertos.	TRS-ActiveCare Select: No hay cobertura para el cuidado fuera de la red. TRS-ActiveCare 1-HD and TRS-ActiveCare 2: • Visite a cualquier médico o especialidad certificado. • Pague por la visita de cuidado preventivo. • Presente una reclamación y obtenga su reembolso por la visita menos cualquier deducible y coseguro aplicable fuera de la red. El cuidado preventivo fuera de la red no se paga en un 100%. • Sus costos se basarán en las cantidades permitidas. El médico no perteneciente a la red que le presta servicios podría pedirle a usted que pague por cualquier cargo que sobrepase las cantidades permitidas determinadas por Aetna.
Recibir cuidado de emergencia Utilice la aplicación TRS Health para ubicar un centro de urgencias o sala de emergencia cercano a usted. (Pase a la página 26 para obtener más información).	• Marque el 911 o diríjase a cualquier hospital o médico inmediatamente. Usted recibirá beneficios dentro de la red para el cuidado de emergencia. • Efectúe su copago (se omite de hospitalizarsele). • Pague su deducible y coseguro. • Llame al número de autorización previa que aparece en su tarjeta dentro de las primeras 48 horas.	Todos los planes:



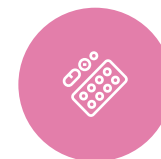
BALANCE BILLING (FACTURACIÓN DE SALDO):

La costumbre que tienen los proveedores no pertenecientes a la red de facturarle directamente al paciente por los cargos pendientes del proveedor después de haber pagado el plan la cantidad permitida para los servicios cubiertos.

ALLOWABLE AMOUNT (CANTIDAD PERMITIDA):

Gastos médicos: La cantidad permitida es la cantidad máxima determinada por Aetna para que un gasto pueda considerarse como elegible para pago a través de TRS-ActiveCare. Esto se aplica a servicios, suministros o procedimientos en particular.

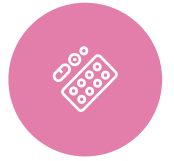
Para medicinas recetada: La cantidad permitida es lo que resulte menor entre: (1) La cantidad usual y habitual; (2) El costo máximo permitido más una cuota determinada por contrato para despachar el medicamento; o (3) El precio promedio de venta al por mayor menos la cantidad de descuento determinada por contrato más la cuota para despachar el medicamento. El término “usual y habitual” se refiere al precio que habría tenido que pagar el paciente el día en que se le despachó la medicina recetada, incluyendo todos los descuentos aplicables.



Cómo Funciona el Plan Médico (continuación)

If you need to...	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Realizarse análisis de laboratorio	• Visite a cualquier laboratorio de la red. • Pague el deducible y coseguro aplicables.	TRS-ActiveCare Select: No hay cobertura para el cuidado médico recibido fuera de la red. TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2: • Visite cualquier instalación médica certificada. • Pague por los análisis de laboratorio. • Presente una reclamación y reciba reembolso por el servicio de laboratorio menos cualquier deducible y coseguro aplicable fuera de la red. • Sus costos se basarán en las cantidades permitidas. El proveedor fuera de la red que le presta servicios podría pedirle a usted que pague cualquier cargo que sobrepase las cantidades permitidas determinadas por Aetna.
Hablar con un médico (Teladoc)	• Llame al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362). • Los médicos de Teladoc diagnostican problemas médicos que no constituyan una emergencia, recomiendan tratamiento, llaman a la farmacia que usted seleccione para ordenar medicinas recetadas y más. • Un honorario de consulta de \$40 para TRS-ActiveCare 1-HD; El plan paga un 100% para TRS-ActiveCare Select y TRS-ActiveCare 2.	Todos los planes: No se aplica – Solo está disponible a través del servicio médico de Teladoc.
Hospitalización	• Su médico de la red obtendrá autorización previa a su hospitalización. • Diríjase a un hospital perteneciente a la red. • Efectúe todo copago, deducible y coseguro.	TRS-ActiveCare Select: No hay cobertura para el cuidado médico recibido fuera de la red. TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2: • Usted, un miembro de la familia, su médico o el hospital podrían solicitar autorización previa para su hospitalización. • Diríjase a cualquier hospital certificado. • Cada vez que le hospitalicen, efectúe todo copago, deducible y coseguro aplicable fuera de la red.
Recibir servicios para la salud mental, salud del comportamiento y la drogadicción	• Antes de solicitar autorización para cualquier cuidado médico, llame al número de teléfono para la salud del comportamiento que aparece en su tarjeta. • Vea a un doctor o profesional del cuidado médico perteneciente a la red o diríjase a cualquier hospital o instalación perteneciente a la red. • Efectuar cualquier copago, deducible y coseguro aplicables.	TRS-ActiveCare Select: No coverage for out-of-network care. TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2: • Llame primero al número de salud del comportamiento en su tarjeta de identificación para autorizar todo cuidado médico. • Consulte a un médico o profesional de la salud fuera de la red, o vaya a un hospital o centro médico fuera de la red. • Pague cualquier copago, deducible y coseguro.
Presentar una reclamación	Se presentarán las reclamaciones por usted.	Tal vez deba usted presentar su propia reclamación.
Adquirir medicinas recetadas	• Lleve la receta médica a una farmacia regular perteneciente a la red o utilice el servicio de órdenes por correo de Caremark. • Pague el deducible, coseguro o copago requeridos.	Todos los planes: • Lleve la receta médica a cualquier farmacia certificada. • Pague el costo total del medicamento. • Presente una reclamación con Caremark. Recibirá un reembolso correspondiente a la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red, menos cualquier deducible, copago y coseguro aplicables.





Beneficios para Medicinas Recetadas

Todas las opciones del plan TRS-ActiveCare incluyen beneficios de medicinas recetadas administrados por CVS Caremark®. Cuando usted se inscribe en un plan TRS-ActiveCare, recibe por correo una tarjeta de CVS Caremark para medicinas recetadas. Para reemplazar una tarjeta Perdida o para solicitar tarjetas adicionales, llame al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** y seleccione la opción 2 o bien visite el **www.caremark.com/trsactivecare**.

Cómo Funcionan los Beneficios para Medicinas Recetadas

Al igual que los beneficios médicos, usted debe satisfacer primero el deducible antes de que el plan comience a pagar su cuota de los gastos de medicinas recetadas.

- **Para los planes TRS-ActiveCare Select y TRS-ActiveCare 2,** Deberá satisfacer el deducible para medicamentos de marca. No hay un deducible para los medicamentos genéricos.
- **Para el plan TRS-Active 1-HD,** deberá primero satisfacer el deducible del año del plan, excepto para ciertos genéricos recetados.

Una vez satisfecho el deducible, usted pagará una cuota del costo del medicamento según se indica a continuación:

- **Para los planes TRS-ActiveCare Select y TRS-ActiveCare 2,** usted pagará el coseguro y se aplicará una cantidad mínima y una máxima a cada medicina recetada. Para el año 2019-2020, se incrementarán las cantidades mínimas y máximas para los medicamentos de marca no preferida para el plan TRS-ActiveCare 2.
- **Para el plan TRS-Active 1-HD** usted paga el coseguro, excepto por ciertos medicamentos genéricos preventivos cubiertos en un 100 por ciento. Para el año 2019-2020, su coseguro para medicamentos de marca preferida incrementará de un 20 a un 25 por ciento.

El resumen de beneficios que aparece en la página 23 muestra las cantidades de deducible, copago y coseguro para medicinas recetadas, aplicables a las medicinas recetadas de todos los planes de TRS-ActiveCare en el año 2019-2020. Tenga presente que esto se aplica a todas las cantidades de desembolso personal máximo.

Cuando Necesite Adquirir una Medicina Recetada

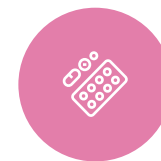
Usted cuenta con una variedad de formas para adquirir medicinas recetadas y ahorrar dinero al comprar los medicamentos que utiliza.

Para las medicinas recetadas a corto plazo (con suministros de hasta 31 días), usted puede visitar a cualquier farmacia de la red de farmacias regulares de Caremark. Para encontrar una farmacia perteneciente a la red, visite **www.caremark.com/trsactivecare**. Usted también puede utilizar farmacias no pertenecientes a la red, pero su desembolso personal podría ser mayor al adquirir su medicamento. (Remítase al resumen de beneficios que aparece en la página 23).

Costos de Medicamentos de Mantenimiento en Farmacia Regular

Se aplicará un honorario de conveniencia después de la primera vez que usted adquiera medicamentos de mantenimiento en una farmacia local. El honorario de conveniencia se agrega después de haber comprado usted su medicamento de mantenimiento en una farmacia regular (con un suministro de hasta 31 días).





Para medicinas recetadas de uso a largo plazo (con suministros de hasta 90 días), usted podría:

- Utilizar el servicio de órdenes por correo, Caremark Pharmacy. Usted puede ordenar suministros de hasta 90 días de su medicamento y hacer que se lo envíen a cualquier dirección que facilite. Usted puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o con giro bancario o postal (money order). Para aprender más sobre el servicio, visite www.caremark.com/trsactivecare.
- Utilice el programa de copago en cuotas, el cual le ayudará a dividir la cantidad a pagar por su medicina recetada en tres pagos iguales.
- Visite una farmacia regular de Caremark Retail-Plus. Las farmacias regulares que participan en la red Retail Plus pueden dispensar suministros de hasta 60 o 90 días. Para ubicar las farmacias Retail-Plus más cercanas a usted, visite www.caremark.com/trsactivecare o llamar al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** y seleccionar la opción 2.

Para medicamentos de especialidad, usted deberá utilizar una farmacia de especialidad de CVS Caremark (CVS Caremark Specialty Pharmacy). Los medicamentos de especialidad son aquellos utilizados para controlar una enfermedad crónica o genética. Pueden administrarse por inyección, infusión, inhalación o tomarse oralmente y podrían requerir de manejo especial. Para utilizar este servicio, llame al número gratis de CaremarkConnect® al **1-800-237-2767** o visite www.caremark.com/trsactivecare.

Programa de Descuento para Medicamentos de Especialidad

Algunos medicamentos de especialidad podrían calificar para recibir ayuda a través de programas de ayuda externa con el copago, lo cual puede reducir su desembolso personal para tales productos. Para cualquier medicamento de especialidad donde se utilice ayuda con el copago, sepa que no recibirá crédito contra su desembolso personal máximo o deducible para cualquier copago o coseguro aplicable al cupón o reembolso (rebate) del fabricante. Solo la cantidad que usted pague como parte de su desembolso personal se aplicará contra su deducible y desembolso personal máximo.

MAINTENANCE DRUGS (MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO):

Son medicinas recetadas comúnmente utilizadas para el tratamiento de enfermedades crónicas o a largo plazo. Estas enfermedades requieren, por lo general, del uso regular y diario de medicamentos. Por ejemplo, se consideran como medicamentos de mantenimiento los utilizados para el tratamiento de la hipertensión, la enfermedad cardíaca, el asma y la diabetes.

X

¿Qué es un Medicamento de Mantenimiento?

Los medicamentos de mantenimiento son medicinas recetadas comúnmente utilizadas para tratar enfermedades que se consideran como crónicas o a largo plazo. Estas enfermedades requieren, por lo general, del uso diario de medicinas. Entre los ejemplos de medicinas de mantenimiento se encuentran las utilizadas para tratar la hipertensión, enfermedades cardíacas, el asma y la diabetes.

¿Cuándo se Aplica el Honorario de Conveniencia?

Por ejemplo, si tiene cobertura bajo el plan TRS-ActiveCare Select, la primera vez que usted adquiera un medicamento genérico de mantenimiento en una farmacia local, pagará \$15. Después de ello, pagará \$30 cada vez que reabastezca el medicamento genérico de mantenimiento en una farmacia local.

Ahorre Dinero con el Servicio de Órdenes por Correo y con Retail Plus

Usted puede evitar tener que pagar este honorario de conveniencia si adquiere sus medicamentos de mantenimiento para uso a largo plazo (con suministros de hasta 90 días) en una farmacia Retail-Plus o a través del servicio de órdenes por correo de Caremark Pharmacy.

Respuestas e Información sobre Medicinas Recetadas Disponible en Línea las 24 horas del día, 7 días por semana

Una vez que se haya inscrito en el plan TRS-ActiveCare, podrá inscribirse en Caremark en www.caremark.com. Usted podrá iniciar sesión (log in) en cualquier momento para adquirir un medicamento por vez primera o para reabastecerse al comprar medicinas recetadas para uso a largo plazo, así como para encontrar cobertura para medicinas recetadas e información de precios, hable con un farmacéuta registrado,





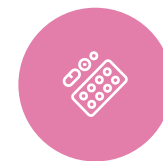
	TRS-ActiveCare Select (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott & White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance; Open Access)	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare 2 Nota: El plan está cerrado. No se aceptarán nuevas inscripciones.	Out-of-Network
Prescription Coverage				
Deducible para Medicamentos (por persona y año del plan)	\$0 genérico; \$200 medicamento de marca	Deberá satisfacer el deducible por año del plan antes de que el plan pague beneficios. ¹	\$0 genérico; \$200 medicamento de marca	Igual que dentro de la red
Suministro a Corto Plazo en Farmacia Regular (suministros de hasta 31 días) ⁴ Nivel 1 – Genérico	\$15 copago	20% coseguro después del deducible, excepto por medicamentos genéricos preventivos cubiertos en un 100%. ¹	\$20 copago	TRS-ActiveCare Select: Se le reembolsará la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos el deducible, copago y coseguro requeridos. TRS-ActiveCare 1-HD: Se le reembolsará la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos el deducible, copago y coseguro requeridos. TRS-ActiveCare 2: Se le reembolsará la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos el deducible, copago y coseguro requeridos.
Nivel 2 – Marca Preferida Nivel 3 – Marca No Preferida	25% coseguro ² (mín. \$40 ³ ; máx. \$80) 50% coseguro ²	25% coseguro después del deducible ² 50% coseguro después del deducible ²	25% coseguro ² (mín. \$40 ³ ; máx. \$80) 50% coseguro ² (mín. \$100 ³ , máx. \$200)	
Suministro Prolongado, Adquirido a Través del Servicio de Ordenes por Correo o en Farmacias Retail Plus (suministros de 60 a 90 días) ⁴ Nivel 1 – Genérico Nivel 2 – Marca Preferida Nivel 3 – Marca No Preferida	\$45 copago 25% coseguro ² (mín. \$105 ³ , máx \$210) 50% coseguro ²	20% coseguro después del deducible 25% coseguro después del deducible ² 50% coseguro después del deducible ²	\$45 copago 25% coseguro ² (mín. \$105 ³ , máx \$210) 50% coseguro ² (mín. \$215 ³ , máx \$430)	
Medicamentos de Especialidad (suministro de hasta 31 días)	20% coseguro	20% coseguro después del deducible	20% coseguro (mín. \$200 ³ , máx. \$900)	
Suministro a Corto Plazo para Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en una Farmacia Regular (suministro de hasta 31 días) La segunda vez que un participante reabastezca un suministro a corto plazo para un medicamento de mantenimiento en una farmacia regular, se le cobra un honorario de conveniencia. Se le cobrará el coseguro y copagos indicados a continuación la segunda vez que reabastezca un suministro a corto plazo para un medicamento de mantenimiento. Los participantes pueden evitar tener que pagar el honorario de conveniencia, ordenando suministros mayores de medicamento de mantenimiento a través del servicio de órdenes por correo o en una farmacia Retail-Plus.				
Nivel 1 – Genérico Nivel 2 – Marca Preferida Nivel 3 – Marca No Preferida	\$30 copago 25% coseguro ² (mín. \$60 ³ ; máx. \$120) 50% coseguro ²	20% coinsurance after deductible 25% coinsurance after deductible ² 50% coinsurance after deductible ²	\$35 copay 25% coinsurance ² (mín. \$60 ³ ; máx. \$120) 50% coinsurance ² (mín. \$105 ³ , máx \$210)	

¹Para TRS-ActiveCare 1-HD, ciertos medicamentos genéricos preventivos se cubren en un 100%. Los participantes no tienen que satisfacer el deducible (\$2,500 – por persona, \$5,000 – familia) y no tienen que incurrir en un desembolso personal por estos medicamentos. La lista de medicamentos se encuentra en el sitio web de TRS-ActiveCare.

²Si el participante obtiene un medicamento de marca habiendo un equivalente genérico disponible, será entonces responsable por el copago del genérico más la diferencia en cuanto al costo entre el medicamento genérico y el de marca.

³Si el costo del medicamento es menos del mínimo, usted pagará el costo del medicamento.

⁴Los participantes pueden adquirir suministros hasta por 32 a 90 días a través del servicio de órdenes por correo.

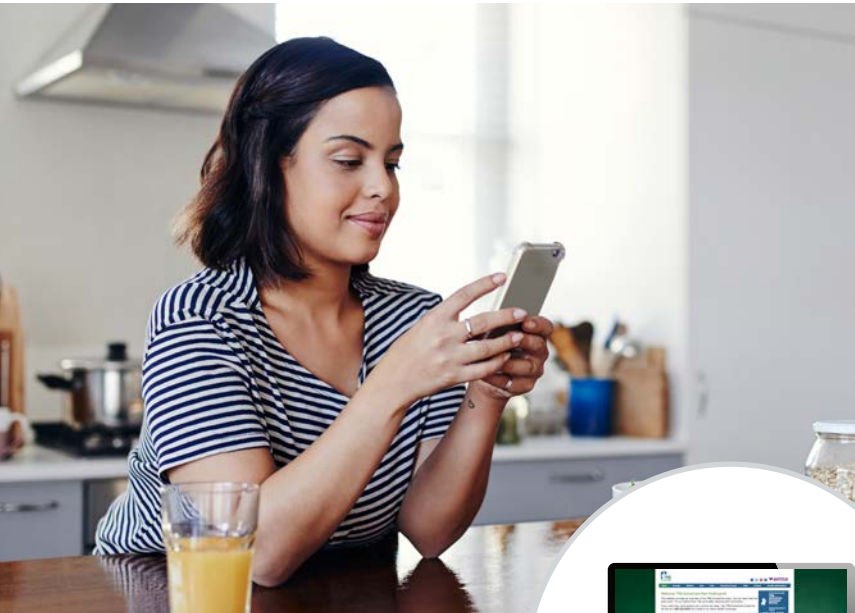


Medidor y Suministros para Diabéticos

Si usted padece de diabetes, podría ser elegible para recibir gratis un medidor de glucosa de marca preferida. Su plan de beneficios para medicinas recetadas tiene un programa de valor agregado que le proporciona a usted un medidor gratis. Los participantes también pueden recibir gratis suministros para la diabetes. Para más información al respecto, comuníquese con el Equipo de Servicios para Miembros de CVS Caremark, Medidores para Diabéticos al **1-800-588-4456**.

Medidor y Suministros	TRS-ActiveCare Select	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare 2 Note: Closed plan; no new enrollments.
Medidor de Glucosa Producto de Marca Preferida	Gratis	Gratis	Gratis
Suministros a Corto Plazo Adquiridos en Farmacia Regular	Se omiten los copagos para agujas y jeringas solo si se adquieren el mismo día que la insulina.	Se omiten los copagos para agujas y jeringas solo si se adquieren el mismo día que la insulina.	Se omiten los copagos para agujas y jeringas solo si se adquieren el mismo día que la insulina. La sanción por orden de dispensar la receta según se ha escrito no se aplica a los copagos omitidos.
Suministro para 90 Días Adquirido en Farmacia Retail Plus o a través del Servicio de Órdenes por Correo	Se omiten los copagos para agujas y jeringas, independientemente de si se adquieren el mismo día que la insulina e independientemente de la marca. Para recibir gratis las tiras de prueba (<i>test strips</i>) y lancetas, usted debe usar la marca preferida.	Se omiten los copagos para agujas y jeringas, independientemente de si se adquieren el mismo día que la insulina e independientemente de la marca. Para recibir gratis las tiras de prueba (<i>test strips</i>) y lancetas, usted debe usar la marca preferida.	Se omiten los copagos para agujas y jeringas, independientemente de si se adquieren el mismo día que la insulina e independientemente de la marca. Para recibir gratis las tiras de prueba (<i>test strips</i>) y lancetas, usted debe usar la marca preferida. La sanción por orden de dispensar la receta según se ha escrito no se aplica a los copagos omitidos.

HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA TRS-ACTIVECARE HEALTH WELLNESS



Recursos Electrónicos y para Telefonía Celular

Su sitio web para miembros*

Una vez que se haya inscrito en un plan de TRS-ActiveCare, usted podrá inscribirse en su sitio web para miembros visitando www.tractivecareetna.com. Su sitio web para miembros incluye información de beneficios, programas para el bienestar, herramientas relacionadas con el costo del cuidado médico y más. Todo en un mismo sitio. Cuando inicie sesión (log in), usted podrá:

- **Encontrar cuidado médico:** Utilice la herramienta de búsqueda para encontrar doctores, instalaciones médicas y demás proveedores pertenecientes a la red.
- **Maneje sus reclamaciones:** Vea los pagos relacionada en la Explicación de Beneficios, obtenga una lista detallada de las reclamaciones.
- **Vea su Registro Médico Personal:** Esto le muestra el cuidado médico que ha recibido, le proporciona alertas médicas personalizadas e incluye herramientas para hacerle seguimiento a la salud y a actividades.
- **Costos de Investigación:** Vea y compare los costos de desembolso personal para visitas al consultorio médico, tratamientos y procedimientos antes de que reciba usted el servicio.
- **Descubra una versión más saludable de sí mismo:** Utilice las herramientas que aparecen en la plataforma dedicada de bienestar de los sitios web para lograr sus metas personales.

Para empezar, visite www.tractivecareetna.com y desplácese hacia abajo con el cursor hasta el "sitio web seguro para miembros" ("secure member website") para registrar y crear su nombre de usuario y contraseña.

*Anteriormente conocido como Aetna Navigator



¡Descargue la Aplicación!

La aplicación TRS Health coloca en un mismo sitio todo lo que usted necesita para manejar sus beneficios médicos y de medicinas recetadas de TRS-ActiveCare. Con la aplicación, usted podrá encontrar proveedores médicos pertenecientes a la red, ver su tarjeta médica, ver información relacionada con beneficios y bienestar personal, encontrar recursos claves de TRS Health, comunicarse con el equipo de Aetna Health Concierge y más.

Para descargar la aplicación TRS Health, diríjase a Google Play o a App Store y busque "TRS Health App." Una vez que instale y abra la aplicación, podrá crear sus credenciales para iniciar sesión (*login*).

Investigue los Costos con Anticipación

La herramienta para calcular costos que aparece en su sitio web para miembros le permite comparar costos de exámenes, tratamientos y procedimientos utilizando hasta diez proveedores seleccionados por usted. Para encontrar la herramienta, visite www.tractivecareatna.com y desplácese hacia abajo con el cursor hasta el sitio web seguro para miembros ("secure member website"). Después, haga clic en Ver Coberturas y Costos > Calcular Costos (See Coverage & Costs > Estimate Costs).

Pruébelo. Se sorprenderá al ver cuánto pueden variar los costos del mismo servicio de un proveedor a otro. Por ejemplo, una tomografía craneal podría costarle \$1,221 cuando usted recibe el servicio en un hospital comparado con \$581 en un centro de radiología. Es el mismo examen con un gran margen de diferencia en cuanto al costo.

Servicios Médicos Ofrecidos por Teléfono

Su plan TRS-ActiveCare proporciona recursos telefónicos que le permiten conversar con profesionales médicos cuando usted tiene una pregunta, inquietud o problema de salud.

Aetna Health Concierge

Aetna Health Concierge es un punto de único contacto para recibir beneficios médicos e información sobre el bienestar personal. Llame si tiene alguna pregunta o problema médico, reciba ayuda para encontrar el tipo de cuidado médico correcto, aprenda sobre cómo se pagan las reclamaciones, encuentre información sobre programas que pueden ayudarle con enfermedades y necesidades específicas – y mucho más.

Llame al: Departamento de Servicio al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** para hablar con un representante de Concierge.

Teladoc

Teladoc es un servicio que le proporciona acceso telefónico 24 horas al día, 7 días por semana, 365 días al año (mediante llamadas y mensajes de texto) así como acceso de video para conversar con médicos primarios certificados (incluyendo a pediatras). Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar, tratar y recetar problemas médicos siempre y cuando no se trate de emergencias, problemas tales como resfriados e influenza, alergias, infecciones sinusoidales y demás asuntos médicos. Las consultas se cubren en un 100% para los planes TRS-ActiveCare Select y TRS-ActiveCare 2. Para TRS-ActiveCare 1-HD, el costo es \$40 por consulta.

Llame al: 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) o visite www.teladoc.com/tractivecare. Además, puede utilizar la aplicación TRS Health para comunicarse con Teladoc y hablar con un médico cualquier día y a cualquier hora.

Línea de Información con Enfermeros Disponibles las 24 Horas del Día

La Línea de Información con Enfermeros Disponibles las 24 Horas del día (**24-Hour Nurse Information Line**) le permite conversar con un enfermero registrado cuando tenga preguntas o inquietudes relacionadas con la salud. El enfermero que le atienda podrá proporcionarle respuestas e información, ayudarle a ver a dónde debe dirigirse para recibir cuidado médico y sugerirle ideas que pueda usted poner en práctica hasta que pueda realmente ver a un médico.

Llame al: 1-800-556-1555





Recursos de TRS-ActiveCare para el Bienestar Personal

Aetna ofrece los siguientes recursos como parte de su plan médico para ayudarles a usted y a su familia a vivir una vida más sana y a lograr sus metas de bienestar personal.

Pasos Sencillos para una Vida Más Sana (Simple Steps To A Healthier Life®)

es un programa electrónico de salud y bienestar personal que puede ayudarle a lograr sus metas de bienestar personal a su propio paso. Usted comienza con una evaluación médica, recibe después un informe médico con recomendaciones para programas en línea. Cada programa se divide en "trayectos" que le conducen paso a paso a sus metas, tales como perder peso, dejar de fumar, controlar una enfermedad crónica, comer de forma más saludable y más.

Aetna Health ConnectionsSM le proporciona ayuda experta y apoyo para el manejo de enfermedades crónicas. El programa le conecta con enfermeros registrados y demás profesionales médicos que proporcionan educación, preparación y control para ayudarle a manejar su enfermedad crónica y gozar de un mejor estado de salud en general. El programa cubre más de 30 enfermedades, incluyendo el asma, la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardíaca, la osteoporosis y más.

El equipo **Aetna Care Advocate Team (CAT)** es un grupo compuesto por enfermeros capacitados que pueden ayudarle a navegar el sistema de cuidado médico. Reciba ayuda para comprender mejor las condiciones y los términos médicos, aprender más sobre las opciones de tratamiento y para aprovechar la coordinación de la continuidad del cuidado complejo a través de enfermeros.

El Programa de **Maternidad de Aetna (Aetna Maternity Program)** puede darle a su bebé un inicio más sano en la vida. Enfermeros de obstetricia / ginecología le ayudarán a aprender más sobre el cuidado prenatal, parto prematuro y demás asuntos relacionados con el embarazo. También le proporcionan atención personal para necesidades, riesgos o enfermedades especiales.

El Programa **Nacional de Excelencia Médica (National Medical Excellence Program®)** proporciona coordinación del cuidado médico y demás servicios a miembros de Aetna que estén por someterse a una cirugía de trasplante u otro procedimiento médico complejo. Si usted participa en este programa, se realizará su procedimiento en un hospital de tipo Institutes of Excellence™ designado y con experiencia en trasplantes de órganos y cuidado complejo. Usted se beneficiará además del manejo experto del cuidado médico, la ayuda relacionada con el transporte y alojamiento y la coordinación para el cuidado de seguimiento médico.

Descuentos para Miembros de Aetna. Les ahorran dinero a usted y a su familia en el cuidado de la vista y oído, afiliación para gimnasios, programas para perder peso, servicios y productos naturales y mucho más.

¡Súmesese al Reto de Navegar por el Bienestar Personal y Vivir una Vida Más Sana!

Como participante del plan TRS-ActiveCare, usted tendrá la oportunidad de participar y de tomar una decisión positiva para vivir una vida más sana y saludable. ¡Usted podrá formar un equipo de dos a diez personas o participar por sí mismo y podrá además ganar un premio para usted o su escuela!



Acerca de las Salas de Emergencia Independientes: Las salas de emergencia independientes son propiedad de personas y grupos independientes y proporcionan muchos de los servicios que ofrecen las salas de emergencia de hospital. Lamentablemente, también facturan igual que las salas de emergencia, lo que significa que una visita que no sea de emergencia puede costarle mucho más de lo que le costarían los mismos servicios en un centro para el cuidado urgente o en el consultorio de un médico para el

Estamos con Usted

Sus acciones marcan la diferencia. Al tomar las medidas correctas y decidirse a pagar menos por el cuidado médico, usted ayuda a que el programa de TRS-ActiveCare se mantenga sólido y funcionando efectivamente tanto para usted como para su familia y para todo TRS. A continuación, encontrará algunos consejos sobre cómo ahorrar dinero:

- **Seleccione proveedores pertenecientes a la red.** Usted y su familia tienen acceso a una red de proveedores de alta calidad dedicada a mejorar los resultados y a reducir los costos. En el 2018, un 97 por ciento de los servicios para el cuidado médico utilizado por los participantes de TRS ActiveCare fue dentro de la red. Sin embargo, la pequeña porción de servicios recibidos fuera de la red impacta significativamente tanto a los participantes como a TRS.

Cuando usted selecciona proveedores pertenecientes a la red, tanto usted como TRS ahorran en el costo del cuidado médico. Esto se debe a que los proveedores pertenecientes a la red han negociado descuentos con Aetna. Además, ellos no pueden cobrar más de lo establecido como cantidad permitida para los servicios cubiertos. Usted puede ubicar proveedores pertenecientes a la red utilizando la herramienta de proveedores en **www.trsavecareetna.com**. También puede utilizar la aplicación TRS Health en su dispositivo inteligente para ubicar nuevos proveedores. Remítase a la página 26 para obtener más información sobre la aplicación.

¿Tiene preguntas? Puede llamar al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** para consultar sobre el estado de la red del proveedor o para recibir ayuda para poder encontrar los proveedores de la red correcta más cercanos a usted.

Nota: Para los planes TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2, los proveedores no pertenecientes a la red podrían facturarle a usted la cantidad que sobrepase la cantidad permitida. Al proveedor no perteneciente a la red no se le exige que acepte la cantidad permitida como pago total y podría facturarle a usted la diferencia entre la cantidad permitida y la cantidad facturada. Usted será responsable por tal saldo, lo cual podría ser considerable. Recuerde que, dentro del plan TRS-ActiveCare Select, no hay cobertura para los proveedores no pertenecientes a la red, a menos que se trate de una verdadera emergencia. Por lo tanto, bajo el plan TRS-ActiveCare Select, usted será responsable de pagar todos los cargos que le facture el proveedor no perteneciente a la red.

FREESTANDING EMERGENCY ROOM (SALAS DE EMERGENCIA AUTÓNOMAS O INDEPENDIENTES):

Las salas de emergencia autónomas les pertenecen a grupos o personas independientes y proporcionan muchos de los servicios que ofrecen las salas de emergencia de hospital. Tratan emergencias que ponen en peligro la vida del paciente, pero muchas personas acuden también con enfermedades que no son emergencias, tales como resfriados, quemaduras y heridas menores y alergias. Estas visitas podrían ser costosas porque las salas de emergencia autónomas facturan igual que las salas de emergencia de hospital. Esto significa que el costo por el cuidado que no es de emergencia en una sala de emergencia autónoma podría ser mucho mayor en comparación con lo que cobraría un centro de urgencias (urgent care center) por los mismos servicios.





- **Anticipe los costos:** Para cuando reciba su cuenta médica, la oportunidad de pagar menos habrá ya pasado. Con la herramienta de cálculo de costos, usted podrá encontrar y comparar costos de tratamientos y procedimientos antes de que los reciba. Esta información le permitirá discutir con su médico las opciones y costos.
- **Tenga una visita virtual con un médico de Teladoc** por teléfono o video. Este servicio está disponible las 24 horas del día, 7 días por semana. Es fácil y rápido obtener ayuda para casos que no constituyan una emergencia, problemas tales como un resfriado y la influenza, dolor de oído o de cabeza, úlceras bucales (mouth sores), conjuntivitis y más. Es gratis para los participantes de TRS-ActiveCare Select y TRS-ActiveCare 2. Para TRS-ActiveCare 1-HD, la consulta cuesta \$40.
- **Utilice las salas de emergencias solo para emergencias que pongan en peligro la vida del paciente:** Las emergencias que ponen en peligro la vida justifican un viaje a la sala de emergencia más cercana. Existen otras opciones disponibles para los casos que no constituyen una emergencia. (Vea la información que al respecto aparece a continuación).
- **Utilice un centro de cuidado urgente o una clínica que no requiera de citas previas para los casos que no pongan en peligro la vida:** Si no se trata realmente de una emergencia, pero necesita ayuda inmediata, considere visitar un centro de cuidado urgente o una clínica que no requiera de citas previas. Usted puede ubicar estos centros utilizando el directorio electrónico de proveedores DocFind. Utilice la aplicación TRS Health o visite www.tractivecareetna.com y haga clic en "Para Encontrar un Doctor o Instalación Médica" ("Find a Doctor or Facility") ubicado en la página de inicio.
- Si no está seguro de a dónde debe dirigirse. Llame a la Línea de Información de Enfermeros Disponible las 24 horas del Día (24-Hour Nurse Information Line) al **1-800-556-1555** para recibir orientación de parte de un enfermero capacitado.
- **Utilice medicamentos genéricos:** Estas son las medicinas más económicas y le ofrecen el copago más bajo, aunque sin dejar de proporcionarle tratamiento seguro y efectivo como los medicamentos de marca.

¿Sabía usted que...? La mayoría de los participantes de TRS-ActiveCare utilizan medicamentos genéricos Y, aunque menos de un dos por ciento utiliza medicamentos de marca, estos últimos constituyen un 45 por ciento de todos los costos de medicinas recetadas para el programa TRS-ActiveCare. Esto resalta la dramática diferencia que existe en cuanto al costo de los medicamentos genéricos y los de marca.

- **Ahórrese tiempo y dinero con suministros de 90 días:** Cuando se trata de medicamentos tomados regularmente, hay dos formas de ahorrar tiempo y dinero:
 1. Farmacias Retail-Plus que ofrecen suministros de 60 a 90 días para los medicamentos de mantenimiento:
 - Utilice el Localizador de Farmacias **Retail-Plus (Retail-Plus Pharmacy Locator)** para ubicar una cercana a usted.
 2. Reabastecimientos de 90 días adquiridos a través del servicio de órdenes por correo de Caremark:
 - No hay costo de envío y Caremark lo hará llegar a dónde usted desee.
 - Usted puede dividir el costo de su medicina recetada en tres pagos mensuales.
 - Caremark se comunicará con el médico para solicitarle una nueva receta y se encargará de todos los detalles.
 - Usted puede colocar su orden por correo visitando el www.caremark.com/mailservice.

Vea cómo aumentan los ahorros: Si tiene cobertura bajo TRS-ActiveCare Select, la primera vez que adquiera un suministro de 31 días para un medicamento genérico de mantenimiento en una farmacia regular, usted pagará \$15. Después de eso, pagará \$30 por cada suministro de 31 días para ese medicamento genérico adquirido en una farmacia regular.

Pero si ordena el mismo medicamento genérico de mantenimiento a través del servicio de órdenes por correo de Caremark, el suministro de 90 días le costará \$45 y usted ahorrará \$165 en un año, al adquirir suministros de 90 días.

- **Utilice instalaciones médicas independientes:** Por lo general, usted puede reducir sus gastos médicos, haciendo sus citas para análisis de laboratorio, radiología y demás servicios ambulatorios en instalaciones médicas independientes en vez de hacerlo en hospitales de servicio completo. **(Excepto en el caso de las salas de emergencia independientes. Remítase a la página anterior para más información).** Para ubicarlas, visite el www.tractivecareetna.com y haga clic en "Para Encontrar un Doctor o Instalación Médica" ("Find a Doctor or Facility") ubicado en la página de inicio.
- **Adopte hábitos sanos:** Haga lo mejor posible por comer sanamente, hacer ejercicio y realizarse sus exámenes médicos regulares. Regístrese para recibir boletines para miembros o lea artículos en línea o consejos de salud y ejercicio. Anime a todos los miembros de la familia a que vivan un estilo de vida sano también. Revise los programas de bienestar personal disponibles con el plan TRS-ActiveCare. Remítase a la página 27 para aprender más al respecto.
- **Conéctese a la Internet:** Los planes TRS-ActiveCare Select, TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2 ofrecen servicios en línea que les permiten a los miembros del plan revisar el estado de sus reclamaciones, ver información de beneficios, ubicar un médico y mucho más. Para ello, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores. Visite el www.tractivecareetna.com y haga clic en "Para Encontrar un Doctor o Instalación Médica" ("Find a Doctor or Facility") ubicado en la página de inicio.



10 FORMAS DE APROVECHAR AL MÁXIMO SU PLAN TRS-ACTIVECARE



Haga que su plan TRS-ActiveCare trabaje en pro de usted. A continuación, encontrará 10 formas de aprovechar al máximo las características y recursos de su plan:

1. SELECCIONE EL PLAN CORRECTO PARA USTED



¿Cómo utilizan usted y su familia los servicios del cuidado médico?
¿Qué es lo más importante del plan para usted? Cuando compare los costos de las primas, tenga en cuenta que mientras más baja es la prima, más elevado será el desembolso personal para el cuidado — y viceversa. Los recursos de inscripción pueden ayudarle a aprender sobre sus opciones y a encontrar un plan que se adapte a sus necesidades.

2. CONOZCA SUS BENEFICIOS



Después de tomar su decisión, es posible que no recuerde cuál es su deducible o qué es lo que paga el plan. Para ver lo que usted pagará como desembolso personal, fíjese en sus deducibles, coseguro y copagos. ¡Descargue la aplicación móvil de TRS Health para ver su plan, para llamar a un enfermero o bien para conectarse directamente con un médico por teléfono!

3. UBIQUE UN MÉDICO DE LA RED



Utilice la herramienta de búsqueda de proveedores que aparece en el sitio web para miembros de Aetna. Ahí encontrará médicos de alta calidad y pertenecientes a la red ubicados cerca de usted. Encuentre a un proveedor primario que coordine su cuidado médico y le ayude con sus necesidades médicas. Regístrese e inicie sesión (log in) en aetna.com.

4. SEPA A DÓNDE PUEDE ACUDIR



La Sala de Emergencia es siempre el lugar a dirigirse cuando la vida de alguien está en peligro. **Existen otras opciones cuando la vida del paciente no está en peligro:** Por ejemplo, usted puede visitar a su médico de cabecera, un centro para el cuidado urgente, acudir a una clínica que no requiera citas previas y conversar con su médico por teléfono o video. La herramienta para ubicar proveedores puede ayudarle a encontrar al proveedor correcto que pertenezca a la red de Aetna.

5. PLAN PARA EMERGENCIAS



Es bueno saber, por adelantado, dónde quedan las salas de emergencias y de cuidado urgente más cercanas y cómo llegar a ellas. **Idea:** Coloque a la vista y dónde pueda tener acceso a ellas el nombre de la instalación, dirección y número de teléfono.

6. HAGA UNA CITA PARA HACERSE SU EXAMEN DE RUTINA



Los exámenes físicos de rutina pueden identificar problemas antes de que empeoren, permitiéndole a usted mantenerse sano. Visite regularmente a su médico de cabecera y asegúrese de abordar sus inquietudes médicas.

7. AHORRE DINERO AL COMPRAR SUS MEDICINAS



Pídale a su médico que le receta medicamentos genéricos cuando fuere posible. De no haber genéricos disponibles, para los medicamentos que usted utiliza, su médico podrá recomendarle alternativas económicas. Utilice la opción de ordenar sus medicamentos por correo para los medicamentos que toma regularmente. Para tener acceso a la calculadora de costos de medicamentos, [visite caremark.com/trsactivecare](https://visite.caremark.com/trsactivecare) donde encontrará precios más bajos.

8. INVESTIGUE LOS COSTOS



El lugar que seleccione para hacerse una cirugía, para hacerse análisis de laboratorio y tomarse imágenes radiológicas afecta el costo de desembolso personal en que incurrirá, aun dentro de la red. **Pruebe lo siguiente:** Utilice la herramienta de cálculo de costos que aparece en el sitio web para miembros de Aetna. Ahí podrá encontrar y comparar precios para tratamientos, procedimientos y para exámenes o análisis médicos.

9. TRÁCESE UNA META DE SALUD



Tal vez quiera usted bajar de peso, participar en un maratón o sencillamente mantener el ritmo de sus hijos. Solicite ayuda para lograr sus metas con las herramientas y recursos del bienestar personal que aparecen en el sitio web para miembros de Aetna.

10. MANTÉNGASE INFORMADO



Los recursos en línea que se encuentran en trsactivecare.aetna.com y en aetna.com ofrecen un caudal de información sobre la salud, el bienestar y beneficios de información. ¿Necesita una solución o respuesta rápida? Comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare llamando al **1-800-222-9205** para hablar con un representante de Aetna Health Concierge.



PLANES HMO



A partir del 1º de enero de 2019, el Plan Scott and White será propietario de los planes FirstCare Health. Aun cuando ambos pertenecen a la familia Baylor Scott and White, continuarán operando bajo sus respectivos nombres durante el año del plan 2019-2020. Si usted está inscrito en uno de estos planes HMO, recibirá una comunicación notificándole en relación con este cambio.

La tabla que aparece a continuación muestra las opciones del plan HMO disponibles para usted durante el año 2019-2020. Para comparar los planes, vea los resúmenes de beneficio de HMO y las comparaciones de plan que aparecen a continuación.

		
Departamento de Servicios al Cliente 1-800-884-4901 De lunes a viernes De 8 a.m. a 5 p.m. Hora Centro www.firstcare.com/trs	Departamento de Servicios al Cliente 1-800-321-7947 7 días por semana De 7 a.m. a 8 p.m. trs.swhp.org	Departamento de Servicios al Cliente 1-888-378-1633 De lunes a viernes De 8 a.m. a 6 p.m. Hora Centro www.bcbstx.com/trs
Área de Servicio – Condados	Área de Servicio – Condados	Área de Servicio – Condados
Andrews, Armstrong, Bailey, Bell, Borden, Bosque, Brazos, Briscoe, Burleson, Burnet, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Coryell, Cottle, Crane, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Erath, Falls, Fisher, Floyd, Freestone, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Grimes, Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hill, Hockley, Houston, Howard, Hutchinson, Jones, Kent King, Knox, Lamb, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Madison, Martin, McCulloch, McLennan, Midland, Milam, Mills, Mitchell, Moore, Motley, Navarro, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Robertson, Runnels, San Saba, Scurry, Shackelford, Sherman, Somervell, Stephens, Stonewall, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Upton, Walker, Ward, Washington, Wheeler, Winkler, Yoakum	Austin, Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Coke, Coleman, Collin, Concho, Coryell, Crockett, Dallas, Denton, Ellis, Erath, Falls, Freestone, Grimes, Hamilton, Hayes, Hill, Hood, Irion, Johnson, Kimble, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Mason, McCullough, McLennan, Menard, Milam, Mills, Reagan, Robertson, Rockwall, Runnels, San Saba, Schleicher, Somervell, Sterling, Sutton, Tarrant, Tom Green, Travis, Walker, Waller, Washington, Williamson	Cameron, Hidalgo, Starr, Willacy



			 
Tipo de Servicio	No requiere la atención de un médico para el cuidado primario que dirija su cuidado médico o le proporcione una remisión para que vea a otro médico	No requiere de un médico para el cuidado primario que dirija su cuidado médico o le proporcione una remisión para que vea a otro médico	No requiere de un médico para el cuidado primario que dirija su cuidado médico o le proporcione una remisión para que vea a otro médico
Deducible (por año del plan)	\$950 por persona \$2,850 familia	\$950 por persona \$2,850 familia	\$500 por persona \$1,000 familia
Desembolso Personal Máximo (por año del plan; incluye deducibles, copagos, coseguro médico y para medicinas recetadas)	\$7,450 por persona \$14,900 familia	\$7,450 por persona \$14,900 familia	\$4,500 por persona \$9,000 familia
Visitas al Consultorio Médico (Se omiten los copagos para el cuidado preventivo)	\$20 copago por médico primario (\$0 copago por visita al médico primario para tratar una enfermedad (\$0 copago por visita primaria para dependientes de 19 años de edad o menos) \$70 copago por especialista	\$20 copago por médico primario (\$0 copago por visita al médico primario para tratar una enfermedad (\$0 copago por visita primaria para dependientes de 19 años de edad o menos) \$70 copago por especialista	\$25 copago por médico primario \$60 copago por especialista
Cuidado Preventivo	El plan paga un 100%	El plan paga un 100%	El plan paga un 100%
Hospitalización de Paciente Interno (cargos de la instalación médica)	25% después del deducible	\$150 por día y 20% de los cargos después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	20% después del deducible
IHospitalización de Paciente Interno (cargos del médico o cirujano)	25% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Cirugía de Paciente Ambulatorio	25% después del deducible	\$150 copago y 20% de los cargos después del deducible	20% después del deducible
Ambulancia	25% después del deducible	\$40 copago y 20% de los cargos después del deducible	20% después del deducible
Sala de Emergencia	\$500 copago después del deducible	\$500 copago después del deducible	20% después del deducible
Cuidado Urgente	\$50 copago (Se omite el deducible)	\$50 copago	\$75 copago (Se omite el deducible)
Cuidado de Maternidad	Cuidado Prenatal y Posnatal \$20 copago por médico primario \$70 copago por especialista Parto y Servicios para Pacientes Hospitalizadas 25% después del deducible	Cuidado Prenatal No se cobra Cuidado Posnatal \$20 copago por médico primario \$70 copago por especialista DParto y Servicios para Pacientes Hospitalizadas \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	Cuidado Prenatal y Posnatal \$25 copago por médico primario \$60 copago por especialista Parto y Servicios para Pacientes Hospitalizadas 20% después del deducible
Trastornos Relacionados con la Salud Mental, Salud del Comportamiento y Drogadicción	Servicios para Pacientes Ambulatorios 25% después del deducible (instalación médica) \$20 (visita al consultorio médico) Servicios para Pacientes Hospitalizados 25% después del deducible	Servicios para Pacientes Ambulatorios \$20 copago por visita al consultorio médico Servicios para Pacientes Hospitalizados \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	Servicios para Pacientes Ambulatorios 20% después del deducible Servicios para Pacientes Hospitalizados 20% después del deducible
Equipo Médico Duradero	25% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Deducible para Medicamentos Recetados (por año del plan)	\$150 por persona (Se excluyen los Genéricos de Marca Preferida)	\$150 por persona (Se excluyen los Genéricos de Marca Preferida)	\$100 por persona
Medicamentos a Corto Plazo Comprados en Farmacia Regular	(Suministros de hasta 30 días) \$0 – Genéricos Select /ACA Nivel I (Se omite el deducible para medicamentos) \$5 – Genéricos de Marca Preferida Nivel II (Se omite el deducible para medicamentos) 30% – Medicamentos de Marca Preferida o Genéricos de Marca No Preferida Nivel III después del deducible para el medicamento 50% – Medicamentos de Marca No Preferida o Genéricos de Marca No Preferida Nivel IV después del deducible para el medicamento	(Suministros de hasta 30 días) \$5 – Genérico de Marca Preferida 30% después del deducible para el medicamento – Marca Preferida 50% después del deducible – Medicamentos de Marca NO Preferida o Genéricos de Marca No Preferida	(Suministros de hasta 30 días) \$10 – Genérico \$40* – Marca Preferida \$65* – Marca No Preferida
Medicamentos de Mantenimiento Comprados en Farmacia Regular	(Suministros de hasta 30 días) \$0 – Genéricos Select /ACA Nivel I (Se omite el deducible para medicamentos) \$12.50 – Genéricos de Marca Preferida Nivel II (Se omite el deducible para medicamentos) 30% – Medicamentos de Marca Preferida o Genéricos de Marca No Preferida Nivel III después del deducible para el medicamento 50% – Medicamentos de Marca No Preferida o Genéricos de Marca No Preferida Nivel IV después del deducible para el medicamento	(Suministros de hasta 90 días; farmacias pertenecientes al plan solamente) \$12.50 – Genéricos de Marca Preferida 30% después del deducible para el medicamento – Marca Preferida 50% después del deducible – Medicamentos de Marca No Preferida o Genéricos de Marca No Preferida	(Suministros de hasta 30 días) \$10 – Genérico \$40* – Marca Preferida \$65* – Marca No Preferida
Medicamentos Comprados Mediante el Servicio de Órdenes por Correo	(Suministros de hasta 90 días) \$0 – Genéricos Select /ACA Nivel I (Se omite el deducible para medicamentos) \$12.50 – Genéricos de Marca Preferida Nivel II (Se omite el deducible para medicamentos) 30% – Medicamentos de Marca Preferida o Genéricos de Marca No Preferida Nivel III después del deducible para el medicamento 50% – Medicamentos de Marca No Preferida o Genéricos de Marca No Preferida Nivel IV después del deducible para el medicamento	(Suministros de hasta 90 días; farmacias pertenecientes al plan solamente) \$12.50 – Genéricos de Marca Preferida 30% después del deducible para el medicamento – Marca Preferida 50% después del deducible – Medicamentos de Marca No Preferida o Genéricos de Marca No Preferida	(Suministros de hasta 90 días) \$30 – Genérico \$120* – Marca Preferida \$195* – Marca No Preferida
Medicamentos de Especialidad	Niveles 1 y 2 – 15% después del deducible del medicamento Nivel 3 – 25% después del deducible del medicamento	Niveles 1 y 2 – 15% después del deducible del medicamento Nivel 3 – 25% después del deducible del medicamento	20% después del deducible Órdenes por Correo – No se cubren
Suministros para Diabéticos	Cubierto bajo niveles de copago para medicinas recetadas \$5/\$12.50 copago – Suministros y Equipos para Diabéticos de Marca Preferida (Se omite el deducible) 30% después del deducible del medicamento – Suministros y Equipos para Diabéticos de Marca No Preferida No se cubren los medicamentos que no aparezcan en el formulario (<i>formulary</i>)	\$5/\$12.50 copago – Suministros y Equipos para Diabéticos de Marca Preferida (Se omite el deducible) 30% después del deducible del medicamento – Suministros y Equipos para Diabéticos de Marca No Preferida No se cubren los medicamentos que no aparezcan en el formulario (<i>formulary</i>)	

*Si adquiere un medicamento de marca habiendo un genérico disponible, usted será responsable por el copago del genérico más la diferencia en cuanto al costo entre el medicamento de marca y el genérico.



FirstCare Plus es un juego exclusivo de programas y servicios integrados que incluye:

- Un **programa para el bienestar personal** que ofrece una gama de herramientas, incluye una evaluación electrónica de la salud, alertas, información y seguimiento del bienestar personal.
- La **línea de enfermeros disponibles las 24 horas del día (24-hour nurseline)** y la herramienta para conversar en línea con enfermeros (**online nurse chat**) para obtener respuestas y ayuda a cualquier hora,
- Un programa para el control de enfermedades que proporciona apoyo a personas que padezcan de enfermedades crónicas,
- El Programa de Maternidad **Expecting the Best® Maternity Program** proporciona apoyo y herramientas en pro de la salud de las madres y sus hijos.

Portal para Miembros del Plan FirstCare
Inicie sesión (log in) en www.my.firstcare.com para:

- Ubicar a un médico o farmacia,
- Ver o imprimir los documentos del plan,
- Ordenar tarjetas de identificación o imprimir tarjetas temporarias,
- Tener acceso a las herramientas e información de FirstCare Plus.

Acceso a **FirstCare Virtual Care** — proporcionado por MDLIVE. Su copago es \$0 para problemas generales de salud



Programa para el Bienestar Ofrecido por SWHP
El Centro de Diálogo para:

- Tomar decisiones compartidas
- Programas de orientación sobre el cuidado médico para ciertas enfermedades

Programas en Línea para Controlar su Estilo de Vida:

- Evaluación del bienestar personal
- Programas de bienestar personal

Línea de Consejo Médico con Enfermeros Disponibles las 24 Horas del Día, (24-Hour Nurse Advice Line), útil para obtener respuestas y ayuda para la salud: **1-877-505-7947**

Portal para Miembros: Herramientas de acceso electrónico. Inicie sesión (log in) en trs.swhp.org para:

- Ubicar a un médico o farmacia,
- Ver un Resumen de Beneficios,
- Ver las Explicaciones de Beneficios (EOBs por sus siglas en inglés),
- Órdenes de tarjetas de identificación,
- Tarjetas de identificación de acceso electrónico.
- Acceso en línea a los programas del bienestar personal,
- Enviar un mensaje de correo electrónico a un representante del departamento de servicios al cliente y recibir respuesta a través del buzón seguro del portal.

Blue Essentials Access



Blue Essentials Access Health y Wellbeing

Su bienestar personal es importante. Es por eso que sus beneficios médicos incluyen herramientas, información y apoyo para ayudarle a vivir un estilo de vida saludable. Con programas disponibles por computadora o a través de su teléfono celular, usted puede aprender sobre cómo mejorar su bienestar personal en cualquier momento que se ajuste a su horario personal. Deles un vistazo a todos los recursos enfocados alrededor de USTED. Comience iniciando sesión (log in) en Blue Access for MembersSM (BAMSM) visitando bcbstx.com/trshmo. Después, dirijase a la sección My Health para tener acceso a todos sus programas médicos y del bienestar personal.

Entre los Programas para el Bienestar Personal (Wellbeing Management o WBM) disponibles para usted, se incluyen:

Programa de Ejercicio Físico: Aproveche la oportunidad de afiliarse, a precio de descuento, a gimnasios pertenecientes a una red nacional sin contratos a largo plazo. Usted paga su afiliación mes a mes con un cargo mensual de \$25 por miembro y un cargo único de inscripción de \$25 por miembro.

La línea de enfermeros disponibles las 24 horas del día 7 días por semana (24-hour nurseline): Tenga acceso gratis y a toda hora a enfermeros registrados que puedan proporcionarle información médica así como acceso a una colección de audios con más de 1,000 temas médicos que van desde alergias hasta problemas relacionados con la salud de la mujer y más de 600 temas disponibles en español.*

Apoyo Adicional: Su plan incluye apoyo adicional para usted y para sus familiares cubiertos con ciertos problemas de tipo médico. Un consejero médico de BCBSTX podría llamarle si usted sufre una enfermedad grave, lesión, cirugía u hospitalización. El consejero médico es un enfermero u otro profesional del cuidado médico que pueda ayudarle con estas situaciones difíciles. Si recibe una llamada de BCBSTX, asegúrese de contestar o devolverle la llamada a su consejero de salud.

Special Beginnings®: Proporciona apoyo a madres embarazadas y orientación prenatal desde el comienzo del embarazo hasta seis meses después de haber dado a luz. Las madres que se sumen al programa recibirán un libro gratis sobre como lograr un embarazo sano y acceso al sitio web Special Beginnings con una colección de videos sobre una variedad de temas relacionados con el embarazo y el cuidado del recién nacido.

Autorización Previa: El comprender lo que requiere su plan antes de necesitar ayuda puede serle útil para evitar costos mayores. El término autorización previa (conocido en inglés como "preauthorization") se refiere a que se necesita aprobación del plan médico antes de que se pueda obtener cobertura para ciertos exámenes médicos o servicios. Para ayudarle a cerciorarse de que su cuidado médico sea el apropiado y para evitar costos inesperados, es importante que reciba aprobación antes de que se le hayan prestado tales servicios.

Blue Access for MembersSM (BAM): Para ubicar proveedores pertenecientes a la red y obtener información personal y cobertura para sus beneficios médicos, inicie sesión (*log in*) en BAM. Visitando www.bcbstx.com/trshmo. Usted puede inscribirse también en Blue Access MobileSM a través del Perfil del Usuario (*BAM User Profile*). Blue Access Mobile le permite tener acceso a mucha de la información que encontraría en BAM, aun desde su teléfono inteligente.

*Para los casos que constituyan una emergencia médica, llame al 911 o a sus servicios de emergencia primero. Este programa no substituye el cuidado médico. Hable con su médico o sobre cualquier pregunta o inquietud que sienta en lo que respecta a su cuidado médico. or concerns.



El costo de su cobertura de TRS-ActiveCare lo determinan los fondos disponibles a través del estado y distrito escolar, así como la decisión que usted tome al seleccionar su plan médico.

El Capítulo 1581 del Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code) autoriza el financiamiento orientado a ayudar a los empleados activos que sean miembros de TRS, es decir, aquellos que efectúen contribuciones en el Sistema de Jubilación de Texas (Teacher Retirement System of Texas) para la cobertura TRS-ActiveCare. Actualmente, se requiere que cada distrito escolar o entidad contribuya mínimo con \$150 al mes y que el estado contribuya con \$75 al mes para miembros activos de TRS. Esto crea un mínimo de \$225 mensuales disponibles para ayudarle con el costo de la cobertura médica. Su Administrador de Beneficios puede decirle sobre cualquier fondo adicional que pudiere haber disponible.

Los empleados casados que sean miembros activos y contribuyentes de TRS podrían "unir" sus fondos con los de sus distritos escolares y estados contra el costo de su cobertura de TRS-ActiveCare

Fondos Unidos

Si un empleado y su cónyuge trabajan para la **misma** entidad o distrito escolar participante, podrían unirse los fondos de contribución.

- Uno de los empleados selecciona la cobertura de empleado y cónyuge mientras que el otro cónyuge declina la cobertura o bien
- Uno de los empleados selecciona la cobertura de empleado y familia mientras que el otro cónyuge declina la cobertura.

Fondos Divididos

Si el empleado y cónyuge trabajan para **diferentes** entidades o distritos escolares, posiblemente deseen unir fondos. La decisión de entrar en un acuerdo de dividir la prima deberá tomarse durante la Inscripción Anual o dentro del período de elección de un evento de inscripción especial.

- Uno de los empleados selecciona la cobertura de empleado y cónyuge mientras que el otro cónyuge declina la cobertura o bien
- Uno de los empleados selecciona la cobertura de empleado y familia mientras que el otro cónyuge declina la cobertura.

La versión impresa del formulario de Solicitud de División de la Prima (*Application to Split Premium*) ya no estará disponible. En vez de ello, cada uno de los empleados y su Administrador de Beneficios deberán llenar en línea su porción del formulario de *Solicitud de División de la Prima*. Esta información deberá presentarse en línea con el formulario de Solicitud de División de la Prima al mismo momento que se procese la inscripción o cambio requerido.



Costos Mensuales de la Prima para el Año 2019-2020

Los costos de cobertura enumerados en la tabla que aparece a continuación estarán vigentes desde el 1° de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020.

Su costo mensual bruto es el costo de la cobertura antes de que se apliquen los fondos del estado y del distrito escolar contribuyentes. (Remítase a la página anterior).

Primas Mensuales

Prima Mensual TRS-ActiveCare	TRS-ActiveCare Select		TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare 2 NOTA: Si usted está actualmente inscrito en TRS-ActiveCare 2, podrá permanecer en este plan. Sin embargo, a partir del 1° de septiembre de 2018, TRS-ActiveCare2 quedará cerrado para los que deseen inscribirse por vez primera.	
	Prima mensual completa*	Prima con la contribución mínima del estado o distrito escolar**	Prima mensual completa*	Prima con la contribución mínima del estado o distrito escolar**	Prima mensual completa*	Prima con la contribución mínima del estado o distrito escolar**
Empleado	\$556.00	\$331.00	\$378.00	\$153.00	\$852.00	\$627.00
+ Cónyuge	\$1,367.00	\$1,142.00	\$1,066.00	\$841.00	\$2,020.00	\$1,795.00
+ Hijos	\$902.00	\$677.00	\$722.00	\$497.00	\$1,267.00	\$1,042.00
+ Familia	\$1,718.00	\$1,493.00	\$1,415.00	\$1,190.00	\$2,389.00	\$2,164.00

Primas Mensuales

Primas Mensuales de HMO	Blue Essentials Access		FirstCare		Scott and White	
	Prima mensual completa*	Prima con la contribución mínima del estado o distrito escolar**	Prima mensual completa*	Prima con la contribución mínima del estado o distrito escolar**	Prima mensual completa*	Prima con la contribución mínima del estado o distrito escolar**
Empleado	\$486.56	\$261.56	\$560.50	\$335.50	\$558.54	\$333.54
+ Cónyuge	\$1,172.52	\$952.52	\$1,416.52	\$1,191.52	\$1,306.58	\$1,081.58
+ Hijos	\$761.96	\$536.96	\$892.16	\$667.16	\$876.76	\$651.76
+ Familia	\$1,249.00	\$1,024.00	\$1,454.80	\$1,229.80	\$1,457.28	\$1,232.28

*Si usted no es elegible para recibir el subsidio del estado o distrito escolar, tendrá que pagar la prima mensual completa. Para más información sobre sus primas mensuales, comuníquese con su Administrador de Beneficios.

****La prima que queda después de las contribuciones del estado (\$75) y del distrito escolar (\$150) constituye la cantidad máxima que podría usted pagar al mes. Para información sobre su costo mensual, comuníquese con su**

Administrador de Beneficios.

(Esta es la cantidad que usted deberá pagar cada mes después de haberse aplicado, a su prima, todos los subsidios disponibles.)



INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Período de Inscripción del Plan: Del 1º de julio al 23 de agosto de 2019



¿Quién Puede Inscribirse en TRS-ActiveCare?

Usted

Para ser elegible para inscribirse en TRS-ActiveCare, la persona:

- Deberá ser (i) un miembro participante que esté actualmente contratado por algún distrito escolar o entidad participante en un cargo que le haga elegible para ser miembro de la pensión TRS o bien (ii) una persona que esté actualmente contratada por un distrito escolar o entidad participante para trabajar 10 o más horas semanales en horario regular en un cargo que no sea elegible para ser miembro; y
- **No** recibe cobertura médica como empleado o jubilado bajo (i) la Ley de Beneficios de Seguro Uniforme para Empleados Universitarios del Estado de Texas (Texas State College and University Employees Uniform Insurance Benefits Act) como, por ejemplo, la cobertura ofrecida por The University of Texas System o The Texas A&M University System); (ii) La Ley de Beneficios de Seguro Uniforme de Grupo para Empleados de Texas (Texas Employees Uniform Group Insurance Benefits Act) como, por ejemplo, la cobertura ofrecida por ERS; o (iii) TRS-Care.

Aunque bajo circunstancias especiales, el jubilado o **empleado** de educación superior o del estado podría no estar cubierto como empleado de un distrito escolar o entidad participante, podría recibir cobertura como dependiente de un empleado elegible. Los empleados cubiertos como **dependientes** de una entidad de educación superior o un programa estatal podrían también recibir cobertura bajo TRS-ActiveCare como empleados.

Nota: Bajo la Sección 22.004 del Código de Educación de Texas (Texas Education Code) y las reglas de TRS, el empleado participante en TRS-ActiveCare tiene derecho a continuar participando si renuncia después del final del año escolar y si, para la fecha de vigencia de su renuncia, se le considera como que está cumpliendo de conformidad con las reglas de TRS-ActiveCare. TRS-ActiveCare aplicará la Regla TRS 41.38 (TRS Rule 41.38) del Código Administrativo de Texas (Texas Administrative Code para determinar cuándo terminará la cobertura de TRS-ActiveCare. Esto es importante al planificar la jubilación y determinar cuándo comenzará su cobertura de TRS-Care. Al hacer planes para su jubilación, asegúrese de hablar con su empleador sobre sus opciones de cobertura médica.





Sus Dependientes Elegibles

Usted puede cubrir a sus dependientes elegibles, incluyendo a:

- Su cónyuge, incluso a aquellos unidos por concubinato (common law). La pareja unida por concubinato no se considera elegible, a menos que exista una Declaración de Matrimonio Informal presentada ante una autoridad gubernamental competente.
- El hijo menor de 26 años que sea:
 - Hijo biológico,
 - Hijo adoptado o legalmente colocado para adopción,
 - Hijastro,
 - Hijo bajo adopción temporal (*foster child*),
 - Hijo bajo custodia legal.
- Un nieto menor de 26 años cuya residencia primaria sea la vivienda del empleado y que aparezca como dependiente suyo para fines del Impuesto federal sobre la renta para el año en que entre en vigor la cobertura.*
- Cualquier "otro dependiente" menor de 26 años que mantenga una relación de padre e hijo con el empleado (además de las razones descritas anteriormente), cumpliendo así con estos requisitos:
 - El domicilio principal del hijo deberá ser la residencia del empleado.
 - Usted provea por lo menos el 50% de la manutención del menor.
 - Ninguno de los padres biológicos del menor resida con él en la vivienda de usted.
 - Usted tenga derecho legal a tomar las decisiones relacionadas con la asistencia médica del menor.**
- Podría ser elegible para cobertura de dependiente, un hijo menor de 26 años que esté mental o físicamente incapacitado, dependa regularmente del empleado, según lo determinado por TRS y que cumplan también con otros requisitos, según lo determinado por TRS.

Usted y el médico de su hijo deberán llenar el formulario de *Solicitud de Continuidad de la Cobertura para un Menor Incapacitado (Request for Continuation of Coverage for Disabled Child form)* y la *Declaración del Médico Tratante (Attending Physician's Statement)* para proporcionar prueba fehaciente de la incapacidad y dependencia del menor. Estos formularios deberán entregarse antes de que haya concluido el período de 31 días, contados a partir de la fecha en la cual el menor cumpla los 26 años de edad. Para evitar que se produzcan lapsos de interrupción en la cobertura, deberán entregarse y aprobarse los formularios antes del último día del mes en el cual el menor haya cumplido los 26 años de edad o antes de la fecha del evento. Los formularios estarán disponibles en www.tractivecareetna.com.

El término dependiente **no** incluye a un hermano suyo, **a menos que** tenga **menos** de 26 años de edad y:

- Si se encuentra bajo su custodia legal o
- Si se encuentra en una relación regular de padre e hijo con usted, según lo definido en la categoría de "cualquier otro hijo".

Sus padres y abuelos **no** son dependientes elegibles.

Nota: Es contra la ley elegir cobertura para una persona que no sea elegible. Tal violación podría resultar en que se le sancione a usted legalmente o en que se le expulse del programa de TRS-ActiveCare por un período de hasta cinco años.

¿Qué significa CHIP y está este programa disponible para mi familia?

El programa de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program o *CHIP*, por sus siglas en inglés) proporciona seguro médico a bajo costo para menores de edad. Para averiguar si su familia es elegible y para solicitar este beneficio, llame a CHIP al **1-800-647-6558** o al **211** o visite el www.chipmedicaid.org.

Nota: El menor no podrá recibir cobertura bajo TRS-ActiveCare y CHIP a la vez.

*Para fines de elegibilidad para dependientes bajo TRS-ActiveCare, no se considerará como hijo al nieto de un empleado.

**Este requisito no se aplica a los dependientes mayores de 18 años de edad.



Cómo Inscribirse

Recuerde que su elección actual del plan se transferirá al año del plan 2019-2020. Usted no tiene que inscribirse para recibir cobertura este año, **A MENOS QUE:**

- Usted esté inscrito en TRS-ActiveCare 1-HD y viva en los condados de Ft Bend, Montgomery, Harris, Galveston o Brazoria. Usted necesita inscribirse y seleccionar un médico primario para usted y para sus dependientes cubiertos.
- Usted haya pasado recientemente a ser elegible para recibir cobertura.
- Usted esté cambiando de planes o bien agregando o eliminando dependientes para el próximo año escolar.
- Usted desee rechazar la cobertura para el año 2019-2020.

Su distrito escolar o entidad le proporcionará instrucciones para que se inscriba utilizando una de estas opciones (según estén disponibles):

Portal de inscripción personal self-service bswift.* Si esta opción está disponible para usted, su distrito escolar o entidad le proporcionará instrucciones para que se conecte utilizando el sistema. Si ya está cubierto, encontrará que ya se han introducido datos, tales como su dirección, dependientes, plan y tipo de cobertura. Usted podrá cambiar su dirección, a quién cubre y su plan. Usted podrá imprimir una confirmación de su inscripción cuando haya terminado.

Algunos distritos escolares o entidades podrían ofrecerle inscripción electrónica a través del portal de otro sitio web diferente a bswift. Consulte a su Administrador de Beneficios para más información. Asegúrese de guardar una copia de cualquier confirmación de cobertura que reciba del otro sistema de inscripción.

Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio. Usted puede utilizar este formulario para inscribirse o para hacerle cambios a su inscripción. El formulario está disponible a través de su Administrador de Beneficios o en **www.trselectcareetna.com**. Para llenar el formulario electrónicamente:

- Visite **www.trselectcareetna.com** y haga clic en "Documentos y Formularios", en la parte superior de la página de inicio.
- La **Enrollment Application and Change Form (Enrollment Application and Change Form)** es el primer formulario de la lista. Haga clic ahí.
- Llene la solicitud con sus datos. Asegúrese de proporcionar y completar toda la información requerida.
- Imprima el formulario.
- Firme, feche y entréguele el formulario a su Administrador de Beneficios dentro del período de inscripción del plan.

*Esto podría no aplicarse a los distritos escolares o entidades que usan a terceros como administradores.

Su Tarjeta de Identificación de Aetna

Cuando se inscriba por vez primera en un plan de TRS-ActiveCare (es decir, en un plan que no sea un HMO), cuando efectúe un cambio de plan o bien agregue o elimine a un dependiente (incluyendo la adición de un recién nacido) usted recibirá una tarjeta de identificación de Aetna en el correo.

Su tarjeta es para toda la familia y en ella encontrará los nombres de hasta cinco familiares cubiertos. Si tiene más de cuatro dependientes, recibirá una tarjeta adicional que muestre a los demás dependientes.

Además, impresos en la tarjeta aparecen los nombres de su plan y red de proveedores:

- "Aetna SelectSM Open Access" será la red para TRS-ActiveCare Select. Los miembros del plan TRS-ActiveCare Select Whole Health recibirán una tarjeta de identificación dorada. Esto ayudará a distinguir cuáles proveedores se han asignado a su plan.
- "Choice POS II" será la red para TRS-ActiveCare 1-HD y TRS-ActiveCare 2.

Si usted necesita tarjetas adicionales, temporarias o de reemplazo, llame al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.

Fechas Límites de Inscripción para las Personas que Se Inscriban por Vez Primera y para los Recientemente Contratados

Si usted se está inscribiendo en TRS-ActiveCare por vez primera:

Deberá inscribirse electrónicamente a través de bswift o de otro portal o sitio web ofrecido por su distrito escolar o entidad o utilizando la **Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio (Enrollment Application and Change Form)** según las instrucciones que aparecen a la izquierda. Usted deberá hacer esto antes del:

- Final del período de inscripción del plan o
- 31 días calendarios después de su fecha de trabajo activo; o
- 31 días consecutivos después de un evento de inscripción especial. Así mismo, deberá inscribirse a los recién nacidos 31 días después de su fecha de trabajo activo. (Pase a la página 39 para más información al respecto).

Si usted es un empleado recientemente contratado

Usted tiene 31 días después de su primer día de trabajo para elegir cobertura médica a través de TRS-ActiveCare. Usted podría seleccionar, como fecha vigente de cobertura, su fecha de trabajo activo (la fecha en la cual haya comenzado a trabajar) o el primer día del mes subsiguiente a la fecha de trabajo activo. Si usted elige la fecha de trabajo activo, tendrá que pagar la prima completa. Las primas no se prorratean.



Para Rechazar la Cobertura

Para rechazar cobertura en TRS-ActiveCare:

- Siga las instrucciones que aparecen en el portal de inscripción de bswift, el portal de inscripción de su distrito escolar

O BIEN

- Llene las secciones 1, 2 y 6 de la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio (Enrollment Application and Change Form)* para rechazar la cobertura médica para usted o para sus dependientes y proporcionar sus motivos por los cuales está rechazando la cobertura. Firme y devuélvale el formulario a su Administrador de Beneficios.

Recuerde que usted no podrá elegir cobertura durante el año del plan, a menos que presente un evento de inscripción especial, tales como un matrimonio, nacimiento o adopción de un hijo o la pérdida de otra cobertura.

Otra Oportunidad de Inscripción

Si un empleado actual era elegible como empleado a medio tiempo durante una oportunidad de inscripción para el año actual del plan y posteriormente, durante el año actual del plan, el empleado pasa a ser elegible como empleado a tiempo completo, tendrá entonces una oportunidad de 31 días, contados a partir del primer día en que pase a ser elegible como empleado a tiempo completo para inscribirse a sí mismo y a cualquier dependiente elegible en TRS-ActiveCare durante el año actual del plan. Esta oportunidad de inscripción existe aun cuando este empleado haya rechazado anteriormente la inscripción en TRS-ActiveCare durante el año actual del plan.

Eventos de Inscripción Especial

A excepción del empleado actual que se encuentre en transición para pasar a ser un empleado de tiempo completo, toda decisión de inscripción que usted tome, incluyendo la de no inscribirse, permanecerá vigente durante todo el año del plan. Es posible que solamente pueda hacer cambios durante el año si usted presenta un evento de inscripción especial. Entre estos eventos se incluyen los siguientes:

- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento, adopción o colocación de un hijo para adopción.
- La pérdida involuntaria de cobertura para una persona que tenga otra cobertura de seguro médico (por ejemplo, de perder su cónyuge la cobertura médica en el trabajo).

Nota: Si usted se inscribe o hace cambios durante el año por "pérdida de otra cobertura", se revisará su inscripción original en bswift o a través de la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio (Enrollment Application and Change Form)* para verificar que usted haya rechazado la cobertura TRS-ActiveCare debido a la otra cobertura.

Usted deberá efectuar los cambios a su propia cobertura o a la de un dependiente dentro del lapso de 31 días consecutivos posteriores a la fecha en la cual haya surgido el evento de inscripción especial. Es responsabilidad suya cumplir con los requisitos dentro de las fechas límites. Si usted no solicita los cambios apropiados durante el período de inscripción especial aplicable, no podrán efectuarse hasta el próximo período de inscripción del plan o, de aplicarse al caso, hasta que surja otro evento de inscripción especial.

Para más información sobre los eventos de inscripción especial, consulte el Folleto de Beneficios o la Declaración de Cobertura (*Evidence of Coverage*) de su plan.



Cobertura TRS-ActiveCare para Recién Nacidos

Su plan de TRS-ActiveCare le proporcionará automáticamente cobertura médica a su recién nacido por los primeros 31 días posteriores a la fecha de nacimiento. Usted deberá inscribir al niño en el plan dentro del lapso de 31 días posterior a la fecha de nacimiento. Para inscribir a su recién nacido:

- Inicie sesión (*log in*) en el **portal de inscripción de bswift**, el portal de su distrito escolar

O BIEN

- Llene, firme, feche y devuélvale la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio (Enrollment Application and Change Form)* a su Administrador de Beneficios

Cuando Deberá Inscribir a su Recién Nacido

Usted debe inscribir a su hijo dentro del transcurso de 31 días posteriores a la fecha de nacimiento del menor. Esto se aplica aun cuando usted tenga una cobertura de "empleado y familia" o de "empleado e hijos" con TRS-ActiveCare para el momento en que nazca su hijo.

La Cobertura de su Recién Nacido Entrará en Vigor a partir de la fecha de Nacimiento de Este Último

Si a usted se le pasa la fecha límite descrita anteriormente, se le denegará su solicitud de cobertura aun cuando no cambie su prima de seguro por haber agregado a su hijo.

Si Está Cambiando de Plan

Si usted está cambiando de plan, deberá hacerlo dentro del transcurso de 31 días, a partir del primer día del mes posterior a la fecha de nacimiento del recién nacido. El cambio entrará en vigor el primer día del mes subsiguiente a la fecha de nacimiento del menor.

Para Agregar el Número de Seguro Social de su Recién Nacido

Usted no necesita esperar hasta tener el número de seguro social del recién nacido para inscribirlo. Siga las instrucciones suministradas anteriormente para agregar a su recién nacido. Después, actualice el registro de inscripción a través de bswift, del portal de inscripción de su distrito escolar o de la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio (Enrollment Application and Change Form)* para agregar el número de seguro social una vez emitido.

Acerca de los Nietos Recién Nacidos

Los nietos recién nacidos no se cubren automáticamente durante los primeros 31 días posteriores al nacimiento. Sin embargo, usted puede inscribir a un nieto elegible, dentro del lapso de 31 días posterior al nacimiento, utilizando las instrucciones anteriormente suministradas

Si Usted No Tiene Planes de Cubrir a su Recién Nacido Bajo la Cobertura de TRS-ActiveCare

Si va a cubrir a su recién nacido bajo otro plan, asegúrese de proporcionar la información al hospital cuando la hospitalicen a usted en vez de la información de la póliza de TRS-ActiveCare. Si ya se ha inscrito automáticamente a su recién nacido bajo su plan de TRS-ActiveCare y usted desea reversar esta cobertura automática, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.

Para Aprender Más al Respecto

Para más información sobre la fecha vigente de cobertura para recién nacidos y dependientes elegibles y sobre la cantidad de la prima mensual, remítase al Folleto de Beneficios o la Declaración de Cobertura (*Evidence of Coverage*) de su plan.



GLOSARIO DE TÉRMINOS



Accountable Care Organization (Organización de Cuidado Responsable): La organización de cuidado responsable o (ACO, por sus siglas en inglés) es una organización para el cuidado médico que conecta los pagos con mediciones de la calidad y el costo del cuidado. Las organizaciones ACO de los Estados Unidos están compuestas por un grupo coordinado de proveedores médicos.

Allowable Amount (Cantidad Permitida) Para gastos médicos: La cantidad permitida es la cantidad máxima determinada por Aetna para que un gasto pueda considerarse como elegible para pago a través de TRS-ActiveCare. Esto se aplica a servicios, suministros o procedimientos en particular. **Para medicinas recetadas** – La cantidad permitida es lo que resulte menor entre: (1) La cantidad usual y habitual; (2) El costo máximo permitido más una cuota determinada por contrato para despachar el medicamento; o (3) El precio promedio de venta al por mayor menos la cantidad de descuento determinada por contrato más la cuota para despachar el medicamento. El término “usual y habitual” se refiere al precio que habría tenido que pagar el paciente el día en que se le despachó la medicina recetada, incluyendo todos los descuentos aplicables.

Balance Billing (Facturación de Saldo): La costumbre que tienen los proveedores no pertenecientes a la red de facturarle directamente al paciente por los cargos pendientes del proveedor después de haber pagado el plan la cantidad permitida para los servicios cubiertos.

Coinurance (Coseguro): Este es el porcentaje de la cuota compartida del participante para los gastos de servicios y suministros cubiertos, después de haber satisfecho el deducible. Por lo general, es un porcentaje de la cantidad permitida. Por ejemplo, si la cantidad de coseguro es “80/20”, eso significa que TRS-ActiveCare pagará un 80% y usted pagará un 20% de la cantidad permitida para los cargos elegibles.

Copayment (Copago): Una cantidad predeterminada que debe pagar el participante por los servicios en que se incurra durante una visita al consultorio médico. El participante deberá pagar esta cantidad en el momento en que se le proporcionen los servicios o se le despache la medicina recetada. El copago no se aplica al deducible.

Emergency (Emergencia): Se refiere a la aparición repentina e inesperada de un cambio en la condición física o mental de una persona, la cual, de no administrarse inmediatamente el procedimiento o tratamiento en cuestión, según lo determinado por Aetna, podría razonablemente resultar en que:

- Se ponga en grave peligro la salud de la persona,
- Se produzca la discapacidad grave de una función corporal,
- Se produzca una grave disfunción para una parte u órgano del cuerpo,
- Se desfigure gravemente la persona, o
- Se ponga en grave peligro la salud del feto.

TRS-ActiveCare cubre las emergencias médicas en donde quiera que se produzcan. En caso de una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.



Freestanding Emergency Room (Salas de Emergencia Autónomas o Independientes): Las salas de emergencia autónomas les pertenecen a grupos o personas independientes y proporcionan muchos de los servicios que ofrecen las salas de emergencia de hospital. Tratan emergencias que ponen en peligro la vida del paciente, pero muchas personas acuden también con enfermedades que no son emergencias, tales como resfriados, quemaduras y heridas menores y alergias. Estas visitas podrían ser costosas porque las salas de emergencia autónomas facturan igual que las salas de emergencia de hospital. Esto significa que el costo por el cuidado que no es de emergencia en una sala de emergencia autónoma podría ser mucho mayor en comparación con lo que cobraría un centro de urgencias (*urgent care center*) por los mismos servicios.

Health Maintenance Organization (Organización de Mantenimiento de la Salud o HMO, por sus siglas en inglés): Este es un plan médico que coordina, para los miembros del plan, los servicios relacionados con la asistencia médica. En la mayoría de los planes HMO, los miembros seleccionan a un médico para el cuidado primario o PCP, el cual pertenece a la red de proveedores del plan. El médico para el cuidado primario proporciona cuidado médico de rutina y remite a los miembros del plan a otros médicos de la red de requerirse el cuidado médico de un especialista.

High-Deductible Health Plan (Plan Médico de Alto Deducible): Este plan médico tiene que cumplir con regulaciones federales para que los participantes puedan depositar fondos en una cuenta de ahorros médicos. Estos fondos pueden ayudar a los participantes a pagar gastos médicos. El deducible del plan es mayor que el plan médico regular. Las primas, sin embargo, son menores.

In-Network Deductible (Deducible Dentro de la Red): Esta es la cantidad de gastos médicos cubiertos en los que haya incurrido dentro de la red, los cuales pagará cada año del plan, como desembolso personal antes de que TRS-ActiveCare comience a pagar por gastos médicos y de farmacia cubiertos y elegibles en los que haya incurrido dentro de la red. No se aplicarán al deducible dentro de la red los copagos por visitas al consultorio médico, las sanciones relacionadas con la certificación previa, los cargos por gastos en lo que haya incurrido fuera de la red, los cargos por servicios no cubiertos ni ningún pago por gastos que excedan el reembolso permitido por el plan.

In-Network Out-of-Pocket Maximum (Desembolso Personal Máximo Dentro de la Red): Esta es la cantidad máxima de desembolso personal por la cual será usted responsable al pagar los gastos cubiertos dentro de la red por año del plan. Los deducibles dentro de la red, los copagos por visitas al consultorio médico y el coseguro se aplicarán a su gasto por desembolso personal máximo dentro de la red, TRS-ActiveCare pagará entonces, por el resto del año del plan, un 100% de la cantidad permitida para cargos cubiertos en los que incurra dentro de la red.

Maintenance Drugs (Medicamentos de Mantenimiento): Son medicinas recetadas comúnmente utilizadas para el tratamiento de enfermedades crónicas o a largo plazo. Estas enfermedades requieren, por lo general, del uso regular y diario de medicamentos. Por ejemplo, se consideran como medicamentos de mantenimiento los utilizados para el tratamiento de la hipertensión, la enfermedad cardíaca, el asma y la diabetes.

Out-of-Network Deductible (Deducible Fuera de la Red): Esta es la cantidad de gastos en los que haya incurrido fuera de la red, los cuales pagará usted cada año del plan como desembolso personal antes de que TRS-ActiveCare comience a pagar por gastos médicos y de farmacia cubiertos y elegibles en los que haya incurrido fuera de la red. No se aplicará al deducible fuera de la red, ningún gasto pagado por cargos cubiertos dentro de la red, cargos por servicios no cubiertos ni ningún pago por cargos que sobrepasen el reembolso permitido por el plan.

Out-of-Network Out-of-Pocket Maximum (Desembolso Personal Máximo Fuera de la Red): Esta es la cantidad máxima de desembolso personal por la cual será usted responsable al pagar los gastos cubiertos fuera de la red por año del plan. Los deducibles fuera de la red y el coseguro aplicarán a su desembolso personal máximo fuera de la red. Una vez que haya alcanzado el desembolso personal máximo fuera de la red, TRS-ActiveCare pagará un 100% de la cantidad permitida para los cargos en los que incurra fuera de la red por el resto del año del plan.

Plan Year (Año del Plan): Para TRS-ActiveCare, el año del plan comienza el 1º de septiembre y termina el 31 de agosto del año siguiente.

Preauthorization (Autorización Previa): El proceso para determinar la necesidad médica de servicios médicos específicos, según lo determinado por Aetna. Todo comienza con una llamada telefónica al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare/Aetna antes de que se administre el procedimiento y/o preste el servicio. Podría aplicarse una sanción de no obtenerse autorización previa.

Reasonable and Customary (Habitual y Razonable): El cargo promedio facturado por un médico debido a un tipo de asistencia médica en particular, proporcionada dentro de un área geográfica. El término lo utilizan comúnmente los planes médicos para referirse a la cantidad de dinero que aprobarán para un examen o procedimiento en particular. Si los cargos facturados sobrepasan la cantidad aprobada, la persona que reciba el servicio será responsable por el pago de la diferencia o saldo.



Resumen de Beneficios y Cobertura

La Ley de Protección y Cuidado Asequible para Pacientes (Patient Protection and Affordable Care Act) requiere que todos los planes médicos de grupo y compañías de seguro les proporcionen a los consumidores un Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage o SBC, por sus siglas en ingles). El Resumen de Beneficios y Cobertura describe las características principales del plan, los beneficios y la cobertura y proporciona un glosario de términos de cobertura para el cuidado médico. SBC).

Para ver el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan, visite el sitio web o llame a uno de los números de teléfono que aparecen a continuación.

TRS-ActiveCare Select TRS-ActiveCare 1-HD TRS-ActiveCare 2	www.trsactivecareetna.com	1-800-222-9205
Blue Essentials Access	www.bcbstx.com/trs	1-888-378-1633
FirstCare Health Plans	www.firstcare.com/trs	1-800-884-4901
Scott and White Health Plan	trs.swhp.org	1-800-321-7947

Para ver el glosario de términos, visite www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf.

Más Información acerca del Plan

Para más información importante acerca del plan, haga clic en los enlaces que aparecen a continuación:

- **Aviso inicial sobre los derechos de inscripción especial para su plan médico de grupo**
- **Para beneficiarios de Medicare y Medicare Parte D**
- **Aviso sobre las Prácticas de Privacidad**



Aviso Inicial sobre los Derechos de Inscripción Especial en su Plan Médico de Grupo

Una ley federal conocida como la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro (*Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA, por sus siglas en inglés*) requiere que le notifiquemos acerca de una importante disposición del programa. Usted tiene derecho a inscribirse en el programa bajo sus “disposiciones de inscripción especial” si (i) adquiere un nuevo dependiente o si (ii) rechaza la cobertura bajo este programa para usted o su dependiente elegible habiendo otra cobertura vigente y posteriormente pierde esa otra cobertura por ciertas razones que califiquen.

Disposiciones de Inscripción Especial

Pérdida de la otra cobertura (excluyendo Medicaid o el programa estatal CHIP de seguro médico para niños)

Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para sus dependientes elegibles (incluyendo a su cónyuge) debido a otro seguro médico de grupo o cobertura de un plan médico de grupo, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para la otra cobertura (o si usted se muda a un área de servicio de HMO o si el empleador cesa todas las contribuciones para la otra cobertura suya y de sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud dentro del lapso de 31 días posterior al cese de la otra cobertura para usted o sus dependientes (o si usted se muda del área de servicio HMO del plan anterior o después de que el empleador haya cesado todas las contribuciones para la otra cobertura, incluyendo las primas de COBRA pagadas por el empleador).

Pérdida de cobertura de Medicaid o el Programa Estatal CHIP de Seguro Médico para Niños

Si rechaza la inscripción para sí mismo o para sus dependientes elegibles (incluyendo a su cónyuge) estando vigente la cobertura de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro Médico CHIP (*Texas Children's Health Insurance Program*), usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para la otra cobertura. Sin embargo, deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud, dentro del lapso de 60 días posterior a la terminación de la cobertura suya o de sus dependientes bajo Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico CHIP.

Nuevo dependiente por razones de matrimonio, nacimiento, adopción o por colocación de un menor en adopción

Si tiene un dependiente nuevo como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o por colocación de un menor para adopción, usted podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa. Sin embargo, deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud dentro del lapso de 31 días posterior al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación de un menor para adopción.

Elegibilidad para recibir ayuda con el pago de la prima de seguro para personas que se estén inscribiendo en HIPP de Medicaid o en el programa estatal CHIP de seguro médico para niños

Si usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) pasan a ser elegibles para recibir subsidio estatal para el pago de la prima de seguro a través de Medicaid o del programa estatal de seguro médico para niños (*Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés*) con respecto a la cobertura bajo este programa, usted podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa. Sin embargo, deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud dentro del lapso de 60 días posterior a la decisión tomada en relación con su elegibilidad para recibir tal ayuda para usted o sus dependientes.

Información Adicional

Para solicitar inscripción especial u obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.





Beneficiarios de Medicare y de Medicare Parte D

Desde el 1º de enero de 2006, su fecha de vigencia, el plan para medicinas recetadas de Medicare, conocido como Medicare Parte D, ha provisto y continúa proveyendo beneficios de Medicare para medicinas recetadas a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en la Parte D. Medicare Parte D es un beneficio opcional y está disponible solo para personas que tengan Medicare Parte A y/o Parte B. La cobertura de TRS-ActiveCare no se verá afectada porque la persona se inscriba en Medicare Parte D. Es decir que su cobertura TRS-ActiveCare continuará considerándose primaria y Medicare Parte D se considerará secundaria.

Sin embargo, el plan TRS-ActiveCare que usted posea influirá en su decisión de si deberá inscribirse o no en Medicare Parte D. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) administran Medicare y el enlace a su sitio web está disponible en la página de TRS-ActiveCare en www.trs.texas.gov. Si usted o su dependiente están cubiertos por TRS-ActiveCare y usted tiene mínimo 65 años de edad, entonces recibirá información adicional de parte de TRS sobre Medicare Parte D (si usted tiene cobertura de TRS-ActiveCare 1-HD, TRS-ActiveCare Select o TRS-ActiveCare 2) o de parte del plan HMO antes de que termine el año calendario 2016.

Para personas que ya sean elegibles para recibir beneficios de Medicare y para aquellos que esperen ser elegibles para recibir beneficios de Medicare este año del plan:

- Se ha determinado que los planes TRS-ActiveCare 1-HD, TRS-ActiveCare Select/TRS-ActiveCare Select Whole Health o TRS-ActiveCare 2 constituyen cobertura acreditable para fines de Medicare Parte D, de conformidad con las normas actuales de Medicare.
- Cada HMO ha determinado que la cobertura que ofrece es acreditable de conformidad con las normas actuales de Medicare.
- Los avisos de divulgación se encuentran en la página web de Cobertura Acreditable ubicada en www.cms.hhs.gov/creditablecoverage.
- Las preguntas sobre Medicare Parte D deberán dirigirse a Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas)

El Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (The Teacher Retirement System of Texas o TRS, por sus siglas en inglés) administra sus planes de beneficios médicos y el plan de pensión de conformidad con las leyes federales y las del estado de Texas. Esta notificación la requieren las Leyes de Privacidad adoptadas de conformidad con la Ley del Seguro de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) según enmienda por parte de la Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Economía y la Salud Clínica de 2009 (HITECH, por sus siglas en inglés).

Esta notificación describe cómo podría utilizarse y divulgarse la información médica suya y cómo podría usted tener acceso a esta información. Revise este aviso detenidamente. El mismo expone las obligaciones legales de TRS en lo que respecta a la información médica de usted. Además, este aviso describe el derecho que usted tiene a controlar su información médica.

Las leyes federales requieren que TRS mantenga y proteja la confidencialidad de su información médica. Su información médica protegida es información médica que identifica a la persona individualmente, incluyendo información genética y demográfica, recaudada a través de usted o la creada o recibida a través de TRS que se relacione con:

- Las enfermedades o la salud física o mental relacionada con su pasado, presente o futuro;
- El cuidado médico que usted reciba; o
- El pago pasado, presente o futuro para la disposición del cuidado médico suyo.

La información médica protegida no segura es información médica protegida no asegurada mediante el uso de una tecnología o metodología que impida que la información médica protegida pueda utilizarse, leerse o descifrarse.

Este aviso entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y se revisó el 10 de junio de 2017. Las leyes del estado de Texas hacen que la información suya como miembro del plan, incluyendo su información médica protegida, sea ya de por sí confidencial. Por lo tanto, después de haberse puesto en práctica la versión original de este aviso y su revisión, TRS no ha cambiado ni está cambiando la manera en que se protege la información suya. El 14 de abril de 2003, se aplicaron automáticamente los nuevos derechos y demás términos de este aviso, según lo esbozado originalmente. Así mismo, según se revisó subsiguientemente, los derechos y demás términos de este aviso continúan aplicándose automáticamente. Usted no necesita hacer nada para hacer que se proteja la confidencialidad de su información médica.

Las leyes federales requieren que TRS le proporcione este aviso acerca de sus prácticas de privacidad y sus deberes legales con respecto a su información médica protegida. Este aviso explica cómo, cuándo y por qué TRS utiliza y divulga su información médica protegida. Por ley, TRS debe seguir las prácticas de privacidad que se describen en el aviso de privacidad más reciente.

TRS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios tendrán vigencia en lo que respecta a toda su información médica protegida. Si TRS efectúa un cambio importante que afecte el contenido de este aviso, TRS le enviará por correo un aviso nuevo dentro del lapso de 60 días, contados a partir de la fecha del cambio. Este aviso aparece en el sitio web de TRS y TRS publicará cualquier nuevo aviso en su sitio web www.trs.texas.gov.



Cómo Puede TRS Utilizar y Divulgar su Información Médica Protegida

Ciertos usos y divulgaciones no requieren de su autorización por escrito.

Para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida descrito a continuación, TRS y/o los miembros de la directiva médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan médico o administradores del beneficio de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare podrían utilizar y divulgar su información médica protegida sin contar con su permiso (o autorización) por escrito:

- **Para todas las actividades incluidas bajo las definiciones de “pago”, “tratamiento” y “operaciones de asistencia médica”, según lo establecido en el código 45 C.F.R. Sección 164.501, incluyendo lo indicado a continuación.** Este aviso no incluye todas las actividades contenidas en estas definiciones. Refiérase al código 45 C.F.R., Sección 164.501 para una lista completa de las mismas. Cuando se utilicen las siglas “TRS” para describir estas razones, la intención es incluir a los auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan médico y administradores del beneficio de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare:

- **Para fines de tratamiento.** TRS no es un proveedor médico ni participa directamente en las decisiones relacionadas con el tipo de tratamiento médico que deba usted recibir. TRS no guarda ni archiva sus expedientes médicos actuales. Sin embargo, podría divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, TRS podría divulgar su información médica protegida si su médico le pide a TRS que comparta dicha información con otro médico para colaborar con su tratamiento.
- **Para fines de pago.** A continuación, dos ejemplos de cómo TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de pago. Primero, TRS podría utilizar o divulgar su información para preparar una factura por servicios médicos para enviársela a usted o a la persona o empresa responsable del pago de la misma. La factura podría incluir información que lo identifique a usted, los servicios médicos que haya recibido y la razón para ello. Segundo, TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para cobrar sus primas de seguro.
- **Para fines relacionados con las operaciones de asistencia médica.** TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para apoyar las funciones administrativas del plan médico. TRS podría proporcionarles, a sus contadores, abogados, asesores y otros, la información médica protegida de usted a fin de asegurarse que TRS esté cumpliendo con las leyes correspondientes. Por ejemplo, podrían proporcionarles la información médica suya a personas que estén supervisando la calidad de la asistencia médica por usted recibida. Otro ejemplo relacionado con las operaciones de asistencia médica es que TRS utiliza y comparte esta información para gestionar sus negocios y para llevar a cabo sus actividades administrativas.

- **Cuando las leyes federales, estatales o municipales, los procedimientos judiciales o administrativos o bien las autoridades judiciales requieran el uso o divulgación de la misma.** Por ejemplo, al recibir su solicitud de beneficios de jubilación por incapacidad, TRS y los miembros de la directiva médica (*Medical Board*) podrían utilizar su información médica protegida para determinar si usted tiene derecho o no a la jubilación por incapacidad. TRS podría divulgarle su información médica protegida:
 - A autoridades judiciales federales o estatales que soliciten dicha información para dar cumplimiento a la ley;
 - A oficiales de autoridades judiciales para alertar a las autoridades de su fallecimiento de sospechar TRS que el deceso suyo pudiera ser resultado de un acto criminal;
 - A la Fiscalía General de Texas (*Texas Attorney General*) para cobrarle la pensión de manutención de los hijos menores de edad (*child support*) o para asegurarse de que se les proporcione cobertura médica a sus hijos;
 - En respuesta a una citación judicial (*subpoena*) si el Director Ejecutivo de TRS determina que usted tendrá oportunidad razonable de contestar a la misma;
 - A una entidad gubernamental, la empresa para la cual trabaje o un representante autorizado de la misma, al grado en que TRS necesite compartir dicha información para conducir sus negocios;
 - La Legislatura de Texas o agencias gubernamentales estatales o federales, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, las agencias de vigilancia médica que supervisen las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o las relacionadas con una licencia profesional, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales u otras actividades. Entre las agencias de vigilancia que solicitan esta información se incluyen las agencias gubernamentales que supervisen: (i) el sistema de asistencia médica, (ii) los programas de beneficios gubernamentales, (iii) otros programas regulatorios gubernamentales y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles;
 - A una autoridad de salud pública para fines de prevención o control de enfermedades; y
 - Si así lo requiere alguna otra ley federal, estatal o municipal.
- **Para cumplir con funciones gubernamentales específicas.** En ciertos casos, TRS podría divulgar la información médica protegida de militares y veteranos. TRS podría divulgar también información médica protegida a oficiales federales autorizados para labores relacionadas con la seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de los Estados Unidos o para conducir labores de inteligencia o a la Legislatura de Texas o a agencias gubernamentales estatales o federales, aunque sin limitarse las agencias de vigilancia médica, para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o las relacionadas con una licencia profesional, procedimientos o acciones de tipo civil, administrativo o penal u otras actividades. A las agencias de vigilancia médica que soliciten esta información, incluyendo las agencias gubernamentales encargadas de supervisar: (i) el sistema de asistencia médica, (ii) los programas gubernamentales de beneficios, (iii) otros programas regulatorios gubernamentales y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.





- **Para socios comerciales.** TRS posee contratos con personas y empresas (conocidos como "socios comerciales"), los cuales ayudan a TRS a llevar a cabo sus funciones comerciales de proporcionar cobertura de asistencia médica y a tomar decisiones relacionadas con el beneficio de jubilación por incapacidad. Por ejemplo, varias empresas asisten a TRS con los programas TRS-Care y TRS-ActiveCare, como Aetna, Humana, CVS/Caremark, Express Scripts y Gabriel, Roeder, Smith & Company. Algunas de las funciones que proporcionan estas empresas incluyen la realización de auditorías; la realización de análisis actuariales; la adjudicación y el pago de reclamaciones; el servicio de asistencia al cliente; la revisión y la administración de la utilización; la coordinación de beneficios; la subrogación; administración del beneficio de farmacia y las funciones de tipo tecnológico. TRS podría divulgar su información médica protegida a sus socios comerciales para que estos puedan realizar los servicios que TRS les haya pedido. Sin embargo, para salvaguardar su información médica, TRS requiere que estas empresas sigan las mismas reglas establecidas por este aviso y que le notifiquen a TRS en caso de que se produzca un incumplimiento de la información médica protegida no asegurada.
- **Para uso de su administrador o albacea testamentario.** TRS podría divulgarle su información médica protegida al administrador o albacea testamentario a cargo de su herencia (*estate*).
- **Para beneficios relacionados con la salud.** TRS o uno de sus socios comerciales podría comunicarse con usted como recordatorio de su próxima cita. También podrían comunicarse con usted para ofrecerle información relacionada con alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos que pudieran ser de su interés.
- **Para procedimientos legales.** TRS podría divulgar su información médica protegida: (1) en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, la apelación de una denegación de cobertura o beneficios; (2) en respuesta a una orden judicial o la emitida por un tribunal administrativo (al grado en que la ley autorice expresamente tal divulgación); y (3) por ser necesario para proporcionar evidencia de un crimen ocurrido en nuestras instalaciones.
- **Para investigadores forenses o jueces de instrucción en lo penal, médicos forenses, directores de funerarias y entidades relacionadas con la donación de órganos.** TRS podría divulgar la información médica protegida a un investigador forense o juez de instrucción en lo penal (*coroner*) o a un médico forense (*medical examiner*) para fines relacionados con la identificación de un cadáver, determinación de la causa de defunción, por parte del investigador forense o juez de instrucción en lo penal o por parte de un médico forense, o para que realicen otras labores autorizadas por la ley. Según lo permitido por la ley, TRS podría además divulgarle su información médica protegida a directores de funerarias para que puedan cumplir con sus labores. Además, TRS podría divulgarles su información médica protegida a las organizaciones encargadas de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejido.
- **Para investigaciones.** TRS podría divulgar su información médica protegida a investigadores médicos una vez que la junta examinadora del hospital (*Institutional Review Board* o *IRB*, por sus siglas en inglés) o la junta encargada de salvaguardar la privacidad de la información haya: (1) revisado la propuesta de investigación médica y establecido el o los protocolos para asegurar la privacidad de la información médica; y (2) aprobado la investigación.
- **Para prevenir graves amenazas a la salud o seguridad.** De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, TRS podría divulgar su información médica protegida si considera que la misma es necesaria para prevenir o reducir, de alguna manera, una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad personal o pública, tales como divulgaciones para prevenir enfermedades, el

retiro de ciertos productos por defectos de fábrica o problemas de seguridad (*recalls*), informar al público sobre reacciones adversas experimentadas por el uso de ciertos medicamentos o notificaciones relacionadas con sospechas de abuso, negligencia y violencia doméstica.

- **En el caso de prisioneros.** Si se encuentra usted preso en una institución correccional, TRS podría divulgarle su información médica protegida a la institución penitenciaria o a las autoridades judiciales competentes: (1) para que puedan proporcionarle asistencia médica; (2) por razones de salud y seguridad suya y de los demás; o (3) por la protección y seguridad de la institución correccional.
- **En lo concerniente a la Ley de Compensación al Trabajador.** TRS podría divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación al trabajador (*workers' compensation laws*) y otros programas similares que proporcionen beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para su representante personal.** TRS podría proporcionarle información médica protegida a su representante o a la persona autorizada o bien a cualquier persona, sobre la cual le notifique usted a TRS por escrito, que ha designado para actuar a nombre suyo.
- **Para una entidad que asista en labores de ayuda humanitaria.** TRS podría proporcionarle su información médica protegida a la entidad que lo esté asistiendo como parte de un esfuerzo de ayuda humanitaria en caso de desastres (*disaster relief*), de tal manera que puedan notificarle a su familia sobre su condición, estado de salud y paradero. Si usted no se encuentra presente o en capacidad de otorgar su consentimiento para estas divulgaciones de su información médica protegida, entonces TRS podría, bajo tales circunstancias, usando nuestro juicio profesional, determinar si la divulgación de dicha información es lo más conveniente para usted. En lo posible, TRS intentará obtener su autorización personal antes de hacer tales divulgaciones de su información.

Ciertos Usos y Divulgaciones que Requieren la Oportunidad de Estar de Acuerdo u Objetar.

Bajo las siguientes circunstancias, TRS podría utilizar o divulgar información médica protegida siempre que le informe a usted por adelantado sobre el uso o divulgación y usted tenga la oportunidad de estar de acuerdo o bien de prohibir o restringir el uso o divulgación de su información médica protegida. TRS podría informarle a usted verbalmente o por escrito y obtener su aprobación u objeción verbal o escrita en cuanto al uso o divulgación de su información médica protegida. TRS seguirá las instrucciones que usted proporcione.

- TRS podría divulgar su información médica protegida a un familiar, a otro pariente suyo, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted autorice, incluyendo información que: (i) tenga directamente que ver con la participación de esa persona en lo que respecta al cuidado médico suyo o pago relacionado con la asistencia médica a usted prestada, o (ii) sirva para notificarle o ayudar a notificar a otros sobre su paradero, su condición general o fallecimiento.
- TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por su acta constitutiva para ayudar en esfuerzos de alivio en situación de desastre, a fin de notificar o ayudar a notificar a otros sobre su paradero, su condición general o fallecimiento.

Si usted no puede comunicar su preferencia a TRS, por ejemplo, porque esté usted inconsciente, TRS podría compartir su información médica protegida si TRS considera que es lo mejor para usted.



Ciertas Divulgaciones que TRS Está Obligada a Hacer.

A continuación, encontrará una descripción de las personas o entidades a las cuales está TRS obligada a divulgar información por

- **Divulgaciones efectuadas a la Secretaría del Departamento de Sanidad y Asistencia Social de los Estados Unidos (Secretary of The U.S. Department of Health and Human Services).** Se requiere que TRS le divulgue su información médica protegida a la secretaría de dicho departamento cuando esté investigando o determinando si estamos cumpliendo con las Regulaciones de Privacidad de la Ley HIPAA.
- **Divulgaciones efectuadas a usted.** Se requiere que TRS le divulgue la mayor parte de su información médica protegida en un "registro designado" cuando usted solicite acceso a la misma, incluyendo la información archivada electrónicamente. Por lo general, el "registro designado" contiene expedientes médicos y de facturación, así como otros registros utilizados para tomar decisiones relacionadas con sus beneficios médicos. También se requiere que, a petición suya, TRS le dé cuenta de las personas o entidades a las cuales haya divulgado su información médica protegida. En muchos casos, dicha información estará en poder del administrador del plan o del administrador del beneficio de farmacia. Si solicita usted acceso a su información médica protegida, TRS colaborará conjuntamente con el administrador del plan o el administrador del beneficio de farmacia para proporcionarle a usted su información médica protegida.

Ciertos Usos y Divulgaciones de Información Genética que Quedan Terminantemente prohibidos.

Quedará prohibido que TRS y los miembros de la Directiva Médica (*Medical Board*), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que actúen a nombre de TRS, TRS-Care o TRSActiveCare utilicen o divulguen información genética para fines del departamento de suscripción de pólizas (*conocido en inglés como underwriting*).

Ciertos Usos y Divulgaciones de la Información Médica Protegida que No se Efectuarán.

Ni TRS ni los miembros de la Directiva Médica (*Medical Board*), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que representen a nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare se comprometerán involucrándose en los siguientes usos y divulgaciones de la información médica protegida:

- Los usos y divulgaciones para fines de mercadeo;
- Los usos y divulgaciones relacionados con la compraventa de la información médica protegida; y
- Los usos y divulgaciones para fines de recaudación de fondos benéficos (*fundraising*).

Demás Usos y Divulgaciones de la Información Médica Protegida que Requieren de Su Autorización Previa por Escrito

Incurrirán en los siguientes usos y divulgaciones TRS y los miembros de la Directiva Médica (*Medical Board*), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que representen a nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare únicamente con su permiso (autorización) por escrito:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas obtenidas a través de la terapia psicológica; y
- Para cualquier otro uso o divulgación de su información médica protegida no descrito en este aviso.

Si usted le proporciona tal autorización a TRS, podría cancelar (revocar) la misma por escrito en cualquier momento y esta revocación permanecerá vigente para los futuros usos y divulgaciones de su información médica protegida. La revocación de su autorización escrita no afectará el uso ni la divulgación de su información médica protegida en el cual ya hayan incurrido ya TRS y los miembros de la Directiva Médica (*Medical Board*), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare basados en su autorización escrita.

Sus Derechos

A continuación, encontrará una descripción de sus derechos en relación con su información médica protegida:

- **El Derecho a Establecer Límites en Cuanto a los Usos y Divulgaciones de Su Información Médica Protegida.** Usted puede solicitar que TRS limite los usos y las divulgaciones de su información médica protegida. TRS tomará en cuenta su solicitud, aunque no está obligada a convenir en ello. De estar de acuerdo con su solicitud, TRS pondrá el acuerdo por escrito y seguirá lo allí establecido, a menos que usted necesite un tratamiento de emergencia y la información que haya pedido que se limite sea necesaria para dicho tratamiento. Usted no podrá imponer límites en cuanto a los usos y las divulgaciones a los cuales está legalmente obligado TRS.

Si usted está inscrito en TRS-ActiveCare, podrá solicitar una restricción por escrito a: Aetna Legal Support Services, 151 Farmington Avenue, W121 Hartford, CT 06156- 9998. En su solicitud, indique lo siguiente: (1) la información cuya divulgación desea limitar y (2) cómo desea usted limitar el uso y/o la divulgación de la misma.

Si usted está inscrito en TRS-Care, podría solicitar una restricción por escrito a: Aetna Legal Support Services, 151 Farmington Avenue, W121 Hartford, CT 06156- 9998. En su solicitud, indique lo siguiente: (1) la información cuya divulgación desea limitar y (2) cómo desea usted limitar el uso y/o la divulgación de la misma.

Usted tiene derecho a solicitar que no compartan con TRS su información médica protegida si ha pagado totalmente por el servicio recibido.



- **El Derecho a Elegir la Forma Cómo TRS le Envía Su Información Médica Protegida.** Usted puede solicitar que TRS le envíe su información a otra dirección (por ejemplo, a su lugar de trabajo en vez de a su domicilio) o por otro medio (por ejemplo, a través de un servicio de mensajería especial (courier) en vez del servicio de correo regular de los Estados Unidos (U.S. mail)). Esto podrá hacerse sólo si, al no cambiarse su dirección o la forma en que TRS se comunica con usted, podría ponerlo a usted en peligro físico. Para ello, deberá presentar su solicitud por escrito, especificando dónde y cómo debemos comunicarnos con usted. TRS deberá honrar su petición solo si:

- Usted le expresa claramente a TRS que el envío de su información a su domicilio regular o de la forma acostumbrada podría ponerlo a usted en peligro físico inminente; y
- Usted le informa a TRS de la otra dirección o medio específico para que se le envíe su información médica protegida. Si le pide a TRS que se comunique con usted por correo electrónico, TRS no le enviará información médica protegida por ese medio, a menos que sea posible codificarla (*encrypt*).

- **El Derecho a Ver y Recibir Copias de su Información Médica Protegida.** Usted puede ver o recibir copias de la información médica protegida suya que tenga TRS en su poder o que mantenga uno de los socios comerciales en nombre de TRS. Usted debe presentar su solicitud por escrito. Si su información médica protegida no se encuentra en los archivos de TRS y TRS sabe dónde está archivada, le informará a dónde debe usted dirigirse para ver y obtener copias de la misma. Usted no podrá inspeccionar ni fotocopiar las notas de psicoterapia ni ciertos datos contenidos en un registro designado a cargo de TRS o de uno de los socios comerciales de este.

Si solicita usted copias de su información médica protegida, TRS podrá cobrarle un honorario por cada página fotocopada, por el trabajo de recopilación y fotocopiado de la información y por el franqueo si solicita que se la enviemos por correo. En vez de proporcionarle la información médica protegida que usted requiere, TRS podría proporcionarle un resumen o explicación de la información, pero sólo si usted conviene por adelantado en:

- Recibir un resumen o explicación en vez de información médica protegida detallada; y
- Pagar los costos de preparación del resumen o la explicación.

Se le cobrará un honorario por el resumen o la explicación además de cualquier gasto de fotocopiado, mano de obra y franqueo que pueda requerir TRS. Si el total de honorarios excede los \$40, TRS se lo notificará por adelantado. Usted puede retirar o modificar su solicitud en cualquier momento.

TRS podría denegar su solicitud de inspeccionar y fotocopiar su información médica protegida bajo ciertas y limitadas circunstancias. Si le niegan acceso a su información médica protegida, usted podría solicitar la revisión de dicha negación. TRS seleccionará a un proveedor médico con licencia profesional para la revisión de su solicitud y la negación. La persona que realice esta revisión no será la misma que le haya denegado su petición inicial. Bajo ciertas circunstancias, no se podrá revisar la negación de su solicitud. De ser este el caso, TRS le informará a usted, por escrito, en nuestra correspondencia de negación, que la decisión no puede revisarse.

- **El Derecho a Recibir, a través de TRS, una Lista de los Usos y las Divulgaciones de su Información Médica Protegida.** Usted tiene derecho a recibir una lista de los usos y las divulgaciones de su información médica protegida a través de TRS. La ley no exige que TRS cree una lista que incluya ningún uso y divulgación:

- Para la realización del tratamiento, el pago o las operaciones propias de la asistencia médica;
- Para usted o su representante personal;
- Debido a un permiso otorgado por usted;
- Para fines relacionados con la seguridad o la inteligencia nacional;
- Para personal del sistema judicial o correccional; o
- Para el uso y divulgación permitido tres (3) años antes de la fecha de su solicitud, pero no antes del 14 de abril de 2003.

- TRS contestará en un lapso de 60 días, a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud. TRS puede extender tal límite una vez prorrogando su respuesta para dentro de otros 30 días adicionales. De ser así, le notificará por escrito las razones por las cuales se ha producido el retraso y la fecha para la cual le proporcionará la lista solicitada. La lista incluirá:

- La fecha de la divulgación o el uso;
- La persona o entidad que haya recibido la información médica protegida;
- Una breve descripción de la información divulgada; y
- La razón por la cual TRS divulgó o utilizó la información.

- Si TRS ha divulgado su información médica protegida por haberle dado usted autorización escrita para ello, en vez de notificarle a usted la razón por la cual divulgó dicha información, TRS le proporcionará una copia de su autorización escrita. Usted puede obtener gratis una lista de divulgaciones cada 12 meses. Si solicita más de una lista durante un período de 12 meses, TRS podría cobrarle por la elaboración de la misma, incluyendo los gastos de fotocopiado, mano de obra y franqueo para el procesamiento y el envío por correo de cada lista adicional. Estos cargos serán iguales a los permitidos bajo la Ley de Información Pública de Texas (Texas Public Information Act). TRS le notificará sobre estos cargos por adelantado. Usted podrá retirar o modificar su solicitud en cualquier momento.

- **El Derecho a Corregir o Actualizar su Información Médica Protegida.** Si usted considera que existe un error en su información médica protegida o que falta cierta información médica importante, puede pedirle a TRS que corrija o agregue la información. Usted deberá solicitar por escrito toda corrección o adición de información.

- Su correspondencia deberá indicarle a TRS lo que considera usted que está incorrecto y por qué. TRS contestará a su solicitud en un lapso de 60 días, a partir de la fecha en que la haya recibido. TRS podrá extender este límite una vez, prorrogándolo hasta por 30 días más. De ser así, TRS le notificará por escrito las razones por las cuales se ha producido el retraso y la fecha para la cual le proporcionará TRS una respuesta.



Debido a la tecnología utilizada para almacenar la información, así como las leyes que requieren que TRS guarde la misma en su texto original, TRS podría no estar en capacidad de modificar o eliminar información aun cuando la misma esté incorrecta. Si TRS decide que debe corregirse o agregarse información a sus registros, lo hará y agregará además una nota, indicando que la información nueva reemplaza la anterior. La información anterior podría permanecer en su expediente. TRS le notificará a usted que ha agregado o corregido la información. TRS les informará además a sus socios comerciales que necesitan saber acerca del cambio efectuado a su información médica protegida.

TRS denegará su solicitud de no habersele presentado por escrito o de no haberse especificado la razón por la cual considera usted que tal información está equivocada o incompleta. TRS denegará además su solicitud si la información médica protegida:

- Está correcta y completa;
- No fue creada por TRS; o r
- No es parte de los registros de TRS.

TRS le enviará la negación por escrito. La misma indicará por qué le han negado su solicitud y le explicará su derecho a enviarle a TRS una declaración escrita sobre por qué usted está en desacuerdo con la decisión de TRS. Dicha negación le explicará además cómo debe presentar su queja ante TRS o The Secretary of The Department of Health and Human Services. Si usted le envía a TRS su declaración escrita sobre por qué está en desacuerdo con la negación de su solicitud, TRS podrá presentar una respuesta a su declaración por escrito. TRS le entregará a usted una copia de la respuesta. Si usted presenta una declaración escrita de desacuerdo con la negación, TRS deberá incluir su solicitud de enmienda, la carta de negación, su declaración escrita de desacuerdo y toda respuesta en la cual TRS haya divulgado la información médica protegida que usted solicitó que se cambiara o TRS puede optar por entregarle un resumen de esa información divulgando la información médica protegida que solicitó usted que se cambiara. Aun cuando no le envíe a TRS una declaración por escrito, explicando por qué está en desacuerdo con la negación, usted puede requerir que se anexe su solicitud y la negación de la misma por parte de TRS a toda divulgación futura de la información médica protegida que usted deseaba cambiar.

- **Derecho a que le Notifiquen sobre el Incumplimiento Relacionado con la Información Médica Protegida No Segura.** Usted tiene derecho a que le notifiquen y TRS tiene el deber de notificarle sobre el incumplimiento relacionado con su información médica protegida no segura. El término "incumplimiento" se refiere a la adquisición, acceso, uso o divulgación de su información médica protegida no segura de una manera no permitida bajo HIPAA, lo cual resulte en que se comprometa la seguridad o privacidad de su información médica protegida. De llegar a ocurrir, se le proporcionará información sobre el incumplimiento y sobre cómo mitigar cualquier daño ocasionado por ello.
- **Derecho a recibir este aviso.** Usted puede recibir una copia por escrito de este aviso a petición suya.
- **Derecho a presentar una queja.** Si considera que TRS ha violado sus derechos de privacidad en lo concerniente a la información médica protegida, usted puede presentar su queja por escrito ante el Oficial de Privacidad de TRS (TRS Privacy Officer), dirigiendo su correspondencia a:

Privacy Officer

Teacher Retirement System of Texas
1000 Red River Street
Austin, Texas 78701

Todas las quejas deberán presentarse por escrito.

Usted también puede presentar su queja por escrito ante:

Region VI, Office for Civil Rights

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, Texas 75202

FAX: (214) 767-0432 Correo electrónico: **OCRComplaint@hhs.gov**

Las quejas presentadas directamente ante la Secretaría deberán: (1) enviarse por escrito; (2) incluir el nombre de la entidad contra la cual se está interponiendo la queja; (3) describir los problemas relevantes al caso; y (4) presentarla dentro de un lapso de 180 días, a partir de la fecha en la cual se haya dado o debió haberse dado usted cuenta del problema.

Por último, usted puede enviar su queja por escrito a:

Texas Office of the Attorney General

P.O. Box 12548
Austin, Texas, 78711-2548

Tel: (800) 806-2092

TRS no sancionará ni tomará represalia contra usted de manera alguna por haber presentado una queja.

Para Más Información

Comuníquese por escrito con el Oficial de Privacidad (Privacy Officer) a la siguiente dirección, si tiene preguntas sobre las prácticas de privacidad descritas en este aviso de notificación o sobre cómo presentar una queja.

Privacy Officer

Teacher Retirement System of Texas
1000 Red River Street
Austin, TX 78701

Si desea más información con respecto a este aviso o sobre cómo ejercer sus derechos, comuníquese con el Centro de Consejería Telefónica de TRS (*TRS Telephone Counseling Center*), al **1- (800) 223-8778**. Las personas con dificultad auditiva pueden llamar al **711** (*Dial Relay Texas*).





AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA EN OTROS IDIOMAS

LA DISCRIMINACIÓN CONSTITUYE UNA VIOLACIÓN DE LA LEY

El Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (*The Teacher Retirement System of Texas o TRS, por sus siglas en inglés*) cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina ni excluye a nadie por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. TRS proporciona ayuda y servicios gratuitos, tales como la impresión de material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico y demás formatos), intérpretes calificados (incluyendo intérpretes de lenguaje de señas) e información impresa en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, llame al **1-888-237-6762 (TTY: 711)**.

Si usted considera que TRS ha fallado al no proporcionarle estos servicios o que ha discriminado en contra suya de cualquier otra manera por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, usted podrá presentar una queja en persona, por correo regular, correo electrónico o por fax según se describe a continuación:

POR CORREO:

Section 1557 Coordinator,
1000 Red River Street, Austin, TX, 78701

POR FAX:

512-542-6575

POR CORREO ELECTRÓNICO:

section1557coordinator@trs.texas.gov

Por otra parte, usted podrá presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services por correo regular, electrónico o por teléfono, según se describe a continuación:

EN LÍNEA:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de queja están disponibles en el
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

POR CORREO REGULAR:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building,
Washington, D.C. 20201

POR TELÉFONO:

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)



ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

यान दः यदद आप ह दी बोलते ह तो आपके ललए मु त म भाषा सहायता सेवाएं उपल ध ह।

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

સચુ ના: જો તમે ગજુ સતી બોલતા હો, તો ન-ન:શુ ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલ ધ છે.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.

1-888-237-6762 (TTY: 711)