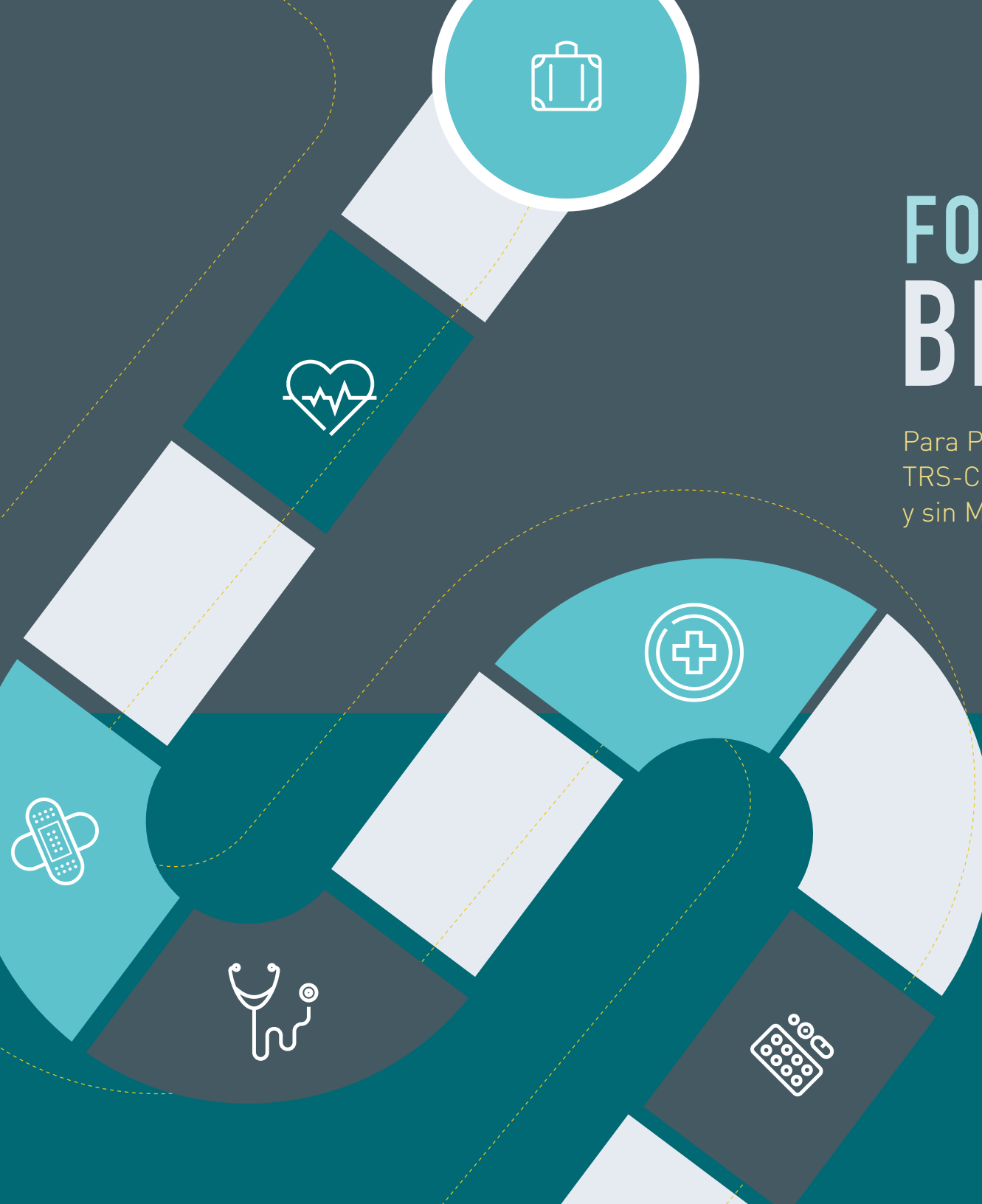




FOLLETO DE BENEFICIOS

Para Participantes del Plan Estándar de
TRS-Care menores de 65 años de edad
y sin Medicare

Año del Plan: 1º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020



Cómo encontrar lo que está buscando

¿Desea encontrar un tema rápidamente?

A través de este folleto electrónico, usted puede hacer clic en:

- Íconos (a la derecha de cada página)
- Direcciones en la internet (web addresses)
- Referencias para secciones
- Botones del Navegador (en la parte inferior de cada página)

Se le transferirá automáticamente a esa sección o página.

TABLA DE CONTENIDOS

7 BIENVENIDO

- 7 Acerca de este plan
- 8 Números de Teléfono Importantes
- 8 Sitios Web
- 8 Resumen de su plan
- 11 ¿Qué sucederá cuando usted cumpla 65 años de edad?

12 SUS BENEFICIOS DE TRS-CARE

- 13 Resumen del Diseño del Plan TRS-Care Vigente del 1º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020
- 17 Cómo funciona su plan médico
- 19 ¿Cómo localizo a un proveedor perteneciente a la red?
- 19 ¿Qué sucede si uso a un proveedor perteneciente a la red?
- 19 ¿Qué sucede si uso a un proveedor no perteneciente a la red?
- 20 ¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted vive fuera de Texas, en un área donde Aetna no tiene una red?
- 20 ¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted viaja dentro de los Estados Unidos?
- 20 ¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted viaja al exterior, fuera de los Estados Unidos?
- 21 ¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted recibe servicios en un hospital perteneciente a la red, pero los médicos que trabajan en el hospital no pertenecen a la red?
- 21 ¿Qué es la certificación previa?
- 21 ¿Cómo obtener certificación previa?
- 22 ¿Qué tipos de servicios requieren de certificación previa?
- 23 ¿Cómo puede usted apelar cuando se le ha negado la certificación previa o la continuidad de la certificación?
- 24 Continuidad del Cuidado Médico
- 24 Cuidado de Transición

25 SERVICIOS CUBIERTOS

- 25 ¿Qué es lo que cubre TRS-Care?
- 25 ¿Qué significa "Médicamente Necesario"?
- 27 Lesión Cerebral Adquirida
- 28 Cuidado Médico Relacionado con Alergias
- 28 Servicios de Ambulancia

SERVICIOS CUBIERTOS continuación

29	Desorden del Espectro Autista (Autism Spectrum Disorder)
29	Cirugía Bariátrica
29	Dependencia Química Incluyendo el Alcoholismo
29	Tratamiento del Alcoholismo o Abuso de Sustancias para Pacientes Internos
30	Tratamiento del Alcoholismo o Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios
31	Cuidado Quiropráctico
31	Atención y Cuidado Compasivo para Desahuciados (Hospice)
31	Cirugía Cosmética, Reconstructiva o Plástica
32	Cirugía Bucal y Servicios Dentales Cubiertos
33	Servicios para el Control de la Diabetes
33	Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)
33	Asistencia Médica de Emergencia
34	Exámenes y Tratamientos Oftalmológicos
34	Planificación Familiar
34	Dispositivos Auditivos o Implante Coclear
34	Cuidado Médico a Domicilio
35	Servicios de Infusión a Domicilio
35	Hospitalización
35	Laboratorio, Radiología y Otros Servicios Auxiliares
36	Asistencia Médica para la Salud Mental
37	Ortótica y Prótesis
37	Servicios en Instalaciones Ambulatorias
38	Embarazo
38	Condiciones Preexistentes
38	Servicios Preventivos
39	Servicios Profesionales
40	Servicios de Rehabilitación
40	Centro de Rehabilitación (Skilled Nursing Facility)
41	Atención Médica de TRS Virtual Health
41	Cuidado de la Salud Mental de TRS Virtual Health
42	El Cuidado de su Familia de TRS Virtual Health
42	Trasplantes

44 EXCLUSIONES/LIMITACIONES DEL PLAN

47 RECLAMACIONES, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA

- 47 Cómo Apelar la Negación de una Reclamación
- 48 Tres Pasos del Proceso de Apelación
- 48 Revisión Externa

51 CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE MEDICINAS RECETADAS

- 51 Acerca de CVS Caremark
- 52 Medicamentos Excluidos
- 52 Lista de Medicamentos Preferidos
- 52 Medicamentos Genéricos Preventivos
- 52 Ahorre Dinero en Medicinas Recetadas
- 52 Medicamentos Genéricos
- 53 Educación y Seguridad
- 53 Sincronización entre Medicinas Recetadas
- 53 Programa de Farmacias Regulares
- 53 Cómo Comprar Medicinas Recetadas en Farmacias Regulares
- 54 Servicios para el Control de la Diabetes
- 54 Suministros para el Control de la Diabetes
- 55 Programa de Órdenes por Correo de CVS Caremark
- 56 Programas Clínicos – Despacho de Medicinas según la Receta Médica, Autorización Previa, Terapia Escalonada y Límites en cuanto a la Cantidad
- 57 Proceso de Revisión de Cobertura
- 58 Programa de Farmacias de Especialidad
- 58 Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés)
- 59 Exclusiones para el Plan de Medicinas Recetadas
- 60 Negación de Reclamaciones y Presentación de Apelaciones
- 60 Revisión Inicial
- 61 Apelación a una Determinación Adversa de Beneficios
- 62 Revisión Externa Independiente

TABLA DE CONTENIDOS - continuación

CÓMO FUNCIONA SU PLAN PARA MEDICINAS RECETADAS - continuación

- 63 Centros de Recursos Terapéuticos
- 63 Interrupciones o Brechas en cuanto al Cuidado Médico (Gaps in Care)
- 64 Empresas Extendidas
- 64 Programa para Personas que Cuidan Enfermos (Caregiver Program)
- 65 Alternativas Genéricas vs. Medicamentos Genéricos Equivalentes
- 65 Tarjetas de Identificación para Medicinas Recetadas
- 66 Medicamentos Preventivos

67 DISPOSICIONES DEL PLAN

- 67 Elegibilidad e Inscripción
- 67 ¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?
- 67 Jubilados por Años de Servicio
- 68 Jubilados por Incapacidad
- 68 Dependientes
- 69 Otras Situaciones
- 70 Cómo Puede Inscribirse
- 71 ¿Cuándo Entra en Vigencia mi Cobertura?
- 71 ¿Somos mis hijos y yo elegibles para recibir beneficios de TRS-Care como dependientes supervivientes?
- 71 Eventos de Inscripción Especial
- 72 Pérdida de Elegibilidad para Recibir Otra Cobertura
- 73 Al Cumplir los 65 Años de Edad: Nueva Oportunidad de Inscripción
- 73 Primas Mensuales para el 2020
- 75 Regla de Ajuste
- 76 ¿Bajo cuáles circunstancias puede TRS-Care dar por terminada mi cobertura?
- 76 Si se da por terminada mi cobertura o la de mi dependiente, ¿hay maneras de continuar la cobertura?
- 76 ¿Cómo funciona TRS-Care cuando hay otra cobertura?
- 77 ¿Cómo se determina la Coordinación de Beneficios cuando el paciente está cubierto por más de un plan de beneficios?
- 80 Subrogación, Reembolso y Disposición para la Recuperación de Fondos Pagados por Beneficios a Terceros
- 81 Presentación y Pago de Reclamaciones
- 81 Mantenimiento de Registros

TABLA DE CONTENIDOS - continuación

DISPOSICIONES DEL PLAN - continuación

82	¿Cómo puede apelarse a la negación de una reclamación?
82	Recuperación de Fondos Pagados en Exceso
83	Disposiciones Generales
83	Política de No Discriminación
83	Acción Legal
83	Cobertura de Gastos Médicos después de la Terminación
83	Recursos
83	Números de Teléfono y Direcciones
84	Sitios Web
85	Pantalla de Muestra de Aetna Navigator
86	Avisos
86	Aviso a los Participantes del Plan TRS-Care
86	Continuidad de la Cobertura Bajo COBRA
88	Declaración de Derechos bajo la Ley de Protección a Madres y Recién Nacidos de 1996 (The Newborn and Mother's Protection Act of 1996)
88	Ley de Derechos Médicos y Oncológicos de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998)
88	Sistema de Jubilación para Maestros – Aviso sobre las Prácticas de Privacidad
93	Sus Derechos
96	Acciones No Autorizadas, Fraudulentas, Inapropiadas o Abusivas

97 FORMULARIOS

99 GLOSARIO



BIENVENIDO

TRS-Care proporciona cobertura para muchas de sus necesidades relacionadas con la asistencia médica, incluyendo las visitas al consultorio médico, los servicios para pacientes internos y ambulatorios, la salud relacionada con el comportamiento, las medicinas recetadas y más. Este folleto es la guía para sus beneficios médicos del plan TRS-Care. Se incluye información detallada sobre su plan TRS-Care Standard, consejos sobre cómo utilizar el plan efectivamente y una tabla de contenido completa para ayudarle a ubicar la información que usted pudiere necesitar.

Acerca de este plan

El Programa de TRS-Care está diseñado exclusivamente para empleados jubilados de las escuelas públicas de Texas. Es algo independiente y diferente en comparación con el Fondo de Fideicomiso de Pensiones de TRS (TRS Pension Trust Fund) y cualquier programa que proporcione beneficios de asistencia médica a los empleados activos de las escuelas públicas.

TRS-Care se estableció a través del Capítulo 1575 del Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code) y a través del Título 34, Parte 3, Capítulo 41, Subcapítulo A del Código Administrativo de Texas (Texas Administrative Code). Conjuntamente con cualquier otra enmienda efectuada al mismo, que aparezca en una versión en línea actualizada del Folleto de Beneficios publicada en el sitio web de TRS, este folleto constituirá su fuente primaria de información acerca de las disposiciones del Plan TRS-Care Standard y no prevalecerán otras declaraciones explícitas ni implícitas sobre la información ahí contenida.

En la medida en que cualquier información contenida en este Folleto de Beneficios no sea consistente ni contradiga las leyes y reglas de TRS, estas últimas regirán. TRS se reserva el derecho a enmendar el Folleto de Beneficios en cualquier momento. Por lo general, tales enmiendas se reflejarán en una versión en línea actualizada del Folleto de Beneficios, la cual aparecerá en el sitio Web de TRS.

Como fideicomisario, TRS administra a TRS-Care para beneficio de los participantes jubilados y sus dependientes. TRS podría alterar las disposiciones o costos del plan en cualquier momento. El Programa TRS-Care podría discontinuarse en cualquier momento. Se les notificará a los participantes por escrito acerca de cualquier revisión efectuada.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar gratis a la línea de Servicio al Cliente de TRS-Care, al **1-800-367-3636** o visite el sitio web en **www.trscarestandardaetna.com**.

Números de Teléfono Importantes

Servicio al Cliente de TRS-Care

1-800-367-3636

De lunes a viernes

De 8 a.m. a 6 p.m. (Hora del Centro)

Certificación Previa

1-800-367-3636

De lunes a viernes

De 8 a.m. a 6 p.m. (Hora del Centro)

Equipo de Defensoría de Aetna para el Cuidado de Enfermería

(Aetna Nurse Care Advocate Team)

1-866-227-5065

Control de Enfermeades de Aetna (Aetna Disease Management)

1-866-269-4500

Línea Médica de Aetna para Información Proporcionada por Enfermeros (Aetna Nurse Informed Health Line)

1-800-556-1555

Disponible las 24 horas del día,
7 días por semana

CVS Caremark

1-844-345-4577

Disponible los 365 días del año,
24 horas al día

Beneficios Médicos de TRS – Austin (TRS Health Benefits – Austin)

1-888-237-6762

De lunes a viernes

De 8 a.m. a 6 p.m. (Hora del Centro)

Sitios Web

www.trscarestandardaetna.com

www.trs.texas.gov

info.caremark.com/trscarestandard

Resumen de su plan

- Los participantes de TRS-Care que no sean elegibles para recibir beneficios de Medicare cuentan con una opción única del plan administrada por Aetna. El plan TRS-Care Standard es un plan que cumple con la definición federal de plan de alto deducible (high deductible health plan o HDHP, por sus siglas en inglés). Esto significa que es compatible con una cuenta de ahorros médicos (health savings account o HSA). TRS no administra la cuenta de ahorros médicos, pero usted puede abrir una en un banco, una cooperativa de crédito (credit unión) u otra institución financiera.
- El plan TRS-Care Estándar incluye un deducible, coseguro y desembolso personal máximo. No hay copagos. Una vez satisfecho el deducible, el plan paga un porcentaje de sus gastos cubiertos y usted paga un porcentaje de los servicios prestados. Esto es lo que se conoce como coseguro.
- Antes de que comience a pagarse la cobertura, usted tendrá que satisfacer un deducible anual. Si usted solo tiene cobertura individual, solo tendrá que satisfacer el deducible individual. Si usted cubre a uno o más dependientes, tales como su cónyuge, deberá satisfacer entonces el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar por cualquiera de sus familiares cubiertos. El deducible familiar puede satisfacerlo una persona o varios familiares combinados. El deducible se aplica a todos los gastos cubiertos EXCEPTO por el cuidado preventivo recibido dentro de la red (incluyendo ciertos medicamentos genéricos preventivos adquiridos con receta médica).
- El plan TRS-Care Estándar tiene un deducible y un máximo de desembolso personal por servicios recibidos fuera de la red. El deducible por servicios recibidos dentro y fuera de la red, así como los máximos de desembolso personal son límites independientes. Los gastos relacionados con servicios recibidos dentro de la red solo se aplicarán para satisfacer el deducible y máximo de desembolso personal por servicios recibidos dentro de la red. Los gastos relacionados con servicios recibidos fuera de la red solo se aplicarán para satisfacer el deducible y máximo de desembolso personal por servicios recibidos fuera de la red.
- El plan TRS-Care Estándar tiene un límite de desembolso personal máximo asignado para protegerle a usted. El desembolso personal máximo es la cantidad máxima que pagará usted por medicinas recetadas y servicios médicos cubiertos dentro del lapso de un año calendario.
- TRS Virtual Health ofrece visitas médicas de telemedicina a través de Teladoc. Teladoc es un programa de telemedicina. Este servicio le permite hablar por teléfono o video chat con médicos certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ellos pueden diagnosticar, tratar y recetar medicamentos. A partir del 1 de septiembre de 2019, la tarifa de consulta se redujo a \$30. Esta tarifa contará a favor de su deducible y también se aplicará a su máximo de desembolso personal. Es una manera conveniente y menos costosa de obtener algunos tipos de atención médica.

De no haber ningún tipo de beneficio que no se incluya específicamente en este folleto TRS-Care Standard, se establece de forma predeterminada en las pautas a seguir y políticas estándar de procesamiento de la administración de reclamaciones de Aetna.

- Usted puede recibir atención médica de manera confidencial de la salud mental de TRS Virtual Health a través de Teladoc. Las personas adultas mayores de 18 años pueden recibir atención para la ansiedad, la depresión, el luto, los problemas familiares y más. Elija ver a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta y establecer una relación continua con el mismo. Las citas deben programarse en línea o a través de la aplicación Teladoc. Hay un costo por la atención prestada:
 - Después de que el deducible se satisface, el plan paga 80%, usted paga 20%. La tarifa de la consulta es:
 - Psiquiatra (visita inicial), \$185
 - Psiquiatra (visitas posteriores) \$95
 - Psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta, \$85
- TRS Virtual Health incluye consultas médicas generales a través de Teladoc para algunos miembros de la familia, incluso si no están inscritos en su plan TRS-Care Standard. El miembro de la familia debe tener 18 años o más y podría ser su hijo adulto o uno de los padres de edad avanzada. Puede extender la consulta médica general de TRS Virtual Health a alguien que usted cuide con una consulta de video o teléfono de dos o tres vías con un médico certificado por la junta médica por una tarifa fija de \$45.
- Con un plan de alto deducible como lo es el plan TRS-Care Estándar, (HDHP, por sus siglas en inglés) es importante ser un buen consumidor para aprovechar al máximo su plan. Usted ahorrará dinero y reducirá sus costos de desembolso personal al:
 - Seleccionar proveedores pertenecientes a la red. Inicie sesión (log in) visitando el Aetna Navigator en el **www.trscarestandardaetna.com**.
 - Aprovechar los servicios preventivos, tales como el examen físico anual, los exámenes para detectar el cáncer, las vacunas, la vacuna contra la influenza y ciertos medicamentos genéricos preventivos comprados con receta médica, los cuales están a su disposición sin costo alguno para usted.
 - Recibir cuidado médico en el lugar correcto para la situación correcta. Por ejemplo, visite la sala de emergencias para situaciones en las que se ponga en peligro su vida o utilice el cuidado urgente o Teladoc para los servicios prestados para el tratamiento de un esguince de tobillo o para combatir los síntomas de la influenza.
- El plan TRS-Care Estándar no está asegurado, sino más bien financiado autónomamente a través del Fondo de Seguro de Grupo para los Empleados Jubilados de Escuelas Públicas de Texas (*Texas Public School Retired Employees Group Insurance Fund*). Para ayudar a conservar sus recursos compartidos, manténgase pues informado como consumidor e invierta los fondos de sus beneficios sabiamente. Usted deberá comunicarse con Aetna para lo relacionado con las apelaciones médicas y con CVS Caremark para lo relacionado con las apelaciones por medicinas recetadas.
- Este folleto abarca los beneficios médicos del plan TRS-Care Estándar y los beneficios relacionados con medicinas recetadas para los jubilados y para sus dependientes menores de 65 años que no estén cubiertos por Medicare.
- **No dependa de los demás para administrar su cobertura.** TRS-Care no paga por todos los gastos médicos o de medicinas recetadas en que usted pueda incurrir. Usted podría ser responsable por todo el costo o por una cuota del mismo, por lo que le pedimos que se mantenga informado como consumidor. Lea este folleto detenidamente y visite el sitio web o comuníquese por teléfono, con el Departamento de Servicios al Cliente de TRS, al **1-800-367-3636** si tiene preguntas antes de tomar decisiones relacionadas con el cuidado médico.
- Usted será responsable por las decisiones que tome y por cumplir con las reglas de TRS-Care.
- Si tiene alguna pregunta, visite el sitio web **www.trscarestandardaetna.com** o llame al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

Algunas terapias con medicamentos podrían requerir de autorización previa y/o de una conversación entre su médico y CVS Caremark, el administrador de beneficios de farmacia de TRS-Care. Para más información, llame a CVS Caremark al **1-844-345-4577**.

- Si utiliza a un proveedor **no perteneciente a la red**, independientemente de las circunstancias del caso, lo más probable es que tenga usted que pagar una cantidad mayor al **deducible y coseguro** por los servicios no pertenecientes a la red. La **"cantidad permitida"** podría ser significativamente menor que la reflejada en las facturas del proveedor cuando usted utiliza los servicios de un proveedor no perteneciente a la red. Sepa que usted será responsable por toda cantidad no cubierta bajo el plan, incluyendo su deducible y coseguro, cuando se aplicare al caso.
- Cada 12 meses, se requiere la presentación de un Formulario de Información sobre la Reclamación (Claim Information Form o CIF, por sus siglas en inglés) para los **participantes** primarios de TRS-Care (es decir, los que no tengan Medicare). Esta información podría reportarse llamando al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

Visite el **www.trs.texas.gov** y diríjase a la sección titulada "Formularios" ("Forms").

La dirección del Departamento de Reclamaciones de Aetna (Aetna Claims) es:

Aetna

PO Box 981106

El Paso, TX 79998-1106

1-800-367-3636

No dé nada por sentado. Remítase a este folleto o llame al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636** si tiene alguna pregunta acerca de su cobertura.



¿Qué sucederá cuando cumpla 65 años de edad?

Cuando usted cumpla 65 años de edad o pase a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, es importante que le notifique a TRS acerca de su estado como receptor de beneficios de Medicare.

1. Si usted es elegible para recibir beneficios sin prima a través de Medicare Part A (hospitalización), inscríbase a través de la oficina del Seguro Social (Social Security Administration). Usted puede presentar su solicitud en línea, en el **www.ssa.gov/medicare**, visitando su oficina local del Seguro Social o llamando a dicha oficina al **1-800-772-1213** (TTY: 1-800-325-0778).
2. Compre Medicare Parte B a través de The Social Security Administration tan pronto como esté disponible para usted la inscripción. Usted deberá comprar y mantener Medicare Parte B para poder ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care. The Social Security Administration puede confirmar su prima de Parte B. Tenga presente que la misma no se deducirá de su pensión de TRS.
3. Si usted está inscrito en TRS-Care, para cuando cumpla los 65 años de edad, Humana le enviará un paquete con un formulario que solicite su número de Medicare. Sírvase llenar el formulario y devolvérselo a TRS.*
4. Por otra parte, TRS le enviará un paquete de inscripción. Revise los materiales allí incluidos. Si está agregando dependientes, llene y presente la solicitud de TRS-Care antes de que se haya concluido el período de 31 días, contados desde el final del mes en el cual se haya jubilado o haya cumplido 65 años de edad.

Si usted es elegible para recibir cobertura a través de TRS-Care y una vez que TRS verifique su información de Medicare, TRS le inscribirá en los planes TRS-Care Medicare Advantage® y TRS-Care Medicare Rx®. De no recibir su número de Medicare, TRS no podrá inscribirle y usted correrá el riesgo de que perder su cobertura de TRS-Care totalmente.

*Si usted está jubilado o es el cónyuge superviviente de un jubilado que no ha cumplido aún los 65 años de edad y ha dado por terminada su cobertura de TRS-Care o no se inscribió durante el Período de Inscripción Inicial, podrá inscribirse al cumplir los 65 años de edad. Usted podría agregar dependientes también. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, usted deberá pedir una solicitud y presentarla antes de cumplirse el período de 31 días, contados desde el final del mes en el cual haya cumplido usted 65 años. Llame al Departamento de Salud y Beneficios de Seguro de TRS (TRS Health and Insurance Benefits) al 1-888-237-6762 para pedir un formulario de solicitud.

- **Deberá comprarlo cuando sea elegible para ello (por lo general, a la edad de 65 años o cuando sea elegible para recibir beneficios de Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Benefits) para Medicare Part B.** TRS le urge encarecidamente a que se inscriba en Medicare tan pronto como sea usted elegible para ello. De no inscribirse con la suficiente antelación para que su fecha de vigencia sea el primer día del mes en que cumpla años, correará el riesgo de que se produzca una brecha en su cobertura de TRS-Care.

Tenga presente que el período de inscripción del programa de TRS-Care es más breve que el período de inscripción de Medicare. El período de inscripción de Medicare se extiende por espacio de tres meses después de haber cumplido usted los 65 años de edad. Sin embargo, usted deberá presentar una solicitud de inscripción en el programa de TRS-Care antes del transcurso de 31 días, contados a partir del último día del mes en el cual cumpla usted los 65 años.
- Debe proporcionar su información de Medicare a TRS (para que pueda enviarse a Humana) antes del primer día del mes de su cumpleaños. Si no le proporciona a TRS su información de Medicare, es posible que se le dé de baja de TRS-Care y no podrá volver a ingresar al programa a menos que tenga un Evento de Inscripción Especial.
- **Los 65 años de edad constituyen una oportunidad de inscripción para jubilados y cónyuges supervivientes.** Si no se ha inscrito nunca antes en TRS-Care, pero era elegible para el programa cuando se jubiló, tendrá entonces una oportunidad más de inscribirse usted y a sus dependientes elegibles a la edad de 65 años. TRS les enviará a los jubilados una tarjeta postal antes de que cumplan 65 años, invitándoles a comunicarse con nosotros para recibir un paquete de inscripción (TRS 700EO). Los jubilados de TRS-Care, incluyendo los que ya estén inscritos en TRS-Care, podrían agregar a sus dependientes elegibles a su cobertura de TRS-Care cuando el jubilado cumpla 65 años.

AVISO: Esta oportunidad de inscripción no estará disponible para cónyuges e hijos dependientes que estén por cumplir 65 años de edad.



SUS BENEFICIOS DE TRS-CARE

Esta sección, conjuntamente con las dos secciones siguientes, le ayudarán a comprender cómo funciona TRS-Care Standard. Esta sección desglosa los beneficios, los límites, el coseguro, los deducibles y las cantidades máximas de beneficios en particular. El Plan no cubre todos los gastos de asistencia médica en que se incurra. Hay exclusiones, deducibles y cantidades máximas de beneficios establecidas.

La cobertura para sus beneficios de TRS-Care comienza en su fecha de vigencia con el Programa. No se pagarán beneficios por gastos médicos en los cuales se haya incurrido antes de haberse dado inicio a la cobertura o después de haberse dado por terminada la misma. Usted incurre en un gasto el día en que recibe un servicio o suministro médico (es decir, la fecha en que se le haya prestado el servicio).

Ni TRS-Care ni Aetna asumen responsabilidad por el resultado de ningún servicio o suministro cubierto. Ni TRS-Care ni Aetna ofrecen explícita ni implícitamente garantías en relación con el resultado de ningún servicio o suministro cubierto.



Matriz de Beneficios del Plan TRS-Care Standard

Deducible del Plan	Acumuladores Anuales de TRS-Care	Dentro de la Red	Fuera de la Red
	Deducible del Plan El deducible por familia es colectivo: los gastos de un miembro de la familia o una combinación de estos podrían satisfacer el deducible.	\$1,500 por persona solamente \$3,000 por familia	\$3,000 por persona solamente \$6,000 por familia
	Cantidad Máxima Anual de Desembolso Personal Cuando una persona satisface su máximo de desembolso personal, el plan paga el 100% por los cargos cubiertos para esa persona. Una combinación de miembros de la familia puede satisfacer el máximo de desembolso personal, una vez satisfecho el máximo, esto quiere decir que se ha satisfecho para toda la familia.	\$5,650 por persona \$11,300 por familia	\$11,300 por persona \$22,600 por familia
	El máximo de desembolso personal incluye deducibles, cualquier coseguro médico y de medicina recetada. Los deducibles dentro de red y fuera de la red se consideran límites separados. Las cantidades Máximas de Desembolso Personal de Dentro de la Red y Fuera de la Red se consideran límites separados.		

Quando utilice médicos pertenecientes a la red, se pagarán en un 100% ciertos servicios para el cuidado preventivo, específicos para cierta edad y género. Así mismo, se omitirá el deducible. Sin embargo, el médico deberá facturar como "cuidado preventivo" los servicios cubiertos bajo este beneficio. Por ejemplo, un examen para determinar la presión arterial se cubre en un 100%, pero si vuelven a examinarlo para supervisar una enfermedad o para que obtenga una receta médica, podría facturarse como "diagnóstico" y usted sería responsable de pagar su porción de desembolso personal hasta que haya satisfecho su deducible. Las visitas de cuidado preventivo efectuadas en consultorios médicos —dentro y fuera de la red— se limitan a un examen físico por año calendario, un examen obstétrico/ginecológico para la mujer sana por año calendario y una mamografía de rutina por año calendario.

Niveles de Beneficio

Servicio Preventivo**	Categorías de Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red*
	Examen Físico de Rutina (uno por año calendario, incluye la visita al consultorio médico, análisis de laboratorio e inmunizaciones para niños)	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible
	Examen de Rutina para Detectar el Cáncer Cervical (uno por año calendario para mujeres de 18 años o más. Se incluye el examen para detectar el virus del papiloma humano (HPV) para mujeres de 30 años o más)	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible
	Examen para la Detección del Cáncer Colorrectal (A la edad de 45 años o más. Análisis anual para detectar sangre oculta en las heces fecales, incluyendo una visita al consultorio médico y sigmoidoscopia flexible cada 5 años o colonoscopia cada 10 años como servicio de paciente ambulatorio)	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible
	Vacuna contra la Influenza (Una por año calendario)	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible
	Mamografía (Una por año calendario para mujeres de 35 años o más)	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible
	Examen de la Próstata y Visita al Consultorio Médico (Uno por año calendario para hombres de 40 años o más)	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible
	Vacuna Zostavax Una vacuna de por vida contra el herpes zóster o "shingles")	Usted paga \$0, sin deducible, cubierto en un 100%	Usted paga 40% después del deducible

*Las Cantidades Permitidas Fuera de la Red se basan en una lista de cargos reducidos. Usted será responsable de pagar los cargos que excedan la lista, además de su deducible y coseguro.

**Para una lista de servicios preventivos comunes, visite el sitio web www.trs.texas.gov.

Matriz de Beneficios del Plan TRS-Care Standard (continuación)

Niveles de Beneficios			
	Categorías de Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red *
Servicios Médicos	Visitas al Consultorio Médico (Incluye análisis de laboratorio, radiografías e inyecciones, si se facturan junto con la visita al consultorio médico)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Visitas al Especialista (Incluye análisis de laboratorio, radiografías e inyecciones, si se facturan junto con la visita al consultorio médico)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Visitas a la Clínica sin Tener una Cita Programada (Incluye análisis de laboratorio, radiografías e inyecciones, si se facturan junto con la visita al consultorio médico)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios de Telemedicina de TRS Virtual Health (Se aplica al deducible y al máximo de desembolso personal)	La tarifa por consulta es de \$30 se aplica al deducible. Después del deducible, el plan paga el 80%; usted paga 20%	No se aplica
	Análisis para Detectar Alergias	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Cirugía Menor Efectuada en un Consultorio Médico	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Inyecciones Antialérgicas	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios Proporcionados por un Médico Fuera del Consultorio	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
Otros Servicios Médicos	Ambulancia (Para Servicios de Emergencia)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
	Ambulancia (Para Servicios que No Sean de Emergencia – Pase a la página 28 para conocer los criterios y cobertura)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
	Cuidado Quiropráctico (Un máximo de 20 visitas por año calendario)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Equipo Médico Duradero (Se requiere de certificación previa para equipos selectos. Pase a la página 33 para más información)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios de Infusiones a Domicilio (Se requiere de certificación previa.)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla (Podría requerir de revisión médica periódica. Remítase a los Servicios de Rehabilitación que aparecen en la página 40).	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Prótesis	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios de Laboratorio	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible

* Las Cantidades Permitidas Fuera de la Red se basan en una lista de cargos reducidos. Usted será responsable de pagar los cargos que excedan la lista, además de su deducible y coseguro.

Una vez que haya cumplido con \$1,400 de su deducible, que es el deducible mínimo requerido para cumplir con los límites federales del plan de salud de alto deducible, su costo por mamografías diagnósticas será el mismo que las mamografías realizadas para las pruebas de detección preventiva del cáncer. Las mamografías diagnósticas no están sujetas a limitaciones de edad o frecuencia.

Matriz de Beneficios del Plan TRS-Care Standard (continuación)

Niveles de Beneficios			
Servicios Extendidos	Categorías de Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red*
	Cuidado para Convalecientes (Pase a la página 31 para ver la definición y criterios)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Cuidado Médico a Domicilio	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Cuidados para Desahuciados (Hospice)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios Privados de Enfermería	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
Servicios de Hospital/Instalación Médica	Sala de Emergencia (atención en un hospital ambulatorio por accidente u otra emergencia médica)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Sala de Emergencia (atención en un hospital ambulatorio por todas las demás afecciones)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible
	Servicios de Hospital para Pacientes Internos (Alojamiento y comida en habitación semiprivada o en la unidad de cuidados intensivos)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Otros Cargos para Paciente Interno	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios de Hospital para Paciente Ambulatorio	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Instalaciones Quirúrgicas	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia Química)	Instalación Médica para Paciente Interno	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Médico para Paciente Interno	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios para Paciente Ambulatorio	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Visita al Consultorio Médico	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
	Servicios Médicos de Telemedicina Virtuales de TRS	Después del deducible, el plan paga el 80%, usted paga 20% • Psiquiatra (visita inicial): \$185 • Psiquiatra (visitas posteriores): \$95 por sesión • Psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta: \$85 por sesión	No se aplica

Matriz de Beneficios del Plan TRS-Care Standard (continuación)

Cobertura de Medicinas Recetadas	Medicamentos Genéricos: Nivel 1	Usted paga 20% después del deducible	
	Medicamentos de Marca Preferida: Nivel 2	Usted paga 20% después del deducible**	
	Medicamentos de Marca No Preferida: Nivel 3	Usted paga 20% después del deducible**	

*Las Cantidades Permitidas Fuera de la Red se basan en una escala de tarifas reducidas; usted será responsable de los cargos que excedan la escala de tarifas además de su deducible y coseguro.

**A partir del 1 de enero de 2020, si obtiene un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, usted es responsable de la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del coseguro genérico. Esta diferencia de costo no se aplicará a sus acumulaciones, es decir (deducible o máximo de desembolso personal).



Cómo funciona su plan médico

¿Qué tipo de plan es TRS-Care?

El plan TRS-Care Estándar es un plan médico de alto deducible (high deductible health plan o HDHP). Los planes médicos se rigen por las regulaciones del Internal Revenue Service (IRS). Cada año, el IRS fija los límites máximos de deducible y de desembolso personal para que el plan médico califique como un plan médico de alto deducible. Con este plan, usted es elegible para abrir una cuenta de ahorros médicos (health savings account o HSA) y para hacer contribuciones personales que le permitan pagar gastos médicos actuales y/o futuros. TRS no administra cuentas de ahorros médicos, pero usted puede abrir una en un banco, una cooperativa de ahorros o en otra institución financiera.

Cómo funciona el plan cuando usted necesita cuidado médico

La mejor forma de aprovechar al máximo su plan TRS-Care Estándar es comprendiendo cómo funciona el plan antes de que necesite usted tener realmente acceso al cuidado médico.

Usted satisface su deducible cada año

El deducible se aplica a todos los gastos cubiertos EXCEPTO al cuidado preventivo recibido dentro de la red (incluyendo a ciertos medicamentos genéricos preventivos adquiridos con receta médica).

- Si usted tiene cobertura para jubilado solamente, solo deberá satisfacer el deducible por persona antes de que comience a recibir beneficios.
- Si usted tiene cobertura para la familia, el deducible podría satisfacerlo un familiar o una combinación de estos. Sin embargo, no se pagarán beneficios para ningún familiar hasta tanto se haya satisfecho el deducible total para la familia.

Usted paga una cuota de los gastos compartidos

Una vez satisfecho el deducible, el plan paga un porcentaje de las cantidades permitidas para sus gastos cubiertos y usted paga un porcentaje o coseguro. Usted paga un desembolso personal menor cuando selecciona proveedores pertenecientes a la red.

Recuerde: Solamente se aplicarán al deducible dentro de la red los gastos en lo que incurra dentro de la red. De la misma manera, solamente se aplicarán al deducible fuera de la red los gastos en los que incurra fuera de la red.

Usted está protegido contra los elevados costos de desembolso personal

Existe un límite en cuanto a la cantidad anual que usted paga por costos de cuidado médico. Eso es lo que se conoce como desembolso personal máximo. La cantidad máxima de desembolso personal incluye los deducibles, así como coseguros médicos y de medicinas recetadas. Después de haber cumplido con ello, el plan médico paga un 100 por ciento de sus costos médicos y de medicinas recetadas elegibles y continuará pagando un 100 por ciento durante el resto del año calendario. Su desembolso personal máximo se reinicia anualmente al igual que su deducible.

Recuerde:

- Bajo el plan familiar, las reclamaciones de cada persona cuentan contra el desembolso personal máximo de la familia. Una vez que la persona haya satisfecho el desembolso máximo personal, se cubrirán sus gastos en un 100%.
- Solo los gastos en los que se incurra dentro de la red cuentan contra el desembolso personal máximo dentro de la red y los gastos en los que incurra fuera de la red cuentan contra el desembolso personal máximo fuera de la red.

FASE 1	
Cuidado preventivo (cubierto en un 100%, sin deducible)	Los servicios de atención médica preventiva y ciertos medicamentos genéricos preventivos se cubren en un 100% cuando usted utiliza proveedores que pertenecen a la red.
FASE 2	
Satisfaga su deducible	Usted paga por los gastos médicos no preventivos y los gastos de medicinas recetadas no preventivas como parte de su desembolso personal (o bien utilizando fondos de la cuenta de ahorros médicos o HSA). Esto lo hace hasta tanto haya satisfecho el deducible. Si usted cuenta con cobertura familiar, deberá satisfacerse primero el deducible de la familia antes de que se paguen beneficios por ninguna de las personas involucradas.
FASE 3	
Pague su coseguro	Usted paga por los gastos médicos cubiertos no preventivos y por medicinas recetadas cubiertas no preventivas como parte de su desembolso personal (o bien utilizando fondos de la cuenta de ahorros médicos o HSA) hasta tanto haya satisfecho el deducible. Si usted posee una cuenta de ahorros médicos o HSA, puede utilizarla para pagar su cuota compartida de gastos o para pagar su desembolso personal.
FASE 4	
Satisfaga el desembolso personal máximo	Una vez que su cuota de gastos compartidos (es decir, el deducible, y coseguro) hayan alcanzado 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 el beneficio de 100% a cada persona cubierta una vez que los gastos de dicha persona hayan alcanzado la cantidad de desembolso personal máximo o una vez que se haya satisfecho el desembolso personal máximo para toda la familia.

¿Cómo puedo localizar a un proveedor perteneciente a la red?

Usted también puede iniciar sesión en www.aetna.com/docfind/custom/trscare para ver la lista más actualizada de proveedores pertenecientes a la red o puede llamar a Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

¿Qué sucede si utiliza un proveedor perteneciente a la red?

Cuando usted recibe asistencia a través de un médico, **hospital** o centro de diálisis perteneciente a la red, TRS-Care paga una porción mayor de los costos de su asistencia médica. **Cuando utiliza un proveedor perteneciente a la red, usted se protege contra cargos que sobrepasen la cantidad permitida.**

¿Qué sucede si utiliza un proveedor no perteneciente a la red?

Cuando utiliza un proveedor no perteneciente a la red (es decir, un **médico**, instalación médica u otro proveedor), lo más probable es que usted tenga que pagar por todo cargo que sobrepase la cantidad permitida, además de pagar por su coseguro y deducible.

AVISO: Los gastos en los que se incurre fuera de la red pueden aumentar significativamente su responsabilidad civil (liability) y no contar contra su deducible o desembolso personal máximo dentro de la red.

Remítase a la comparación de beneficios dentro de la red y fuera de la red que aparece a continuación. (Suponga que ya se ha satisfecho el deducible):

	Hospital Dentro de la Red	Hospital Fuera de la Red
Cargos	\$16,500	\$18,000
Permitidos	\$6,500*	\$5,250**
El Plan Paga	80% o \$5,200	60% o \$3,150
Usted Paga	20% o \$1,300	40% o \$2,100
El Hospital Cancela como Cantidad Incobrable (Write Off)	\$10,000	\$0
No se Cubre	\$0	\$12,750
Su obligación total	\$1,300	\$14,850

* Ejemplo de una tarifa por caso contratado de \$6,500

** **Ejemplo de una tarifa fuera de la red** tres días de hospitalización *\$1,750 por día



¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted vive fuera de Texas en un área donde Aetna no tiene una red de servicios?

En los Estados Unidos, la mayoría de las áreas cuenta con una **red de Aetna** y Aetna continúa agregando más áreas a las ya existentes.

Sin embargo, algunos participantes de TRS-Care podrían residir en áreas fuera de Texas donde podría no haber una red disponible.

TRS-Care ha proporcionado beneficios regulares para esos participantes a fin de que se pague el cuidado de ellos a la tasa de coseguro de la Red (un 80% de la cantidad permitida). Además, si esos participantes viajan a un área de la red, pueden recibir beneficios si reciben sus beneficios a través de un proveedor de la **red Aetna**.

Podría haber una ventaja financiera para el participante que opte por viajar a un área de la Red. Además del beneficio del coseguro, el participante se beneficiaría también con las tarifas negociadas que Aetna posee con los proveedores pertenecientes a la Red.

¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted viaja internamente en los Estados Unidos?

Los participantes de TRS-Care que viajan dentro de los Estados Unidos pueden obtener servicios médicos dentro de la red a través de proveedores de la red Aetna. Usted podría tener acceso al Directorio de Proveedores de la Red (DocFind) en el sitio web **www.aetna.com/docfind/custom/trscare** o llamando al Departamento de Servicios al Cliente al **1-800-367 3636**.

Si usted se encuentra en un área de la red Aetna y recibe atención médica que no sea de emergencia a través de proveedores no pertenecientes a la red, se aplicarán los **beneficios fuera de la red**.

¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted viaja al exterior, fuera de los Estados Unidos?

Si usted recibe asistencia médica al viajar fuera de los Estados Unidos, generalmente deberá pagar primero y presentar después una factura detallada para reembolso. Para ello, envíele la factura detallada a TRS-Care/Aetna Service Center. Si las facturas originales se encuentran en un idioma extranjero, usted deberá obtener, de ser posible, una traducción al inglés de las mismas, mostrando los servicios prestados. Las facturas deberán presentarse en la moneda extranjera. Aetna hará la conversión correspondiente de las facturas a dólares estadounidenses, basándose en la tasa de intercambio correspondiente al día en el cual se le hayan proporcionado a usted los servicios. Envíe esta información **con su número de identificación de Aetna** a TRS-Care/Aetna Service Center para reembolso basado en sus beneficios del Plan TRS-Care.

La dirección de Aetna a la cual deben enviarse las reclamaciones es la siguiente:

Aetna
PO Box 981106
El Paso, TX 79998-1106
1-800-367-3636

¿Cómo funciona TRS-Care cuando usted recibe servicios en un hospital perteneciente a la red, pero los médicos que trabajan ahí no pertenecen a la red?

En ocasiones, los médicos y especialistas (es decir, los radiólogos, patólogos, médicos de la sala de emergencia y anestesiólogos) tienen contrato con el hospital, pero no pertenecen a la red. Usted puede preguntar si sus médicos en el hospital pertenecen o no a la red.

Por ejemplo, cuando usted recibe servicios en un hospital perteneciente a la red, pero el radiólogo que lee su radiografía no pertenece a la red, TRS-Care pagará un 80% de los cargos permitidos del radiólogo (de haberse satisfecho el deducible). Sin embargo, TRS-Care solo considerará los **cargos razonables y habituales** para esos servicios. Si el radiólogo cobra más de la cantidad que se considera como razonable y habitual, entonces el paciente será responsable de pagar por esa cantidad adicional además de pagar por el coseguro del 20%.

¿Cuál es la cantidad permitida para los proveedores pertenecientes a la red?

TRS-Care cubre los gastos médicos hasta por la cantidad permitida. Si el **proveedor** tiene contrato y participa en una red, la cantidad permitida será la determinada por el contrato. La cantidad permitida por contrato es generalmente menor que la cantidad facturada. Algunos contratos estipulan que la cantidad permitida sea menor que la cantidad facturada o contratada.

¿Cuál es la cantidad permitida para los proveedores no pertenecientes a la red?

Cuando opta por recibir servicios, suministros o cuidado a través de un proveedor que no tiene contrato con Aetna (un proveedor sin contrato), usted recibe beneficios fuera de la red (el nivel más bajo de beneficios). Los beneficios para los servicios cubiertos se reembolsarán basándose en la cantidad permitida sin contrato. No se requiere que el proveedor sin contrato acepte la cantidad permitida sin contrato como pago total y este último podría facturarle el saldo a usted por la diferencia que exista entre la cantidad permitida sin contrato y los cargos facturados por el proveedor sin contrato. **Usted será responsable de pagar este saldo de facturación, lo cual podría ser considerable.** Usted será además responsable de pagar los cargos por servicios, suministros y procedimientos limitados o no cubiertos bajo TRS-Care, así como cualquier cantidad correspondiente al deducible y al copago aplicables.

¿Qué es la certificación previa?

Certificación Previa es el proceso para la determinación de la necesidad médica de ciertos servicios en particular. La certificación previa podría determinar además si el servicio aprobado debe proporcionarse en un hospital o en otro lugar.

De obtenerse la certificación previa, se pagarán los beneficios del plan para todos los servicios cubiertos considerados como **médicamente necesarios** para los participantes elegibles.

La aprobación para certificación previa no significa que se pagarán beneficios dentro de la red a proveedores no pertenecientes a la red. De no obtenerse la certificación previa, podría resultar en una sanción o en la negación de todos los beneficios de no considerarse los servicios como médicamente necesarios.

¿Cómo se obtiene la certificación previa?

El proceso para obtener la certificación previa comienza con una llamada telefónica al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care, al **1-800-367-3636**, ANTES de que se realice el procedimiento o servicio. Cuando el médico u hospital perteneciente a la red proporciona el servicio médico, entonces ese proveedor es responsable de hacer la llamada.

Si el participante no utiliza un proveedor de la red, el participante es responsable de obtener la certificación previa, poniéndose en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de TRS-Care.

La certificación previa para días de hospitalización se pueden obtener de la siguiente manera:

- Para una hospitalización que no sea de emergencia, notifíquelo al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care, llamando gratis al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación, **1-800-367-3636**. Esto debe hacerse antes de la fecha para la cual se haya programado la hospitalización de la persona como paciente interno
- Para una hospitalización de **emergencia**, deberá notificársele al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care, llamando al número gratis **1-800-367-3636**. Esto deberá hacerse no después de un día laboral posterior al inicio de la hospitalización como paciente interno de tiempo completo que haya resultado de una hospitalización de emergencia, a menos que no sea posible solicitar la certificación previa dentro de ese tiempo. En tal caso, la solicitud deberá efectuarse tan pronto como sea razonablemente posible.

Si, en la opinión del médico del paciente, es necesario que se hospitalice a la persona por un período mayor al ya certificado, el participante, el médico o el hospital podría solicitar que se certifiquen más días, llamando al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**, que aparece en la tarjeta de identificación. Esto deberá hacerse no después del último día ya certificado.

Se enviará inmediatamente al hospital una notificación por escrito del número de días previamente certificados. Se le enviará una copia al jubilado o a **su cónyuge superviviente** y al médico.

No se pagarán beneficios de considerarse que el servicio no es médicamente necesario.

No se pagarán beneficios para los gastos en los que se incurra cualquier día de hospitalización como paciente interno de tiempo completo, de estar estos excluidos por otros términos del Plan.

El proveedor que presente documentación justificativa antes de que se realice un procedimiento, deberá enviar por **fax la documentación, al 1-860-262-7881, o llamar al 1-800-367-3636** para más información.

Aetna tendrá el derecho y la oportunidad de hacer que un médico o dentista seleccionado por ellos examine a cualquier persona para la cual se haya solicitado certificación o beneficios. Esto se hará en todo momento razonable mientras la certificación o reclamo de beneficios esté pendiente o bajo revisión. Usted no tendrá que pagar por ello.

¿Qué tipos de servicios requieren de certificación previa?

A continuación, encontrará ejemplos de los servicios que requieren certificación previa. **Esta lista no es totalmente inclusiva y está sujeta a cambio.** Usted debe llamar al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636** para determinar si su procedimiento requiere certificación previa.

Sanción por falta de certificación previa: La siguiente lista no incluye todo y está sujeta a cambio.

Se aplica a la cantidad permitida una sanción por falta de certificación previa, equivalente a la cantidad de \$400, por proveedores no pertenecientes a la red. Esto se hará cada vez que no se haya obtenido certificación previa para lo siguiente:

- Hospitalizaciones para pacientes internos (todas)
 - Hospitalizaciones quirúrgicas y no quirúrgicas
 - Centros de rehabilitación (skilled Nursing Facilities)
 - Centros de rehabilitación
 - Salud mental para paciente hospitalizado
 - Hospitalización del paciente desahuciado (hospice)
- Todos los Servicios Privados de Enfermería (Private Duty Nursing)
- **Cuidado para Pacientes Convalecientes** (por cada incapacidad)

Se aplica a la cantidad permitida una sanción por falta de certificación previa, equivalente a la cantidad de \$200, por proveedores no pertenecientes a la red. Esto se hará cada vez que no se obtenga certificación previa para lo siguiente:

- **Equipo Médico Duradero**, tales como: Sillas de ruedas y "scooters" eléctricos o de motor
 - Clinitron y camas eléctricas
 - Prótesis para extremidades y torso
 - Soportes ortopédicos personalizados
 - Soportes personalizados
- Inyecciones médicas, tales como: Inmunoglobulina intravenosa
 - IVIG (Intravenous immunoglobulin)
 - Hormona del crecimiento
 - Interferón cuando se utilice para el tratamiento de la Hepatitis C
 - Factores de coagulación sanguínea
 - Synagis
 - Agentes que estimulen la producción de glóbulos rojos, tales como Aranesp, Epogen, Procrit y Micera

- Cirugía bariátrica: Visite www.aetna.com para más información sobre los criterios de selección para la cirugía bariátrica.
- Procedimientos reconstructivos que puedan considerarse cosméticos como, por ejemplo, septorrinoplastia, blefaroplastia, extirpación de colgajos después de una pérdida considerable de peso, gastroplastia, reparación del pectus excavatum, mamoplastia, tratamiento quirúrgico de la ginecomastia, lipectomía, escleroterapia
- Trasplantes (Pase a la página 42 para ver el número al cual debe comunicarse y para obtener información adicional)
 - Incluye los trasplantes de riñón, hígado, pulmón, corazón y páncreas
 - Reemplazo de médula ósea o transferencia de células madre después de la quimioterapia de alta dosis
 - Pruebas diagnósticas para trasplantes
- Uvulopalatofaringoplastia, incluyendo procedimientos con rayos láser
- Procedimientos quirúrgicos ortognáticos, osteotomías y manipulación quirúrgica de la coyuntura temporomandibular
- Cirugía de disco intervertebral artificial
- Cirugía de fusión espinal lumbar

- Exámenes médicos para la salud mental o del comportamiento para pacientes ambulatorios, terapia intensiva para pacientes ambulatorios y terapia electroconvulsiva
- Ambulancia aérea
- Servicios que podrían considerarse experimentales o de investigación
- Los siguientes servicios condicionalmente elegibles:
 - Radiocirugía estereotáctica
 - Estudios de posible evocación somatosensorial
 - Desarrollo de destrezas cognitivas
 - Terapia con oxígeno hiperbárico
 - Rodilla o autoinjerto osteocondral
 - Dispositivo y/o implante coclear
 - Implante percutáneo de arreglo neuroelectrodo, epidural
 - Examen radiológico del tracto gastrointestinal mediante endoscopia de cápsula
 - Inyecciones de Botox: Toxina botulínica tipo A
 - Inhibidor humano de la proteinasa Alfa 1
 - Bomba para la terapia de presión negativa para úlceras
 - Sistema generador de vibraciones de alta frecuencia para la pared torácica

¿Cómo puede usted apelar cuando se le niega la certificación previa o la continuidad de la certificación?

Existen varias razones por las cuales podría negársele la certificación de servicios. Estas razones incluyen, aunque sin limitarse a ello: la falta de la debida información clínica para que el plan tome una decisión en cuanto a la necesidad médica, el servicio solicitado es experimental o de investigación, el lugar de servicio no es apropiado para el cuidado que se está proporcionando y el suministro o servicio solicitado no está cubierto por el plan. Hable con su proveedor médico para asegurarse de que se envíe para apelación toda la información relevante a su caso. Pase a la página 82 para más información sobre el proceso de apelaciones.

Continuidad del Cuidado

¿Cómo funciona TRS-Care si el contrato de mi médico perteneciente a la red termina mientras esté yo recibiendo aun tratamiento?

Se requiere que todos los proveedores pertenecientes a la red continúen proporcionando servicios a los pacientes bajo ciertas circunstancias por un período posterior a la terminación del contrato entre el proveedor y Aetna. Este es el requisito de continuidad del cuidado. Para ser elegible para la continuidad del cuidado, el participante de TRS-Care debe ser:

- Un paciente bajo el cuidado de un médico de la red, quien, al momento de terminarse el contrato se encuentre internado en un hospital o institución perteneciente a la red, hasta tanto se le dé el alta al paciente o hasta tanto puedan hacerse arreglos para transferir de manera organizada el cuidado del paciente a otro médico perteneciente a la red, lo que suceda primero;
- Un paciente con "circunstancias especiales", tales como una incapacidad, una condición aguda o enfermedad que ponga en peligro su vida o una paciente embarazada que tenga más de 24 semanas de embarazo. El término "circunstancias especiales" se refiere a una condición tal que el médico perteneciente a la red considere razonablemente que de discontinuarse el cuidado con dicho médico podría ocasionársele un daño al paciente. La circunstancia especial la identificará el médico perteneciente a la red que solicite que se le permita al paciente continuar el tratamiento bajo su cuidado médico y que convenga en no facturarle al paciente el saldo por ninguna cantidad que sobrepase la tarifa contratada dentro de la red.

Circunstancias especiales que no obligan al médico perteneciente a la red a aceptar la tarifa contratada:

- Más de 90 días posterior a la terminación del contrato con Aetna
- Más de 9 meses en el caso de un paciente de TRS-Care que padezca una enfermedad terminal
- Más de 6 semanas posterior al nacimiento del bebé en caso de una paciente embarazada.

Para solicitar los beneficios de continuidad del cuidado, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

Cuidado de Transición

¿Cómo funciona TRS-Care cuando me acabo de inscribir y el médico que me está proporcionando tratamiento no participa en la red?

Si usted o un dependiente cubierto se encuentra bajo tratamiento médico en el momento de inscripción en el Plan Estándar de TRS-Care y su médico no pertenece a la red, podría solicitar la continuidad del cuidado con el médico actual por un tiempo. Podría haber disponibles beneficios del cuidado de transición si el doctor no perteneciente a la red le está tratando por alguna de las siguientes enfermedades:

- Cáncer recientemente diagnosticado
- Enfermedad incurable en fase terminal
- Ataque cardíaco reciente
- Otro cuidado agudo en curso
- Embarazo (en su tercer trimestre o en condición de alto riesgo)

Los beneficios del cuidado bajo transición están sujetos a aprobación. Para solicitar los beneficios del cuidado de transición, llene el Formulario de Solicitud de Cuidado de Transición (*Transitional Care Request Form*) disponible a través del Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**. Las instrucciones para que envíe la solicitud de Aetna se encuentran en el formulario. De aprobarse la solicitud de cuidado de transición, usted o su dependiente cubierto podría continuar viendo al médico no perteneciente a la red y recibir el nivel de beneficios dentro de la red del plan de TRS-Care seleccionado. De negársele la solicitud de cuidado de transición, usted podría continuar viendo a su médico actual aun, pero se le pagarán los beneficios fuera de la red.

AVISO: Si su médico pertenece a la red, usted no tiene que llenar el Formulario de Solicitud de Cuidado de Transición.



SERVICIOS CUBIERTOS

¿Qué cubre TRS-Care?

TRS-Care cubre los servicios médicos considerados como médicamente necesarios según lo determinado por Aetna y cubiertos por los beneficios de su plan. TRS-Care también cubre los servicios preventivos que se enumeran en las tablas de resumen de beneficios en la sección anterior.

¿Qué significa “médicamente necesario”?

El servicio o suministro determinado por Aetna como necesario para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de una enfermedad mental o física involucrada. El servicio o suministro deberá contar con amplia aceptación profesional en los Estados Unidos como efectivo, apropiado y esencial, basado en las normas reconocidas para la especialidad médica involucrada.

Se cubren los suministros y servicios sólo si son médicamente necesarios. Esto significa que los servicios y suministros deben ser:

- Esenciales y proporcionados para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad
- Apropiados para los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad
- Realizados de la manera o en el marco apropiado requerido para la enfermedad
- Dentro de las normas de las prácticas de asistencia médica generalmente aceptadas, según lo determinado por Aetna y
- Los suministros o niveles de servicio más económicos apropiados para el tratamiento seguro y efectivo.

Los cargos médicamente necesarios no incluyen los relacionados con:

- Un servicio o suministro proporcionado solamente por conveniencia
- Exámenes repetidos que no sean necesarios, aun cuando los haya ordenado un médico
- Servicios que sean experimentales, de investigación y/o no comprobados o
- Todos los demás servicios y suministros que no cuenten con cobertura

Los boletines de política clínica de Aetna están disponibles en línea en el sitio web de Aetna en: **www.aetna.com**.

La necesidad médica la determina Aetna y no se garantiza el pago, a menos que el servicio esté cubierto por el plan TRS-Care. Las decisiones relacionadas con la necesidad médica se rigen por las normas actuales que se encuentran en www.aetna.com.

Al determinar si un servicio o suministro es apropiado bajo las circunstancias, Aetna tomará en cuenta lo siguiente:

- La información en cuanto al estado médico actual de la persona afectada
- Los informes de estudios revisados por colegas médicos
- Los informes y las normas publicadas por organizaciones de asistencia médica nacionalmente reconocidas que incluyan datos científicos justificativos
- Los estándares profesionales de seguridad y efectividad generalmente reconocidos en los Estados Unidos para diagnóstico, cuidado o tratamiento
- La opinión de profesionales médicos generalmente reconocidos en su especialidad de trabajo
- Cualquier otra información relevante que se le presente a Aetna

De ninguna manera, se considerará como necesario lo siguiente:

- Los servicios prestados por un proveedor que no requieran de las destrezas técnicas propias de ese proveedor
- Los servicios y los suministros proporcionados principalmente para comodidad o conveniencia del paciente, de la persona que lo cuida o de cualquier familiar
- Los servicios y los suministros proporcionados a una persona únicamente por ser paciente interno, durante cualquier día de la enfermedad física o mental del paciente que pudiera diagnosticarse o tratarse de manera segura y adecuada no estando la persona hospitalizada
- Esa parte del costo que exceda el costo de cualquier servicio o suministro que habría sido suficiente para diagnosticar o tratar, de manera segura y adecuada, la enfermedad física o mental del paciente.



AVISO: La determinación de la necesidad médica no garantiza el pago, a menos que el servicio esté cubierto por TRS-Care.

TRS-Care cubre los siguientes gastos médicos. Los términos en inglés se mantienen en orden alfabético como referencia rápida. Cabe destacar que los servicios cubiertos podrían estar sujetos a otras Limitaciones del Plan.

Lesión Cerebral Adquirida (Acquired Brain Injury)

La "lesión cerebral adquirida" es un trauma neurológico al cerebro que no es hereditario, congénito ni degenerativo. La lesión cerebral ha ocurrido después del nacimiento y resulta en un cambio en cuanto a la actividad de las neuronas, lo cual resulta en un impedimento del funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, cognitivo o del comportamiento psicosocial.

Según se define a continuación, se cubrirán los siguientes servicios de ser estos médicamente necesarios por haberse producido como consecuencia y estar relacionados con una lesión cerebral adquirida, a menos que se haya sufrido tal lesión en una actividad o evento para el cual esté limitada o se excluya otra cobertura similar bajo el plan.

- a) **Terapia de rehabilitación cognitiva:** Servicios diseñados para tratar las actividades cognitivas terapéuticas, basándose en una evaluación y comprensión de los déficits del comportamiento del cerebro de la persona.
- b) **Terapia de la comunicación cognitiva:** Servicios diseñados para tratar las modalidades del entendimiento y la expresión, incluyendo la lectura y comprensión, la escritura y la expresión verbal de información.
- c) **Terapia neurocognitiva:** Servicios diseñados para tratar los déficits neurológicos en cuanto al procesamiento de información y para facilitar el desarrollo de las capacidades cognitivas superiores.
- d) **Rehabilitación neurocognitiva:** Servicios diseñados para ayudar a las personas cognitivamente incapacitadas a compensar déficits en cuanto al funcionamiento cognitivo, desarrollando destrezas cognitivas y/o estrategias y técnicas compensatorias.
- e) **Prueba del comportamiento neurológico:** Una evaluación del historial de la dificultad neurológica y psiquiátrica, los síntomas actuales, el estado mental actual y el historial anterior a la enfermedad, incluyendo la identificación de la conducta problemática y la relación entre esta y las variables que controlan la conducta. Esto podría incluir entrevistas con la persona, la familia u otros.

- f) **Tratamiento del comportamiento neurológico:** Intervenciones que se enfocan en el comportamiento y en las variables que controlan el mismo.
- g) **Prueba neurofisiológica:** Una evaluación de las funciones del sistema nervioso.
- h) **Tratamiento neurofisiológico:** Intervenciones que se enfocan en las funciones del sistema nervioso.
- i) **Prueba neuropsicológica:** La administración de una serie completa de pruebas efectuadas para evaluar los puntos fuertes y débiles neurocognitivos, de las emociones y del comportamiento, así como la relación de estos con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central
- j) **Tratamiento neuropsicológico:** Intervenciones diseñadas a mejorar o reducir al mínimo los déficits en cuanto a los procesos cognitivos y del comportamiento.
- k) **Terapia de retroalimentación neurológica:** Servicios que utilizan el procedimiento del aprendizaje acondicionado operante, basándose en los parámetros de la electroencefalografía, y que están diseñados para mejorar el desempeño mental y del comportamiento y para estabilizar el estado de ánimo de la persona.



- l) **Remediación:** El o los procesos de restauración o mejora de una función en particular.
- m) **Servicios de transición posterior a un trauma agudo:** Servicios que facilitan la continuidad del cuidado más allá del trauma neurológico inicial mediante la rehabilitación y la reintegración del paciente a la comunidad.
- n) **Servicios de tratamiento para el cuidado posterior a un trauma agudo:** Servicios proporcionados después de una hospitalización y/o tratamiento para el cuidado médico de un trauma agudo, que estén basados en una evaluación de los déficits del funcionamiento físico, cognitivo o del comportamiento, los cuales incluyan las metas del tratamiento para lograr cambios funcionales mediante el reforzamiento, fortalecimiento o restablecimiento de patrones del comportamiento aprendidos anteriormente y/o el establecimiento de patrones nuevos de la actividad cognitiva o mecanismos compensatorios.
- o) **Servicios de reintegración a la comunidad:** Servicios que facilitan la continuidad de la asistencia a medida que la persona afectada realiza la transición para reincorporarse a la comunidad.
- p) **Otra cobertura parecida:** Los beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados bajo un plan de beneficios médicos. Este término reconoce una distinción entre los beneficios médicos o quirúrgicos que abarca los beneficios para enfermedades o lesiones y los beneficios para la salud mental o del comportamiento ofrecidos bajo el plan de beneficios médicos.
- q) **Servicios de tratamiento diurno para paciente ambulatorio:** Servicios estructurados proporcionados para tratar déficits pertinentes a las funciones fisiológicas, cognitivas y/o del comportamiento. Tales servicios podrían proporcionarse en contextos que incluyan la residencia transicional, la integración a la comunidad o en contextos de tratamiento no residencial.
- r) **Pruebas psicofisiológicas:** Una evaluación de las interrelaciones que existen entre el sistema nervioso y demás comportamientos y órganos corporales.
- s) **Tratamiento psicofisiológico:** Intervenciones diseñadas a aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso producto de factores emocionales o del comportamiento.

La cobertura incluirá además servicios de tratamiento diurno u otros servicios de tratamiento para la asistencia médica posterior a un trauma agudo.

Cuidado Médico Relacionado con las Alergias

Se proporciona cobertura para el examen y tratamiento antialérgico médicamente necesario. Las inyecciones antialérgicas no se consideran como vacunas. Las inyecciones antialérgicas y los antígenos se cubren bajo el beneficio del coseguro, a menos que se facturen conjuntamente con una visita al consultorio médico.

Servicios de Ambulancia

Una vez cubierto el deducible del plan, TRS-Care cubre, en un 80%, los servicios de **ambulancia** profesionales prestados localmente. Muchas áreas reciben servicios a través de ambulancias que no poseen contrato con ninguna red de proveedores. Estos servicios a menudo cobran más de lo que pagaría TRS-Care por lo que usted sería responsable de los cargos que excedan la cantidad permitida de Aetna.

TRS-Care proporciona cobertura para servicios profesionales de ambulancia terrestre prestados localmente, servicios prestados en un momento de emergencia y cuando Aetna lo determine médicamente necesario. No habrá beneficios disponibles para servicios de ambulancia, a menos que se traslade al paciente a la instalación médica más cercana que cuente con el equipo y el personal necesarios para el tratamiento de su enfermedad. El pago por servicios de ambulancia se limitará a la cantidad permitida.

El traslado en ambulancia no efectuado por razones de emergencia requerirá de una constancia de necesidad médica, emitida por el médico que le esté atendiendo y deberá incluir la razón médica por la cual se requiere este servicio. No se cubrirá este servicio si el mismo se presta solo para conveniencia del paciente o familia. El paciente deberá estar postrado en cama o en camilla.

Se cubrirá la ambulancia aérea solo cuando sea médicamente necesaria y se traslade al paciente a la instalación médica más cercana que cuente con el equipo y el personal necesarios para el tratamiento de su enfermedad. Se requerirá certificación previa. No se cubrirán otros gastos de viaje, incluyendo los traslados efectuados para conveniencia del paciente o del médico.

Desorden del Espectro Autista

Los servicios generalmente reconocidos y recetados, por el médico del participante, en relación con el Desorden del Espectro Autista (Autism Spectrum Disorder o ASD, por sus siglas en inglés) y como parte de un plan de tratamiento recomendado por dicho médico.

La persona que proporcione los servicios recetados bajo tal plan de tratamiento deberá ser un profesional médico:

- Con licencia profesional, certificado o registrado por la agencia competente del estado de Texas;
- Cuyas credenciales profesionales cuenten con el reconocimiento y aceptación de la agencia competente de los Estados Unidos; o
- Con certificación como proveedor bajo el sistema médico militar conocido como TRICARE.

Para los fines de esta sección, entre los servicios generalmente reconocidos podrían incluirse los siguientes:

- Servicios de evaluación y tasación;
- Análisis aplicado al comportamiento;
- Capacitación y manejo del comportamiento
- Terapia del habla;
- Terapia ocupacional;
- Fisioterapia; o
- Medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para el tratamiento de los síntomas del Desorden del Espectro Autista.

Cirugía Bariátrica

REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA

Podría proporcionarse cobertura si se cumple con todos los criterios médicos. Para más información, refiérase al Boletín de Políticas Clínicas (*Clinical Policy Bulletin*) que aparece en

www.aetna.com.

Dependencia Química, Incluyendo el Alcoholismo

REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA

Tanto la cobertura para paciente interno como ambulatorio están disponibles bajo TRS-Care, según se describe específicamente a continuación:

Tratamiento Efectivo

El término "Tratamiento Efectivo" se refiere a un programa de terapia para combatir el alcoholismo o la drogadicción que haya sido recetado y esté supervisado por un médico y que cumpla con cualquiera de los siguientes puntos:

- El médico certifica que se ha establecido un programa de seguimiento que incluya la terapia individual o la terapia de grupo dirigida por un médico, que se proporcione mínimo una vez al mes.
- Incluye asistir, mínimo dos veces al mes, a las reuniones realizadas por organizaciones para el tratamiento terapéutico del alcoholismo o drogadicción, es decir, específicamente aquello por lo cual esté recibiendo tratamiento.

No se considera como Tratamiento Efectivo la hospitalización efectuada únicamente para fines de desintoxicación o principalmente para el cuidado de mantenimiento. La desintoxicación se entiende como el cuidado proporcionado principalmente para la superación de los efectos de un episodio específico de alcoholismo o drogadicción. El cuidado de mantenimiento proporciona un ambiente sin ningún acceso a alcohol ni drogas.

Tratamiento del Alcoholismo o la Drogadicción para Pacientes Internos

Se consideran como **gastos médicos cubiertos** si el participante es un paciente interno hospitalizado únicamente para:

- El tratamiento de complicaciones médicas relacionadas con el alcoholismo o la drogadicción. Esto se refiere a complicaciones tales como la cirrosis hepática, el delirium tremens o la hepatitis.
- El tratamiento efectivo del alcoholismo o de la drogadicción solo se cubre de no haber **una Instalación Médica aparte para el Tratamiento del Alcoholismo o la Drogadicción**.

Se cubren los cargos para el Tratamiento Efectivo del **Alcoholismo o la Drogadicción** en una Instalación Médica de Tratamiento, tales como:

- Alojamiento y comida. No se cubre ningún cargo diario de alojamiento y comida en habitación privada que supere la tarifa de habitación semiprivada de la institución.
- Otros servicios y suministros necesarios.

Tratamiento del Alcoholismo o la Drogadicción para Pacientes Ambulatorios

Se consideran como gastos médicos cubiertos aquellos en los que se incurra para el Tratamiento Efectivo del alcoholismo o la drogadicción si el participante no es paciente interno de un hospital o Instalación de Tratamiento.

Los gastos cubiertos incluyen cargos de:

- Hospitales e instalaciones médicas para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo y la drogadicción.
- Médicos para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo y la drogadicción.
- Servicios y suministros médicos (distintos de los cargos hospitalarios) utilizados en relación con el tratamiento de trastornos mentales.
- Sesiones de tratamiento diurno o nocturno (hospitalización parcial) realizadas por instalaciones que cumplan con los requisitos estándar de reconocimiento de la instalación médica de tratamiento.

Tratamiento de hospitalización parcial

El tratamiento clínico proporcionado no debe excederse a más de 5 días por semana, mínimo de 4 horas cada día de tratamiento. Los servicios deben ser médicamente necesarios y proporcionados por un proveedor de salud del comportamiento con licencia apropiada de credenciales. Los servicios deben estar diseñados para abordar un problema de trastorno mental o abuso de sustancias químicas y pueden incluir:

- Psicoterapia de grupo, individual, familiar o multifamiliar
- Servicios psicoeducativos
- Servicios complementarios como el monitoreo de medicamentos

La atención médica se administra de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas para la condición en particular de la persona.

Los gastos incurridos para el tratamiento del alcoholismo o drogadicción se cubrirán solo como se indica anteriormente.

Instalación de Tratamiento

En la medida en que el término se aplique al tratamiento del alcoholismo o la drogadicción, se definirá como "Instalación de Tratamiento" la institución o una parte diferente de una institución que satisfaga todos los siguientes criterios:

- Proporcione principalmente un programa para el diagnóstico, la evaluación y el Tratamiento Efectivo del alcoholismo o la drogadicción.
- Proporcione todos los servicios de desintoxicación en las instalaciones, las 24 horas del día.



- Proporcione todos los servicios médicos normales a nivel de dispensario (*infirmary*) requeridos para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión sufrida durante el tratamiento, independientemente de si la misma está o no relacionada con el alcoholismo o la drogadicción. También mantiene un acuerdo con un hospital local para cualquier otro servicio médico requerido.
- Se encuentre, en todo momento, durante el tratamiento, bajo constante supervisión médica y proporcione servicios de rehabilitación (*skilled nursing*) en todo momento a través de enfermeros con licencia profesional, bajo la dirección de un enfermero certificado (*registered nurse* o RN, por sus siglas en inglés).
- Prepare y mantenga un plan de tratamiento escrito para cada paciente basándose en una evaluación del diagnóstico de las necesidades médicas, psicológicas y sociales del paciente, el cual indique que el cuidado cuenta con la supervisión de un médico.
- Reúna cualquier estándar en cuanto a licencias profesionales establecido por la jurisdicción en la cual se encuentre ubicada la instalación.

AVISO: Como con todas las hospitalizaciones, el tratamiento para pacientes hospitalizados deberá contar con certificación previa. De no ser así, se aplicará una sanción de certificación previa (por cada hospitalización).

Cuidado Quiropráctico

TRS-Care cubre un máximo de 20 visitas para servicios quiroprácticos por año del plan. No se requiere certificación previa.

Cuidado Compasivo para Pacientes Desahuciados (*Hospice*)

SE REQUIERE NOTIFICACIÓN

El Programa de Cuidado Compasivo de Aetna es un paquete de beneficios mejorados para pacientes desahuciados (*hospice*), disponible para los participantes de TRS.

El programa proporciona una gama completa de servicios y apoyo para pacientes que padezcan enfermedades en fase terminal y a los familiares de estos, incluyendo los servicios de un enfermero coordinador del caso, herramientas en línea e información.

Este beneficio incluye cobertura para lo siguiente:

- La opción de continuar procurando cuidado curativo y paliativo mientras esté recibiendo servicios como paciente desahuciado
- La capacidad de inscribirse en un programa para pacientes desahuciados con una prognosis terminal de 12 meses
- Enfermeros especialmente capacitados para coordinar el cuidado, ayudar a manejar sus beneficios e identificar recursos útiles
- Un sitio web que pueda proporcionarle información acerca de la preparación de testamentos en vida (*living wills*), consejos para discutir las opciones de cuidado y el tratamiento con los seres queridos y más
- Servicios de alivio temporario (*respite*) y luto (*bereavement*) por el fallecimiento de un ser querido
- Puede encontrar más información en www.aetnacompassionatecare.com o llamando al Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

Limitaciones en cuanto a los Gastos de Centros de Convalecientes/ Centros de Rehabilitación

Este beneficio no cubre los cargos por tratamiento para los siguientes diagnósticos primarios: drogadicción, enfermedad de Alzheimer, alcoholismo, senilidad, discapacidad mental ni ningún otro trastorno mental y síndrome cerebral orgánico y crónico que no sea de tipo psicótico.

No importa lo que haya causado la condición o la duración de esta.

Lo que determina si la atención puede clasificarse como “calificada” como médicamente necesaria es la atención brindada, no el tipo de centro médico ni las pautas de Medicare. No se pagará ningún beneficio por gastos incurridos cualquier día de hospitalización como un paciente de tiempo completo de estar excluido bajo cualquier otro término del plan. Estas hospitalizaciones están sujetas a los mismos requisitos de certificación previa que se aplican a la hospitalización.

El beneficio máximo para pacientes hospitalizados se limita a 365 días por la misma enfermedad o una similar, a menos que haya una brecha de 90 días consecutivos entre hospitalizaciones.

Cirugía Cosmética, Reconstructiva o Plástica

SE REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA

La cirugía plástica y reconstructiva se cubre en la medida en que sea necesaria para:

- Mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que:
 - No sea un diente o muela o una estructura que soporte los mismos.
 - No se trate de una malformación por defecto congénito grave (incluyendo el labio leporino o bien la sindactilia o fusión de dos o más dedos) como consecuencia directa de una enfermedad o por una cirugía para tratar una enfermedad o lesión (incluyendo la cirugía reconstructiva de seno posterior a una mastectomía médicamente necesaria).
- Reparar una lesión que ocurra estando la persona cubierta por TRS-Care o cuando la persona esté cubierta bajo un plan médico de grupo hasta por un año antes de la fecha de vigencia de la cobertura de TRS-Care.

La cirugía deberá llevarse a cabo:

- El año del plan en que haya ocurrido el accidente que causó la lesión o
- El siguiente año del plan

Cirugía Bucal Cubierta y Servicios Dentales

SE REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS PROCEDIMIENTOS

Se consideran como gastos médicos cubiertos solamente los gastos por servicios y suministros relacionados que sean necesarios para llevar a cabo los tratamientos que se mencionan a continuación: Se recomienda la determinación previa de cada procedimiento que tengan que ver con la boca, los dientes o muelas y la mandíbula. Para estos gastos, el tratamiento deberá realizarlo un médico o **un dentista** cuando se trate de:

- La cirugía necesaria para:
 - Tratar una fractura, dislocación o herida
 - La extracción de:
 - Muelas o dientes parcial o totalmente impactados en el hueso de la mandíbula;
 - Muelas o dientes no visibles por encima de la encía;
 - Otros dientes y muelas que no puedan extraerse sin cortar el hueso;
 - Las raíces de un diente, muela o quiste sin efectuar una extracción dental completa;
 - Tumores
 - El corte para penetrar en las encías y los tejidos bucales cuando no se realice conjuntamente con una extracción, reemplazo o reparación dental
 - La alteración de la mandíbula, las articulaciones mandibulares o la mala oclusión dental mediante un procedimiento de corte cuando la terapia con aparatos dentales no puede producir una mejora funcional
 - El trabajo dental resultante de una lesión o accidente, incluyendo la cirugía y el tratamiento ortodóntico necesarios para la extracción, la reparación, el reemplazo, la restauración o la reposición de dientes naturales afectados, la pérdida o la extracción de otros tejidos de la boca fracturados o cortados. El accidente o lesión debe haber ocurrido estando la persona cubierta bajo esta sección de beneficios en el momento de la lesión o accidente o estando cubierta bajo otro plan médico de grupo hasta por un año antes de la fecha de vigencia de la cobertura de TRS-Care.
 - Esas muelas o dientes no pueden estar cariados ni restaurados (con un máximo de dos amalgamas en la superficie) y deberán estar firmemente adheridos a la mandíbula para el momento de producirse la lesión.

- El tratamiento debe realizarse en el año calendario en que haya ocurrido el accidente o en el año subsiguiente.
- Los cargos para la primera corona (caps) para la reparación del diente dañado, dentaduras postizas (dientes no verdaderos) o puentes arreglados para reemplazar dientes perdidos o los aparatos bucales utilizados durante un tratamiento ortodóntico posterior a una lesión se considerarán como gastos médicos cubiertos.

No se incluyen los cargos para:

- Remover, reparar, reemplazar, restaurar ni volver a colocar en su lugar dientes perdidos o dañados al morder o masticar algo
- Reparar, reemplazar o restaurar amalgamas, coronas, dentaduras postizas o puentes
- Para el tratamiento periodontal no quirúrgico
- Para el raspado y pulido radicular
- Para la terapia miofuncional que sea una terapia de entrenamiento muscular o para corregir o controlar hábitos dañinos
- Para aparatos bucales, coronas, puentes, dentaduras postizas, restauraciones dentales o cualquier servicio relacionado con la colocación o ajuste dental, excepto según lo dispuesto para las lesiones, independientemente de si el propósito de tales servicios o suministros es aliviar el dolor
- Para la terapia de conducto radicular o la limpieza dental
- Para la extracción rutinaria de dientes o muelas (sin necesidad de cortar el hueso), excepto según lo dispuesto para las lesiones
- Para el tratamiento no quirúrgico de la disfunción de la articulación temporomandibular

Servicio para el Control de la Diabetes

TRS-Care sigue todas las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo las órdenes judiciales relacionadas con el cuidado y el tratamiento para diabéticos.

Equipo Médico Duradero

SE REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA PARA CIERTOS EQUIPOS

Se cubrirá el equipo médico duradero o el equipo quirúrgico que se haya determinado como médicamente necesario cuando:

- Esté hecho para resistir el uso prolongado;
- Esté hecho y se utilice principalmente para el tratamiento de una enfermedad o lesión;
- No lo utilicen normalmente personas que no padezcan una enfermedad o lesión;
- No se utilice para alterar la calidad del aire ni la temperatura;
- No sea para entrenamiento o ejercicio físico;
- Sea apropiado para uso doméstico.

Aetna determinará la compra, el alquiler, la reparación o el reemplazo del equipo médico duradero o del equipo quirúrgico, según se indica a continuación:

- Se cubrirá la compra inicial de tal equipo y de los accesorios necesarios para operarlo solo si se le muestra a Aetna que se ha planificado el uso a largo plazo; no se puede alquilar el equipo; o costaría menos comprarlo que alquilarlo.
- Se permitirán los beneficios de alquiler hasta por el precio de compra del equipo.
- Se cubre la reparación o el reemplazo de tal equipo y accesorios comprados solo si se le muestra a Aetna que es necesario debido a un cambio en la condición física de la persona o porque probablemente cueste menos comprar un reemplazo que reparar el equipo existente o alquilar uno parecido.

No se incluyen los cargos por más de un artículo o equipo utilizado para un propósito igual o parecido.

Asistencia de Emergencia

Los beneficios para la atención de emergencia prestados por un proveedor de la red o fuera de la red se pagan en base a las cantidades permitidas de acuerdo con las disposiciones del plan regular. Se aplica el deducible y el coseguro.

Tratamiento en la Sala de Emergencia: El primer tratamiento proporcionado en la sala de emergencias de un hospital inmediatamente después de la aparición repentina y en ese momento inesperada de un cambio en la condición física o mental de la persona lo cual:

- Requiera de un nivel de cuidado de hospital por:
 - No poderse proporcionar cuidado seguro y adecuado fuera del hospital; o
 - No haber cuidado adecuado disponible en ningún otro lugar del área en el momento y lugar en que se necesitaba; y
 - Poder esperarse razonablemente que resulte en una condición de emergencia. Esto significa una condición médica reciente y severa, incluyendo, pero sin limitarse a ello, el dolor severo, que haría que una persona prudente con conocimiento promedio de medicina y salud crea que su condición, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que, de no recibir asistencia médica inmediata:
 - Se pondría en grave peligro la salud de la persona;
 - Causaría una disfunción grave a un órgano o parte del cuerpo; o
 - Causaría una desfiguración grave; o
 - Pondría en grave peligro la salud de un feto.

Si a usted lo internan en un hospital perteneciente a la red, los proveedores de la red obtendrán la certificación previa para su hospitalización. Si lo internan en un **hospital no perteneciente a la red**, deberá obtenerse certificación previa para la hospitalización dentro de un lapso de 48 horas, llamando a Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

AVISO: Los servicios y/o suministros que no puedan ser razonablemente proporcionados por un hospital o un médico de la red se considerarán en cuanto a la Cantidad Permitida y coseguro como dentro de la red participante. El participante de TRS-Care seguirá siendo responsable de cualquier cantidad facturada que supere la cantidad permitida por la Red.

Exámenes y Tratamiento Oftalmológico

Los beneficios se limitan al tratamiento de una enfermedad o lesión ocular con cobertura similar a la utilizada para tratar cualquier otra enfermedad. Después de una cirugía intraocular o lesión accidental, se cubrirán los primeros anteojos, la montura y los lentes o bien los lentes de contacto comprados dentro del transcurso de 12 meses, posterior a la fecha de la cirugía. No habrá, sin embargo, cobertura para el costo de los anteojos o lentes de contacto posteriores ni se cubrirán tampoco los exámenes oftalmológicos de rutina.

Planificación Familiar

La esterilización voluntaria es un gasto médico cubierto. Se cubren los contraceptivos orales bajo el plan de beneficios para medicinas recetadas. El medicamento Depo- Provera se cubre bajo el plan de beneficios médicos.

Dispositivos Auditivos o Implante Coclear

Se brinda cobertura para dispositivos auditivos médicamente necesarios o implantes cocleares, servicios y suministros relacionados para un dependiente cubierto hasta los 19 años de edad. Las piezas de reemplazo se cubrirán cada tres años.

Cuidado Médico a Domicilio

Se incluyen como gastos cubiertos los cargos efectuados por una **Agencia para el Cuidado Médico a Domicilio** para los siguientes servicios y suministros proporcionados a un participante en la vivienda de la persona y de acuerdo con un **plan de cuidado médico a domicilio**:

- El cuidado a medio tiempo o intermitente proporcionado por un enfermero registrado (RN) o enfermero vocacional certificado (LVN) y un Auxiliar Médico a Domicilio donde fuere médicamente apropiado bajo la supervisión de un enfermero registrado (RN)
- Un profesional con maestría en trabajo social (MSW) o licenciatura en trabajo social (SW)
- Un Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla y terapeuta respiratorio
- Equipos y suministros médicos, medicamentos con o sin receta médica y servicios de laboratorio proporcionados por una Agencia para el Cuidado Médico a Domicilio, pero solo en la medida en que se habrían cubierto tales cargos de haberse internado a la persona en un hospital o **instalación médica para convalécientes**.

No se cubrirán, en ningún año del Plan, más de 120 visitas combinadas para el **cuidado médico a domicilio** y los Servicios Privados de Enfermería. Se considerará como una misma visita cada consulta, hasta por un máximo de cuatro horas, realizada por un enfermero registrado (RN) o un enfermero vocacional certificado (LVN) a fin de proporcionar asistencia de enfermería o por un terapeuta para proporcionar servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia respiratoria.

No se incluirán el cuidado médico a domicilio ni los gastos por servicios privados de enfermería si los mismos están relacionados con cualquiera de los siguientes puntos:

- Servicios o suministros no especificados en el plan de cuidado médico a domicilio;
- Servicios de transporte;
- Servicios prestados por una persona que comúnmente resida en la vivienda del participante o que se incluya como parte de la familia, ya sea del participante o bien del cónyuge de este último.

Deberá obtenerse certificación previa para los gastos por Servicios Privados de Enfermería. De no obtenerse certificación previa para estos gastos, se aplicará una sanción de certificación previa (por cada incapacidad). No se cubrirán los gastos del servicio privado de enfermería de no obtenerse certificación previa y de no considerarse médicamente necesario.



AVISO: El cuidado de custodia no es un servicio cubierto. Para ver el Glosario, pase a la página 101.

Servicios de Infusión a Domicilio

SE REQUIERE NOTIFICACIÓN

TRS-Care cubre la administración de fluidos, nutrición o medicamento (incluyendo todos los aditivos y la quimioterapia) mediante infusión intravenosa o gastrointestinal o por inyección intravenosa administrada en la vivienda. La terapia de infusión a domicilio incluye:

- Medicamentos y soluciones intravenosas
- Servicios de preparación y entrega de compuestos farmacéuticos
- Todo equipo y suministro auxiliar necesario para la terapia definida
- Servicio de despacho
- Capacitación del paciente y la familia
- Servicios de enfermería

Dependiendo de la necesidad médica, podrían cubrirse productos que no requieran receta médica, incluyendo las fórmulas regulares de nutrición utilizadas para la alimentación intestinal (alimentación por tubo).

Hospitalización

SE REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA

Estos son servicios proporcionados por un hospital, incluyendo alojamiento y comida y demás servicios y suministros de hospital proporcionados a una persona hospitalizada como paciente interno de tiempo completo para el tratamiento de una lesión o enfermedad.

No se considera como gasto médico cubierto ningún cargo diario de alojamiento y comida proporcionado en una habitación privada que supere el cargo por una habitación semiprivada, a menos que sea médicamente necesario, según lo determinado por Aetna.

La hospitalización en una instalación médica para el **Cuidado Agudo a Largo Plazo** es un beneficio elegible para esos pacientes que ya no requieren del nivel de cuidado que se ofrece en la unidad de un hospital para pacientes internos, pero requieren cuidado especializado no disponible en un **Centro de Rehabilitación** (*skilled nursing*) cuando sea médicamente necesario, según lo determinado por Aetna.

La cobertura no incluye las instalaciones médicas que proporcionen servicios de custodia, enfermería, descanso o cuidado prolongado ni aquellas que operen exclusivamente para el tratamiento de ancianos, drogadictos o alcohólicos, independientemente de si tales instalaciones operan o no como institución independiente del hospital.

El cuidado debe determinarse como médicamente necesario. No se pagarán beneficios para los gastos en los cuales se incurra por un día de hospitalización como paciente interno de tiempo completo en una instalación médica para el Cuidado Agudo a Largo Plazo de excluirse los mismos de conformidad con cualquier otro término del Plan.

De no obtenerse certificación previa, se aplicará una sanción por certificación previa. La misma se aplicará por cada hospitalización efectuada en una instalación médica que no cuente con certificación previa.

El período máximo de hospitalización para cualquier tratamiento se limita a 365 días por la misma enfermedad o una parecida, a menos que exista una brecha de 90 días consecutivos entre una hospitalización y otra. Este máximo se aplica a cada tipo de hospitalización.

Hospitales para Veteranos y Militares

Se cubren los servicios médicamente necesarios prestados por hospitales para veteranos y militares de la misma manera que se cubren los servicios médicamente necesarios proporcionados por otras instituciones médicas legalmente constituidas que proporcionen cuidado a pacientes internos y ambulatorios. Se requerirá certificación previa para los siguientes servicios médicos: Todas las hospitalizaciones para paciente interno y todos los servicios enumerados en las páginas 21 a la 23 cuando el cuidado lo proporcione un hospital militar o un hospital para veteranos (VA).

Laboratorio, Radiología y Demás Servicios Auxiliares

Se cubren los procedimientos, servicios y materiales de laboratorio y radiográficos que se consideren como médicamente necesarios, incluyendo las radiografías de diagnóstico, la terapia de radiología, la quimioterapia, la fluoroscopia, los electrocardiogramas, los exámenes de laboratorio y los servicios de radiología terapéutica cuando los ordena un proveedor.

Se espera que los proveedores de la red remitan a los pacientes a los laboratorios de la red, centros de radiología o al departamento de pacientes ambulatorios de un hospital de la red para servicios de laboratorio y de rayos X médicamente necesarios no disponibles en la oficina de un proveedor.

En algunas situaciones, la instalación médica de la red remitirá los resultados de los análisis de laboratorio y las radiografías a un radiólogo o patólogo a fin de obtener una interpretación profesional de los resultados. Dado que los participantes tienen poco o ningún control sobre esta remisión, se pagarán al nivel de coseguro de la red todas las interpretaciones profesionales de las pruebas de laboratorio y de rayos X, independientemente de si las realiza un proveedor perteneciente a la red o no. Sin embargo, si se utiliza un proveedor no perteneciente a la red, los participantes serán responsables de cualquier gasto que exceda la cantidad permitida.

Las pruebas diagnósticas para el tratamiento o el diagnóstico de una condición médica no estarán cubiertas bajo el beneficio preventivo. A excepción de las mamografías diagnósticas, usted pagará el costo compartido específico de los servicios médicos elegibles para las pruebas de diagnóstico.

Asistencia Médica para la Salud Mental

REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA

Los cargos para el tratamiento de un trastorno **mental o nervioso como paciente interno** son gastos médicos cubiertos en la misma medida que cualquier otra enfermedad.

No se cubrirá ningún cargo diario por alojamiento y comida en una habitación privada que supere la tarifa de la habitación semiprivada, a menos que sea médicamente necesario, según lo determinado por Aetna.

Entre los Trastornos Mentales podría incluirse lo siguiente:

- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastorno generalizado del desarrollo mental (autismo)
- Pánico
- Trastorno depresivo mayor
- Depresión psicótica
- Trastorno compulsivo obsesivo

Las Instalaciones para el tratamiento de pacientes internos incluyen:

- **Unidades de Estabilización de Crisis**
- **Centros de Tratamiento Residencial** – Hospitales.

La instalación médica de tratamiento debe:

- Proporcionar, a nivel de enfermería o dispensario y durante el período de tratamiento, todo cuidado médico normal requerido para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión sufrida, aunque esté o no relacionada con el trastorno mental o nervioso. Adicionalmente, la instalación debe proporcionar o tener un acuerdo con un hospital del área para el suministro de cualquier servicio médico requerido.
- Estar supervisada en todo momento por un psiquiatra responsable de la coordinación del cuidado del paciente que esté regularmente presente en la instalación médica.
- Contar con psiquiatras involucrados en el programa de tratamiento y uno de estos médicos deberá estar presente en todo momento durante las horas de tratamiento.

- Proporcionar, en todo momento, los servicios de un trabajador social y de enfermeros de psiquiatría.
- Proporcionar, en todo momento, cuidado de rehabilitación prestado por enfermeros con licencia profesional supervisados por un enfermero registrado (RN) de tiempo completo.
- Preparar y mantener un plan de tratamiento individual por escrito para cada paciente basado en las necesidades médicas, psicológica y sociales del mismo. El tratamiento debe contar con la supervisión de un psiquiatra.
- Cobrar por servicios que se hayan prestado realmente.

Tratamiento para el Cuidado Diurno o Nocturno

Los gastos médicos cubiertos incluyen cargos efectuados por un hospital o instalación de tratamiento para el tratamiento efectivo de un trastorno mental proporcionado mediante un Programa de Tratamiento de Cuidado Diurno o Nocturno que tenga una duración mínima de cuatro horas, pero no más de ocho en cualquier período de 24 horas. La sesión de tratamiento comienza cuando la persona ingresa al lugar de tratamiento. Termina cuando se va después de un tratamiento de cuidado diurno o nocturno. Todos los servicios y suministros deberán proporcionarse en una instalación médica, incluyendo los medicamentos recetados por un médico para el tratamiento del trastorno mental. Los cargos efectuados por Tratamiento de Cuidado Diurno o Nocturno se consideran como cargos propios de una instalación médica para paciente interno.

Tratamiento/Instalación para Pacientes Ambulatorios

Los cargos para el tratamiento ambulatorio de un trastorno mental o nervioso son gastos médicos que se cubren en la misma medida que cualquier otra enfermedad. Se aplican el deducible y el coseguro.

Tratamiento y Visitas Médicas para Pacientes Ambulatorios

El deducible y coseguro se aplican a los participantes, así como a los servicios cubiertos proporcionados fuera de la red.

No se pagarán beneficios por Servicios de Paciente Interno ni Ambulatorio por:

- Los servicios de un médico que no sea parte del personal del centro dónde se esté proporcionando el tratamiento
- Los servicios psiquiátricos de enfermería y trabajo social de no haberlos ordenado un médico psiquiatra del centro
- Los exámenes de diagnóstico psicológico de no haberlos administrado personal con licencia profesional o certificación para ello
- Las citas a las cuales usted no haya asistido
- Las consultas efectuadas por teléfono
- Los artículos ordenados para la comodidad personal
- Los servicios y suministros que no sean parte del cuidado que ofrece regularmente la institución.

AVISO: También deben contar con certificación previa las pruebas de salud mental / comportamiento para pacientes externos, la terapia ambulatoria intensiva y la terapia electroconvulsiva.

Ortótica y Prótesis

TRS-Care proporciona cobertura para dispositivos artificiales médicamente necesarios, incluyendo extremidades u ojos, soportes o dispositivos prostéticos u ortopédicos que reemplacen total o parcialmente un órgano ausente (incluyendo el tejido contiguo) o el funcionamiento de un órgano permanentemente incapacitado o que esté funcionando mal (excluyendo los aparatos dentales y, si tiene más de 18, los dispositivos auditivos).

Los artículos que no se cubren incluyen, pero no se limitan a:

- Aparatos ortodónticos u otros aparatos dentales (excepto según lo permitido para la lesión accidental bajo la sección de cirugía bucal cubierta que aparece en la página 32)
- Las tablillas o vendajes proporcionados por un médico fuera del hospital o comprados sin receta médica para brindar apoyo a esguinces y torceduras
- Los zapatos ortopédicos que pueden separarse de un soporte cubierto
- El calzado obtenido por orden especial y especialmente diseñado o manufacturado para el paciente
- El calzado ortopédico para fracturas (cast shoes), las plantillas, diseñadas para brindar soporte al arco del pie o para efectuar cambios en el pie; o
- La alineación del pie, los soportes para arcos, las medias elásticas y los ligeros (garter belts)

Son responsabilidad del participante el mantenimiento y la reparación de productos ortóticos y prótesis dañados por accidente, mal uso o abuso.

Servicios Prestados en Instalaciones Ambulatorias

Cuando fuere médicamente necesario, TRS-Care cubrirá los siguientes servicios proporcionados a través de un departamento ambulatorio del hospital o instalación autónoma (free-standing facility):

- Terapia de radiación
- Quimioterapia
- Diálisis
- Servicios de rehabilitación
- Cirugía ambulatoria

Normalmente, es menos costoso para TRS-Care y el participante cuando se proporcionan estos servicios a través de una instalación autónoma perteneciente a la red.

Embarazo

Para la Persona Jubilada y su Cónyuge

Se pagan igual que cualquier otra enfermedad los beneficios por gastos relacionados con el embarazo de las jubiladas del sexo femenino y cónyuges dependientes del sexo femenino.

En caso de hospitalización como paciente interno, los gastos médicos cubiertos incluyen el cuidado para paciente interno de la participante y el recién nacido por un mínimo de 48 horas posteriores a un parto vaginal y un mínimo de 96 horas posteriores a una cesárea. Si se le da el alta a la paciente antes, se pagarán los beneficios de dos visitas postparto realizadas a domicilio por un proveedor médico. Este cambio aplica solamente a la cobertura de la persona jubilada y su cónyuge.

Para los Hijos Dependientes Cubiertos Bajo TRS-Care o Cubiertos por COBRA

Los embarazos normales no se considerarán como beneficio cubierto para los hijos dependientes. De conformidad con los requisitos de elegibilidad que aparecen en la página 68, tampoco se cubrirán los recién nacidos de los hijos dependientes. (Ver excepciones en la página 69). Cuando se presente una de las siguientes complicaciones durante el embarazo, se cubrirá la misma igual que cualquier otra condición médica:

- El embarazo ectópico
- Una complicación que requiera cirugía intraabdominal después de terminarse el embarazo
- El vómito pernicioso producido durante el embarazo (*hiperémesis gravidaria*)
- La toxemia convulsiva (eclampsia del embarazo)
- La cesárea
- La preclamsia
- La terminación del embarazo en gestación por no ser posible un nacimiento viable.
- Cualquier enfermedad que requiera su hospitalización antes de haberse concluido el embarazo y cuyo diagnóstico sea diferente al embarazo, pero que se vea gravemente afectada o haya sido causada por el mismo como, por ejemplo, la nefritis aguda, la nefrosis, la descompensación cardíaca, el aborto retenido (*missed abortion*) o cualquier condición médica o quirúrgica parecida y de comparable gravedad.

Se excluyen los cargos por falsa alarma (false labor), sangrado ocasional, reposo recetado por un médico o náuseas matutinas y cualquier condición similar relacionada con el control de un embarazo difícil que no constituya una complicación propia del embarazo.

Abortos Electivos: Se limita la cobertura a los abortos por una complicación médica grave que pueda poner en peligro la vida de la madre de llevarse a término el embarazo.

Planes Anteriores: Todo beneficio por embarazo pagadero por la cobertura médica previa de grupo se deducirá de los beneficios pagaderos por los mismos gastos bajo TRS-Care.

Condiciones Preexistentes:

Se cubren las condiciones preexistentes bajo los mismos términos y condiciones de cualquier otra enfermedad.

Servicios Preventivos

TRS-Care recomienda el cuidado preventivo y el mantenimiento de una buena salud. Los servicios cubiertos bajo este beneficio deberán facturarlos los proveedores como "cuidado preventivo" y, cuando se utilicen proveedores pertenecientes a la red, dichos servicios no estarán sujetos a deducible, coseguro o límites máximos:

- Los artículos o servicios basados en evidencia que tengan en efecto una clasificación "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Panel de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (The United States Preventive Services Task Force o "USPSTF", por sus siglas en inglés);
- Las vacunaciones recomendadas por el Comité Asesor en Prácticas de Vacunación de los Centers for Disease Control and Prevention ("CDC") con respecto a la persona involucrada;
- Exámenes y cuidado preventivo con evidencia según las disposiciones de las normas amplias de apoyo de Health Resources Administration ("HRSA") para recién nacidos, niños y adolescentes; y
- Exámenes y cuidado preventivo adicional para mujeres, no descrito anteriormente, según lo dispuesto en las normas amplias de apoyo de la HRSA.

Para fines de este beneficio, se tomarán en cuenta las recomendaciones actuales de USPSTF en relación con la mamografía, prevención y examen para detectar el cáncer de seno (en vez de las emitidas en noviembre de 2009 aproximadamente).

Los servicios para el cuidado preventivo podrían cambiar, según se modifiquen las normas de USPSTF, CDC y HRSA. Entre los ejemplos de servicios cubiertos incluidos se encuentran los exámenes anuales físicos de rutina, las vacunaciones, el cuidado del niño sano, el examen de la mujer sana y el Papa Nicolau, el apoyo, servicios y suministros para madres que estén amamantando; la densitometría ósea; el examen para detectar el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal (incluyendo las colonoscopías de rutina); los servicios de consejería para personas interesadas en dejar de fumar y la consejería para seguir una dieta balanceada y saludable; así como los exámenes o consejería para combatir la obesidad. Entre los ejemplos de servicios cubiertos para pacientes del sexo femenino en edad fértil, se encuentran los procedimientos de esterilización femenina y los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, adquiridos con receta médica, incluyendo el capuchón cervical, el diafragma, los anticonceptivos implantables, los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos inyectables, los transdérmicos y los de uso vaginal. Se cubren los anticonceptivos recetados a pacientes del sexo femenino bajo los beneficios de farmacia administrados por Caremark. Para determinar si se ha incluido dentro de este beneficio un anticonceptivo o dispositivo en particular, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente al número gratis que aparece en su tarjeta de identificación. La lista podría cambiar según se modifiquen las normas de la FDA. Visite <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

Los servicios cubiertos para el cuidado preventivo que no se hayan incluido en la descripción antes mencionada quedarán sujetos a deducible y coseguro. Entre los ejemplos a citarse se incluyen los exámenes oftalmológicos y del oído (uno por año del plan) y los exámenes para la detección temprana de la enfermedad cardiovascular.

Usted puede encontrar más información sobre los servicios para el cuidado preventivo visitando healthcare.gov o comunicándose con el Departamento de Servicios al Cliente al número gratis que aparece en su tarjeta de identificación. Tenga presente que usted puede incurrir en ciertos costos si el propósito primario de la consulta no es el servicio preventivo o si las facturas de su médico reflejan servicios que no sean preventivos

Servicios Profesionales

Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios y proporcionados por un médico con licencia. Los servicios podrían proporcionarlos además otros proveedores médicos cubiertos. Los beneficios por servicios prestados para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión están disponibles para pacientes internos o ambulatorios o en el consultorio de un proveedor médico. Los servicios cubiertos deben estar dentro del alcance de la licencia del médico practicante.

¿Cuáles son los proveedores médicos cubiertos?

TRS-Care solo cubre los servicios prestados por los siguientes proveedores:

- Doctor en quiropráctica
- Doctor en odontología
- Doctor en medicina
- Doctor en optometría
- Doctor en osteopatía
- Doctor en podiatría
- Doctor en psicología
- Psicólogos asociados que trabajen bajo la supervisión de un doctor en psicología
- Audiólogo certificado
- Patólogo del habla certificado
- Trabajador social con maestría – con experiencia clínica avanzada
- Dietista certificado
- Consejero profesional certificado
- Consejero certificado en dependencia química
- Terapeuta ocupacional certificado
- Fisioterapeuta certificado
- Enfermero Registrado (Advanced Practice Nurse (APN) o Enfermero Especializado)
- Enfermero Anestesiólogo Registrado y Certificado (CRNA)
- Médico asistente (*Physician Assistant o PA*)
- Auxiliar de Enfermería (*Nurse First Assistant o NFA*)
- Enfermero instrumentista (*Surgical First Assistant o NFA*)
- Practicante de la religión conocida como Christian Science (según lo mencionado en el Christian Science Journal)

AVISO: No todos los servicios proporcionados por proveedores médicos reconocidos son beneficios cubiertos por TRS-Care.

Servicios de Rehabilitación

TRS-Care cubre servicios de rehabilitación incluyendo la fisioterapia, la terapia del habla y la terapia ocupacional que sean médicamente necesarias, satisfagan o sobrepasen las metas de tratamiento para el participante y se proporcionen a pacientes internos habiéndose obtenido certificación previa. La fisioterapia, la terapia del habla y la terapia ocupacional proporcionadas a pacientes ambulatorios o en el consultorio del proveedor médico podrían requerir de una revisión periódica de los servicios para poder determinar la necesidad médica. Se espera que la terapia del habla restaure la función del habla o corrija un impedimento del habla como resultado de una enfermedad o lesión, o por retrasos en el desarrollo de la función del habla como resultado de un defecto anatómico grave presente al nacer. La terapia del habla no incluye capacitación educativa ni servicios diseñados para mejorar la función física, excepto según lo dispuesto para el Retraso en el Desarrollo y el Autismo.

Centro de Rehabilitación

Los cargos de los Centros de Rehabilitación (*Skilled Nursing Facility*) son gastos que se cubren si el participante está hospitalizado en dicha instalación médica durante un período de recuperación. Estos cargos se tratarán como gastos de hospital al determinarse la cantidad de beneficios pagaderos. El período de recuperación es un período de días consecutivos que comienza el día en que el participante es hospitalizado en un centro de rehabilitación.

El paciente requiere cuidado "médicamente necesario" en un centro de rehabilitación, lo cual no puede proporcionarse a un nivel menor de cuidado.

Se espera que el cuidado recibido mejore la condición del paciente y facilite el alta médica. El cuidado de custodia no se considera como beneficio cubierto independientemente de quién sea el proveedor que lo esté atendiendo, el médico que lo haya recetado ni la instalación médica involucrada.

Entre los tipos de instalaciones que proporcionan cuidado para la recuperación, se podrían incluir los hospitales y los centros de rehabilitación que:

- Tengan licencia para proporcionar servicios de enfermería especializada Y servicios de recuperación física para pacientes internos
- Cuenten con la supervisión de un médico o de un enfermero registrado (RN)
- Proporcionen cuidado médico las 24 horas del día a través de enfermeros certificados que trabajen bajo la dirección de un enfermero registrado (RN) de tiempo completo.
- Mantengan los registros médicos completos de cada paciente

- Tengan un plan de revisión de la utilización para cada paciente
- No sean meramente centros de reposo, para el cuidado de custodia o educación o para el cuidado de ancianos, drogadictos, alcohólicos o personas que padezcan de incapacidad mental o trastornos mentales.

Los tipos de servicios y suministros que se cubren cuando se hospitaliza a la persona en un centro de rehabilitación (skilled nursing care), son alojamiento y comida con una **cuota de habitación semiprivada**, servicios médicos de rutina, suministros y equipo proporcionado por el centro de rehabilitación, lo cual deberá determinarse como médicamente necesario.

El período de recuperación termina cuando no se interna a la persona en un hospital, centro de rehabilitación u otro lugar que proporcione asistencia de enfermería por 90 días consecutivos. El beneficio máximo para pacientes internos se limita a 365 días por la misma enfermedad o una parecida, a menos que haya una brecha de 90 días consecutivos entre hospitalizaciones.

Limitaciones en cuanto a los Gastos de las Instalaciones Médicas de Convalecencia / Centros de Rehabilitación

Este beneficio no cubre los cargos por tratamiento para los siguientes diagnósticos: drogadicción, enfermedad de Alzheimer, alcoholismo, senilidad, discapacidad mental ni ningún otro trastorno mental y síndrome cerebral orgánico y crónico que no sea de tipo psicótico, sin importar lo que haya causado la condición ni la duración de la misma.

Lo que determina si la atención puede clasificarse como "calificada" como médicamente necesaria es la atención brindada, no el tipo de centro médico ni las pautas de Medicare. No se pagará ningún beneficio por gastos incurridos cualquier día de hospitalización como paciente de tiempo completo de estar excluido bajo cualquier otro término del plan. Estas hospitalizaciones están sujetas a los mismos requisitos de certificación previa que se aplican a la hospitalización. Si llegaren a agotarse los beneficios de Medicare, requerirá de certificación previa el cuidado proporcionado cualquier día de hospitalización como paciente interno de tiempo completo. El beneficio máximo para pacientes hospitalizados se limita a 365 días por la misma enfermedad o una similar, a menos que haya una brecha de 90 días consecutivos entre una hospitalización y otra.

Atención Médica de TRS Virtual Health

Los servicios de la telemedicina de TRS Virtual Health están disponibles a través de Teladoc. Una consulta médica de TRS Virtual Health es una alternativa menos costosa a la sala de emergencias y la atención de urgencia. Muchos problemas médicos comunes se pueden resolver cómodamente a través de una consulta telefónica o de video. Simplemente llame al 855-835-2362, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días o descargue la aplicación Teladoc e inicie sesión en su portal de Teladoc para programar:

- La tarifa por consulta de \$30 se aplica al deducible, después el plan paga 80%. Una vez que satisfaga su deducible, puede tener una visita médica con un médico certificado y su costo sería de \$6.
- Conveniente atención médica disponible en la privacidad de su propia casa.
- Se garantiza que le llamarán en 60 minutos. El tiempo promedio para que le llamen es de 15 minutos o menos.
- Recibirá tratamiento de parte de un médico certificado para las afecciones agudas y no urgentes tales como la bronquitis, infecciones del tracto urinario o infecciones sinusales. Los medicamentos se prescriben cuando es apropiado.
- Se le enviará una copia del registro de la consulta a su proveedor de atención primaria a petición suya.

Cuidado de la Salud Mental de TRS Virtual Health

Usted puede recibir atención para enfermedades mentales por psiquiatras certificados, psicólogos, trabajadores sociales con licencia, consejeros o terapeutas. Pueden tratar la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias químicas, el estrés, luto, los problemas familiares y más. Este beneficio de telemedicina de TRS Virtual Health está disponible a través de Teladoc.

- El paciente debe tener 18 años o más.
- Usted puede establecer una relación continua con el proveedor.
- Las visitas de salud mental solo están disponibles a través de video. Puede probar la conexión de vídeo cuando programe la cita.

Todas las citas deben ser programadas en línea o a través de la aplicación Teladoc y deben ser programadas con al menos 72 horas de anticipación. Solicite una hora que le convenga mejor a usted y el proveedor puede aceptar ese tiempo o proponer una hora diferente. Hay horarios flexibles y las citas están disponibles los siete días de la semana de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. El tratamiento a través de video, es estrictamente confidencial, está disponible para usted. Para programar una visita:

- Inscribise para obtener una cuenta de Teladoc a través de la web o inicie sesión en su cuenta si ya se ha inscrito para
- Solicitar una visita
- Responder algunas preguntas
- Seleccionar su psiquiatra o terapeuta
- Solicitar un tiempo específico para su cita

Los psiquiatras son los únicos proveedores de la salud mental que pueden recetar medicamentos, actualmente prescriben de una lista o formulario limitado, incluyendo los antidepresivos. Los medicamentos que el psiquiatra de Teladoc puede recetar incluyen:

- Antidepresivos: Asendin, Celexa, Desyrel, Lexapro, Paxil, Prozac, Remeron, Sinequan, Viibryd, Vivactil, Wellbutrin y Zoloft
- Ansiolíticos/Sedantes/Hipnóticos: Programe medicamentos II y IV: BuSpar, Benadryl, Melatonina y Rozerem
- Adjuntos de Dependencia Química: ReVia y Vivitrol
- Inhibidores de la monoaminooxidasa: Emsam
- Varios: Luvox y Neurontin

Los psiquiatras de Teladoc no prescriben antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo ni simulantes. El terapeuta de Teladoc (psicólogos, consejeros, terapeutas, etc.) no prescriben medicamentos.

Para el Cuidado de Su Familia - TRS Virtual Health

Algunos miembros de la familia mayores de 18 años, como los hijos adultos o los padres de edad avanzada, también pueden recibir atención médica de un médico certificado, incluso si no están cubiertos por su Plan TRS-Care Standard. Este beneficio de TRS Virtual Health está disponible a través de Teladoc. Puede proporcionar el servicio de medicina general a alguien que usted cuide, ya sea con un video de dos o tres vías o una visita telefónica con un médico con licencia por una tarifa fija de \$45.

- Inscribirse para agregar familiares o seres queridos que no estén cubiertos por su Plan TRS-Care Standard.
- Proporcionar autorización legal especificando que usted es cuidador para la persona que está recibiendo atención médica.
- Solicitar una consulta telefónica con un médico certificado.
- El médico de Teladoc puede compartir el resumen de la visita con el PCP que haya solicitado.

Trasplantes

SE REQUIERE CERTIFICACIÓN PREVIA

El Programa Nacional de Excelencia Médica de Aetna (*Aetna National Medical Excellence* o NME, por sus siglas en inglés) incluye el componente del Programa Nacional de Trasplante (*National Transplantation Program*) que coordina el cuidado y acceso a proveedores a través de la Red de *The Institutes of Excellence™* (IOE). Se han contratado hospitales o instalaciones médicas específicamente para casos de trasplantes y se considera que participan SOLO en los trasplantes específicos para los cuales se les haya contratado.

Este programa está diseñado para ayudar a organizar la asistencia médica cubierta para trasplantes de órganos y tejido, incluyendo los trasplantes de corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas y los trasplantes de células madre de sangre periférica y de médula ósea. **Para preguntas relacionadas con la cobertura de trasplantes, el pago de las reclamaciones o para obtener servicios de certificación previa, comuníquese con la línea de National Medical Excellence (NME) de Aetna al 1-800-232-1931**

Este programa proporciona:

- Acceso al cuidado cubierto cuando se haya recibido certificación previa a través de la unidad NME, los proveedores médicos y hospitales de la Red nacional de The Institutes of Excellence™ que demuestren el logro continuo en el cuidado complejo.
- Coordinación especializada del caso por parte de enfermeros con experiencia en la coordinación del cuidado relacionado con trasplantes complicados. Los coordinadores de casos de Aetna manejan todas las fases del procedimiento desde la evaluación inicial hasta el tratamiento y el seguimiento médico dialogando con el paciente, el doctor, la instalación médica y los familiares del paciente.
- Coordinación del cuidado de seguimiento que permita que los participantes reciban servicios posteriores al cuidado cerca de su casa, cuando fuere posible. Aetna selecciona instalaciones con experiencia y un historial de resultados clínicos exitosos.
- Específicamente, las instalaciones médicas deben cumplir los criterios de selección para:
 - **Experiencia.** Llevan a cabo, con cierta frecuencia, trasplantes y demás procedimientos especializados.
 - **Resultados.** Evalúan las tasas de supervivencia del injerto y del paciente a intervalos de tres meses, un año y tres años después de haberse realizado el trasplante.

- **Continuidad del Cuidado.** Los pacientes tienen acceso a seguimiento médico después del procedimiento.
- **Revisión Concurrente.** Le reportan continuamente a Aetna la información relacionada con el paciente.
- **Afiliación a UNOS.** Los hospitales cuentan con afiliación activa en la Red UNOS (*United Network of Organ Sharing*).
- **Centros para la Aprobación de Medicare y Medicaid (CMS).** Los hospitales cuentan con la aprobación de la CMS para el trasplante de órganos sólidos.
- **Informes.** La información estadística anual se le reporta a una base de datos nacional de procedimientos y a Aetna.

El participante de TRS-Care puede seleccionar recibir tratamiento en una instalación no perteneciente a la IOE. Sin embargo, el pago de la instalación médica quedará sujeto al deducible, las cantidades permitidas fuera de la red y los porcentajes de coseguro. Sin embargo, el pago a la instalación médica quedará sujeto a las cantidades permitidas fuera de la red y al deducible fuera de la red, así como al coseguro y al desembolso máximo personal.

No se consideran como beneficios cubiertos los servicios y suministros para donantes de órganos que no sean participantes de TRS-Care cuando el participante de TRS-Care opte por recibir tratamiento en una instalación médica no perteneciente a la IOE.

No se cubrirán gastos de viaje ni alojamiento.

AVISO: El participante que se encuentre ya en la lista de trasplantes de una instalación específica, en el momento de la jubilación, podrá continuar con su plan de tratamiento. El pago de la instalación médica se basará en la tarifa contratada de Aetna.

Refiérase al Resumen de Beneficios para el Plan TRS-Care Estándar que haya seleccionado en las páginas 13 al 16 de este folleto para encontrar información detallada, incluyendo el copago, el deducible y el coseguro aplicables. La lista de servicios excluidos comienza en la página 44.

Los Boletines de la Política Clínica de Aetna están disponibles en línea en el sitio web de Aetna, www.aetna.com.





EXCLUSIONES/LIMITACIONES DEL PLAN

No se proporciona cobertura para los siguientes servicios:

- Los servicios y suministros que no sean médicamente necesarios, según lo determinado por Aetna, para el diagnóstico, el cuidado o el tratamiento de la enfermedad o lesión involucrada. Esto se aplica aun cuando los servicios o suministros los recete, recomiende o apruebe el dentista o el médico tratante de la persona.
- Cuidado, tratamiento, servicios o suministros no recetados, recomendados o aprobados por el médico o dentista que esté atendiendo al paciente.
- Los dispositivos auditivos, los exámenes para la evaluación del dispositivo auditivo, las baterías o pilas para el dispositivo auditivo, los exámenes del oído requeridos como condición laboral y la capacitación especial de una persona que haya sufrido la pérdida o un impedimento relacionado con la capacidad auditiva o del habla de un participante mayor de 18 años. (Esto incluye las lecciones para aprender lenguaje de señas).
- El cuidado podiátrico de rutina, incluyendo los zapatos ortopédicos, las plantillas regulares o las plantillas ortopédicas de cualquier tipo (excepto cuando las receten para el diagnóstico de la diabetes o en relación con esta última).
- La sensibilidad ambiental, la ecología clínica ni los exámenes o tratamientos para alergias de pacientes internos.
- La terapia de tipo primaria, el masaje para alinear la postura y liberar tensiones (conocido en inglés como “*rolfing*”), el psicodrama, la terapia con megavitaminas, la terapia bionérgica, la capacitación relacionada con la percepción visual, la terapia con dióxido de carbono ni la terapia de quelación, excepto para el tratamiento del envenenamiento agudo por metales.
- Los servicios prestados por profesionales médicos especializados en el cuidado de la salud mental, los cuales sean parte de la capacitación que se requiere que reciban.
- Los servicios y acomodaciones de viaje, independientemente de si se han recomendado o recetado, excepto para servicios de ambulancia que sean médicamente necesarios.
- Los servicios proporcionados por un médico residente o practicante (intern) prestados en tal capacidad.
- Los servicios o suministros proporcionados por usted mismo o por un familiar cercano (incluyendo a su cónyuge, padres o hermanos).
- La fisioterapia para fines de mantenimiento.
- Los cargos que excedan los **cargos razonables** según lo determinado por Aetna.
- Los cargos efectuados solo porque usted posee cobertura médica.
- Los cargos que una persona cubierta no está legalmente obligada a pagar.
- El cuidado de custodia o cuidado de alivio temporario (*respite*) (a menos que se haya autorizado bajo el Programa de Cuidado Compasivo de Aetna).

- Servicios y Suministros:
 - Proporcionados, pagados o aquellos para los cuales se hayan provisto o solicitado beneficios por un servicio pasado o presente de alguna persona que se encuentre en las fuerzas armadas de un gobierno, a menos que lo reemplace la ley federal.
 - Proporcionados, pagados o aquellos para los cuales se hayan provisto o solicitado beneficios bajo cualquier ley gubernamental. (Esto no incluye el plan establecido por un gobierno para sus propios empleados o dependientes ni Medicaid). Ejemplo de esto serían los beneficios proporcionados según lo requerido por la ley bajo el seguro de automóviles “sin culpa” (“*no fault*”).
- La cirugía oftalmológica realizada principalmente para corregir errores de refracción.
- Los zapatos ortopédicos que no están conectados con una extremidad o soporte ortopédico (*brace*), a menos que así lo ordene la ley.
- La educación regular o especial o la capacitación laboral, independientemente de si se imparte en una instalación que proporcione además tratamiento médico o psiquiátrico.
- La cirugía plástica, reconstructiva, cosmética u otros servicios y suministros que mejoren, alteren o corrijan la apariencia física de la persona, independientemente o no de si se deben a razones psicológicas o emocionales, excepto en la medida de lo necesario para:
 - Mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que no sea un diente, muela o estructura de apoyo dental; la deformación se deba a un defecto congénito grave, incluyendo una malformación por defecto congénito grave (incluyendo el labio leporino, la sindactilia o fusión de dos o más dedos) ocurrida como consecuencia directa de una enfermedad o por una cirugía para tratar una enfermedad o lesión.
 - La terapia, los suministros o la consejería para disfunciones o deficiencias sexuales que no tengan fundamento psicológico u orgánico.
- La cirugía o tratamiento para el cambio de sexo.
- La inseminación artificial, la fertilización in vitro o los procedimientos para la transferencia o trasplante de embriones.
- La reversión de un procedimiento de esterilización.
- La consejería matrimonial, familiar, para niños y adolescentes, la consejería de tipo vocacional, de ajuste social, pastoral o financiero.
- La terapia de acupuntura, a menos que la realice un médico como una forma de anestesia en relación con una cirugía cubierta bajo el Plan.
- Los gastos por cualquier servicio y suministro que sobrepase el acuerdo de reembolso, según lo especificado en cualquier contrato existente entre TRS-Care y cualquier hospital, médico o proveedor perteneciente a la red.
- Los servicios múltiples realizados el mismo día se revisarán para agruparlos y para fines relacionados con el incidente y podrán no autorizarse según lo facturado.
- Cualquier programa para la pérdida de peso patrocinado por un programa y producto médico y/o comercial para la pérdida de peso (como, por ejemplo, Weight Watchers, Herbalife, Jenny Craig).
- Los servicios de odontología general, incluyendo los aparatos dentales y cualquier gasto médico o quirúrgico en que se incurra por una cirugía dental. (Ver las excepciones en la página 32, bajo la sección de Cirugía Bucal Cubierta y Servicios Dentales).
- Los cargos que resulten por no asistir a una consulta programada con un médico u otro proveedor profesional para llenar formularios de seguro o para la obtención de registros médicos.
- Los servicios o suministros proporcionados para el tratamiento o los servicios relacionados con la articulación temporomandibular (*temporomandibular joint* o TMJ, por sus siglas en inglés), excepto para el diagnóstico y/o el tratamiento quirúrgico que sea médicamente necesario.
- Los servicios o suministros proporcionados en relación con una enfermedad o lesión ocupacional sufrida en el ámbito o curso de cualquier empleo, independientemente de si hubiere o puedan proporcionarse beneficios bajo un Plan de Compensación Laboral (*Worker's Compensation Plan*).
- Los servicios o suministros que Aetna considere como experimentales o de investigación.

¿Qué considera Aetna como experimental o de investigación?

Se determinará que un fármaco, dispositivo, procedimiento o tratamiento es experimental o de investigación si:

- No hay suficientes datos disponibles sobre los resultados de estudios clínicos controlados divulgados en publicaciones profesionales revisadas por colegas científicos a fin de corroborar la seguridad y la efectividad de este para la enfermedad o lesión involucrada; o
- Si lo requiere la FDA, no se ha aprobado la comercialización o si una sociedad médica o dental reconocida nacionalmente o una agencia regulatoria ha determinado, por escrito, que el mismo es experimental, de investigación o para fines de investigación; o bien
- El o los protocolos escritos utilizados por la instalación médica tratante o el o los protocolos de otra instalación que estudie principalmente el mismo fármaco, dispositivo, procedimiento o tratamiento (o el consentimiento informado por escrito utilizado por la instalación tratante o por otra instalación que esté estudiando el mismo fármaco, dispositivo, procedimiento o tratamiento) declara que este es experimental, de investigación o para fines de investigación.

Esta exclusión no se aplicará con respecto a servicios o suministros (además de los medicamentos) recibidos en relación con una enfermedad si Aetna determina que:

- Puede esperarse que la enfermedad ocasione la muerte del paciente dentro de un año en la ausencia de un tratamiento efectivo y si el cuidado o tratamiento es efectivo para esa enfermedad o promete ser efectivo para esa enfermedad, según lo demostrado por datos científicos. Un Director Médico seleccionado por Aetna revisará el caso. Aetna utilizará los resultados cuando tome una determinación.
- La evidencia científica disponible demuestra que el fármaco es efectivo o promete ser efectivo para la enfermedad.

Los participantes y proveedores deben verificar el estado de la política médica relevante. Esto deben hacerlo de inmediato antes de que se proporcionen los servicios. Las políticas médicas actuales están disponibles en línea, en los sitios web de TRS-Care Standard o Aetna o bien llamando al departamento de servicios al cliente.

Además, no se aplicará esta exclusión en relación con medicamentos que:

- Hayan sido clasificados como medicamentos nuevos de investigación para el tratamiento de enfermedades graves o en fase terminal (treatment investigational new drug) o medicamentos nuevos de investigación para tratamiento de ciertos tumores cancerígenos (Group c/treatment IND), o bien
- Se encuentren bajo estudio en la Fase III de un estudio clínico realizado a nivel nacional y patrocinado por The National Cancer Institute.

Los boletines de la Política Clínica de Aetna están disponibles en línea en el sitio web de Aetna en **www.aetna.com**.

Ninguna de las exclusiones mencionadas anteriormente se aplicará en la medida en que se mencione la cobertura específicamente, en este Folleto, por nombre o que requiera cobertura según lo exija la ley aplicable. La ley de la jurisdicción donde resida la persona al surgir una reclamación podría prohibir algunos beneficios. El patrocinador del plan asegurará que se administren los beneficios de conformidad con lo dispuesto por la ley aplicable.





RECLAMACIONES, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA

No Asignación de Beneficios

Excepto en la medida requerida por la ley, este Programa no aceptará la venta, compromiso de transferencia o asignación de ningún beneficio bajo este Programa (incluyendo, pero sin limitarse a ello, cualquier beneficio debido, el derecho a recibir pagos, el derecho a presentar reclamaciones, cualquier reclamación que usted haga por daños resultantes de un incumplimiento, o presunto incumplimiento de los términos de cualquier plan ofrecido bajo este Programa, ya sea que constituya un recurso legal o equitativo). Excepto según lo dispuesto en una Orden de Manutención Médica Calificada de Niños, ningún beneficio bajo el Programa antes de la recepción real de la misma por parte de un miembro estará sujeto a cualquier deuda, responsabilidad legal, contrato, compromiso, u ofensa por parte de cualquier miembro, ni sujeto a anticipación, venta, asignación, transferencia, impuesto, promesa, cargo, embargo sobre sueldos, embargo sobre bienes, transferencia voluntaria de título de bienes, o transferencia involuntaria o cualquier otro proceso u otro proceso legal o equitativo. Cualquier intento de disposición será nulo. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier supuesta asignación a un proveedor médico será considerada por el Programa como una indicación por parte de un miembro para proporcionar pago directo al proveedor médico como una facilitación del pago y no deberá ser interpretado como una asignación al proveedor médico independientemente de su contenido. El pago directo del Programa a un proveedor médico de conformidad con dicha dirección no constituirá un reconocimiento de una asignación legal.

Cómo Apelar a la Negación de una Reclamación

La negación de una reclamación es una decisión que resulta en:

- La negación, reducción o terminación de un beneficio o de la cantidad pagada por un servicio o suministro.
- La decisión de no proporcionar un beneficio, servicio o suministro.

Aetna le enviará una Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits* o EOB, por sus siglas en inglés), la cual le informará cuál sea la decisión de Aetna en relación con su reclamación o reclamaciones, indicando cuál parte de cada reclamación se ha aprobado para cobertura. De haberla, la parte de la Explicación de Beneficios que indique que se le ha negado parcialmente la cobertura constituirá su aviso de negación de la reclamación. La Explicación de Beneficios podría ponerse a su disposición electrónicamente o por escrito. El aviso de negación de una reclamación le proporcionará la razón por la cual se niega la cobertura y le explicará cuáles pasos debe usted tomar si desea apelar a la negación. El aviso le informará además acerca de su derecho a recibir información adicional que pudiera ser relevante para la apelación.

Los Tres Pasos del Proceso de Apelación

TRS-Care dispone de dos niveles obligatorios de apelación ante Aetna con la opción de procurar posteriormente una revisión externa voluntaria para las reclamaciones que sean elegibles. A fin de procurar la revisión externa voluntaria de las reclamaciones elegibles, usted deberá solicitar primero tanto una apelación de Nivel Uno como una de Nivel Dos, lo cual se discute a continuación:

1. Si usted no se siente satisfecho con la parte de su reclamación a la cual se le negó cobertura, puede solicitar una revisión inicial de apelación por parte de Aetna. Usted debe solicitar esta apelación primero (la de Nivel Uno) dentro de un lapso de 180 días posterior a la fecha en la cual haya usted recibido el aviso de negación de la reclamación (en la Explicación de Beneficios).
2. Si usted no se siente satisfecho con el resultado de su apelación de Nivel Uno presentada ante Aetna, puede solicitar una segunda revisión (una apelación de Nivel Dos). Usted debe solicitar la apelación de Nivel Dos, antes del término de los 60 días calendarios posteriores a la fecha en la cual haya recibido el aviso de negación para su apelación de Nivel Uno.
3. Si usted ya ha solicitado una apelación de Nivel Uno y una apelación de Nivel Dos, la negación de su reclamación podría ser elegible para revisión por parte de la organización de revisiones externas independientes (independent external review organization o ERO, por sus siglas en inglés). Usted debe presentar la solicitud de revisión externa dentro del transcurso de 123 días calendarios, a partir de la fecha en que haya recibido el aviso de negación de su apelación de Nivel Dos.

Apelaciones de Nivel Uno y Nivel Dos Dirigidas a Aetna

Usted puede presentar sus apelaciones por escrito, dirigiéndolas a Aetna Member Services, o por teléfono, llamando a Aetna Member Services y debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Una copia del aviso de negación de la reclamación enviado por Aetna (ubicado en la Explicación de Beneficios)
- Las razones por las cuales está usted apelando la decisión
- El nombre del grupo (TRS-Care)
- Cualquier otra información que desee que se considere en su apelación ante Aetna.

Envíe su apelación a Aetna Member Services, a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación, o llame al Servicio al Miembro de Aetna (Aetna Member Services) al **1-800-367-3636**.

Basados en el tipo de reclamación, Aetna deberá responder a su apelación dentro de los lapsos que aparecen en la siguiente tabla:

Tipo de Reclamación	Apelación de Nivel Uno Aetna Le Notificará Dentro de:	Apelación de Nivel Dos: Aetna Le Notificará Dentro de:
Reclamación de Cuidado Urgente	36 horas	36 horas
Reclamación Previa al Servicio	15 días calendarios	15 días calendarios
Extensión de una Reclamación por Cuidados Simultáneos	Se trata como una reclamación por cuidado de urgencia o una reclamación anterior al servicio, dependiente de las circunstancias	Se trata como una reclamación por cuidado de urgencia o una reclamación anterior al servicio, dependiendo de las circunstancias
Reclamación Posterior al Servicio	30 días calendarios	30 días calendarios

Usted puede optar además por hacer que otra persona (un representante autorizado) presente la apelación en nombre suyo. Para ello, usted deberá proporcionarle a Aetna evidencia escrita aceptable de que está delegando autoridad para que otra persona actúe en nombre suyo. La evidencia escrita aceptable de delegación de autoridad podría incluir, entre otras cosas, un poder notarial (power of attorney), un mandato judicial (*court order*) o un formulario de hospital firmado por la persona inscrita. Aetna tendrá derecho, a juicio propio y dependiendo del caso, a determinar cuál evidencia escrita será aceptable para probar la delegación de autoridad. En el caso de una reclamación por cuidado de urgencia o de una reclamación anterior al servicio, un médico que esté familiarizado con su caso podría representarlo a usted en la apelación.

Revisión Externa

La revisión externa es la revisión opcional de una negación de reclamación (una determinación adversa de beneficios) realizada por una Organización de Revisión Externa (*External Review Organization* o ERO, por sus siglas en inglés). Usted puede solicitar una revisión externa de ciertas negaciones de reclamación que sean elegibles (vea a continuación). Sin embargo, no se requiere que usted presente una solicitud de revisión por parte de una Organización de Revisión Externa. Esta es una revisión voluntaria.

Negaciones de Reclamación Elegibles para Revisión Externa

Usted o su representante autorizado podrían solicitar la revisión externa de:

- La negación de una reclamación basada en una rescisión (una decisión en la cual se cancela o discontinúa la cobertura retroactivamente).
- La negación de una reclamación por más de \$500 y que no se considere como médicamente necesaria.
- La negación de una reclamación basada en el juicio médico si:
 - Usted ha agotado el proceso de apelación proporcionado por TRS-Care, según lo descrito anteriormente
 - Aetna o TRS-Care no ha seguido las reglas de reclamación y apelación (descritas anteriormente) bajo la ley federal (excepto por violaciones menores) y el proceso de apelación se consideró, por tanto, completo. Esto es lo que se conoce como “apelación agotada por consideración” (*deemed exhausted*).

Tenga Presente lo Siguiente:

La negación de una reclamación basada en la elegibilidad suya de inscripción en TRS-Care no es elegible para revisión externa.

Si usted presenta una solicitud de revisión externa para una negación de reclamación elegible, se suspenderá todo estatuto de limitaciones aplicable mientras esté pendiente la apelación. Su solicitud de revisión externa no afectará su derecho a recibir ningún otro beneficio bajo TRS-Care.

El Proceso de Revisión Externa

1. Usted deberá presentar una solicitud de revisión externa dentro del transcurso de 123 días calendarios, a partir de la fecha en que reciba el aviso de negación de su apelación de Nivel Dos. La solicitud deberá presentarse por escrito (no se aceptan solicitudes verbales) e incluir una copia del aviso de negación y demás información que (i) considere usted que corrobora su posición y (ii) considere usted que será importante para que la considere la Organización de Revisión Externa (ERO) durante su revisión.
2. Aetna realizará una revisión preliminar de su solicitud de revisión externa, dentro del transcurso de cinco días hábiles, a partir de la fecha en que se reciba la solicitud. Esta revisión preliminar determina si la negación de la reclamación es elegible o no para revisión externa (es decir, si usted estaba cubierto bajo TRS-Care en el momento en que se solicitó o proporcionó el servicio, la revisión no está relacionada con la elegibilidad y usted haya agotado las dos apelaciones internas) e incluye toda la documentación necesaria (es decir, una copia del aviso de negación y una LISTA DE CUALQUIER OTRA DOCUMENTACIÓN). Aetna deberá notificarle a usted, por escrito, de los resultados de esta revisión preliminar dentro de un día hábil, después de haberse llevado a cabo la revisión.

3. De aprobarse su solicitud de revisión externa, Aetna asignará a una Organización de Revisión Externa (ERO) para que lleve a cabo la revisión. Una persona a cargo de la revisión clínica independiente relacionada con la Organización de Revisión Externa (ERO) que posea un nivel apropiado de experiencia en el área en cuestión será quien revise toda la información y los documentos que usted haya presentado para justificar su apelación. La persona a cargo de la revisión en nombre de la Organización de Revisión Externa (ERO) no estará obligada por ninguna decisión tomada por Aetna durante las reclamaciones mencionadas anteriormente y el proceso de apelaciones. La Organización de Revisión Externa (ERO) deberá proporcionar, por escrito, aviso de su decisión final dentro del transcurso de 45 días hábiles después de haber recibido su solicitud de revisión externa. La Organización de Revisión Externa (ERO) debe entregarle la decisión final a usted, Aetna y TRS-Care.

Si la Organización de Revisión Externa (ERO) reversa la negación o negaciones anteriores de reclamación de Aetna, TRS-Care tomará las medidas apropiadas para cumplir con la determinación de la Organización.

Aceleración del Proceso de Revisión Externa

Usted podría ser elegible para solicitar una revisión externa acelerada, si su médico tratante considera que un retraso en la toma de una decisión durante su revisión externa podría poner en riesgo su vida o salud o poner en grave peligro su capacidad de recuperar el máximo de una función corporal. La Organización de Revisión Externa (ERO) tomará una decisión dentro del transcurso de 72 horas después de haber recibido por escrito su solicitud de aceleración de la revisión.

Reclamación Relacionada con el Cuidado Urgente

La “Reclamación Relacionada con el Cuidado Urgente” se refiere a toda reclamación relacionada con la asistencia o el tratamiento médico para el cual la aplicación de los períodos para la toma de determinaciones relacionadas con el cuidado no urgente podría poner gravemente en peligro su vida o salud o su capacidad de recuperar el nivel máximo de funcionamiento corporal o, en la opinión de un médico con conocimiento de su enfermedad, lo sometería a usted a un dolor severo que no podría controlarse adecuadamente sin la asistencia médica o el tratamiento objeto de la reclamación.

Reclamación Anterior o Posterior al Servicio

Si el plan requiere que usted obtenga aprobación por adelantado para un servicio, suministro o procedimiento no urgente antes de que el beneficio sea pagadero, la solicitud de aprobación por adelantado se considerará como una reclamación anterior al servicio. Se le notificará acerca de la decisión antes del término de 15 días, después de haberse recibido la reclamación anterior al servicio.

- Para otras reclamaciones (posteriores al servicio), se le notificará a usted acerca de la decisión antes del término de 30 días después de que haya recibido la reclamación.
- Para una reclamación anterior o posterior al servicio, estos períodos podrían extenderse hasta por 15 días adicionales por circunstancias que estén fuera del control de Aetna. En ese caso, se le notificará de la extensión antes del término del período inicial de 15 o 30 días. Por ejemplo, podría extenderse porque usted no ha presentado suficiente información, en cuyo caso se le notificará acerca de la información específica necesaria y se le otorgará un período adicional mínimo de 45 días después de haber recibido el aviso para proporcionar esa información. Se le notificará acerca de la decisión de Aetna para la reclamación antes del término de 15 días, después del final de ese período adicional (o después de haberse recibido la información, si llegare a suceder esto primero).
- Para las reclamaciones anteriores al servicio, que mencionen a un reclamante, una enfermedad y un servicio o un suministro en particular para el cual se requiera aprobación y que se envíen a un representante de Aetna responsable del manejo de los asuntos relacionados con beneficios, pero que de otra manera no sigan los procedimientos del plan para la presentación de reclamaciones anteriores al servicio, se le notificará a usted del incumplimiento dentro del término de 5 días (dentro de 24 horas, en el caso de una reclamación por cuidado urgente) y de los procedimientos apropiados a seguirse. La notificación podría ser verbal, a menos que usted solicite una notificación por escrito.

Extensión de una Reclamación por Cuidados Simultáneos

La "reclamación por cuidados simultáneos" es una solicitud de prórroga para extender un tratamiento más allá del período o del número de tratamientos previamente aprobados. Las reclamaciones por cuidados simultáneos se tratan como reclamaciones relacionadas con el cuidado urgente o reclamaciones anteriores al servicio, dependiendo de las circunstancias del caso.

Mediación

Vigente hasta el 31 de diciembre de 2019, probablemente usted haya recibido asistencia médica de emergencia, cuidado u otros servicios o suministros médicos a través de una instalación médica, proveedor para el cuidado de emergencia o proveedor de una instalación no perteneciente a la red. Si usted recibe una factura por más de \$500 (sin incluir su copago, coseguro y deducible), podría tener derecho a disputar la reclamación y a solicitar mediación en cuanto a la cantidad de la misma. Usted puede recibir más información y podría reducir algunos de sus gastos de desembolso personal para una reclamación fuera de la red si la misma es elegible para mediación. Esto podría hacerlo comunicándose con el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) en el www.tdi.texas.gov/consumer/cpmmediation.html y al **1-800-252-3439**.

Si algún proveedor no perteneciente a la red le presenta una factura que le parezca a usted preocupante, puede llamar al departamento de servicios al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación para solicitar una revisión de la reclamación.

Con la reclamación incurrida el 1 de enero de 2020, las normas cambian. La facturación del saldo ocurre cuando un proveedor fuera de la red (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a usted la diferencia entre la cantidad que facturó y lo que usted y su plan médico pudieran haber pagado bajo los términos de su cobertura médica. A partir del 1 de enero de 2020, se prohibirán los siguientes tipos de facturación de saldos: (1) por parte de proveedores de atención médica fuera de la red para la atención médica de emergencia, (2) por parte de proveedores fuera de la red que presten servicios en instalaciones dentro de la red (tales como un hospital o un centro quirúrgico), a menos que el participante elija por adelantado recibir atención médica no de emergencia o servicios médicos de parte de tales proveedores, y (3) por proveedores radiológicos de diagnóstico fuera de la red o proveedores de servicios de laboratorio fuera de la red si el proveedor realizó el servicio en relación con un servicio médico o de atención médica realizado por un proveedor dentro de la red, a menos que el miembro elija recibir atención médica o servicios médicos que no sean de emergencia de parte de estos proveedores.



CÓMO FUNCIONA SU PLAN PARA MEDICINAS RECETADAS

Acerca de CVS Caremark

CVS Caremark administrará la porción de su beneficio de TRS-Care relacionada con las medicinas recetadas.

CVS Caremark le brinda acceso a:

- **Farmacias Locales.** Una red de aproximadamente 60,000 farmacias participantes en todos los Estados Unidos y sus territorios.
- **Servicio de órdenes por correo de CVS Caremark Pharmacy.** Para sus medicamentos a largo plazo, tales como los utilizados para tratar la hipertensión o el alto nivel de colesterol, usted puede tener acceso al conveniente servicio de órdenes por correo y posibles ahorros a través de CVS Caremark Pharmacy.
- **Farmacias Retail-Plus.** Usted también puede recibir, en farmacias seleccionadas, los medicamentos que utiliza a largo plazo.
- **Farmaceutas de la Red de CVS Caremark.** Los Farmaceutas de la red de CVS Caremark cuentan con capacitación y experiencia en cuanto a enfermedades específicas. Uno de ellos puede ayudarle con los medicamentos a largo plazo utilizados para el tratamiento de la enfermedad crónica que usted padece.
- **Recursos de acceso en línea.** Visite el sitio info.caremark.com/trscarestandard para obtener información útil relacionada con la salud y los beneficios conjuntamente con servicios farmacéuticos en línea.
- **Servicio al Cliente de TRS-Care.** Los representantes estarán disponibles las 24 horas del día, siete días por semana. Los farmaceutas también están disponibles a toda hora para consulta.



Medicamentos Excluidos

CVS Caremark y TRS revisan regularmente las opciones de la lista del formulario (formulary) para buscar maneras de controlar los costos mientras se preservan la selección y el acceso individual a medicamentos clínicamente efectivos. Continuamente se realizan actualizaciones en cuanto al estado actual de los niveles de medicamentos individuales.

La exclusión de medicamentos de la lista del formulario (formulary) ocurrirá una vez por año y, por lo general, entrará en vigor el 1º de enero. Los pacientes que utilicen medicamentos que se vayan a excluir el 1º de enero durante los cuatro meses anteriores a esa fecha recibirán una notificación antes de que se produzca el cambio y CVS Caremark estará a la disposición para proporcionar apoyo para identificar posibles terapias de reemplazo. Haga clic en el enlace que aparece a continuación para una lista completa de los medicamentos excluidos del formulario (formulary) de este año. **info.caremark.com/trscarestandard**

Lista de Medicamentos Preferidos

Los planes estándar de TRS-Care incluyen un formulario, es decir, una lista de medicamentos que indican su estado como preferidos o no preferidos. Cada medicamento cubierto cuenta con la aprobación de The Food and Drug Administration o FDA, por sus siglas en inglés, y los revisa también un grupo independiente de médicos y farmaceutas para fines de seguridad y eficacia. TRS-Care recomienda el uso de medicamentos preferidos de esta lista para ayudar a controlar los crecientes costos de las medicinas recetadas. Usted pagará, por lo general, un copago menor por medicamentos genéricos (Nivel 1) y por medicamentos de marca que estén incluidos en la lista del formulario (Nivel 2).

Medicamentos Genéricos Preventivos

Aproveche los medicamentos genéricos preventivos gratuitos. Si toma ciertos genéricos clasificados como "preventivos", como una medicina recetada para controlar la hipertensión, enfermedad cardíaca o depresión, usted podría recibir su medicamento gratis.

Busque la lista de medicamentos gratuitos bajo este beneficio. Esto podrá hacerlo visitando **info.caremark.com/trscarestandard** o llamando a la línea gratuita de CVS Caremark al **1-844-345-4577**.

Ahorre Dinero en Medicinas Recetadas

Usted pagará:

- La cantidad menor de coseguro para medicamentos genéricos de Nivel 1.
- Un coseguro mayor para los medicamentos de marca preferida de Nivel 2.
- El coseguro más elevado para los medicamentos de marca no preferida de Nivel 3

Su médico podría ayudarle a usted a ahorrar dinero, recetándole medicamentos de los Niveles 1 y 2, de ser apropiados.

Visite **info.caremark.com/trscarestandard** para verificar el precio y la cobertura de los medicamentos bajo su plan.

En el menú que se encuentra a mano izquierda, simplemente seleccione "Price a medication" para verificar el "precio del medicamento" y busque su medicamento para ver el precio del mismo. En la página de los resultados de precios, haga clic en "View coverage notes" para "ver las notas de cobertura" y conocer cualquier detalle de cobertura. Si es la primera vez que visita **info.caremark.com/trscarestandard**, tome un momento para inscribirse. (Asegúrese de tener a la mano su número de identificación de CVS Caremark y un número de receta médica reciente).

Medicamentos Genéricos

Los genéricos aprobados por la FDA son seguros y efectivos. Podrían tener nombres desconocidos, pero son seguros y efectivos. Los medicamentos genéricos y sus equivalentes de marca:

- Contienen los mismos ingredientes activos
- Se fabrican de conformidad con las mismas reglas federales estrictas.

Los medicamentos genéricos podrían diferir en cuanto al color, tamaño o forma, pero la FDA requiere que los ingredientes activos tengan la misma potencia, pureza y calidad de sus equivalentes de marca. Las recetas médicas que se despachan con medicamentos genéricos cuentan con copagos menores bajo el programa de medicinas recetadas de TRS-Care. Para más información acerca de la lista del formulario de su plan, visite el sitio **[Info.caremark.com/trscarestandard](https://info.caremark.com/trscarestandard)** o comuníquese con CVS Caremark al **1-844-345-4577**.

Educación y Seguridad

Las medicinas recetadas que usted recibe a través de CVS Caremark Pharmacy, así como las compradas a través de farmacias regulares participantes, se revisan para detectar posibles interacciones negativas entre medicamentos. Si CVS Caremark llegare a tener alguna vez una pregunta acerca de su medicina recetada, un farmacéuta de CVS Caremark se comunicará con su médico antes de que se despache el medicamento. Si su médico decide cambiar la receta médica, CVS Caremark les enviará notificación por escrito a usted y a su médico.

Las leyes estatales y federales limitan el período de validez de la receta médica, independientemente del número de reabastecimientos (refills) que le queden. Verifique la fecha de caducidad de su comprobante de reabastecimiento antes de solicitar su medicamento.

Sincronización de Medicinas Recetadas

La sincronización de medicinas recetadas se refiere a la capacidad que tiene la farmacia de alinear las fechas de reabastecimiento de las medicinas de mantenimiento del paciente, haciendo que se le haga más fácil continuar las terapias que necesite para controlar efectivamente su enfermedad. La sincronización de medicinas recetadas ofrece a los miembros del plan la conveniencia de poder seleccionar el despacho de múltiples recetas médicas en suministros de 31 días, todo en una sola visita a la farmacia de su preferencia. Al alinear las fechas de reabastecimiento de medicinas recetadas para los participantes, CVS Caremark pretende ayudar a los pacientes a tener una experiencia más fácil y conveniente a fin de que se tomen sus medicamentos según se los hayan recetado.

Programa de Farmacias Regulares

Las recetas médicas y los reabastecimientos despachados en una farmacia regular se surten en suministros de hasta 31 días. La cantidad que usted paga por cada compra o reabastecimiento depende de si recibe genéricos o medicamentos de marca y si utiliza o no una farmacia que participe en la red de farmacias regulares.

La red de farmacias CVS Caremark es una red nacional compuesta por más de 60.000 farmacias. La red incluye la mayoría de las principales cadenas de farmacias, tiendas de descuentos, supermercados y farmacias independientes. Para encontrar una farmacia participante local, visite **www.caremark.com** y haga clic en "Localizar una farmacia nacional" ("Locate a National pharmacy") o bien comuníquese con el Servicio al Cliente de TRS-Care llamando al

1-844-345-4577.

Cómo Comprar Medicinas Recetadas

EN UNA FARMACIA PARTICIPANTE

Cuando compre sus medicamentos en una farmacia regular participante, simplemente presente su tarjeta de identificación para medicinas recetadas y pague la cantidad aplicable. Las farmacias regulares de la red le cobrarán la cantidad que resulte menor entre el precio negociado por CVS Caremark y el costo habitual y acostumbrado para un suministro de hasta 31 días de su medicina recetada.

El servicio de farmacia regular estándar es el más conveniente cuando usted necesita el medicamento por poco tiempo. Por ejemplo, si usted necesita un antibiótico para el tratamiento de una infección, puede acudir a una de las muchas farmacias que participan en el programa de TRS-Care y comprar el medicamento el mismo día.

Farmacias *Retail-PLUS*

Las farmacias regulares que participan en la red Retail-Plus pueden despachar un suministro de 60 a 90 días por medicamento. Para encontrar una farmacia participante, visite **info.caremark.com/trscarestandard** y haga clic en "Locate a Retail-Plus pharmacy" ("Localizar una farmacia Retail-Plus") o comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care.

EN UNA FARMACIA NO PARTICIPANTE

Si usted utiliza los servicios de una farmacia no participante o de una farmacia de la red que no presente las reclamaciones electrónicamente, usted deberá presentarle la reclamación directamente a CVS Caremark. Usted será responsable de pagar toda diferencia en cuanto al costo entre el cargo de farmacia y el reembolso del plan.

Si usted compra una medicina recetada fuera de los Estados Unidos, envíe por correo una copia de su receta (prescription) y de los recibos de compra junto con el formulario de reclamación. La dirección de envío por correo se encuentra en la parte posterior del formulario (*atrás*).

Servicios para el Control de la Diabetes

El plan TRS-Care Estándar cubre los gastos asociados con el tratamiento de la diabetes para personas a las cuales se les haya diagnosticado diabetes con dependencia o sin dependencia de insulina, elevados niveles de glucosa inducidos por el embarazo u otra enfermedad relacionada con elevados niveles de glucosa en la sangre.

Si usted padece de diabetes, podría ser elegible para recibir un medidor de glucosa gratis. Los planes de beneficios para medicinas recetadas ofrecen un programa de valor agregado a través del cual hay medidores gratis para los participantes elegibles. Para más información, comuníquese con el equipo CVS Caremark® Member Services Diabetic Meter Team, llamando al **1-800-588-4456**.

Suministros para Diabéticos

Ciertos suministros para diabéticos (como por ejemplo las lancetas, tiras reactivas o test strips y jeringas) se cubren en un 100% aun antes de que haya usted satisfecho su deducible siempre y cuando los servicios los preste un proveedor perteneciente a la red. Le informamos que este beneficio es solo para los suministros para 90 días adquiridos con receta médica. Estos se obtienen a través del servicio de Envío por Correo o a través de una farmacia participante de Retail-Plus.

- Las tiras reactivas para monitores del nivel de glucosa en la sangre
- Las lancetas y los dispositivos para las lancetas
- Las tiras reactivas (test strips) de lectura visual y por contacto con la orina, así como las tabletas que miden el nivel de glucosa, las quetonas y la proteína
- La insulina y las preparaciones análogas de insulina
- Las incretinas y los análogos de la amilina
- Los artículos para inyecciones, incluyendo los dispositivos utilizados para ayudarle a inyectarse la insulina y los sistemas que no requieren de aguja
- Las jeringas para la insulina
- Los recipientes desechables para artículos que conlleven riesgos de contaminación (*biohazard disposable containers*)
- Los agentes orales con y sin receta médica para el control de los niveles de azúcar en la sangre y
- Los kits de emergencia de Glucagon o GlucaGen HypoKits

AVISO: Todos los suministros para la diabetes que se mencionan arriba, junto con los monitores del nivel de glucosa en la sangre (incluyendo los monitores no invasivos y los monitores para ciegos) se cubrirán bajo el programa de medicinas recetadas, administrado por Caremark.

Suministros para el Control de la Diabetes

Medidor para la Glucosa de Marca Preferida	Gratis
Suministro a corto plazo, hasta 31 días, obtenido en farmacias regulares	Formulario (lista de medicamentos cubiertos): Se omite el deducible y coseguro para agujas y jeringas solo si estas se compran el mismo día que la insulina y si se procesa primero la insulina. No de Formulario: Se aplican el deducible y el coseguro
Suministro de hasta 90 días, obtenido en una farmacia Retail-Plus o a través del servicio de órdenes por correo	Formulario: Se omite el deducible y coseguro para agujas y jeringas y para hisopos de alcohol, sin importar si se procesan o no el mismo día que la insulina ni la marca. Para poder recibir gratis tiras de prueba (test strips) y lancetas, usted debe utilizar la marca preferida. No de Formulario: Se aplican el deducible y el coseguro

Usted debe tener receta médica para poder obtener suministros médicos para el control de la diabetes. La receta deberá emitirla su médico para que el plan TRS-Care Estándar cubra los suministros en un 100%.

El formulario es la lista de medicamentos cubiertos. Para determinar si la marca de los suministros que se están utilizando para el control de la diabetes está en el formulario y es una marca preferida, usted deberá llamar a CVS Caremark al **1-844-345-4577** o visitar **info.caremark.com/trscarestandard**.

Programa de Órdenes por Correo de CVS Caremark

Servicio de Órdenes por Correo a través de CVS Caremark Pharmacy

Comprar medicinas recetadas mediante una orden por correo es una opción económica para los participantes que tomen regularmente medicamentos a largo plazo (tales como los utilizados para el tratamiento de la hipertensión o del alto nivel de colesterol). CVS Caremark Pharmacy proporciona suministros de hasta 90 días por medicamento, enviados directamente a su vivienda o a otra dirección que usted solicite, con franqueo pagado para envío regular. Las farmacias de la red Retail-Plus pueden despachar además suministros de hasta 90 días para medicinas de mantenimiento al mismo costo que el servicio de órdenes por correo.

Para comprar su medicina recetada a través de CVS Caremark Pharmacy, envíe por correo su receta médica, el formulario para colocar órdenes y el pago correspondiente a la dirección que aparece en el formulario. Si hay un saldo a pagar, se incluirá una factura con la orden de su medicina recetada. Si usted ha pagado más de lo que debía, acreditaremos su cuenta.

O bien podría usted pedirle a su médico que transmita su receta médica enviándola, por teléfono o por fax, a CVS Caremark Pharmacy FastStart.

Número de Teléfono del Médico que Emite la Receta: **1-800-378-5697**

Número de Fax del Médico que Emite la Receta: **1-800-378-0323**.

Por lo general, el medicamento se despacha dentro del transcurso de siete días después de que CVS Caremark haya recibido su orden.

Para ordenar reabastecimientos, llame al sistema automatizado de reabastecimiento (automated refill system) al **1-844-345-4577** o visite **www.caremark.com**. Por lo general, los reabastecimientos se despachan con más rapidez. Si es primera vez que usted visita el sitio web, tome un momento para registrarse y tenga a la mano su número de identificación y el número de una receta médica reciente.

Para asegurarse de que el envío se haga a tiempo, coloque sus órdenes, mínimo con 2 semanas de antelación, antes de la fecha en que anticipa que las necesitará. Si tiene preguntas en relación con su orden o si no recibe su medicamento dentro del tiempo señalado, comuníquese con CVS Caremark al **1-844-345-4577**.

Si se le ha recetado un medicamento nuevo para que se lo comience a tomar inmediatamente, pídale a su médico que emita dos recetas. Una por escrito para un suministro de 14 días a despacharse en una farmacia regular participante y la segunda, también por escrito, pero para un suministro máximo de 90 días a enviarse a CVS Caremark Pharmacy.

Aun cuando se utilice CVS Caremark Pharmacy para que le despachen una receta médica para un suministro menor de 90 días, se aplicará aún el copago total para órdenes por correo.

Usted puede pagar con cheque electrónico, cheque regular, giro postal o bancario (money order) o con tarjeta de crédito. Emita los cheques y giros pagaderos a CVS Caremark y escriba su número de identificación de CVS Caremark en el frente. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente de CVS al **1-844-345-4577**.

Pagos divididos de Caremark Mail Order Pharmacy

Usted puede dividir los pagos de su receta de suministro de 90 días en 3 pagos diferentes solo con el Servicio de Envío por Correo de Caremark ("Caremark Mail Order Pharmacy"). Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de CVS Caremark llamando al **1-844-345-4577**.



Programas Clínicos – Despacho de las Recetas Médicas Conforme se Hayan Escrito, Autorización Previa, Terapia Escalonada y Límites en cuanto a la Cantidad

Despacho de las Recetas Médicas Conforme Se Hayan Escrito

Si usted tiene una receta médica para un medicamento de marca que tenga disponible una versión genérica, el farmaceuta puede sustituir la versión genérica, a menos que usted o su médico indiquen en la receta que usted solo debe recibir el medicamento de marca.

Por ejemplo, el médico podría escribir en la receta “Brand Medically Necessary” (“El medicamento de marca es médicamente necesario”).

Los equivalentes genéricos aprobados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) contienen los mismos ingredientes activos y son iguales a sus equivalentes de marca – en cuanto a la seguridad, potencia, desempeño, calidad y dosis –. Por lo general, los genéricos cuestan mucho menos que los medicamentos de marca tanto para usted como para TRS-Care.

Terapia Escalonada

Bajo el programa de Terapia Escalonada (Step Therapy), podría requerirse que usted pruebe un prerrequisito o medicamento de “primera línea” primero antes de que se apruebe una terapia escalonada o un medicamento de “segunda línea”. Los prerrequisitos y sus equivalentes de la terapia escalonada cuentan con la aprobación de la FDA y se utilizan para el tratamiento de las mismas enfermedades.

De ser médicamente necesario, usted puede obtener cobertura para un medicamento de la terapia escalonada sin tener que probar primero el medicamento de prerrequisito. En este caso, su médico deberá solicitar la cobertura del medicamento de la terapia escalonada como una excepción médica. De aprobarse la cobertura, se le notificará a su médico. Este último puede solicitar una revisión de cobertura llamando a CVS Caremark al **1-844-345-4577**.

Límites de Suministro

Algunas medicinas recetadas están sujetas a los límites de suministro que restringen la cantidad de medicamento despachada en una orden o reabastecimiento (refill). Para determinar si se le ha asignado un nivel con cantidad máxima al despacho de la medicina recetada, visite info.caremark.com/trscarestandard o llame a CVS Caremark **1-844-345-4577**.

Medicamentos que Requieren Autorización Previa

Bajo TRS-Care, CVS Caremark podría revisar, con su médico, las recetas médicas de ciertos medicamentos antes de que puedan cubrirse. Esto se hace bajo un programa de administración de la cobertura. La revisión previa a la autorización sigue normas clínicas, las cuales revisa y aprueba un grupo independiente de médicos y farmaceutas.

Programas para La Administración de La Cobertura

A continuación, encontrará una lista con los tres programas de administración de la cobertura. Para más información acerca de las revisiones de cobertura y la autorización previa, llame a CVS Caremark al **1-844-345-4577**.

Autorización Previa

Para algunos medicamentos, deberá obtener aprobación a través de un proceso de revisión de cobertura antes de que pueda cubrirse el medicamento bajo su plan. El proceso de revisión de la cobertura le permitirá a CVS Caremark obtener más información acerca de su tratamiento en particular (información que no está disponible en su receta médica original) para determinar si un medicamento dado es elegible para recibir cobertura bajo TRS-Care.

Elegibilidad Basada en el Historial

Ciertos medicamentos podrían requerir además de una revisión de cobertura basada en:

- Si se cumple o no con ciertos criterios, tales como la edad, el sexo, o la enfermedad; y/o
- Si la terapia alternativa o el curso de tratamiento ha fallado o no es apropiado.

En cualquiera de estas instancias, los farmaceutas revisarán la receta médica para asegurarse que cumpla con todos los criterios requeridos para ciertos medicamentos. De no cumplirse con los criterios, se requerirá la revisión de cobertura.

Control de Cantidades

Para promover una terapia segura y efectiva, podrían restringirse ciertos medicamentos cubiertos en cuanto a la cantidad. Estas restricciones se basan en las normas del fabricante o en las aprobadas clínicamente y están sujetas a revisión periódica y a cambio.

Por ejemplo, si usted o su dependiente cubierto toma un medicamento para dormir, es posible que no reciba un suministro para más de 60 días dentro de un período de 90 días sin haber obtenido revisión de cobertura por parte de CVS Caremark y su médico.

Ejemplo: Si un participante comprara, el 1º de mayo, un suministro de Ambien para 30 días y lo reabasteciera, el 1º de junio, con un suministro de Ambien de 30 días, el participante agotaría su cantidad permitida para este período de 90 días y no sería elegible para recibir una cantidad adicional hasta el 1º de agosto.

Si usted tiene planes de tomar unas vacaciones prolongadas o de viajar al exterior, llame a TRS-Care al **1-888-237-6762** para solicitar aprobación para un suministro adicional de medicina. Llame a TRS-Care para hacer su solicitud, mínimo cuatro semanas antes de irse de viaje.



Proceso de revisión de la cobertura

Usted puede revisar para cerciorarse de si su medicamento requiere o no de autorización previa (revisión de cobertura). Esto puede hacerlo llamando a CVS Caremark llamando al **1-844-345-4577**.

Si su medicamento sí requiere de revisión de cobertura, usted o su médico podrían iniciar el proceso llamando gratis a CVS Caremark llamando al **1-844-345-4577**.

En una farmacia regular perteneciente a la red de su plan:

- Si usted compra una medicina recetada en una farmacia regular y esta requiere revisión de la cobertura, CVS Caremark se lo notificará inmediatamente al farmaceuta quien le informará a usted, a su vez, que la medicina recetada requiere revisión para autorización previa.
- Usted o su médico podrían iniciar el proceso llamando gratis a CVS Caremark al **1-844-345-4577**.
- CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar más información, además de la que aparece en la receta médica. Después de haber recibido la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con usted y su médico para confirmar si se ha autorizado o no la cobertura.
- De no haberse autorizado, usted podría ser responsable del pago por el costo total. De resultar apropiado para el caso, usted puede hablar con su médico acerca de alternativas que sí podrían contar con cobertura.

A través de CVS Caremark Pharmacy:

- Si usted compra una medicina recetada a través de CVS Caremark Pharmacy y requiere revisión de cobertura, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar información adicional a la que aparece en la receta médica. Después de que haya recibido la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con usted y su médico para confirmar si se ha autorizado o no la cobertura.
- Si la cobertura está autorizada, usted recibirá su medicamento. Si la cobertura no está autorizada, CVS Caremark le enviará una notificación por correo, junto con su receta original si fue enviada por correo a la Farmacia CVS Caremark.

Programa de Farmacias de Especialidad

Para comenzar a utilizar Caremark Specialty Pharmacy, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o inicie sesión (log in) en su cuenta en **www.caremark.com**. Si esta es la primera vez que usted visita el sitio web de CVS Caremark, tome un momento para registrarse y tenga a la mano su número de identificación y un número de receta médica reciente. Si desea aprender más acerca de los medicamentos de especialidad y servicios, visite **www.cvsspecialty.com**.

A partir del 1º de septiembre de 2017, usted tendrá que utilizar CVS Specialty para obtener sus medicamentos de especialidad.

Los medicamentos de especialidad son medicinas utilizadas para el tratamiento de enfermedades complejas, tales como el cáncer, la deficiencia de la hormona del crecimiento, la hemofilia, la Hepatitis C, la deficiencia inmunológica, la esclerosis múltiple y la artritis reumática. Independientemente de si las administra o no un profesional médico, si se las inyecta usted mismo o si las toma oralmente, los medicamentos de especialidad requieren de un nivel de servicio mejorado.

CVS Caremark Specialty Pharmacy (una Entidad Diseñada para Despachar Medicamentos) es la farmacia de especialidad preferida para el Plan TRS-Care Standard. Puede obtenerse una lista de los medicamentos que deben despacharse a través de CVS Caremark Specialty Pharmacy llamando a CVS Caremark Specialty Pharmacy al **1-800-237-2767**.

Nuestros Servicios Completos

Con CVS Specialty, usted recibe más que medicamentos de especialidad. Usted puede contar con servicios personalizados de farmacia de especialidad, tales como:

- Acceso a un farmacéuta y enfermero especialmente capacitados en cuanto a la enfermedad que usted padece. Usted puede llamarlos en cualquier momento, cualquier día del año para hacerles preguntas.
- Opción para recoger sus medicamentos en una farmacia local de CVS Pharmacy® o podrían enviárselos a su vivienda, al consultorio de su médico o al lugar que usted elija.*
- Herramientas digitales disponibles en **CVSSpecialty.com** y nuestra aplicación móvil para ayudarle a mantenerse al tanto en lo que respecta a sus medicinas recetadas, ordenar reabastecimientos, recibir mensajes para recordarle información relacionada y más.
- Asistencia para encontrar ayuda financiera con el pago de sus medicamentos.

¿Tiene Preguntas?

Llámenos al **1 800-237-2767** Estamos disponibles de lunes a viernes, entre las 6:30 a.m. y las 8:00 p.m. (Hora del Centro).

Algunos medicamentos de especialidad podrían ser elegibles para programas de ayuda con el copago ofrecidos por terceros, programas que pueden reducir sus costos de desembolso personal para esos productos. Para los medicamentos de especialidad con los cuales utilice un programa de ayuda con el copago ofrecido por terceros, usted no recibirá crédito contra su desembolso máximo personal ni contra el deducible de ningún copago o cantidad de coseguro que se aplique a un cupón de fabricante o reembolso (*rebate*).

Coordinación de Beneficios

TRS-Care/ CVS Caremark ofrece la Coordinación de Beneficios como parte de su plan. Hay dos opciones para el pago de las reclamaciones.

Presentación de Reclamaciones por Escrito. Bajo este programa, usted puede presentar una reclamación por escrito ante CVS Caremark junto con una **Explicación de Beneficios** del pagador primario o un recibo de los costos de desembolso personal. CVS Caremark le reembolsará entonces a usted por la cantidad que TRS-Care habría pagado de no haber otra cobertura.

Presentación de Reclamaciones Electrónicas (en farmacias regulares solamente). Al momento de comprar el medicamento, la farmacia presenta electrónicamente una reclamación secundaria ante el sistema de procesamiento de reclamaciones en tiempo real de CVS Caremark por el saldo no pagado por el pagador primario. CVS Caremark entonces le reembolsará a la farmacia hasta por la cantidad que TRS-Care habría pagado de no haber habido otra cobertura. Usted es responsable entonces del pago del saldo pendiente.

El beneficio secundario no será mayor que su beneficio bajo TRS-Care de no haber habido otra cobertura. Las reclamaciones se pagan o rechazan basándose en las reglas del plan.

Exclusiones del Plan de Medicinas Recetadas

Gastos No Cubiertos

Si algún gasto no cubierto es contrario a una ley a la cual el plan esté sujeto, la disposición se cambiará automáticamente para cumplir con el requisito mínimo de la ley. No se efectuará ningún pago bajo ninguna parte del plan por:

- Medicamentos que puedan comprarse sin orden médica, comúnmente conocidos como sin receta médica ("over the counter drugs" u OTC por sus siglas en inglés). (Para una lista de excepciones, comuníquese con CVS Caremark)
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, soportes ortopédicos (support garments) y demás dispositivos no médicos
- Medicamentos que debe tomar o que deben administrarse a un participante del plan, total o parcialmente, mientras sea paciente de un hospital, casa de reposo, sanatorio, instalación médica para el cuidado prolongado, hospital para pacientes convalcientes, ancianato (nursing home) o una institución parecida que tenga en sus instalaciones un departamento para el despacho de productos farmacéuticos.

Si se hospitaliza al paciente, internándolo en un hospital, casa de reposo, sanatorio, instalación médica para el cuidado prolongado, hospital para pacientes convalcientes, ancianato (nursing home) o una institución parecida y este recibe sus medicamentos a través de la farmacia de la instalación en la cual esté hospitalizado, podrían reembolsarse esas reclamaciones a través del beneficio de farmacia en vez del beneficio médico.

- Medicamentos experimentales o de investigación, incluyendo los medicamentos compuestos para usos no aprobados por la FDA.
- Medicinas recetadas que el participante del plan tenga derecho a recibir gratis bajo alguna ley de compensación laboral o algún programa municipal, estatal o federal.
- Estimulantes para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos recetados para eliminar o reducir las arrugas
- Medicamentos para la fertilidad, a menos que se cuente con autorización previa.
- Suministros para ostomías.

- Productos de flúor para uso tópico.
- Hormonas del crecimiento, a menos que se cuente con autorización previa.
- Artículos inyectables (comuníquese con CVS Caremark para una lista de excepciones).
- Cargos por la administración o inyección de algún medicamento. (Se aplican excepciones para algunas vacunas).
- Plasma o productos sanguíneos (excepto los factores para la hemofilia).
- Toda medicina recetada despachada en una cantidad que sobrepase la especificada por el médico o cualquier reabastecimiento (*refill*) proporcionado un año después de haberlo recetado originalmente el médico.
- Medicamentos con implicaciones cosméticas.
- Suministros para terapias respiratorias.



Negaciones y Apelaciones de Reclamaciones

Bajo TRS-Care, usted tiene la opción de apelar a las decisiones adversas en cuanto a la cobertura.

Revisión Inicial

Reclamaciones No Urgentes (Anteriores y Posteriores al Servicio)

Si usted presenta una receta médica para un medicamento que esté sujeto a cualquier limitación –tal como la autorización previa, una terapia escalonada con un medicamento preferido o limitaciones en cuanto a la cantidad– su farmaceuta le notificará que se necesita aprobación antes de poder despacharle la receta médica. El farmaceuta le proporcionará a usted o a su médico un número telefónico gratis al cual puedan llamar. Si usted utiliza una de las farmacias de CVS Caremark Pharmacy, se comunicarán con su médico directamente. CVS Caremark necesitará la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de identificación de CVS Caremark
- Número de teléfono
- El nombre de la medicina recetada para la cual se le ha negado el beneficio de cobertura
- Los códigos de diagnóstico y de tratamiento con los cuales se relaciona la receta médica (y la explicación correspondiente para tales códigos) y
- Cualquier información adicional que pudiera ser relevante para su apelación.

Se le notificará sobre la decisión antes del término de 15 días después de haberse recibido la reclamación anterior al servicio que no sea una reclamación por cuidado urgente. Esto se hará si CVS Caremark cuenta con suficiente información para tomar una decisión en cuanto a su reclamación. Para las reclamaciones posteriores al servicio, se le notificará antes del término de 30 días después de haberse recibido la reclamación posterior al servicio siempre y cuando se haya proporcionado toda la información necesaria con la reclamación. Si usted recibe una determinación adversa para su reclamación, se le proporcionará una declaración por escrito que explique el porqué de la negación e incluya instrucciones sobre cómo apelar a la misma.

Si CVS Caremark no tiene la información necesaria para llevar a cabo la revisión, le pediremos que solicite la información faltante dentro del transcurso de 15 días, a partir del recibo de su reclamación anterior al servicio y dentro del transcurso de 30 días a partir del recibo de su reclamación posterior al servicio. Usted tendrá 45 días para proporcionar la información.

Si se recibe toda la información necesaria dentro de un lapso de 45 días, se le notificará de la decisión antes del término de 15 días de haberse recibido la misma o al final de ese período adicional. Si no proporciona la información necesaria dentro de un período de 45 días, su reclamación se dará por negada y usted tendrá derecho a apelar la misma, según lo descrito a continuación.

Reclamaciones Urgentes (Revisión Acelerada)

La reclamación para el cuidado urgente se define como la solicitud de tratamiento con respecto al cual la aplicación de los lapsos de tiempo para tomar las decisiones para el cuidado no urgente pondría gravemente en peligro su vida o salud o su capacidad de recuperar el máximo funcionamiento o, en la opinión de un médico con conocimiento de su enfermedad, lo sometería a usted a un dolor severo que no podría controlarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es objeto de su reclamación.

En caso de una reclamación por cuidado urgente, CVS Caremark le notificará a usted de su decisión a la brevedad posible, pero antes de que hayan transcurrido 72 horas después de haberse recibido la reclamación, a menos que haya información insuficiente para decidir la reclamación. Si se necesita información adicional, CVS Caremark le notificará a usted dentro del lapso de 24 horas después de haberse recibido su reclamación que se necesita información adicional y que usted tiene 48 horas para presentarla. La información adicional deberá presentarse dentro del transcurso de 48 horas posterior a la solicitud. CVS Caremark le notificará entonces la decisión tomada dentro de un lapso de 48 horas después de haberse recibido la información. De no recibirse la información faltante dentro de ese lapso de 48 horas, la reclamación se dará por negada y usted tendrá derecho a apelar la reclamación.

Apelación a la Determinación Adversa de Beneficios

Apelación No Urgente

Si usted no se siente satisfecho con la decisión tomada en relación con su cobertura de beneficios o si usted recibe una determinación adversa de beneficios después de haber solicitado cobertura de una reclamación de beneficios para medicinas recetadas (incluyendo una reclamación considerada como negada por no haberse presentado información a tiempo), usted tiene el derecho a apelar por escrito a la determinación adversa de beneficios dentro del lapso de 180 días, posterior al recibo del aviso de la decisión inicial de cobertura. Usted o su representante autorizado (como, por ejemplo, su médico) puede iniciar la apelación. Para iniciar una apelación para recibir cobertura, proporcione lo siguiente por escrito:

- Su nombre
- Número de identificación de CVS Caremark
- Número de teléfono
- El nombre de la medicina recetada para la cual se le ha negado la cobertura de beneficios
- Los códigos de diagnóstico y de tratamiento con el cual se relaciona la medicina recetada (junto con la explicación correspondiente para tales códigos)
- Cualquier información adicional que pudiera ser relevante para su apelación

Esta información debe enviarse por correo a:

CVS Caremark
Attn: Appeals
Caremark Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084

Número de Fax: 1-866-443-1172

Se le enviará por escrito una decisión en relación con su solicitud dentro del lapso de 15 días posterior al recibo de su solicitud escrita para las reclamaciones anteriores al servicio o dentro del lapso de 30 días posterior al recibo de su solicitud para las reclamaciones posteriores al servicio. El aviso incluirá información para identificar la reclamación involucrada, las razones específicas para la toma de tal decisión, evidencia nueva o adicional, si la hubiere, considerada por CVS Caremark en relación con su apelación, las disposiciones del plan en las que se basa la decisión, una descripción de los procesos de revisión interna y externa aplicables y la información de contacto de una oficina de asistencia al consumidor o defensor (ombudsman), si la hubiere, la cual pueda ayudarle a usted con los procesos de reclamación y apelación. Usted tiene derecho a una revisión imparcial, total y justa de su reclamación. Usted tiene derecho a revisar su archivo, derecho a recibir, a petición y sin costo alguno, la información utilizada para revisar su apelación de segundo nivel y a presentar evidencia y testimonio como parte de su apelación. De recibirse información nueva y de considerarse o confiarse en la misma en la revisión de su apelación de segundo nivel, se le proporcionará tal información a usted junto con la oportunidad de responder antes de emitirse cualquier nueva determinación final y adversa para esta apelación.

La decisión tomada en su apelación de segundo nivel es final y obligatoria.

De negarse su apelación de segundo nivel y si usted no se siente satisfecho con la decisión tomada en cuanto a la misma (su "determinación de beneficios final y adversa"), puede iniciar una revisión externa. Los detalles acerca del proceso de cómo apelar a su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en algún aviso de la determinación adversa de beneficios y se describen también a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Apelación Urgente (Revisión Acelerada)

Si su situación es de urgencia, usted tiene derecho a solicitar una apelación urgente para una determinación adversa de beneficios (incluyendo la reclamación denegada por no haberse presentado información a tiempo). Se considera como urgente, una situación en la cual, de esperarse el período para tomar determinaciones del cuidado no urgente, se pondría gravemente en peligro su vida, salud o capacidad de recuperar el máximo funcionamiento o bien si, en la opinión de un médico con conocimiento de su enfermedad, dicha espera lo sometería a usted a un dolor severo que no podría controlarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento objeto de su reclamación. Las solicitudes de apelación urgente pueden hacerse de forma verbal o escrita. Usted o su médico pueden llamar al **1-866-443-1183** o enviar una solicitud por escrito a:

**Caremark Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084**

Número de Fax: 1-866-443-1172

Los médicos pueden presentar solicitudes de apelación urgente llamando gratis a la línea exclusiva para médicos al **1-866-443-1183**.

En caso de una apelación urgente para la cobertura que involucre el cuidado de urgencia, se le notificará acerca de la determinación de beneficios antes del lapso de 72 horas después de haberse recibido su solicitud de apelación. El aviso incluirá información para identificar la reclamación involucrada, las razones específicas por las cuales se tomó la decisión, evidencia nueva o adicional, si la hubiere, considerada por CVS Caremark en relación con su apelación, las disposiciones del plan sobre las cuales se basa la decisión, una descripción de los procesos de revisión interna y externa aplicables y la información de contacto de una oficina de asistencia al consumidor o defensor (ombudsman), si la hubiere, disponible para ayudarle con los procesos de reclamación y apelación. Usted tiene derecho a una revisión imparcial, justa y completa de su apelación. Usted tiene derecho a revisar su archivo, derecho a recibir, a petición y sin costo alguno, la información utilizada para revisar su apelación y a presentar evidencia y testimonio como parte de su apelación. De recibirse información nueva y de considerarse o confiarse en la misma en la revisión de su apelación, se le proporcionará tal información a usted junto con la oportunidad de responder antes de que se emita una nueva determinación final y adversa para esta apelación. La decisión tomada en cuanto a su apelación urgente es final y obligatoria. En la situación del cuidado urgente, existe un solo nivel de apelación antes de la revisión externa.

Además, en situaciones de urgencia, usted tiene también derecho a solicitar inmediatamente una revisión externa urgente (acelerada) en vez de tener que esperar hasta que el proceso de apelación interna descrito anteriormente se haya agotado. Esto puede hacerlo siempre y cuando haya solicitado una apelación interna de la determinación de beneficios adversos al mismo momento en que solicitó la revisión externa independiente. Los detalles acerca del proceso de cómo apelar a su reclamación e iniciar una revisión externa se describirán en el aviso de la determinación adversa de beneficios y se describen también aquí a continuación. Las revisiones externas no están disponibles para las decisiones relacionadas con la elegibilidad.

Revisión Externa Independiente

Revisión Externa de Apelaciones Externas

Por lo general, para ser elegible para una revisión externa independiente, usted debe agotar el proceso de revisión interna de reclamaciones descrito anteriormente, a menos que su reclamación y apelaciones no hayan sido revisadas de acuerdo con todos los requisitos legales relacionados con las reclamaciones y las apelaciones del beneficio de farmacia o a menos que su apelación sea urgente. En el caso de una apelación urgente, usted puede enviarle su apelación a CVS Caremark y solicitar una revisión externa independiente a la vez o, de lo contrario, puede presentar su apelación urgente para la revisión externa independiente después de que se haya llevado a cabo el proceso de apelación interna.

Para presentar una revisión externa independiente, CVS Caremark deberá recibir su solicitud de revisión externa dentro del transcurso de 4 meses, posterior a la fecha de la determinación adversa de beneficios (y se considerará como fecha límite el siguiente día laboral si la misma cae sábado, domingo o día festivo). Envíe su solicitud a:

**Caremark External Review Appeals Department
MC109
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084**

Número de Fax: 1-866-443-1172

Revisión Externa No Urgente

Una vez que usted haya presentado su solicitud de revisión externa, CVS Caremark revisará su reclamación, dentro del transcurso de 5 días hábiles, para determinar si usted es elegible para revisión externa y le enviará una carta, dentro de 1 día hábil, a partir de la fecha de la decisión, notificándole si su solicitud ha sido aprobada para revisión externa.

Si usted es elegible para una revisión externa, CVS Caremark le asignará al azar la solicitud de revisión a una Organización de Revisión Interna (ERO, por sus siglas en inglés), recopilará su información de apelación y se la enviará a la organización de revisión interna dentro del transcurso de 5 días hábiles. Esta organización le notificará a usted, por escrito, que ha recibido una revisión externa. La carta describirá su derecho a presentarle a la Organización de Revisión Interna (ERO) información adicional a ser considerada. Toda información adicional que usted le entregue a la organización se enviará también de regreso a CVS Caremark para reconsideración.

La organización revisará su reclamación dentro del transcurso de 45 días calendarios y le enviará a usted y a CVS Caremark, un aviso por escrito de su decisión. Si usted no se siente satisfecho o no está de acuerdo con la decisión, su carta de determinación incluirá la información de contacto de la oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros médicos o la de un defensor (*ombudsman*).

Centros de Recursos Terapéuticos

Confíe en la voz de la experiencia. Hable con un Farmaceuta Especializado.

Si necesita un medicamento utilizado para tratar ciertas enfermedades a largo plazo, aproveche el cuidado personalizado y la experiencia que, en cuanto a los medicamentos, brindan los Farmaceutas Especializados de CVS Caremark. Estos farmaceutas han recibido capacitación especializada en cuanto a los medicamentos utilizados para tratar varias enfermedades, incluyendo:

- El alto nivel de colesterol
- El asma
- La hipertensión
- La osteoporosis
- La depresión
- El cáncer
- La diabetes
- Los dolores de cabeza por migraña

Este nivel de atención médica mejorado es sin costo alguno para usted y ya es parte de sus beneficios de medicinas recetadas.

- Los Farmaceutas Especializados de CVS Caremark en CVS Caremark de Especialidad están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana, para ayudarlo a usted a comprender y manejar los medicamentos utilizados para tratar enfermedades tales como las mencionadas anteriormente.
- Estos farmaceutas pueden ayudarlo a identificar posibles riesgos a la salud, tales como efectos secundarios e interacciones inseguras entre medicamentos.
- Ellos conocen además el plan médico suyo así que pueden hablar con usted o con su médico acerca de posibles alternativas a menor costo, tales como los genéricos y los medicamentos de marca preferida.
- Las conversaciones con los Farmaceutas Especializados de CVS Caremark son privadas, lo que significa que usted puede sentirse cómodo haciéndoles preguntas personales y delicadas sobre sus medicamentos.
- Un Farmaceuta Especializado de CVS Caremark podría llamarlo a usted o a su médico para asegurarse que sus medicamentos se acoplen de manera segura.

Brechas en el Cuidado Médico

Reciba alertas automáticas cuando presente riesgo.

Cada año, millones de personas corren el riesgo de sufrir posibles complicaciones médicas y hasta de ser hospitalizadas por asuntos de seguridad relacionados con medicamentos. Protéjase con la función de seguridad en línea disponible y sin costo alguno para usted como parte de sus servicios del plan de medicinas recetadas. Funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana, independientemente de si recibe usted sus medicamentos a través de una farmacia regular o de CVS Caremark Pharmacy.

Usted recibirá un mensaje de correo electrónico cuando tenga una alerta personalizada esperando. Las alertas podrían ayudarlo a:

- Evitar una hospitalización innecesaria
- Evitar recaídas médicas
- Mantenerse al día tomándose sus medicamentos según lo recetado por su médico

Simplemente, inscríbese en **www.caremark.com**. Para inscribirse y recibir alertas, necesitará su tarjeta de identificación para medicinas recetadas y un número de receta médica reciente. Su cónyuge y cualquier familiar mayor de 18 años que viva con usted deberán inscribirse por separado para que puedan recibir las alertas.

Empresas Extendidas

¿Efectos secundarios indeseados? ¿No está seguro de cómo manejar sus medicamentos?

Reciba información y consejos de seguridad sin costo alguno para usted.

Cada año, millones de personas corren el riesgo de sufrir posibles complicaciones médicas y son hospitalizadas debido a problemas de seguridad relacionados con los medicamentos. Aproveche las funciones de seguridad gratuitas disponibles a través de TRS-Care, las herramientas de seguridad de recetas en línea están disponibles en www.caremark.com.

¿Toma usted medicamentos regularmente? Inscribese hoy mismo en www.caremark.com y protéjase de ciertos riesgos médicos relacionados con medicamentos. Usted recibirá un mensaje por correo electrónico cuando tenga una alerta personalizada esperando por usted. Estas alertas podrían ayudarlo a:

- Evitar una hospitalización innecesaria
- Evitar las recaídas médicas
- Mantenerse al día para tomarse sus medicamentos según lo recetado por su médico

Necesitará su tarjeta de identificación de medicinas recetadas de Caremark y el número de una receta reciente.

Inicie sesión en www.caremark.com

- Seleccione Actualizar su Perfil ("Update your Profile")
- Bajo su información, ingrese el número de una receta
- En las preferencias personales, asegúrese de que la información actualizada de su correo electrónico esté activada.

Programa para la Persona Encargada de Cuidarle

La persona encargada de cuidarlo a usted ("*your caregiver*") cuenta ahora con una forma más fácil de controlar la salud suya. Se requiere la aprobación del paciente.

Las personas que tienen a alguien encargado de cuidarlos conocen el importante papel que juegan estas personas en el control del cuidado relacionado con las medicinas recetadas. CVS Caremark puede enlazar las cuentas en línea para los pacientes y las personas encargadas de cuidarlos. Las personas designadas pueden actuar en nombre del paciente en www.caremark.com una vez que hayan iniciado sesión (*log on*) con su propio número de identificación. Si tanto el paciente como la persona encargada de cuidarlo son participantes de CVS Caremark, eso significa que la persona que lo cuida podrá manejar las recetas médicas de ambos iniciando sesión una sola vez.

Esta función podría ahorrarle tiempo a la persona que lo cuida y facilitarle el manejo de las medicinas recetadas.



Cobertura para Medicinas Recetadas de TRS-Care Standard

Dentro de la Red	
Nivel 1: Medicamentos Genéricos	20% después del deducible
Nivel 2: Medicamentos de Marca Preferida	20% después del deducible*
Nivel 3: Medicamentos de Marca No Preferida	20% después del deducible*
Antes de que los beneficios comiencen a pagar bajo el Plan TRS-Care Standard, usted debe satisfacer el deducible del plan. El deducible de su plan incluye sus gastos médicos y de medicinas recetadas. El deducible dentro de la red: \$1,500 para cobertura solo para jubilados; \$3,000 para cobertura familiar.	

*A partir del 1 de enero de 2020, si obtiene un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, usted es responsable de la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del coseguro genérico. Esta diferencia de costo no se aplicará a sus acumulaciones (deducible o máximo de desembolso personal).

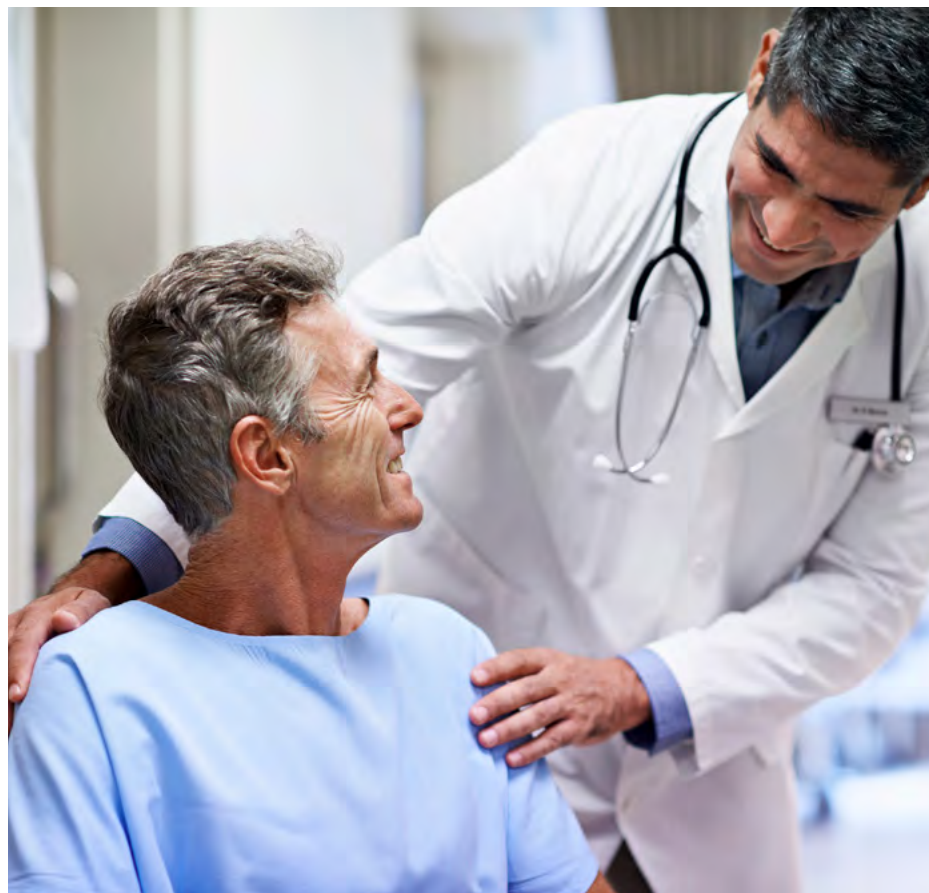
Alternativas Genéricas vs. Medicamentos Genéricos Equivalentes

MEDICAMENTO GENÉRICO: Es el medicamento que se vende generalmente bajo el nombre de sus ingredientes activos – los componentes químicos que hacen que funcione – en vez del nombre de una marca. El genérico es, por lo general, mucho menos costoso que su equivalente de marca. Hay dos clases de medicamentos genéricos: Los equivalentes genéricos cuentan con la aprobación de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) y contienen los mismos ingredientes activos – y son iguales a sus equivalentes de marca en cuanto a la seguridad, potencia, desempeño, calidad y dosis –. Las alternativas genéricas, por su parte, son medicamentos genéricos que cuentan con la aprobación de la U.S. Food and Drug Administration (FDA), cuyos ingredientes activos son diferentes a los encontrados en el medicamento de marca.

Usted podría tomar un medicamento de marca que no tenga equivalente genérico. Sin embargo, podría haber diferentes genéricos que pudieran utilizarse algunas veces para tratar la misma enfermedad al igual que el medicamento de marca. Las alternativas genéricas no son iguales a los equivalentes genéricos.

Tarjetas de Identificación para el Plan de Medicinas Recetadas

CVS Caremark le proporcionará una tarjeta de identificación para el plan de medicinas recetadas. Presente su tarjeta de identificación cuando le despachen su receta en una farmacia regular participante. De necesitar tarjetas de identificación adicionales o de reemplazo, comuníquese con CVS Caremark al **1-877-680-4881** o visite **www.caremark.com** para solicitar una tarjeta nueva o para imprimir una temporaria.



Medicamentos Preventivos

Aproveche las Medicinas Recetadas Gratuitas para Proteger su Salud

Su plan médico TRS-Care incluye cobertura total para ciertos medicamentos genéricos clasificados como “preventivos”. Estos son medicamentos utilizados para prevenir una enfermedad crónica, no para tratar una existente. Si a usted le recetan uno de los medicamentos pertenecientes a una de las clasificaciones mencionadas a continuación, su medicamento podría estar en la lista y usted podría ser elegible para recibir dicho medicamento sin costo alguno para usted. Asegúrese de revisar la lista de medicamentos clasificados como “preventivos” en info.caremark.com/trscarestandard a fin de verificar si su medicamento se encuentra dentro de la lista y para aprovechar al máximo este valioso beneficio. Esta lista está sujeta a cambio.

TIPOS DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS GENÉRICOS QUE PODRÍAN OFRECÉRSELE A USTED SIN COSTO ALGUNO

Agentes Cardiovasculares Agentes Antiarrítmicos Agentes antianginales Para la enfermedad de la arteria coronaria Antihiperlipidémicos y sus combinaciones Para la Diabetes Antidiabéticos Productos y suministros para el diagnóstico de la diabetes Agentes Hematológicos Factores de Coagulación Para la Hipertensión Inhibidores: enzima convertidora de angiotensina (ACE), bloqueadores receptores de angiotensina (ARB) y bloqueadores de los canales de calcio (CCB) Bloqueadores Beta Diuréticos Antihipertensivos y sus combinaciones	Agentes Inmunizantes Vacunas, toxoides, agentes pasivos Agentes inmunizantes y biológicos Para la Salud Mental Antidepresivos Antipsicóticos Calcio para la osteoporosis Reguladores de calcio Moduladores de los receptores de hormonas Para el Cuidado Preventivo Agentes para combatir la obesidad Agentes para dejar de fumar Agentes para combatir la drogadicción Preparados intestinales	Para Trastornos Respiratorios Antiasmáticos Para Trastornos Convulsivos Anticonvulsivos Para Embolias Anticoagulantes Inhibidores para la Adhesión de Plaquetas Para la Salud de la Mujer Inhibidores de aromatasa y antiestrógenos Anticonceptivos Vitaminas prenatales Para Enfermedades Varias Agentes para combatir la malaria Prevención de la caries dental Agentes del angioedema hereditario Agentes inmunosupresores para la esclerosis múltiple Agentes antirretrovirales
--	---	--



DISPOSICIONES DEL PLAN

Elegibilidad e Inscripción

Esta sección proporciona un resumen de los requisitos de elegibilidad e inscripción de TRS-Care.

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?

Jubilados por Años de Servicio

Para jubilarse por años de servicio, la persona debe tener un mínimo de 10 años de crédito de servicio en la pensión de TRS para el momento de la jubilación. Este crédito de servicio podría incluir hasta cinco años de crédito por servicio militar, pero no puede incluir ningún otro crédito de servicio especial o equivalente comprado. Además del requisito de "10 años de crédito de servicio", usted debe cumplir con uno de los siguientes requisitos para el momento de la jubilación:

1. La suma de la edad del jubilado y su crédito por años de servicio en la pensión de TRS equivale o sobrepasa los 80 (con un mínimo de 10 años de crédito de servicio), independientemente de si usted tuvo una reducción en la pensión de jubilación por haberse jubilado prematuramente (el crédito por años de servicio puede incluir todos los servicios comprados);

O BIEN

2. Usted tiene 30 o más años de crédito de servicio en la pensión de TRS (incluyendo el servicio comprado).

Nota: El crédito combinado de servicio bajo el Programa de Jubilación Proporcionado no puede utilizarse a fin de establecer elegibilidad para recibir beneficios de TRS-Care o cualquier tipo de beneficio además de los de jubilación por años de servicio. El jubilado por años de servicio no es elegible para inscribirse en el programa TRS-Care si es elegible para recibir cobertura bajo el programa de beneficios médicos de ERS, UT System o A&M System.

Jubilados por Incapacidad

Las personas son elegibles para participar en TRS-Care cuando se jubilan por incapacidad bajo la pensión de TRS. Una vez inscrito en TRS-Care como jubilado por incapacidad, continúa la participación siempre y cuando la persona sea un jubilado por incapacidad bajo la pensión de TRS. Si usted está solicitando cobertura médica debido a una incapacidad, podrían comunicarse con usted para validar su estado como Incapacitado bajo Medicare Social Security Disability.

Nota: La cobertura para un jubilado por incapacidad con menos de 10 años de crédito de servicio en la pensión de TRS solo continua hasta por la cantidad total de años de servicio. Por consiguiente, la cobertura para dicho jubilado por incapacidad terminará cuando terminen los beneficios de jubilación por incapacidad bajo la pensión de TRS. El jubilado por incapacidad es elegible para inscribirse en TRS-Care aun cuando sea elegible para recibir cobertura bajo el programa de beneficios médicos de ERS, UT System o A&M System.



Dependientes

Los siguientes dependientes son elegibles para inscribirse en TRS-Care:

- A. Su cónyuge (incluyendo a la pareja a la cual se haya unido por concubinato o *common law*);
- B. El hijo menor de 26 años que sea:
 - Hijo biológico;
 - Hijo adoptado o colocado legalmente para adopción;
 - Hijo adoptivo que se encuentre bajo custodia temporal de un empleado por orden judicial (*foster child*);
 - Hijastro;
 - Nieto que viva con usted, dependa de usted al menos para un 50% de su manutención; o
 - Cualquier otro hijo con quien mantenga una relación de padre/madre e hijo, según lo determinado por TRS. (Vea el Glosario).
- C. Un hijo (independientemente de su edad) que viva con el jubilado o cónyuge superviviente o para cuyo cuidado regularmente provea este último, si tal hijo en cuestión presenta una incapacidad física o mental a tal grado que dependa del jubilado o cónyuge superviviente para su cuidado y manutención, según lo determinado por TRS.
 - Cualquier otro hijo menor de 26 años (soltero) que mantenga una relación de padre/madre e hijo con el jubilado o cónyuge superviviente
 - Se requerirá documentación apropiada para establecer que estos hijos cumplan con los criterios de elegibilidad de TRS-Care. Cuando el adulto responsable no sea el abuelo o la abuela del menor, la relación normal entre padre/madre e hijo significa que:
 - Usted provee mínimo un 50% de la manutención del hijo
 - Los padres biológicos del hijo no residen en la misma vivienda
 - Usted tiene derecho legal a tomar decisiones en relación con el cuidado médico del hijo
 - Usted tiene custodia legal total (se requerirá que presente documentación)

Por lo general, la cobertura de sus dependientes entrará en vigencia en la misma fecha en que entre en vigencia la suya si, para entonces, ha solicitado usted cobertura de dependientes.

Los hijos a los cuales deba proporcionarse cobertura médica por orden judicial calificada de manutención pasarán a ser elegibles en la fecha en la cual el tribunal haya tomado la decisión si la solicitud se presenta por escrito dentro del lapso de 31 días después de haberse tomado tal decisión legal. La cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes, a partir de la fecha en la cual se haya firmado la orden judicial. La orden judicial dada a un cónyuge (o ex cónyuge) no avala que el plan proporcione cobertura al dependiente.

Si usted es un padre o madre sin custodia legal que debe proporcionar cobertura médica a un menor por orden judicial calificada de manutención (child support), deberá proporcionarle prueba de la reclamación al padre o madre con custodia legal. Los beneficios para tal reclamación se le pagarán al padre o madre que tenga la custodia legal.

Los dependientes elegibles podrían inscribirse además si experimentan un evento de inscripción especial, según se describe en la página 71.

La cobertura del dependiente continuará siempre y cuando se continúe pagando la mensualidad y el dependiente continúe siendo elegible. Las contribuciones mensuales están sujetas a cambio.

A algunos tipos de dependientes se les requerirá documentación adicional para establecer que cumplen con los criterios de elegibilidad.

¿Puede un hijo dependiente e incapacitado considerarse como dependiente elegible aun cuando tenga 26 años de edad o más?

El hijo incapacitado, independientemente de su edad, solo podrá inscribirse dentro del período de inscripción inicial del jubilado o del cónyuge superviviente, durante un evento de inscripción especial o cuando el jubilado o el cónyuge superviviente cumpla 65 años de edad si el jubilado o el cónyuge superviviente ya está inscrito en TRS-Care para cuando cumpla los 65 años. No se darán por terminados los beneficios para los gastos médicos de un hijo totalmente incapacitado por haber cumplido este último la edad máxima como hijo dependiente siempre que siga estando incapacitado, continúe dependiendo de usted para su manutención y sea soltero.

Sin embargo, se requerirá documentación médica para determinar la incapacidad.

Se considerarán incapacitados los hijos que no puedan ganarse la vida por sí mismos por estar mental o físicamente incapacitados y que dependan mayormente de usted para manutención y apoyo. Al participante, se le enviarán por correo formularios para el "hijo incapacitado". Uno de los formularios deberá llenarlo el médico del hijo incapacitado y el otro deberá llenarlo el participante. Deberá enviársele a Aetna comprobante de que su hijo está totalmente incapacitado. Esto deberá hacerse antes del término de 31 días, contados a partir de la fecha en la cual cumpla su hijo 26 años o cuando se le inscriba por vez primera.

Aetna podría requerir prueba de la continuidad de la incapacidad. Aetna, por cuenta propia, podría requerir además que se le haga un examen a su hijo con tanta frecuencia como sea necesario mientras continúe la incapacidad. No se requerirá que se haga el examen más de una vez al año después de haber transcurrido dos años, a partir de la fecha en la cual haya cumplido su hijo 26 años.

La cobertura cesará cuando ocurra el primero de los siguientes:

- Cese la incapacidad
- No se proporcione prueba de la incapacidad
- No se realice algún examen requerido
- Se case el hijo incapacitado
- Se termine la cobertura del dependiente para el hijo por cualquier otra razón que no sea que haya cumplido los 26 años de edad

Otras Situaciones

Ya estoy inscrito en TRS-ActiveCare:

TRS-Care (para jubilados) es un plan aparte y diferente de TRS-ActiveCare (para trabajadores de las escuelas). Cuando usted se jubile, deberá presentar un formulario de solicitud, indicándole a TRS su deseo de inscribirse usted y a sus dependientes en TRS-Care o de diferir dicha inscripción.

Además, asegúrese de comunicarse con el oficial de su escuela para verificar su fecha de terminación de TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados con pensión de TRS:

Si ambos cónyuges son jubilados con pensión de TRS y cada uno de ellos cumple con los requisitos de elegibilidad de TRS-Care individualmente, podrán inscribirse por separado en TRS-Care, lo cual podría ser financieramente ventajoso. Para más información, llame al **1-888-237-6762**.

El jubilado con pensión de TRS podría cubrirse bajo TRS-ActiveCare como dependiente de un empleado activo que esté inscrito en TRS-ActiveCare.

Cómo Inscribirse

Después de que le presente a TRS y hayan procesado su solicitud de jubilación (Formulario TRS 30), usted recibirá un paquete de inscripción de TRS-Care que incluye la solicitud de TRS-Care (Formulario TRS 700A). Si desea inscribirse en TRS-Care, llene la solicitud y devuélvala a TRS.

Si está solicitando jubilación por incapacidad, TRS le enviará un paquete de inscripción de TRS-Care, de aprobarse su jubilación por incapacidad.

Durante su Período de Inscripción Inicial para TRS-Care, si decide no inscribirse, sepa que no tendrá que tomar acción alguna. Usted solo necesita presentar una solicitud si desea inscribirse en TRS-Care.

Cuando puede inscribirse

Período de Inscripción Inicial en la Jubilación

Si usted se ha jubilado por años de servicio, su Período de Inscripción Inicial será lo que suceda de último entre:

A. El período que comienza en la fecha de vigencia de su jubilación y caduca al final del último día del tercer mes consecutivo, pero no menos de 90 días después de la fecha de jubilación

O BIEN

B. El período que comienza el último día del mes en el cual TRS reciba su elección de jubilación y caduca al final del último día del tercer mes consecutivo, pero no menos de 90 días después del último día del mes en el cual reciba TRS su elección de jubilarse. Su solicitud para TRS-Care (Formulario 700A de TRS) deberá entregarse no después del último día de su Período de Inscripción Inicial. Para más información, remítase a la tabla "Período de Inscripción Inicial" de TRS-Care que aparece a continuación.

Período de Inscripción Inicial para Jubilados por Incapacidad

Si usted es un jubilado por incapacitación, su Período de Inscripción Inicial comienza en la fecha en que la Directiva Médica de TRS apruebe su jubilación por incapacidad y caduca al final del último día del tercer mes consecutivo, pero no menos de 90 días después de la fecha en que la Directiva Médica de TRS haya aprobado su jubilación por incapacidad.

Período de Inscripción Inicial por el Fallecimiento de un Jubilado o Miembro Activo del Plan

El período de inscripción inicial en TRS-Care para el cónyuge superviviente de un jubilado fallecido y sus hijos dependientes caduca el último día del tercer mes consecutivo, pero no después de 90 días del deceso del jubilado.

El período de inscripción inicial en TRS-Care para el cónyuge superviviente de un miembro activo y fallecido del plan y para sus hijos dependientes caduca el último día del tercer mes consecutivo, pero no menos de 90 días después de haber fallecido el jubilado.

Período de Inscripción Inicial para TRS-Care Tres meses consecutivos, pero no menos de 90 días	
FECHA DE JUBILACIÓN	FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR EL FORMULARIO TRS 700A
30 de septiembre	31 de diciembre
31 de octubre	31 de enero
30 de noviembre	28 (o 29) de febrero
31 de diciembre	31 de marzo
31 de enero	1ro de mayo
28 (o 29) de febrero	31 de mayo
31 de marzo	30 de junio
30 de abril	31 de julio
31 de mayo	31 de agosto
30 de junio	30 de septiembre
31 de julio	31 de octubre
31 de agosto	30 de noviembre

¿Cuándo Entra en Vigencia mi Cobertura?

Fecha de Vigencia de la Cobertura

La fecha de vigencia de la cobertura será (1) el primer día del mes posterior a su fecha de jubilación si TRS recibe su Solicitud de Inscripción Inicial de TRS-Care (Formulario TRS 700A) en la fecha de vigencia de su jubilación o antes; o (2) el primer día del mes posterior a la fecha en la cual TRS-Care reciba su solicitud de cobertura si se recibe su formulario TRS 700^a después de la fecha de vigencia de su jubilación, pero dentro de su Período de Inscripción Inicial.

Si desea que su cobertura entre en vigencia el primer día del mes posterior a su fecha de jubilación, TRS deberá recibir la solicitud antes de su fecha de jubilación. Esto se aplica a los jubilados por incapacidad.

Durante su Período de Inscripción Inicial, usted podría hacer cambios a sus elecciones de cobertura. La fecha de vigencia de la cobertura para cualquier elección nueva será el primer día del mes posterior a la fecha en la cual TRS reciba la nueva solicitud solicitando cobertura de jubilación.

Para Diferir la Cobertura

Durante su Período de inscripción Inicial, podría posponerse la fecha de vigencia de su cobertura de TRS-Care hasta el primero de cualquiera de los tres meses posteriores inmediatamente después del mes de su jubilación. Por ejemplo, si su fecha de jubilación es el 31 de mayo, la fecha de vigencia de la cobertura de TRS-Care (normalmente el 1ro de junio) podría diferirse hasta el 1ro de julio, 1ro de agosto o 1ro de septiembre. Para una fecha diferida de vigencia, deberá escribir la fecha de vigencia de la cobertura en el espacio provisto en la Solicitud de Inscripción Inicial. Si tiene preguntas sobre cómo diferir su fecha de vigencia, sírvase llamar al **1-888-237-6762**.

¿Somos mis hijos y yo elegibles para recibir beneficios de TRS-Care como dependientes supervivientes?

Usted es elegible para seleccionar cobertura como cónyuge superviviente de un jubilado de haber estado casado con un jubilado de TRS en el momento en el que haya fallecido este último y si tal jubilado era elegible o habría sido elegible para recibir cobertura bajo este programa. El cónyuge superviviente debe elegir cobertura para que pueda cubrirse a los hijos dependientes. Si los hijos dependientes de un jubilado fallecido y elegible han sobrevivido al jubilado y al cónyuge de este último, entonces los hijos serán elegibles para elegir cobertura.

Usted es elegible para continuar y/o elegir cobertura como cónyuge superviviente de un miembro activo del plan que haya fallecido el 1º de septiembre de 1986 o después, si el miembro activo del plan que haya fallecido tenía 10 años de crédito por años de servicio en el sistema de jubilación por servicio real en las escuelas públicas de Texas y había hecho contribuciones a TRS-Care en el último lugar de empleo en la educación pública de este estado. El cónyuge e hijos supervivientes continuarán con la cobertura siempre que continúen pagando las mensualidades. Los hijos dependientes supervivientes deberán cumplir con los criterios aplicables de elegibilidad de TRS-Care.

La elegibilidad para recibir cobertura comienza el primer día del mes después del fallecimiento del jubilado, miembro activo del plan o cónyuge superviviente. Deberá enviársele a TRS-Care una solicitud para efectuar cambios (TRS700C o TRS700D) al término de los 31 días posteriores al fallecimiento del jubilado, miembro activo del plan o cónyuge superviviente o 31 días después de la fecha en que TRS-Care haya enviado el formulario de solicitud para efectuar cambios.

El cónyuge superviviente de un jubilado o miembro activo y fallecido del plan que era elegible para recibir beneficios de TRS-Care puede continuar su propia cobertura, pero no puede cubrir al cónyuge de volver a casarse.

Eventos de Inscripción Especial

Los eventos de inscripción especial son oportunidades de inscribirse en TRS-Care fuera del período de Inscripción Inicial. Usted podría ser elegible para TRS-Care bajo las disposiciones de inscripción especial de la Ley del Seguro de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act* o HIPAA, por sus siglas en inglés).

Hay dos categorías generales de eventos de inscripción especial:

1. La persona sufre una pérdida involuntaria de cobertura médica amplia;
y
2. La persona tiene un nuevo dependiente

Pérdida de Elegibilidad para Recibir Otra Cobertura

Si el jubilado o cónyuge superviviente pierde cobertura

Si el jubilado o cónyuge superviviente no está inscrito en TRS-Care y pierde cobertura médica amplia con otro plan médico por razones que no tengan que ver con su responsabilidad, podría inscribirse en TRS-Care bajo un evento de inscripción especial. Sin embargo, usted podría ser elegible de otra manera para TRS-Care y deberá poder mostrar que ha perdido involuntariamente la cobertura médica amplia. **La cobertura por pérdida de incapacidad, enfermedad especificada, visión, dental o de otro tipo de cobertura médica amplia no constituyen un evento de inscripción especial.**

Si usted no está ya inscrito en TRS-Care para el momento en que experimente una pérdida involuntaria de la cobertura amplia por razones que no tengan que ver con su responsabilidad, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro del transcurso de 31 días, posterior a la pérdida de la cobertura bajo el otro plan médico amplio. Sin embargo, si ya están inscritos en TRS-Care para el momento en que pierdan la otra cobertura, no podrán inscribirse a ningún otro dependiente elegible de otra manera.

Si usted pierde cobertura con otro plan, será importante que guarde el aviso de terminación para que pueda demostrarle a TRS que la pérdida de cobertura se debió a una razón involuntaria.

Carta de cobertura

TRS puede solicitar que usted obtenga una carta de cobertura que indique el período exacto en que su compañía de seguro anterior le proporcionó cobertura médica completa (comprehensive) y la razón por la cual perdió la cobertura. TRS también puede solicitarle que proporcione otras cartas de cobertura para cualquier otro dependiente elegible que desee inscribirse en TRS-Care.

Si el cónyuge u otro dependiente elegible pierda cobertura

Cuando un cónyuge u otro dependiente elegible no está inscrito en TRS-Care y pierde cobertura médica amplia con otro plan médico por razones que no tengan que ver con su responsabilidad, podría inscribirse a sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro del transcurso de 31 días posterior a la pérdida involuntaria de la otra cobertura del plan médico del dependiente. Si el dependiente elegible está inscrito, el jubilado o cónyuge superviviente deberá inscribirse también en TRS-Care (de no estarlo ya).

Entre los ejemplos de pérdida involuntaria de la cobertura médica se incluyen:

- Su divorcio o separación legal resulta en que usted pierda la cobertura bajo el plan médico amplio de su cónyuge;
- El dependiente ya no se considera como "cubierto" bajo el plan médico amplio de su padre/madre;
- El fallecimiento de su cónyuge le deja sin cobertura médica amplia bajo el plan de la persona fallecida;
- Su empleo termina junto con la cobertura bajo el plan médico amplio de su empleador o termina el empleo de su cónyuge junto con su cobertura bajo el plan médico amplio del empleador de su cónyuge;
- Su empleador reduce sus horas de trabajo al punto en que usted ya no esté cubierto por el plan médico amplio;
- Su plan decide que no ofrecerá cobertura médica amplia a cierto grupo de personas (por ejemplo, los que trabajan a medio tiempo);
- La persona pierde cobertura bajo el programa médico estatal de seguro para niños Children's Health Insurance Program (*CHIP*) o Medicaid o pasa a ser elegible para recibir ayuda con la prima de seguro bajo tales programas para la cobertura del plan médico de grupo;
- La persona pierde involuntariamente la cobertura bajo el suplemento de Medicare (como por ejemplo Medigap) o el plan individual Medicare Advantage; y
- Usted ya no vive ni trabaja en el área de servicio de HMO y ha perdido la cobertura médica amplia.

Entre otros, los siguientes eventos no califican como eventos de inscripción especial:

- Abandonar la otra cobertura por haber aumentado las primas;
- Dar por terminada la cobertura por falta de pago de sus primas; y
- Dar por terminada la cobertura por una causa de la cual sea usted responsable (tal como, haber efectuado una reclamación fraudulenta o haber hecho una declaración intencional y errónea en relación con la cobertura).

Dependientes Nuevos

El jubilado o cónyuge superviviente (inscrito o de otra manera elegible para recibir beneficios de TRS-Care) que adquiera un dependiente elegible por razones de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o custodia, deberá notificarle a TRS por escrito, dentro del transcurso de 31 días, contados a partir de la fecha en que se haya adquirido el dependiente elegible para que la inscripción pueda ser válida.

Por ejemplo, si un jubilado elegible no estuviere de otra manera actualmente inscrito en TRS-Care para el momento en que se haya producido el matrimonio, el jubilado podría inscribirse a sí mismo junto con cualquier otro dependiente elegible, durante un período de inscripción especial. Sin embargo, el cónyuge superviviente no podrá inscribir a un nuevo cónyuge de volver a casarse.

La inscripción estará vigente:

- En el caso del nacimiento del dependiente, la fecha de nacimiento;
- En el caso de la adopción del dependiente, la fecha de dicha adopción o la colocación del menor en adopción; y
- En el caso de guarda custodia, el primer día del mes después de que TRS-Care reciba la solicitud por escrito.

Se requiere documentación para establecer la elegibilidad para todos los dependientes nuevos.

El concubinato no se considera como evento de inscripción especial, a menos que haya una Declaración de Matrimonio por Concubinato (*Declaration of Common Law Marriage*) presentada ante una agencia gubernamental autorizada.

Al cumplir los 65 años de edad, tendrá una nueva oportunidad de inscripción

Si usted es un jubilado o cónyuge superviviente que no ha cumplido aún los 65 años de edad y da por terminada la cobertura con TRS-Care o no se inscribe durante su oportunidad de inscripción inicial, podrá inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años. También podrá agregar dependientes elegibles en ese momento.

Antes de que usted cumpla los 65 años, TRS le enviará al jubilado instrucciones sobre cómo inscribirse. Para inscribirse en TRS-Care a la edad de 65 años, el jubilado o cónyuge superviviente deberá pedir una solicitud de cobertura (Formulario 700EO) antes de 31 días, contados a partir del fin del mes en el cual haya cumplido 65 años. Para pedir una solicitud, llame al departamento de beneficios médicos y de seguro TRS Health and Insurance Benefits al **1-888-237-6762**.

TRS no siempre tiene, en sus registros, información sobre cónyuges supervivientes. Es responsabilidad de estos últimos solicitar y presentar su solicitud de cobertura antes del transcurso de 31 días, a partir del fin del mes en el cual cumplan los 65 años.

Tenga presente lo siguiente: Tenga presente que esta oportunidad de inscripción no está disponible para cuando los cónyuges dependientes e hijos cumplan 65 años.

Cuando el participante pase a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, deberá comprar y mantener la cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura de Medicare Parte B, a fin de poder inscribirse en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage® y el plan de medicinas recetadas TRS-Care Medicare Rx®. Los participantes corren el riesgo de perder la cobertura de TRS-Care si no tienen cobertura de Medicare Parte B para cuando sean elegibles para adquirirla.

Primas Mensuales para el 2020

Para la mayoría de los jubilados sin Medicare	
Jubilado solamente	\$200*
Jubilado + cónyuge	\$689
Jubilado + hijo(s)	\$408
Jubilado + familia	\$999
Hijo(s) superviviente(s)	\$208
Jubilados sin Medicare con hijos incapacitados (de cualquier edad)*	
Jubilado + hijo(s)	\$208
Jubilado + familia	\$799

*Las primas mensuales para jubilados sin Medicare que tengan hijos incapacitados se reducirán a razón de \$200 en los niveles que cubren a los hijos. Será responsabilidad del participante notificarle a TRS de quedar un menor incapacitado.

Las primas las determina la elegibilidad del jubilado de TRS o cónyuge superviviente para recibir beneficios de Medicare, independientemente del estado de sus dependientes en cuanto a Medicare. Por ejemplo, si usted es un jubilado de TRS y no es elegible aún para recibir beneficios de Medicare y cubre a un cónyuge que sí sea elegible para que reciba beneficios de Medicare, usted pagará entonces \$689 mensuales porque usted, el jubilado, no es elegible aún para recibir Medicare.

¿Tiene usted planes de jubilarse por incapacidad?

Si usted tiene planes de jubilarse por incapacidad, pagará las primas que aparecen la página 73, dependiendo de si se cubre usted solamente o a algún dependiente.

¿Ya se jubiló por incapacidad?

Las primas las determina la elegibilidad para recibir Medicare del jubilado o cónyuge superviviente, independientemente del estado de sus dependientes. Por ejemplo, si usted es jubilado de TRS y no es elegible aún para recibir Medicare y cubre a su cónyuge que sí es elegible para recibir Medicare, entonces usted pagará \$689 por mes debido a que usted, el jubilado, no es elegible aún para recibir beneficios de Medicare.

¿Que debería saber usted?

Cuando usted cumpla 65 años, podría tener la oportunidad de inscribirse en TRS-Care y podría tener la oportunidad de agregar a los dependientes elegibles. En la mayoría de los casos, usted pasará también a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, lo cual funciona con el plan médico TRS-Care Medicare Advantage® y el plan de recetas médicas TRS-Care Medicare Rx®. Solo envíe la solicitud y TRS le inscribirá una vez confirmada su elegibilidad para TRS-Care y el plan o planes disponibles para usted.

¿Cuándo soy elegible para recibir cobertura de Medicare?

En la mayoría de los casos, usted es elegible para Medicare a la edad de 65 años o puede ser elegible a cualquier edad si ha recibido beneficios por discapacidad del Seguro Social.

Elegibilidad para Medicare a la edad de 65

TRS le recomienda ampliamente que se inscriba en Medicare tan pronto como sea usted elegible. Usted puede inscribirse tres meses antes de cumplir los 65 años. Mientras más pronto se inscriba, más pronto podrá TRS verificar su estado de Medicare e inscribirle. Lo ideal es que su cobertura de Medicare entre en vigencia el primer día del mes en que cumpla usted años. Si su fecha de Nacimiento es el primero del mes, su cobertura de Medicare entrará en vigencia el primer día del mes anterior (el primero del mes anterior al mes de su cumpleaños).

Tenga presente que **el período de inscripción en el programa de TRS-Care es más breve que el de Medicare**. El período de inscripción para Medicare se extiende tres meses después del mes en que cumpla usted 65 años, pero usted deberá presentar una solicitud de inscripción en el programa de TRS-Care, antes de 31 días, contados a partir del mes en el cual cumpla usted 65 años.

Usted deberá comprar y mantener la cobertura de Medicare Part B para poder ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care después de haber pasado a ser elegible para Medicare. Esto se requerirá aunque usted no sea elegible para que le omitan la prima de Medicare Parte A. Usted no tendrá que comprar Parte A si no la recibe gratis, pero no necesita comprar Medicare Parte B. Si usted no compra ni mantiene Medicare Parte B, correrá el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care.

Elegibilidad de Medicare para Personas con Enfermedad Renal en Fase Terminal

Si usted es elegible para Medicare debido a la Enfermedad Renal en Fase Terminal (End Stage Renal Disease o ESRD), Medicare será secundario, es decir que pagará después de TRS-Care porque las reglas federales requieren que TRS-Care sea primario por cierto periodo. Una vez que su Medicare Parte A se convierta en la cobertura primaria, se reducirán su prima mensual de TRS-Care y el deducible. Si usted es elegible debido a la Enfermedad Renal en Fase Terminal, notifíquese a TRS por teléfono o por escrito.

¿Qué tendré que hacer cuando cumpla 65 años?

Usted es elegible para recibir beneficios de Medicare a la edad de 65 años y puede inscribirse tres meses antes de cumplir los 65.

- Si usted es elegible para que se le omita la prima de Medicare Parte A (hospitalización), inscribese a través de la oficina de administración del seguro social (Social Security Administration). Usted puede aplicar en línea, visitando el sitio web **www.ssa.gov/medicare**, acudiendo a su oficina de Seguro Social o llamando al seguro social al **1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)**.
- Compre Medicare Parte B a través de la oficina de administración del seguro social. Esto puede hacerlo tan pronto como esté disponible la inscripción. Usted debe comprar y mantener Medicare Parte B para ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care. La oficina de administración del seguro social puede confirmar su prima de la Parte B. Tenga presente que no se deducirá de su pensión de TRS.
- Si está inscrito en TRS-Care para cuando cumpla 65 años, Humana le enviará un paquete con un formulario, solicitando su número de Medicare. Sírvese llenar el formulario y devolvérselo a TRS. *
- Por otra parte, TRS le enviará un paquete de inscripción. Revise los materiales ahí contenidos. Si está usted agregando dependientes, llene y entregue la solicitud para recibir beneficios de TRS-Care antes del término del período de 31 días, contados a partir del mes en el cual usted cumpla los 65 años.

Si usted es elegible para recibir cobertura de TRS-Care, y una vez que haya verificado su información de Medicare, TRS le inscribirá en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage® y en el plan de farmacia TRS-Care Medicare Rx®. **De no recibir su número de Medicare, TRS no podrá inscribirle y usted correrá el riesgo de perder completamente su cobertura TRS-Care.**

* Si usted es un jubilado o cónyuge superviviente que no ha cumplido aún los 65 años y ha terminado su cobertura de TRS-Care o no se inscribió usted durante su oportunidad de inscripción inicial, podrá inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años. Para entonces podrá también agregar dependientes. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, usted deberá pedir una solicitud y presentarla antes del término del período de 31 días, contados a partir del mes en el cual cumpla los 65 años. Comuníquese con el departamento de beneficios médicos y de seguro llamando al 1-888-237-6762 para solicitar una solicitud.

Regla de Ajuste

Si por alguna razón la persona se inscribe en el nivel no apropiado de cobertura, se ajustará la misma, según lo dispuesto en este Folleto.

Los beneficios por reclamaciones en las que se haya incurrido después de la fecha de vigencia del ajuste se pagarán de acuerdo con las disposiciones revisadas del plan. En otras palabras, no existen derechos conferidos a beneficios basados en las disposiciones del plan efectivas antes de la fecha de cualquier ajuste.

Ningún incremento de beneficios ocurrido por un cambio producido en cualquiera de las cantidades anteriores no proporcionará beneficios adicionales para los gastos médicos cubiertos en los que incurra antes de la fecha vigente de cambio.

¿Bajo cuáles circunstancias puede TRS-Care dar por terminada mi cobertura?

La cobertura del jubilado bajo TRS-Care cesará cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

- Usted ya no sea elegible
- Se haya establecido que usted o su dependiente cubierto ha cometido fraude
- Usted no efectúe la contribución requerida
- Se discontinúe TRS-Care

La cobertura para dependientes cesará cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

- Se discontinúe toda cobertura de dependiente bajo TRS-Care
- Un dependiente se inscribe en un plan ofrecido por TRS-ActiveCare o un plan ofrecido por una escuela pública de Texas que no participe en TRS-ActiveCare
- Un dependiente se convierte en elegible para la cobertura bajo un plan proporcionado bajo un programa administrado por el Sistema de Jubilación de Empleados de Texas (Employees Retirement System of Texas), la Universidad de Texas (the University of Texas), o Texas A & M
- El dependiente se inscriba en TRS-Care como jubilado
- La persona deje de cumplir con la definición de dependiente de TRS-Care
- Cese la cobertura del jubilado
- El jubilado deje de efectuar cualquier contribución requerida
- Se determine que el dependiente ha cometido fraude

De no pagarse a tiempo la cantidad total de una contribución requerida para cobertura, se dará por terminada la cobertura a finales del mes en el que se haya efectuado la última contribución.

Si termina mi cobertura o la de mis dependientes, ¿habrá maneras de continuar con la misma?

Se requiere que TRS-Care les ofrezca al cónyuge y dependientes del jubilado inscritos en TRS-Care el derecho a continuar temporalmente la cobertura médica de grupo si la misma cesare debido a ciertos eventos elegibles. La continuidad de la cobertura de TRS-Care a través de COBRA que el cónyuge o hijo dependiente elija obtener, si la hubiere, proporciona beneficios idénticos a los de la cobertura proporcionada a jubilados, cónyuges y dependientes que se encuentren en situación similar. TRS-Care le notificará al cónyuge o a los hijos dependientes sobre cualquier cambio en cuanto a la cobertura o beneficios disponibles.

Habrà continuidad de la cobertura de COBRA si el cónyuge o hijos dependientes del jubilado de TRS-Care pierde la cobertura bajo TRS-Care por alguna de las siguientes razones:

1. Su defunción;
2. Su divorcio o separación legal; o
3. Si uno de sus hijos deja de ser dependiente, según se define en el Folleto de Beneficios de TRS-Care.

Si el cónyuge o hijos dependientes pierden cobertura cuando ocurra uno de estos tres eventos que califiquen, deberán notificarle a TRS-Care acerca del evento ocurrido, dentro del transcurso de 60 días contados después que haya ocurrido lo último entre: (1) la fecha en la cual ocurra el evento elegible; o (2) la fecha en que se pierda la cobertura como resultado de un evento elegible.

Para que se considere que la notificación escrita del evento que califica ha llegado a tiempo, deberá estar sellada por el correo postal (post marked) o, de lo contrario, habersele enviado a TRS-Care antes del último día del período de notificación de 60 días.

Hay dos formas en que el participante de TRS-Care, cuya cobertura haya terminado, podría continuar la cobertura. La continuidad de la cobertura de TRS-Care a través de COBRA se explica en la página 86, en la sección de "Avisos". (Tenga presente que el cónyuge superviviente de un jubilado de TRS-Care puede continuar su participación en TRS-Care sin inscribirse a través de COBRA).

¿Cómo funciona TRS-Care cuando existe otra cobertura?

Algunas personas tienen cobertura médica de grupo además de la cobertura bajo este Programa. En este caso, se tomarán en cuenta los beneficios de los "otros planes", incluyendo los planes de grupo no comprados por el empleador.

Esto podría significar una reducción en cuanto a los beneficios bajo TRS-Care. Los beneficios combinados no superarán los gastos reconocidos bajo todos los planes. Esto es lo que se conoce como la Coordinación de Beneficios. En ningún momento, pagará TRS-Care más de lo que la persona cubierta esté legalmente obligada a pagar.

Bajo la disposición de la Coordinación de Beneficios, el plan que paga primero se considera como plan primario. El plan secundario, por lo general, paga la diferencia entre el beneficio del plan primario y el cargo cubierto. Cuando un plan no cuenta con una disposición de Coordinación de Beneficios, ese plan se considera siempre como primario y siempre paga primero. Los pagos de la Coordinación de Beneficios no siempre equivalen al 100% total de los cargos.

Si usted posee TRICARE actualmente, TRS-Care siempre será primario. Es importante que usted le notifique al Centro de Servicios de TRS-Care/Aetna, llamando al **1-800-367-3636** cuando usted tenga otra cobertura de seguro. Ellos lo ayudarán a determinar el orden de determinación de beneficios para sus reclamaciones.

¿Cómo se determina la Coordinación de Beneficios cuando el paciente está cubierto por más de un plan de beneficios médicos?

La siguiente tabla le ayudará a comprender cuál plan es primario y cómo se coordinan los diferentes planes.

Participante de TRS-Care	Otra Cobertura como Empleado	Otra Cobertura que Funcione bajo el Cónyuge	Otra Cobertura bajo el Cónyuge Jubilado o como Cónyuge Superviviente	Medicare	COBRA	Orden de Determinación de Beneficios
Jubilado	Otro					1º El plan del empleado 2º TRS-Care
Jubilado		Sí				1º TRS-Care 2º El plan del cónyuge
Jubilado				Sí		1º Medicare 2º TRS-Care
Jubilado	Sí			Sí		1º El plan del empleado 2º Medicare 3º TRS-Care
Jubilado		Sí		Sí		1º El plan del empleado 2º Medicare 3º TRS-Care
Jubilado					Sí	1º TRS-Care 2º COBRA
Jubilado	Se cubre como jubilado de un empleador anterior			Sí		1º Medicare 2º El plan de grupo con la fecha de vigencia más antigua 3º El plan de grupo con la fecha de vigencia más reciente
Jubilado				Sí, excepto por los pacientes con la enfermedad renal en fase terminal, que estén recibiendo diálisis		1º TRS-Care los primeros 30 meses 2º Medicare

La persona de 65 años de edad se considera como “elegible para recibir beneficios de Medicare” si está cubierta, rechaza cobertura, cancela cobertura o falla en solicitar debidamente Medicare.

¿Cómo se determina la Coordinación de Beneficios cuando el paciente está cubierto por más de un plan de beneficios médicos? - Continuación

Participante de TRS-Care	Otra Cobertura como Empleado	Otra Cobertura que Funcione bajo el Cónyuge	Otra Cobertura bajo el Cónyuge Jubilado o como Cónyuge Superviviente	Medicare	COBRA	Orden de Determinación de Beneficios
Jubilado			Sí			1º TRS-Care 2º El plan del cónyuge
Jubilado			Sí	Sí		1º Medicare 2º TRS-Care 3º El plan del cónyuge
Cónyuge	Sí					1º El plan del empleado 2º TRS-Care
Cónyuge		Sí				1º El plan del cónyuge 2º TRS-Care
Cónyuge				Sí		1º Medicare 2º TRS-Care
Cónyuge	Sí			Sí		1º El plan del empleado 2º Medicare 3º TRS-Care
Cónyuge		Sí		Sí		1º El plan del empleado 2º Medicare 3º TRS-Care
Cónyuge					Sí	1º COBRA 2º TRS-Care
Cónyuge	Se cubre como jubilado de un empleador anterior			Sí		1º Medicare 2º El plan de jubilación del cónyuge 3º TRS-Care
Cónyuge				Sí, excepto por los pacientes con la enfermedad renal en fase terminal, que estén recibiendo diálisis		1º Primeros 30 meses TRS-Care 2º Medicare

La persona de 65 años de edad se considera como “elegible para recibir beneficios de Medicare” si está cubierta, rechaza cobertura, cancela cobertura o falla en solicitar debidamente Medicare.

La tabla anterior se basa en las reglas generalmente aceptadas para los planes de beneficios médicos. TRS ha adoptado las reglas del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) para administrar la Coordinación de Beneficios junto con las regulaciones federales utilizadas para Medicare y establecidas por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (*Center for Medicare and Medicaid Services*).

Para determinar cómo se coordinarán bajo este plan los beneficios que no son de Medicare, deberá determinarse el orden en el cual los diferentes planes pagarán los beneficios. Esto se hará como se indica a continuación, utilizando la primera regla que aplique:

1. El plan que no tenga reglas para la Coordinación de Beneficios se considerará como plan primario y pagará sus beneficios antes que el plan que contenga tales reglas.
2. El plan que cubra a una persona de otra manera, además de dependiente, se considerará como plan primario y pagará sus beneficios antes del plan que cubra a la persona como dependiente.
3. Excepto en el caso de los hijos dependientes cuyos padres estén divorciados o separados, el plan que cubra a la persona como dependiente de aquella cuyo cumpleaños caiga primero en el año calendario se considerará como primario en comparación con el plan que lo cubra como dependiente de una persona cuyo cumpleaños caiga posteriormente en ese año calendario. Si ambos padres cumplen año el mismo día, los beneficios del plan que haya cubierto a uno de los padres por más tiempo se determinarán antes que los beneficios del plan que haya cubierto al otro por un período más breve. Si el otro plan no cuenta con la regla descrita en esta disposición, pero en vez de ello cuenta con una regla basada en el sexo de los padres y, si, como consecuencia, los planes no están de acuerdo en cuanto al orden de los beneficios, la regla del otro plan determinará entonces el orden de los beneficios.
4. En el caso de hijos dependientes cuyos padres estén divorciados o separados:
 - a. Si hubiere un decreto judicial que establezca que los padres compartirán la custodia legal de los hijos dependientes, sin indicar que uno de ellos sea responsable de los gastos del cuidado médico de los hijos, se aplicará el orden de las reglas de determinación de beneficios especificadas anteriormente en el punto (3).
 - b. Si hubiere un decreto judicial que haga al padre o a la madre financieramente responsable de los gastos del cuidado médico, dental o de otro tipo para tales hijos, los beneficios del plan que cubra a los hijos como dependientes de tal padre o madre se determinarán antes que los beneficios de cualquier otro plan que haya cubierto a los hijos como hijos dependientes.

- c. De no haber un decreto judicial: Si el padre o madre con custodia legal de los hijos no se ha vuelto a casar, los beneficios del plan que cubra a los hijos como dependientes del padre o madre con custodia de los hijos se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra a los hijos como dependientes del padre o madre sin custodia legal.
- d. Si el padre o madre con custodia de los hijos se ha vuelto a casar, los beneficios del plan que cubra a los hijos como dependientes del padre o madre con custodia legal se determinarán antes que los beneficios del plan que cubra a los hijos como dependientes del padrastro o madrastra. Los beneficios del plan que cubra a los hijos como dependientes del padrastro o madrastra se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra a los hijos como dependientes del padre o madre sin custodia legal.
5. Si los puntos 1, 2, 3 y 4 mencionados anteriormente no establecen un orden de pago, se considerará como primario el plan bajo el cual haya estado cubierta la persona por más tiempo. Esto es cierto excepto cuando los beneficios del plan que cubre a la persona en cuyos gastos se basa la reclamación como empleado despedido (*laid-off*) o jubilado o el dependiente de tal persona se determinarán después de los beneficios de otro plan que cubra a tal persona como empleado no despedido o jubilado o un dependiente de tal persona. Si el otro plan no tiene una disposición en relación con los empleados despedidos o jubilados y, como consecuencia, cada plan determina sus beneficios después del otro, entonces no se aplicará el párrafo anterior.

Los beneficios del plan que cubran a la persona por la cual se haya presentado la reclamación, la cual tenga derecho a la continuidad de beneficios, de conformidad con la ley federal o estatal (COBRA, según lo discutido en la página 86), se determinarán después de los beneficios de cualquier otro plan que cubra a la persona de otra manera además de bajo tal derecho de continuidad. Si el otro plan no cuenta con una disposición en relación con el derecho de continuidad de conformidad con la ley federal o estatal y, como consecuencia, cada plan determina sus beneficios después del otro, entonces no se aplicará el párrafo anterior.

Sujeto a la disposición de la Ley del Seguro de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*HIPAA, por sus siglas en inglés*) y la Sección 1575.456, el Código de Seguros de Texas (*Texas Insurance Code*) y otras leyes aplicables en relación con la confidencialidad de los registros, Aetna puede descargar (*release*) u obtener información y efectuar o recuperar cualquier pago que considere necesario para administrar esta disposición.

Cuando esta disposición funcione para reducir la cantidad total de los beneficios que, de otra manera, se pagarían en cuanto a la persona cubierta bajo TRS-Care durante un año calendario, se reducirá proporcionalmente cada beneficio pagadero a falta de esta disposición. Se cobrará tal cantidad reducida contra cualquier límite de beneficio aplicable de TRS-Care.

P. Yo tengo cobertura bajo el seguro de mi cónyuge. ¿Por qué tiene que considerarse como primaria mi cobertura de TRS?

R. TRS-Care coordina los beneficios con otros planes de seguro médico de grupo, de conformidad con las reglas establecidas por el Departamento de Seguros de Texas (*Texas Department of Insurance*). Vea las tablas de Coordinación de Beneficios que aparecen en las páginas 77 al 78.

Disposición Relacionada con la Subrogación, el Reembolso y la Recuperación de Fondos Cobrados a Terceros

Cuando se Aplica esta Disposición: Si usted, su cónyuge, uno de sus dependientes o cualquiera que haya recibido beneficios bajo TRS-Care se lesiona y tiene derecho a recibir dinero de alguna fuente, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, los ingresos por responsabilidad civil (*liability*) o por seguro de automóviles, por un conductor no asegurado (*uninsured*) o por uno con seguro insuficiente (*underinsured*), entonces los beneficios que ha provisto o proveerá TRS-Care pasarán a ser secundarios, no primarios, y se pagarán solo si usted coopera totalmente con los términos y condiciones de TRS-Care.

Como una condición para recibir beneficios bajo TRS-Care, el empleado o la persona cubierta conviene en que la aceptación de los beneficios es una notificación constructiva de esta disposición en su totalidad y conviene en reembolsarle al plan un 100% de los beneficios provistos sin reducción por honorarios de abogado, costos, negligencia comparativa, límites de cobrabilidad o responsabilidad o de otra manera. Si el empleado o la persona cubierta contrata a un abogado, entonces el empleado o la persona cubierta conviene en contratar solamente a uno que no ratifique el Fondo Común ni las Doctrinas de Restitución anterior al Reembolso o Subrogación (*Made Whole Doctrines*).

El reembolso será inmediato al recaudarse cualquier suma o sumas recuperadas, independientemente de su suficiencia legal, financiera o de otra índole. Si la persona lesionada es un menor de edad, cualquier cantidad recuperada por el menor, el fideicomisario, guardián, padre, madre u otro representante del menor quedará sujeta a esta disposición, independientemente de las leyes del estado y/o si el representante del menor tiene acceso o control a cualquier fondo recuperado.

El empleado o la persona cubierta convienen en cooperar completamente con los esfuerzos del plan por recuperar sus beneficios pagados. Es obligación de la persona cubierta notificarle al plan dentro del transcurso de 30 días, a partir de la fecha cuando se le haya entregado la notificación a cualquier parte, incluyendo una compañía de seguros o abogado, acerca de la intención de la persona cubierta de investigar o proseguir con una reclamación para recuperar daños u obtener compensación debido a una lesión, enfermedad u otra condición sufrida por la persona cubierta. Esta última y sus agentes proporcionarán toda información solicitada por el plan, el Administrador de Reclamaciones o sus representantes, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, llenar y enviar toda solicitud u otros formularios, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, los acuerdos de reembolso y/o subrogación que pudieran solicitar el plan o sus agentes. No firmar o rehusar firmar tales acuerdos o proporcionar información no impide que el plan ejerza sus derechos de subrogación u obtención de un reembolso total y podría resultar en la terminación de los beneficios.

El plan tiene la primera prioridad en cuanto a cualquier liquidación o recuperación recibida por la persona cubierta y esta recuperación se considerará primero para el reembolso de los gastos médicos pagados por el plan. Todo exceso después del reembolso del 100% del plan podría dividirse entre el empleado o la persona cubierta y su abogado, de aplicarse al caso. La persona cubierta no hará nada para perjudicar la subrogación del plan, ni para recuperar intereses, ni para perjudicar la capacidad del plan de aplicar los términos de esta disposición del plan. Esto incluye, aunque sin limitarse a ello, refrenarse de convenir con ninguna liquidación que intente reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si llegare a ser necesario que el plan haga cumplir esta disposición iniciando cualquier acción en contra del empleado o de la persona cubierta, entonces estos últimos convendrán en pagar los honorarios del abogado del plan y los costos relacionados con la acción legal, independientemente del resultado de la misma. En caso de que se alegue que alguna parte de esta disposición acerca de la subrogación y el derecho de recuperación sea ambiguo o que surjan preguntas en relación con el significado o la intención de cualquiera de sus términos, quedará a discreción y autoridad absoluta del Administrador de Reclamaciones resolver todas las disputas relacionadas con la interpretación de esta disposición.

Si el empleado o la persona cubierta no toma ninguna medida para recuperar ningún dinero de ninguna fuente, el empleado o persona cubierta conviene en permitirle, al plan, que inicie su propia acción directa para hacer cumplir su derecho de subrogación o cualquier otro derecho de recuperación.

Presentación y Pago de las Reclamaciones

Los proveedores pertenecientes a la red le presentarán a Aetna las reclamaciones directamente por usted.

La mayoría de los proveedores no pertenecientes a la red le presentarán la reclamación directamente a Aetna. Si su proveedor no lo hace, se requerirá que usted presente los cargos por sí mismo.

P: ¿Cómo presento la reclamación si mi proveedor no la presenta por mí?

R: Debe presentársele su reclamación a Aetna y se le debe proporcionar prueba de la naturaleza y el alcance de los gastos en que se haya incurrido. No se necesita un formulario para la presentación de las reclamaciones. Aetna aceptará una factura o recibo que muestre el nombre, la dirección y el número de identificación del proveedor como contribuyente de impuestos (*tax ID number*), el nombre del paciente, la fecha del servicio, los códigos de procedimiento y de diagnóstico, el costo de cada servicio prestado y el número único de identificación del jubilado o su número de seguro social.

Todas las reclamaciones deben reportarse inmediatamente. Si, por razones que no atañen a su persona, no puede usted presentar inmediatamente su reclamación, se considerará la misma si la presenta tan pronto como sea razonablemente posible, pero antes del término de dos años después de la fecha límite. El período máximo de presentación de la reclamación es 27 meses, a partir de la fecha en la cual se haya prestado el servicio. No se tomarán en cuenta las reclamaciones presentadas después del período máximo de presentación.

TRS-Care es administrado por Aetna Service Center en San Antonio, Texas. La dirección para el envío de reclamaciones por correo es:

Aetna
PO Box 981106
El Paso, TX 79998-1106

P: ¿A quién se le pagan los beneficios?

R: Los beneficios por todo gasto médico cubierto se pagan antes del término de 60 días, a partir de la fecha en la cual se haya recibido la reclamación. Se le pagarán los beneficios al:

- Médico o proveedor de tratarse de un proveedor de la red;
- Hospital, Instalación médica para convalecientes o instalación para pacientes desahuciados (hospice); o
- Jubilado, cónyuge superviviente o hijo dependiente superviviente si el médico no pertenece a la red y de no haber una asignación de beneficios en el archivo del consultorio médico o de la reclamación que indique que el paciente ya ha pagado por los servicios.

Si Aetna le paga a usted, será responsabilidad suya liquidar la cuenta con su proveedor.

Lleve un buen control de sus registros

Tenga cuidado de llevar los registros completos de los gastos de cada persona, incluyendo:

- Nombres de los médicos, dentistas y demás personas que hayan proporcionado los servicios
- Fechas en las cuales se haya incurrido en los gastos
- Copias de todas las facturas y recibos y de la Explicación de Beneficios.

Asegúrese de guardar sus documentos originales y de enviar copias a las oficinas de TRS en Austin, por ejemplo, las tarjetas de Medicare.

Texas Health and Human Services Commission

Los gastos médicos pagaderos por ser usted elegible para recibir pagos de asistencia médica bajo la Ley de Asistencia Médica de Texas de 1967 (*Texas Medical Assistance Act of 1967*), según enmienda, o Medicaid, se le pagarán directamente a The Texas Health and Human Services Commission o a la persona por ellos designada, si usted solicita que se efectúe tal pago directo.

Los gastos médicos pagaderos en nombre de sus hijos, se le pagarán a The Texas Health and Human Services Commission o a la persona por ellos designada, cuando usted presente comprobante de la pérdida (proof of loss), le notifique a Aetna por escrito que lo siguiente se aplica y que usted solicita que se efectúe tal pago directo si:

- The Texas Health and Human Services Commission está pagando beneficios por sus hijos bajo el programa de asistencia médica administrada de conformidad con el Código de Recursos Humanos (Human Resource Code); y
- Usted tiene consigo o tiene acceso a los hijos por orden judicial;
- Usted no tiene derecho a tener acceso ni a tener consigo a los hijos y se requiere, por orden judicial, que pague manutención de hijos (child support).

El Pago de Beneficios a un Administrador de Custodia

Los beneficios pagaderos en nombre de sus hijos menores de edad por los gastos médicos en los que incurran tales hijos se le pagarán a la persona designada por un tribunal con jurisdicción en Texas, como administrador de custodia (managing conservator) de los hijos si, cuando se le presente el comprobante de pérdida a Aetna, se presenta además lo siguiente:

- Un aviso por escrito que indique que la persona a la cual se le pagan los beneficios es el administrador de custodia de los hijos
- Una copia certificada de la orden judicial que establezca que la persona es el administrador de custodia u otra evidencia designada por la regla de la Junta de Seguros de Texas (*The Texas Board of Insurance*) que indique que la persona es elegible para recibir el beneficio. La copia certificada de la orden judicial debe enviársele por correo a:

Aetna

Attn: Legal Support Services
151 Farmington Ave., W121
Hartford, CT 06156

Lo anterior no se aplicará a los beneficios pagaderos por gastos médicos para los cuales se haya efectuado una asignación válida para el pago al proveedor o los gastos que haya pagado usted mismo total o parcialmente.

¿Cómo puede apelarse a una reclamación negada?

El proceso de quejas y apelaciones de Aetna abarca las determinaciones de beneficios y los problemas, quejas y asuntos relacionados con el procesamiento de las reclamaciones. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de TRS-Care, llamando al **1-800-367-3636**. Un representante atenderá sus inquietudes. Si usted no está satisfecho con el resultado de su comunicación inicial, puede apelar la decisión. Un representante de Aetna le aconsejará en cuanto a los procedimientos de apelación. Esta última debe presentarse por escrito dentro del transcurso de 180 días, a partir de la fecha en la cual se haya recibido la explicación de beneficios de Aetna. Debe incluir las razones por las cuales solicita usted la revisión junto con una copia de su Explicación de Beneficios. Deberá incluirse además todo documento adicional que considere usted que respalde la información de su reclamación. Envíe la apelación por escrito a:

Aetna

Attn: National Accounts CRT
PO Box 14463
Lexington, KY 40512

Los médicos e instalaciones médicas que proporcionen servicios a los participantes de TRS-Care podrían solicitar además una apelación por escrito. Ellos deberían enviar la solicitud y documentación adicional a:

Aetna Provider Resolution Team
PO Box 14020
Lexington, KY 40512

La apelación del doctor e instalación médica deberá enviarse también por escrito dentro del transcurso de 180 días, a partir de la fecha en la cual haya recibido la explicación de beneficios de Aetna.

Recuperación de Pagos Realizados en Exceso

Si el Plan realiza un pago de beneficios, a usted o a nombre suyo, que excede la cantidad del beneficio al cual usted tenga derecho a recibir, el Plan tiene el derecho de exigir la devolución de tal sobrepago. El Plan tiene el derecho de reducir la cantidad del sobrepago, de cualquier pago de beneficios futuros realizado al Participante o bien en nombre de un Participante en el Plan. Otra forma en que se recuperan los pagos en exceso es reduciendo los pagos futuros al proveedor por la cantidad del sobrepago. Estos pagos futuros pueden involucrar este Plan u otros planes médicos que son administrados por el administrador externo del Plan, es decir Aetna. Bajo este proceso, Aetna reduce los pagos futuros a los proveedores por la cantidad total de los sobrepagos que recibieron, y luego acredita la cantidad recuperada al plan que efectuó el pago en exceso al proveedor. Los pagos a proveedores bajo este Plan están sujetos a este mismo proceso cuando Aetna recupera pagos en exceso por otros planes administrados por Aetna.

Este derecho no afecta ningún otro derecho de recuperación que pueda tener el plan con respecto a los pagos efectuados en exceso.

Disposiciones Generales

Este Folleto explica los beneficios médicos de grupo actualmente disponibles para que las personas elegibles reciban cobertura bajo TRS-Care. Este último podría cambiar en el futuro para proporcionar un plan diferente al descrito en este Folleto o podría discontinuarse TRS-Care. En caso de que llegare a haber un conflicto entre la información contenida en este Folleto y cualquier ley federal o estatal aplicable, prevalecerá la ley federal o estatal.

Las siguientes disposiciones adicionales se aplican a su cobertura:

- Usted no puede recibir cobertura como jubilado y como dependiente a la misma vez bajo TRS-Care
- En caso de una declaración falsa en relación con cualquier hecho que afecte su cobertura bajo TRS-Care, se utilizarán los hechos verdaderos para determinar la cobertura vigente, si la hubiere.

Política de No Discriminación

TRS-Care no discriminará a ninguna persona de tal manera que se viole ninguna disposición aplicable de la ley.

Acción Legal

No se podrá presentar ninguna acción legal para recuperar ningún beneficio antes del término de 60 días, posteriores a la fecha en la cual se requiera la reclamación por escrito. Tampoco se podrá presentar ninguna acción legal después del término de tres años, a partir de la fecha en la cual se requiera o solicite la reclamación por escrito. El derecho a presentar una acción legal podría limitarse por inmunidad soberana. Nada de lo contenido en este Folleto deberá interpretarse como una renuncia a la inmunidad soberana en nombre de TRS ni de las personas o entidades que actúen en nombre de esta.

Cobertura de Gastos Médicos Después de la Terminación

Si en el momento en que termine su cobertura usted se encuentra totalmente incapacitado debido a una enfermedad o lesión cubierta, podrían continuar los beneficios bajo TRS-Care hasta por 12 meses, a partir de la fecha de la terminación, siempre y cuando se paguen las primas mensuales correspondientes.

Esta continuidad de la cobertura cesará en la fecha en la cual la persona pase a estar cubierta bajo cualquier otro plan de grupo con beneficios parecidos o mayores.

El término “totalmente incapacitado” significa que debido a una lesión o enfermedad usted no puede realizar la mayoría de las actividades normales que realizaría una persona de la misma edad y sexo en buen estado de salud. Aetna no deducirá ni negará ningún pago de beneficios basándose en que la enfermedad existía antes de haber entrado en vigencia la cobertura de la persona si la pérdida ocurre más de dos años después de haberse iniciado la cobertura. Esto no se aplicará a condiciones ya excluidas de cobertura en la fecha de la pérdida.

Recursos

Números de Teléfono y Direcciones

Beneficios Médicos de TRS (*Teacher Retirement System of Texas*)

Comuníquese con TRS Health Benefits para asuntos relacionados con la elegibilidad, la inscripción, las fechas de vigencia, el diseño del plan y el costo de la prima mensual.

Teléfono: **1-888-237-6762**

De lunes a viernes

De 8 a.m. a 5 p.m., Hora del Centro

TRS-Care

1000 Red River Street

Austin, TX 78701



Comuníquese con **Aetna** para obtener información acerca de la reclamación, el estado actual de la reclamación médica, para localizar proveedores pertenecientes a la red, solicitar explicaciones de beneficios, obtener duplicados de tarjetas de seguro médico, certificación previa y para la coordinación médica del caso.

Servicio al Cliente de TRS-Care

Teléfono: 1-800-367-3636

Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., Hora del Centro.

TDD: Si tiene impedimentos auditivos, marque **1-800-841-4497** o el 711,

de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y 5 p.m., Hora del Centro.

Aetna

PO Box 981106

El Paso, TX 79998-1106

Aetna Voice Advantage es un sistema telefónico de servicio personalizado que les permite a las personas que llaman a Aetna efectuar transacciones 24 horas del día, los siete días de la semana, con tan solo el sonido de su voz. Utilice este servicio para obtener información en relación con las reclamaciones y la elegibilidad de servicio.

Línea de Información de Aetna Sobre la Salud

(*Aetna Informed Health Line*)

1-800-556-1555

Reciba respuestas, día y noche, a través de enfermeros registrados (RN).

Con una simple llamada, usted puede:

- Aprender más acerca de las enfermedades que usted o sus familiares padecen
- Descubrir más acerca de un examen o procedimiento médico
- Obtener ayuda para prepararse para una visita al médico. Hable con uno de nuestros enfermeros. Estamos disponibles 24 horas del día, los 365 días del año.



Comuníquese con **CVS Caremark** para ordenar medicamentos, verificar el estado de su pedido, revisar el estado de los medicamentos según su nivel, así como el estado de medicamentos genéricos, costos de medicamentos y para obtener una tarjeta para medicinas recetadas.

Teléfono: 1-844-345-4577

24 horas al día, siete días por semana. Si usted necesita asistencia con TTY, marque la línea gratis **1-800-231-4403**.

Caremark, L.L.C.

2211 Sanders Road

Northbrook, IL 60062

Sitios Web

www.trs.texas.gov

Haga clic en el menú desplegable "Beneficios de Atención Médica" ("Health Care Benefits") en el sitio web y haga clic en el enlace para "los Jubilados que no Pertenecen a Medicare" ("TRS-Care for Non-Medicare Retirees") para obtener acceso a lo siguiente:

- El enlace a Aetna DocFind para localizar proveedores pertenecientes a la red dentro y fuera del estado de Texas
- El enlace a Aetna Navigator para verificar el estado de reclamaciones médicas y pagos
- Folleto de Beneficios de TRS-Care
- Guía de Inscripción de TRS-Care
- Formulario Aetna de Información sobre la Reclamación
- Puntos Importantes del Plan TRS-Care

www.trscarestandardaetna.com

Este sitio web incluye información en relación con todos los planes médicos de TRS-Care y proporciona enlaces para conectarse con:

- Aetna DocFind
- Aetna Navigator
- TRS
- CVS Caremark
- Medicare Advantage
- Folletos de Beneficios
- Formularios para Información Médica Protegida y mucho más.

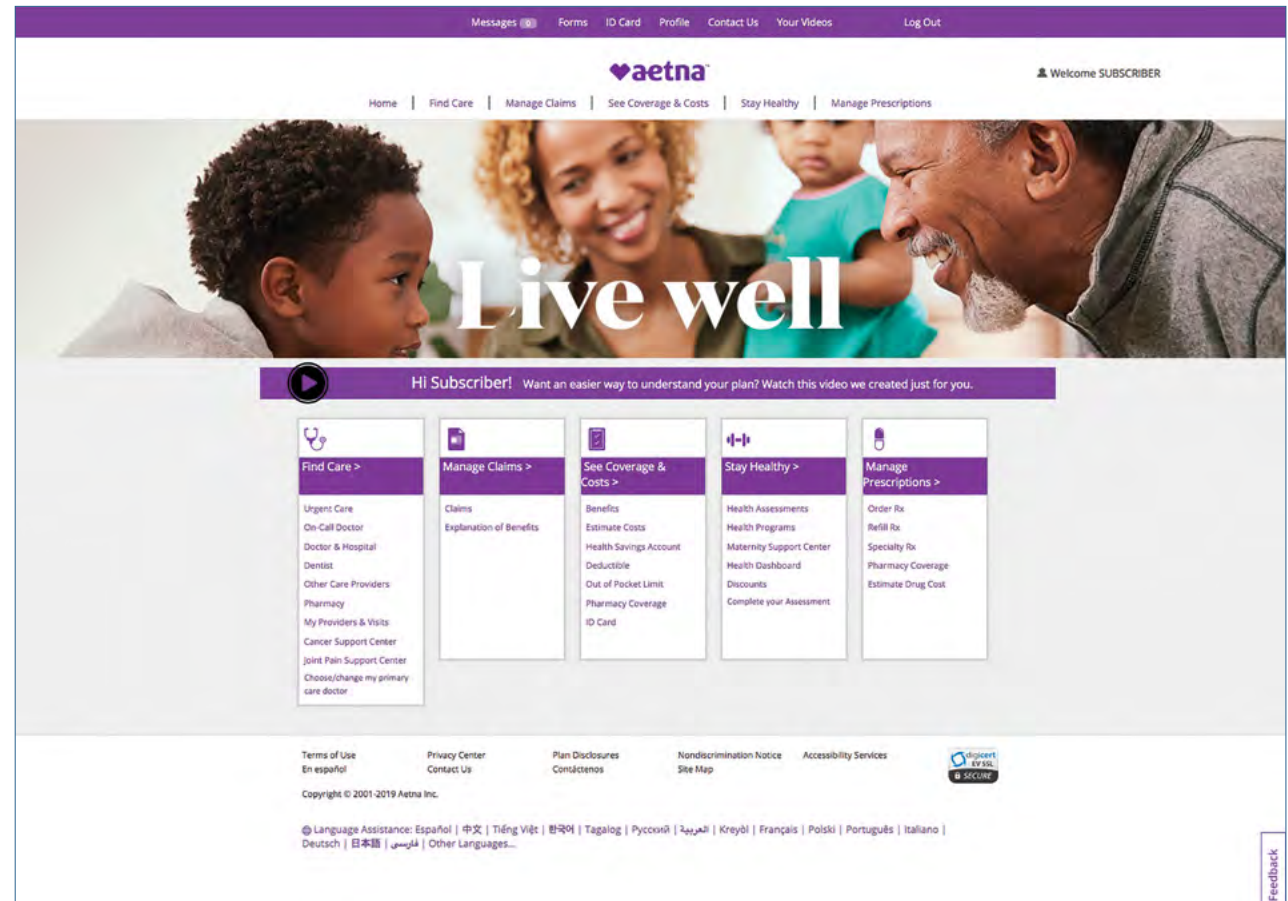
Sitio Web de Aetna: www.aetna.com

Usted puede obtener acceso a lo siguiente sin registrarse en Aetna Navigator:

- La biblioteca electrónica de formularios
- Boletines relacionados con las pólizas de cobertura
- Directorio de proveedores de DocFind.

Si usted se inscribe para usar el Navigator, tendrá acceso a funciones seguras, personalizadas, a través de las cuales podrá hacer lo siguiente:

- Reemplazar una tarjeta de identificación
- Ver/imprimir la Confirmación de Elegibilidad
- Cambiar las preferencias de correo electrónico
- Cambiar la contraseña para iniciar sesión (*log in*)
- Ver/imprimir Explicaciones de Beneficios
- Ver el Estado de su Reclamación
- Evaluar a su proveedor
- Utilizar la Herramienta de Comparación de Hospitales
- Utilizar la Herramienta para Determinar el Precio de Procedimientos Médicos



Muestra de una Pantalla del Aetna Navigator

Avisos

Aviso a los Participantes del Plan TRS-Care

Las leyes federales y estatales requieren que TRS-Care les informe a todos los participantes del Plan y a los dependientes cubiertos del derecho que tienen ellos a continuar la cobertura médica que cesaría, de otra manera, bajo ciertas circunstancias.

Continuidad de la Cobertura bajo COBRA

Una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 o COBRA, por sus siglas en inglés*), ha creado el derecho a la continuidad de la cobertura a través de COBRA, lo cual es una extensión temporaria de la cobertura bajo el plan para su cónyuge o hijos dependientes que estén cubiertos bajo el plan cuando perderían, de otra manera la cobertura médica de grupo. Este aviso explica generalmente la continuidad de cobertura a través de COBRA, cuando podría estar disponible para su familia y qué es lo que usted necesita hacer para proteger el derecho a recibirla.

Usted y sus dependientes cubiertos deberían leer esta información detenidamente para tener una idea general de los derechos y las obligaciones de su cónyuge o hijos dependientes bajo COBRA. Este aviso solamente proporciona un resumen de sus derechos de continuidad de la cobertura COBRA. Para más información acerca de sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo las leyes federales, comuníquese con TRS-Care dirigiéndose a: The Teacher Retirement System of Texas, Group Health Benefits Division.

El administrador del plan o un tercero designado por el administrador del plan será responsable de administrar la continuidad de la cobertura COBRA. Comuníquese con su administrador del plan para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable de la administración de la continuidad de la cobertura COBRA.

A las personas con derecho a recibir la cobertura COBRA se les conoce como "beneficiarios elegibles". Podrían considerarse como beneficiarios elegibles el cónyuge y los hijos dependientes de un jubilado cubierto que experimente una pérdida de cobertura bajo el plan únicamente como consecuencia de un "evento que califique" bajo COBRA. Para que pueda considerársele como beneficiario elegible, la persona debe haber estado inscrita en el plan el día anterior a la fecha en que haya ocurrido el evento que califique, el cual ocasione la pérdida de cobertura para esa persona. Los dependientes no inscritos anteriormente en el plan no pueden optar por iniciar cobertura bajo COBRA. Su cónyuge podría elegir la continuidad de la cobertura del plan para sí mismo y/o para los dependientes o cada hijo dependiente podría tomar una decisión individualmente.

Toda decisión tomada en nombre de un dependiente será obligatoria para ese dependiente.

El hijo nacido o colocado para adopción con un jubilado o cónyuge superviviente cubierto durante el período de continuidad de la cobertura COBRA podría ser elegible para inscribirse en la cobertura COBRA como beneficiario calificado. Tal hijo tendría que agregarse al plan dentro del lapso de 31 días, a partir de la fecha de nacimiento o fecha de colocación para adopción del menor.

El periodo máximo de cobertura para el hijo agregado a la continuidad de la cobertura de COBRA se cuenta desde la misma fecha que para los otros beneficiarios elegibles con respecto al mismo evento que califique y no desde la fecha de nacimiento o de colocación en adopción del menor.

A continuación, encontrará un resumen de las disposiciones de COBRA:

- A. Se requiere que el plan les ofrezca a su cónyuge y a sus hijos dependientes que estén inscritos bajo el Plan el derecho a continuar temporalmente la cobertura médica de grupo si esta llegare a cesar al ocurrir ciertos eventos que califiquen. La continuación de la cobertura COBRA por la que opten su cónyuge o sus hijos dependientes, si los hay, proporciona beneficios que son idénticos a los de la cobertura proporcionada a los jubilados y dependientes que se encuentren en situación similar. El Plan le notificará a su cónyuge o hijos dependientes acerca de cualquier cambio disponible en cuanto a la cobertura o a los beneficios. La continuidad de la cobertura COBRA estará disponible si su cónyuge o hijos dependientes pierden cobertura bajo el Plan debido a uno de los siguientes eventos:
 1. Usted fallece;
 2. Usted se divorcia o separa legalmente;
 3. Un hijo dependiente deja de ser dependiente según lo definido en este Folleto.

Si su cónyuge o hijos dependientes pierden la cobertura al ocurrir uno de estos tres eventos elegibles, su cónyuge o hijos dependientes deberán informarle de este evento a TRS-Care dirigiéndose a: The Teacher Retirement System of Texas Group Health Benefits Division. Esto debe hacerse dentro de un lapso de 60 días, después que haya ocurrido lo último entre (1) la fecha en la cual ocurra el evento que califique; o (2) la fecha en la cual se perdería la cobertura como consecuencia del evento que califique. Para que se considere que la notificación escrita del evento elegible ha llegado a tiempo, deberá estar sellada por el correo postal (post marked) o, de lo contrario, habérsele enviado a TRS-Care antes del último día del período de notificación de 60 días o antes.

Una vez que TRS-Care haya recibido notificación de que ha ocurrido un evento que califique, se le ofrecerá a cada beneficiario elegible la continuidad de la cobertura COBRA. Se dará inicio a la misma para cada beneficiario elegible que elija esa cobertura, a tiempo, en la fecha en la cual se habría perdido de otra manera la cobertura del plan.

Para elegir la continuidad de la cobertura COBRA, el beneficiario que califique deberá elegir esa cobertura dentro del lapso de 60 días, a partir de lo que suceda después entre la fecha en la cual se habría perdido la cobertura bajo el plan por razones relacionadas con un evento que califique o la fecha en la cual el beneficiario elegible reciba el aviso de COBRA. Para que llegue a tiempo, el formulario de elección de COBRA deberá estar sellado por el correo postal (post marked) o, de lo contrario, deberá enviarse a Aetna el último día del período de notificación de 60 días o antes.

De no notificarle a tiempo a TRS-Care acerca del evento que califique o si el beneficiario elegible no elige a tiempo la continuidad de la cobertura COBRA, se dará por terminada la misma y no podrá restablecerse bajo COBRA la cobertura de beneficios médicos de grupo de su cónyuge y/o hijos dependientes bajo el plan.

Su cónyuge o hijos dependientes podrían ser elegibles para seleccionar la continuidad de la cobertura bajo otra disposición del plan en vez de esta continuidad COBRA.

- B. Si el beneficiario elegible opta por la continuidad de la cobertura COBRA, el período máximo de cobertura COBRA para ese beneficiario elegible será de 36 meses, a partir de la fecha en que haya ocurrido el evento que califique, el cual haya causado la pérdida de la cobertura. La continuidad de la cobertura a través de COBRA para su cónyuge o hijos dependientes se dará automáticamente por terminada antes del final de este período de 36 meses solo cuando ocurra uno de los siguientes eventos:
1. Termine el plan.
 2. Su cónyuge o hijos dependientes no efectúen el pago de la prima requerida a tiempo.
 3. Su cónyuge o hijos dependientes cubiertos bajo otro plan médico de grupo que no contenga ninguna exclusión o limitación que se aplique a la persona o que contenga una limitación o exclusión preexistente, pero no se aplique a la persona por haber recibido anteriormente cobertura acreditable para la duración del período de limitación o exclusión.
 4. Su cónyuge o hijos dependientes ya no sean elegibles para la continuidad de la cobertura COBRA por ninguna otra razón permitida por la ley.

Las leyes permiten que TRS-Care le cobre, a cualquier persona que elija la continuidad de la cobertura COBRA, un 102% del costo total del plan durante el período de cobertura para un beneficiario en situación parecida para el cual no haya ocurrido un evento que haya ocasionado la pérdida de la cobertura. Si su cónyuge o hijos dependientes eligen continuar la cobertura, su pago inicial deberá presentarse a Aetna dentro de un lapso de 45 días, a partir de la fecha de su elección. Este pago inicial deberá cubrir el período que va desde la fecha de terminación de la cobertura hasta la fecha en que se haya elegido COBRA.

Una vez efectuado el pago inicial de COBRA, las contribuciones de esta última se deberán el primer día del mes y deberán pagarse antes del último día de cada mes para el cual se requiere la contribución de COBRA.

El patrocinador del plan determina la cantidad de la contribución de COBRA y puede cambiar esa cantidad anualmente. Se le notificará de cualquier cambio ocurrido en cuanto a las cantidades de contribución. La continuidad de la cobertura a través de COBRA es contingente con la elección oportuna de la misma y el recibo de cualquier contribución requerida que se deba. Si no se elige COBRA a tiempo o si no se reciben los pagos cuando se debe, se dará por terminada la continuidad de la cobertura de COBRA permanentemente, decisión retroactiva hasta el primer día del período para el cual se aplique el pago pendiente. En tal caso, no podrá restablecerse la cobertura de COBRA para su cónyuge o hijos dependientes.

El beneficiario elegible no tiene que mostrar que sí puede asegurarse para poder seleccionar la continuidad de la cobertura COBRA. Sin embargo, bajo la ley, se proporciona la continuidad de la cobertura COBRA sujeta a la elegibilidad de la persona para recibir cobertura bajo el plan. TRS-Care se reserva el derecho a terminar la continuidad de la cobertura de COBRA individual retroactivamente de determinarse que usted no es elegible. Una vez terminada, por cualquier motivo, no podrá restablecerse la continuidad de la cobertura COBRA.

Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con TRS-Care, dirigiéndose a: The Teacher Retirement System of Texas, Group Health Benefits Division.

Declaración de Derechos bajo la Ley de Protección a la Madre y al Recién Nacido de 1996 (The Newborn and Mother's Protection Act of 1996)

Bajo la ley federal, los planes médicos de grupo y los emisores de seguro médico que ofrecen cobertura de seguro médico de grupo, por lo general, no pueden restringir los beneficios en cuanto a la duración de una hospitalización, para una madre o recién nacido, a menos de 48 horas posterior al parto vaginal o menos de 96 horas posterior a una cesárea. Sin embargo, el plan o emisor podría pagar por una estadía más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, el médico, la partera o el médico asistente), tras haberlo consultado con la madre, le da el alta antes a ésta última o al recién nacido.

Así mismo, bajo la ley federal, los planes y emisores de seguro no podrán fijar el nivel de beneficios o costos de desembolso personal de tal manera que cualquier porción posterior a la hospitalización de 48 horas (o de 96 horas) pueda tratarse de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier porción anterior de la hospitalización.

Además, el plan o emisor no podría bajo la ley federal requerir que el médico u otro proveedor de cuidados para la salud obtengan autorización para recetar una hospitalización de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar a ciertos proveedores o instalaciones médicas o para reducir sus costos de desembolso personal, podría requerirse que usted obtenga certificación previa. Para recibir información sobre la certificación previa, comuníquese con Servicios al Cliente de TRS-Care al **1-800-367-3636**.

Ley de Derechos de la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998)

Entre los Servicios Médicos Cubiertos se incluye lo siguiente para la participante que esté recibiendo beneficios para una Mastectomía Médicamente Necesaria y que elija la reconstrucción de seno posterior a la mastectomía, para:

- La reconstrucción del seno en el cual se haya realizado la mastectomía;
- La cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Una prótesis; y
- El tratamiento de complicaciones físicas para todos los estados o fases de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Sistema de Jubilación para Maestros

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 cuándo podría usted tener acceso a esta información. Revise este aviso detenidamente. El mismo expone las obligaciones legales de TRS en lo que respecta a su información médica. 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 con vigencia del 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 ayudar en el tratamiento suyo.
 - **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 (“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 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, ayuda con retiros de productos, informar reacciones adversas a medicamentos o reportar 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 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 a las cuales Está Obligada a Hacer TRS

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

- **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 No Podrán Proporcionarse.

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 de suscripción (*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 (*fundraising*).

Demás Usos y Divulgaciones 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 correo regular). 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 comuniquen 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 fotocopiada, 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 la 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;
 - 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 necesiten 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
- 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, la cual 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 como resultado del mismo.
- **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

Número de FAX: **(214) 767-0432** y por correo electrónico al **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
(800) 806-2092

TRS no sancionará ni tomará represalia de ninguna manera en contra suya 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*).

Acciones No Autorizadas, Fraudulentas, Inapropiadas o Abusivas

1. El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las Tarjetas de Identificación suya y de sus dependientes cubiertos incluirá, sin limitarse a ello, las siguientes acciones, cuando fueren intencionales:
 - a. El uso de la Tarjeta de Identificación antes de la fecha de vigencia de su cobertura;
 - b. El uso de la Tarjeta de Identificación después de la fecha de terminación de su cobertura bajo TRS-Care;
 - c. Adquirir medicinas recetadas u otros beneficios para personas no cubiertas bajo TRS-Care;
 - d. Adquirir medicinas recetadas u otros beneficios no cubiertos bajo TRS-Care;
 - e. Adquirir medicamentos cubiertos para revenderlos o para el uso de cualquier otra persona que no sea aquella para la cual se haya emitido la receta médica aun cuando tal persona esté cubierta de otra manera bajo TRS-Care;
 - f. Adquirir medicamentos cubiertos sin una receta médica o utilizando una receta médica falsificada o alterada.
 - g. Adquirir medicinas recetadas en cantidades que sobrepasan las normas de lo que es el uso médicamente necesario o prudente o evadiendo los límites de TRS-Care en cuanto a las cantidades;
 - h. Adquirir medicinas recetadas utilizando recetas emitidas por múltiples proveedores para las mismas medicinas
 - i. Adquirir medicinas recetadas a través de múltiples farmacias, utilizando la misma receta médica.
2. Queda terminantemente prohibido cometer fraude contra TRS-Care, según lo definido bajo las leyes y regulaciones aplicables. Tal acción incluye, aunque sin limitarse a ello (i) proporcionar información que resulte en la inscripción de personas no elegibles para recibir beneficios de TRS-Care y (ii) no proporcionar inmediatamente información con respecto a un cambio ocurrido en el estado actual de una persona inscrita bajo su cobertura como dependiente, lo cual pudiera afectar la elegibilidad de ese dependiente para recibir beneficios de TRS-Care (como, por ejemplo, un divorcio).
3. La persona que comete fraude o hace declaraciones falsas intencionales acerca de un hecho material y cualquier persona inscrita en TRS-Care que haga uso fraudulento o uso intencional no autorizado, abusivo o inapropiado de las Tarjetas de Identificación podría hacer, como resultado, aunque sin limitarse a ello, que se les apliquen las siguientes sanciones a usted y a todos sus dependientes inscritos bajo su cobertura:
 - a. La negación de beneficios bajo TRS-Care;
 - b. El rechazo, hasta por cinco (5) años, a la renovación de su cobertura bajo TRS-Care y la cobertura de cualquier dependiente inscrito bajo su cobertura;
 - c. La cancelación de la cobertura bajo TRS-Care para usted y todos sus dependientes inscritos bajo su cobertura;
 - d. La limitación en cuanto al uso de la Tarjeta de Identificación a solo un médico u otro proveedor designado o a una farmacia participante de su elección.
 - e. La recuperación de cualquier beneficio pagado, cobrándoselo a usted o a cualquiera de sus dependientes cubiertos, incluyendo la compensación por pagos de primas contra fondos no recuperados pagados por TRS-Care en nombre de personas ilegibles para que recibiere cobertura bajo TRS-Care;
 - f. La necesidad de solicitar aprobación previa (pre-approval) para las medicinas recetadas y servicios médicos requeridos para usted y todos sus dependientes inscritos bajo su cobertura;
 - g. Notificación a las autoridades competentes de cualquier posible violación de la ley o ética profesional.

Si desea más información sobre este aviso, cómo ejercer sus derechos o cómo presentar una queja, comuníquese con el Departamento de Beneficios Médicos de TRS (TRS Health Benefits) al **1-888-237-6762**. Las personas que utilicen un dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD users) deben llamar al **711**.



FORMULARIOS



TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS
1000 Red Forge Street, Austin, Texas 78701-2698
Telephone 1-800-527-6676 www.trstexas.gov

TRS 628
08-18

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

NOTICES

I understand and agree to the following:

1. I have the right to receive a copy of this authorization form after I sign it.
2. As a general rule, TRS may not require me to sign this authorization as a condition of enrolling in a health plan offered under TRS-Care or TRS-ActiveCare, or being eligible for benefits under TRS-ActiveCare. However, TRS may condition my enrollment or eligibility upon a signed TRS form that contains information (other than psychotherapy notes) to make enrollment or determinations related to me, or to make underwriting and/or risk rating determinations. If I sign this authorization, TRS may not be able to make or obtain these determinations.
3. I have the right to revoke this authorization at any time and prevent future releases of my confidential health information, except to the extent that (a) I provided the authorization as a condition of health care coverage, and the law allows the payor to contest the coverage or a claim coverage; or (b) TRS has already used or disclosed my health information in reliance on this authorization. A revocation must be in writing, clearly identify the authorization I am revoking, signed by me or a person authorized to sign on my behalf. I must submit my written revocation to the mailing address listed at the top of this form.
4. If I sign this authorization and TRS discloses my health information, the person or entity to whom TRS discloses it may re-disclose the information without telling TRS or me, or asking for permission from TRS or from me. If this occurs, my confidential health information may no longer be protected by federal or state privacy laws.

Reverse of
Form TRS 628
08-18

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I, _____, TRS Participant ID No. _____, hereby authorize the Teacher Retirement System of Texas, in its capacity as trustee of the Pension, TRS-Care and/or TRS-ActiveCare, its employees, and agents to use and/or disclose protected health information ("PHI") about me as follows:

1. Person (name) or class of persons who may use the PHI or to whom TRS may make the requested disclosure (name of person or company to use or receive information and their address, including street address, city, state, and zip code):

2. PHI that TRS may use or disclose (please describe specifically the information you are authorizing to be released):

3. Purpose of the authorized use or disclosure (you may state "at my request" if you do not wish to identify a particular purpose):

4. Expiration date or event (please list a specific date or a specific event when you want this authorization to terminate):

I HAVE READ, AND I UNDERSTAND, THE STATEMENTS ON THE REVERSE PAGE.

Signature of person authorizing release _____ Date _____

If a representative is signing this authorization, please describe your authority to act for the individual and attach any authorizing documents, such as a power of attorney or a court order granting guardianship:

* If you do not have your Participant ID Number, please contact TRS for this information at (800) 223-8778.

Formulario de TRS para la Autorización de la Divulgación de Información Médica Protegida

Visite www.trs.texas.gov y dirjase a la sección de "Formularios" ("Forms").

aetna Authorization for Release of Protected Health Information (PHI) ECHS Category - PHIA

My health record is private and is known under the law as "Protected Health Information (PHI)."

By completing and signing this form, I, or my legal representative, agree to allow Aetna to share my PHI with the people or companies listed below. By Aetna, I also mean the company's subsidiaries, affiliates, employees, agents and subcontractors. PLEASE COMPLETE ALL SECTIONS.

1. My information

My first name	Last name	Middle initial
My member ID number	My birth date (MM/DD/YYYY)	My phone number
My street	My city, state, ZIP code	

2. Aetna can share my PHI with the following people or companies:

Person or company name	Phone number
Street	City, state and ZIP code
Person or company name	Phone number
Street	City, state and ZIP code

3. Aetna can share ONLY my records chosen below.

I only want to share the PHI I have checked below. This authorization cannot be used to share psychotherapy notes.

☐ Any information requested

☐ Health (medical, dental, pharmacy, vision and flexible spending account information)

☐ Long term care ☐ Patient management records

Sensitive information: (this information may include diagnosis and/or treatment information)

☐ Substance use disorder (alcohol/drug) ☐ HIV/AIDS ☐ Sexually transmitted disease

☐ Behavioral health/Mental health (but NOT psychotherapy notes).

☐ Other (please explain)

4. By signing this form I authorize Aetna to disclose information below for the following purpose:

Check one of the following options:

☐ At my request - no specific purpose ☐ Specific purpose: _____

5. This form will be valid for 1 year unless a shorter time period is listed below.

My authorization is valid from _____ to _____

MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

GR-67938 (10-18) R V

6. By signing below, I understand and agree:

- My PHI that I agree to share may be sensitive. It may include diagnosis and treatment information. It may cover chronic diseases, behavioral health conditions and alcohol or drug abuse. It may cover communicable diseases, sexually transmitted diseases such as HIV/AIDS, and genetic marker information.
- Whoever gets my PHI may share it with others. That means federal or state privacy laws may no longer protect my PHI.
- I can get a copy of this authorization form that I have signed by sending Aetna a signed request using the address at the bottom of this form.
- Aetna will not release my PHI to the individual(s) or company(ies) named in Section 2 unless I sign this form.
- I can cancel or change my decision any time. I can do this by writing to Aetna, using the address at the bottom of this form.
- If I do cancel my permission, it will not affect actions Aetna took before getting my request.
- My ability to enroll won't change if I do not sign this form.
- My eligibility for benefits and services won't change if I do not sign this form.

ATTENTION:

My signature is required if any of the below apply:

- I am 18 years of age or older
- I am a minor under the age of 18 and I am either married or I am emancipated
- The information being disclosed pertains to drug or alcohol treatment
- The information being disclosed pertains to one of the following conditions and my state allows me to be treated even if my parents or legal guardian do not agree with my decision:
 - Mental health
 - Sexually transmitted disease (including HIV/AIDS)
 - Reproductive health (including contraception, prenatal care and abortion)
 - General medical and dental health

7. My signature or my legal representative's signature

Signature	Date
Print name	

If a legal representative signed this form, describe the relationship: (parent, legal guardian, Power of Attorney, personal representative)

• If this request is being signed by the member's legal representative, you must provide legal documentation authorizing you to act on the member's behalf (legal guardianship, power of attorney, personal representative).

• If you are making this request on behalf of a minor child, we may require additional information before this request is considered complete.

Please sign and return this completed form to:

Aetna's HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

Or you can fax it to: **859-280-1272**

GR-67938 (10-18) R Page 2 of 6 V1

Tarjeta de TRS-Care: Muestra de los Datos Contenidos en la Misma

aetna

TRS-CARE STANDARD

GRP: 285740-020-00110
Issuer: (00040) 9140060054 Choice POS II

ID W1234 56789

NAME
JENNIFER Q SAMPLE-TESTCARD

www.trscarestandarcaetna.com PAYER NUMBER 60054 0415

TALK TO A DOCTOR 24/7: 1-855-TELADOC OR TELADOC.COM/AETNA
24-hour Nurse Information Line: 1-800-556-1555

TRS Care benefits are administered by Aetna Life Insurance Company or affiliates. While coverage remains in force, covered participants are entitled to benefits as provided under the terms and conditions of TRS-Care. This card does not guarantee coverage. For questions on mental health/substance abuse coverage call 1-800-424-4047 or call Teladoc. Referrals are not required. The plan describes what you need to precertify: 1-800-367-3636. If you do not precertify, your benefits will be reduced. Emergency: Call 911 or go to nearest emergency facility.

Aetna Life Insurance Company
P.O. BOX 981106
EL PASO TX 79998-1106

MEMBER SERVICES 1-800-367-3636
PROVIDERS CALL 1-888-632-3862

Formulario de Aetna para la Autorización de la Divulgación de Información

Médica Protegida

Visite www.aetna.com/individuals-families-health-insurance y diríjase a la sección

"Localizar un Formulario" ("Find a Form").



GLOSARIO

Las siguientes definiciones de ciertos términos y frases le ayudarán a comprender mejor sus beneficios. Algunas definiciones se aplican solamente a un beneficio en particular que aparece en la sección de beneficios. Si una definición aparece en una sección de beneficios y aparece también en el glosario, se aplicará la definición que aparece en la sección de beneficios en vez de la definición que aparece en el glosario.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. La necesidad de recibir ayuda al bañarse, asearse, comer, arreglarse, vestirse, al acostarse o levantarse de la cama o al sentarse o levantarse de una silla.

RED AETNA. Una serie de proveedores provenientes de los 50 estados, los cuales tienen contrato con Aetna para beneficio de los participantes de TRS-Care.

ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN. Un programa de terapia recetado y supervisado por un médico que reúna los criterios de tratamiento específicos.

TRATAMIENTO EFECTIVO DEL ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN. Un programa de terapia recetado y supervisado por un médico que reúna los criterios de tratamiento específicos.

INSTALACIÓN MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN. Una institución con licencia profesional o un área aparte de una institución que ofrezca un programa principalmente para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento efectivo del Alcoholismo o la Drogadicción.

CANTIDAD PERMITIDA. TRS-Care cubre los gastos médicos con base en la cantidad permitida. Si el proveedor tiene un contrato y participa en la red, la cantidad permitida es la determinada por el contrato. La cantidad permitida por contrato es, por lo general, menor a la cantidad facturada. Áreas de la red, TRS-Care cubre los gastos médicos siguiendo un programa de tarifas menores determinadas por los proveedores no pertenecientes a la red. En tales casos, la cantidad permitida será menor que la cantidad facturada o que la tarifa fuera de la red. El programa de tarifas fuera de la red representa, por lo general, las cuotas parecidas a las de los proveedores pertenecientes a la red.

En las áreas donde no haya una red, TRS-Care paga los gastos médicos cubiertos basándose en los cargos razonables y habituales. Los cargos razonables y habituales para cada servicio se determinan a través de las reclamaciones procedentes de un gran número de proveedores de los mismos tipos dentro de una región geográfica.

AMBULANCIA. Un vehículo con personal y equipo médico para el transporte de personas enfermas o lesionadas desde el lugar donde se lesionaron o fueron afectadas por la enfermedad al hospital más cercano que pueda proporcionar el cuidado necesario. El vehículo debe:

- Tener licencia profesional bajo las leyes o regulaciones locales, estatales o del condado, y
- Tener personal totalmente capacitado para el cuidado de emergencia, tales como los paramédicos o Técnicos Médicos de Emergencia (*Emergency Medical Technicians – EMT, por sus siglas en inglés*). No se pagan beneficios para el traslado de pacientes efectuado solo para su conveniencia

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. La transferencia de ciertos beneficios firmada por el participante y emitida a favor de un proveedor de asistencia médica. Los beneficios podrían asignarse solo con el consentimiento por escrito de Aetna si Aetna recibe prueba de parte del proveedor de que tales beneficios le han sido asignados por el participante. Los proveedores pertenecientes a la red reciben automáticamente la asignación de beneficios.

AGRUPACIÓN DE CARGOS RELACIONADOS. El proceso que identifica un procedimiento médico (como, por ejemplo, servicios de laboratorio, radiología, cirugía, anestesiología, etc.) que son secundarios a otro procedimiento facturado y están, por tanto, incluidos en ese cargo y no son elegibles para beneficios aparte. El proceso se desarrolló en colaboración con especialistas médicos de todo el país. Cuando usted utiliza a sus proveedores pertenecientes a la red, ellos no pueden facturar aparte los cargos que se podrían agrupar con otros servicios. Si se trata de un proveedor no perteneciente a la red, el participante será responsable de estos cargos.

COSEGURO. Este es el porcentaje de la cuota del participante para gastos médicos cubiertos por servicios y suministros que se requiere que pague el participante, después de haberse satisfecho el deducible. Por lo general, es un porcentaje de la cantidad permitida. Por ejemplo, si se trata del coseguro, TRS-Care pagará un 80% y usted pagará un 20% de la cantidad permitida para los cargos elegibles. El coseguro es adicional al deducible, el copago por visita al consultorio médico, los cargos por servicios no cubiertos, las sanciones por no obtener certificación previa y los cargos no pertenecientes a la red, los cuales son responsabilidad del paciente.

LÍMITE DE COSEGURO. La cantidad acumulativa que, durante un año del plan, deberá pagar el participante por los gastos médicos cubiertos antes de que se pague un 100% de los beneficios elegibles. Los servicios no cubiertos, las sanciones por certificación previa, los cargos no pertenecientes a la red y las cantidades que sobrepasen la cantidad máxima permitida.

Límite de Coseguro por Persona

El límite de coseguro es la acumulación máxima del 20% o 40% de los gastos cubiertos que usted debe pagar en un año del plan, como su cuota de las cantidades permitidas. Una vez satisfecho el límite, TRS-Care pagará un 100% de las cantidades permitidas para esos gastos médicos cubiertos del participante por el resto de ese año del plan. Las sanciones por falta de certificación previa, los cargos por servicios no cubiertos ni ningún pago por cargos mayores al reembolso permisible del plan no se aplican al límite de coseguro individual. Después de que haya pagado el límite de coseguro, el participante será responsable de los copagos y otro cargo que excedan el reembolso permisible por servicios recibidos fuera de la red.

Límite de Coseguro por Familia

Si hubiere dos o más participantes en una unidad familiar que estén cubiertos bajo el plan estándar de TRS-Care, el límite de coseguro máximo, en un año del plan, equivaldrá a dos veces el límite de coseguro por persona. Las sanciones por falta de certificación previa, cargos por servicios no cubiertos ni ningún pago y otros cargos que excedan el reembolso permisible del plan no se aplican al límite de coseguro por familia.

Cuando la familia haya satisfecho su límite de coseguro en un año del plan, TRS-Care pagará un beneficio equivalente al 100% de las cantidades permitidas de tales gastos médicos cubiertos en que hayan incurrido todos los miembros de la familia durante el resto del año del plan. Después que se haya satisfecho el límite de coseguro por familia, esta última será responsable de cualquier otro cargo que excedan el reembolso permisible por servicios recibidos fuera de la red.

PROGRAMA PARA EL CUIDADO COMPASIVO. Programa de Aetna para el Cuidado Compasivo está disponible para los participantes de TRS-Care que estén enfrentando decisiones difíciles relacionadas con las enfermedades que limitan la vida y que tengan una expectativa de vida de un año o menos. Los beneficios incluyen la asignación de un enfermero coordinador del caso que esté especialmente capacitado y ofrezca guía en cuanto a los beneficios y ayude a coordinar el cuidado con su equipo de asistencia médica.

CUIDADO PARA CONVALECIENTES / CUIDADO EN CENTROS DE REHABILITACIÓN.

El cuidado que requiera las destrezas de un enfermero con licencia profesional para la administración de medicamentos intravenosos o el cuidado de heridas complejas y combinado con otros servicios restaurativos físicos necesarios que resulten en una mejora sustancial de la condición médica de la persona.

INSTALACIÓN DE CUIDADO PARA CONVALECIENTES / CENTROS DE REHABILITACIÓN.

Una institución o área separada de una institución que reúna los siguientes criterios:

- Cuente con licencia profesional para proporcionar y esté proporcionando servicios a pacientes hospitalizados, convalécientes como consecuencia de una lesión o enfermedad, los servicios de enfermería profesional prestados por un enfermero registrado (*RN*) o enfermero vocacional certificado (*LVN*), bajo la dirección de un enfermero registrado (*RN*) y los servicios de restauración física para ayudar a los pacientes a alcanzar un grado de funcionamiento corporal que les permita cuidar de sí mismos en las actividades esenciales de la vida cotidiana. Proporcione sus servicios por compensación recibida de los pacientes y bajo la supervisión a tiempo completo de un médico o de un enfermero registrado (*RN*).
- Mantenga un expediente médico completo de cada paciente.
- Cuente con un plan de revisión para la utilización.
- No se trate principalmente de un lugar de descanso, para ancianos, drogadictos, alcohólicos, personas con retraso mental, cuidado de custodia o educacional o cuidado por trastornos mentales.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS / CARGOS CUBIERTOS. Los gastos médicos cubiertos son los requeridos para servicios médicamente necesarios prestados en un hospital, otros servicios y suministros médicos en los que se incurra en relación con el tratamiento de una lesión o enfermedad y para otros servicios preventivos, según lo especificado en este Folleto de Beneficios. El término "cubierto" se refiere al hecho de que el servicio, suministro u otro artículo médico es elegible para los beneficios bajo el plan. La cantidad pagadera, para estos gastos médicos cubiertos o los cargos cubiertos se basa en las cantidades permitidas para los honorarios médicos y los cargos de reembolso máximo para hospitalizaciones. Pase a la página 20 para ver en que se basará el pago cuando los servicios médicos se proporcionan o reciben fuera del estado.

UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN PARA CRISIS. Una institución con licencia profesional o certificada por The Texas Department of Mental Health and Mental Retardation u otra agencia de certificación apropiada. Proporciona un programa residencial de 24 horas, ofrecido por lo general a corto plazo y proporciona instrucción intensiva y actividades altamente estructuradas para personas con crisis psiquiátricas agudas demostrables, clasificadas como de proporciones moderadas a severas.

CUIDADO DE CUSTODIA. Los servicios y suministros proporcionados a una persona principalmente para ayudarles en las actividades cotidianas, tales como bañarse, asearse, comer, arreglarse, vestirse, acostarse o levantarse de la cama o bien sentarse o levantarse de una silla. Esto incluye alojamiento y comida y demás cuidado institucional. El cuidado de custodia no es un servicio cubierto, independientemente del proveedor utilizado o el médico que lo recete.

TRATAMIENTO PARA EL CUIDADO DIURNO. El programa de tratamiento con hospitalización parcial para trastornos de la salud mental, el cual se proporciona a una persona durante horas del día. No hay cargos por alojamiento en un hospital o instalación de tratamiento. El programa de cuidado diurno debe estar disponible mínimo por cuatro horas, pero no más de ocho horas en un período de 24 horas.

DEDUCIBLE

Deducible del Plan. Es la cantidad correspondiente a los gastos médicos cubiertos que usted paga cada año del plan antes de que TRS-Care comience a pagar por los gastos médicos elegibles que estén cubiertos. No se aplican al deducible las sanciones de certificación previa, los cargos por servicios no cubiertos y cualquier pago por cargos que excedan el reembolso permisible del plan. Si usted posee cobertura individual solamente, solo deberá satisfacer el deducible individual. Si usted posee cobertura para otras personas, además de sí mismo, deberá satisfacer el deducible familiar antes de que el plan pague cualquier beneficio por cualquiera de los miembros cubiertos de la familia.

Límite del Deducible por Familia. Si usted cuenta con cobertura familiar, deberá satisfacerse el deducible familiar de uno de los familiares o de una combinación de familiares antes de que el plan pague cualquier beneficio. Sin embargo, no se pagarán beneficios por ningún miembro de la familia hasta que se alcance el deducible familiar completo.

DENTISTA. Una persona con Doctorado en Ciencias Dentales u Odontología que tenga licencia profesional para ejercer en el estado para desempeñar el trabajo dental que él o ella desempeña.

EQUIPO MÉDICO DURADERO. Equipo capaz de resistir el uso prolongado para el tratamiento terapéutico de una enfermedad o lesión activas.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA. La fecha en la cual comienza la cobertura bajo el plan de una persona y/o dependiente.

FECHA DE ELEGIBILIDAD. La fecha en la cual la persona y/o dependientes pasan a ser elegibles bajo el plan para recibir beneficios.

PERÍODO DE ELEGIBILIDAD. El período de 31 días a partir de la fecha en la cual haya ocurrido el evento que califique (como, por ejemplo, la jubilación, el fallecimiento del jubilado o de un miembro activo, la fecha en la cual se reciba un dependiente nuevo) cuando la persona elegible deba inscribirse o estar inscrito de desearse la cobertura.

HOSPITALIZACIÓN DE EMERGENCIA. Aquella en la cual el médico ingresa a la persona a un hospital o instalación de tratamiento médico justo después de haberse producido un ataque (onset) repentino y, en ese momento, inesperado que cambie la condición física o mental de la persona:

- Requiriendo de hospitalización inmediata como paciente hospitalizado de tiempo completo; y
- Si de no proporcionársele cuidado inmediato al paciente hospitalizado, según lo determinado por Aetna, razonablemente podría esperarse que:
 - Ponga en grave peligro la salud de la persona;
 - Ocasione un grave impedimento a una función corporal; u
 - Ocasione una grave disfunción a un órgano o parte del cuerpo.

EMERGENCIA. Esto significa un ataque (onset) repentino y, en ese momento, inesperado que cambie la condición física o mental de la persona; lo cual de no realizarse el procedimiento o tratamiento inmediatamente podría, según lo determinado por Aetna, esperarse que:

- Ponga en grave peligro la salud de la persona;
- Ocasione un grave impedimento a una función corporal;
- Ocasione una grave disfunción a un órgano o parte del cuerpo;
- Ocasione una desfiguración grave; u
- Ocasione un grave peligro a la salud de un feto.

ENFERMEDAD RENAL EN FASE TERMINAL. La insuficiencia renal que sea lo suficientemente severa como para requerir de diálisis de por vida o de un trasplante de riñón.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS. La descripción que envía el plan médico a un jubilado, cónyuge superviviente o dependiente superviviente incluyendo los cargos de los servicios proporcionados y los beneficios considerados.

FORMULARIO. El formulario de medicamentos (*drug formulary*) es una lista de medicinas recetadas, tanto genéricas como de marca, utilizadas por proveedores médicos para identificar los medicamentos que ofrecen el mayor valor en general. El mantenimiento del formulario está a cargo de un comité de médicos, enfermeros especializados (*nurse practitioners*) y farmacéutas.

HIPAA. Ley del Seguro de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). (Pase a la página 88 para más información).

CUIDADO MÉDICO A DOMICILIO. Los servicios médicamente necesarios proporcionados en la vivienda del paciente por una Agencia para el Cuidado Médico a Domicilio (Home Health Care Agency) con licencia profesional o por otras personas o entidades bajo acuerdo de la agencia como alternativa a la hospitalización del paciente o ingreso a una instalación médica para convalecientes. El cuidado deberá ordenarlo un médico por escrito.

AGENCIA PARA EL CUIDADO MÉDICO A DOMICILIO. Una agencia u organización que satisfaga totalmente los siguientes requisitos:

- Esté principalmente dedicada y cuente con la debida licencia profesional, de requerirse la misma, por parte de la autoridad competente emisora de licencias profesionales, para que puedan proporcionarse los servicios en un centro de rehabilitación (skilled nursing services) y demás servicios terapéuticos.
- Cuenta con políticas establecidas por un grupo profesional asociado con la agencia u organización. Este grupo profesional incluye mínimo un médico y un enfermero registrado (RN) que dirige los servicios proporcionados y debe proporcionar la supervisión, a tiempo completo, de tales servicios por parte de un médico o de un enfermero registrado (RN).
- Mantiene un registro médico completo de cada paciente.
- Cuenta con un administrador de tiempo completo.

PLAN PARA EL CUIDADO MÉDICO A DOMICILIO. Este es un plan que ofrece el cuidado y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Dicho cuidado y tratamiento debe ordenarlo el médico tratante por escrito y ser una alternativa a la hospitalización o ingreso en una instalación para pacientes convalecientes.

CUIDADO PARA PACIENTES DESAHUCIADOS (HOSPICIO). El cuidado médico y servicios de apoyo proporcionados a una persona que padece una enfermedad terminal y a la familia de dicha persona bajo acuerdos con la Agencia para el Cuidado de Pacientes Desahuciados como parte de un Programa para el Cuidado de Pacientes Desahuciados (*Hospice Care Program*).

AGENCIA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES DESAHUCIADOS. Una agencia u organización con cuidado para pacientes desahuciados, disponible las 24 horas del día, cumple con las normas de certificación y licencia profesional en su jurisdicción y proporciona servicios específicos, personal y políticas. El personal de la Agencia para el Cuidado de Pacientes Desahuciados debe incluir mínimo un médico, un enfermero registrado (RN), un trabajador social certificado o con licencia profesional que tenga contrato con la agencia y un consejero pastoral o de otro tipo. La agencia para el cuidado de pacientes desahuciados establece políticas que rigen la provisión del cuidado de pacientes desahuciados, evalúa y desarrolla un Programa para el Cuidado de Pacientes Desahuciados a fin de satisfacer las necesidades médicas y sociales del paciente, proporciona un programa continuo para asegurar la calidad del mismo, incluyendo la revisión por parte de médicos (además de los propietarios o dirigentes de la agencia), permite que todo el personal médico del área utilice sus servicios para los pacientes, mantiene un registro médico de cada paciente, utilice voluntarios capacitados para proporcionar servicios para necesidades no médicas y cuenta con un administrador de tiempo completo.

PROGRAMA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES DESAHUCIADOS. Un plan escrito para el cuidado del paciente desahuciado que incluye una evaluación de las necesidades médicas y sociales de la persona y una descripción del cuidado que debe proporcionársele para poder satisfacer tales necesidades. El programa ha sido establecido y revisado ocasionalmente por un médico que esté atendiendo a la persona y por personal apropiado perteneciente a una Agencia para el Cuidado de Pacientes Desahuciados.

INSTALACIÓN PARA EL CUIDADO DE PACIENTES DESAHUCIADOS. Una instalación o un área aparte de una instalación que proporciona principalmente cuidado para pacientes desahuciados y cumple con las normas de certificación o licencia profesional.

HOSPITAL. Una institución legalmente constituida con instalaciones organizadas para el cuidado y tratamiento de personas enfermas y lesionadas, mediante hospitalización o cuidado ambulatorio. Incluye instalaciones de diagnóstico y cirugía bajo la supervisión de personal compuesto por uno o más médicos con licencia profesional y proporcionando servicios de enfermería las 24 horas del día, a través de un enfermero registrado (RN) de turno o de guardia (on call). No es un hogar de ancianos (*nursing home*) ni un lugar de descanso principalmente para ancianos, drogadictos o alcohólicos.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN. Estas tarjetas se emiten para proporcionarle al médico, hospital y a cualquier otro proveedor del participante la información necesaria para verificar los beneficios, presentar reclamaciones debidamente y permitir que los participantes obtengan medicinas recetadas en una farmacia regular. Los jubilados de TRS-Care, sus cónyuges supervivientes e hijos dependientes supervivientes recibirán dos tarjetas, una de Aetna para los gastos médicos y otra de CVS Caremark para los gastos de farmacia.

Tanto las tarjetas de identificación de Aetna como de CVS Caremark se emiten utilizando un "número único de identificación" para el jubilado / cónyuge superviviente o los hijos dependientes supervivientes.

Debido a inquietudes relacionadas con la privacidad, no se utilizará el número de seguro social del participante.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN. Se le asignará un número único de identificación al jubilado o al cónyuge superviviente. El número único de Aetna será diferente del número único de CVS Caremark. Las tarjetas de Aetna se emitirán a nombre del jubilado o del cónyuge superviviente, incluyendo el nombre de todas las personas enumeradas como beneficiarios. Las tarjetas de CVS Caremark se emitirán a nombre del jubilado del cónyuge superviviente. Ambas tarjetas mostrarán el número único de identificación del jubilado o del cónyuge superviviente. Sin embargo, cuando llame a TRS o a TRS-Care, usted necesitará proporcionarles su número de Seguro Social.

PROCEDIMIENTO FORTUITO. Un procedimiento comúnmente realizado al mismo tiempo que el procedimiento primario y que clínicamente es parte integral del servicio total.

Esto requiere, por lo general, recursos médicos adicionales y, por tanto, no garantiza un reembolso aparte.

CARGO EN QUE SE HAYA INCURRIDO. El cargo por un servicio o suministro en que se incurra en la fecha en la cual se proporcione el servicio y/o suministro

CUIDADO AGUDO A LARGO PLAZO. Hospitales de especialidad para pacientes que requieran de hospitalizaciones agudas a largo plazo para diagnósticos tales como retirarle gradualmente al paciente el ventilador o máquina corazón-pulmón, problemas relacionados con el cuidado crítico, cuidado médicamente complejo y manejo de heridas extensas.

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MÉDICA. Un hospital con licencia profesional para ofrecer las instalaciones médicas necesarias para el diagnóstico y el tratamiento de rehabilitación de pacientes hospitalizados por una enfermedad o lesión, siendo su objetivo la restauración de una función física al máximo grado posible.

SERVICIO O SUMINISTRO MEDICAMENTE NECESARIO. Un servicio o suministro que Aetna determine necesario para el diagnóstico, el cuidado o el tratamiento de la enfermedad física o mental involucrada. El servicio o suministro debe contar con amplia aceptación profesional en los Estados Unidos como efectivo, apropiado y esencial, basado en las normas reconocidas de la especialidad del cuidado médico comprendido. Para ser apropiado y esencial, los servicios o suministros deben:

- Ser formas de cuidado médico o tratamientos con tanta probabilidad de producir un resultado positivo significativo y sin mayor probabilidad de producir un resultado negativo que ningún otro servicio o suministro tanto en lo que respecta a la enfermedad o lesión involucrada como a la condición médica general de la persona;
- Ser procedimientos de diagnóstico indicados por el estado de salud de la persona y tener tanta probabilidad de resultar en información que pudiera afectar el curso del tratamiento y sin mayor probabilidad de producir un resultado negativo que ningún otro servicio o suministro tanto en lo que respecta a la enfermedad o lesión involucrada como a la condición médica general de la persona;
- Con respecto al diagnóstico, cuidado y tratamiento, que no sea más costoso (tomando en cuenta todos los gastos médicos en los que se incurra en relación con el servicio o suministro) que ningún otro servicio o suministro que cumpla con las pruebas anteriores.

Al determinar si un servicio o suministro es apropiado bajo las circunstancias, Aetna tomará en cuenta lo siguiente:

- La información proporcionada en cuanto al estado de salud de la persona afectada;
- Los informes publicados en revistas médicas revisadas por colegas;
- Las pautas y los informes publicados por organizaciones de asistencia médica reconocidas a nivel nacional que incluyan datos científicos justificativos;
- Por lo general, las normas profesionales reconocidas de seguridad y efectividad en los Estados Unidos para el diagnóstico, el cuidado médico o el tratamiento;
- La opinión de profesionales médicos generalmente reconocidos en la especialidad involucrada; y
- Cualquier otra información relevante de la cual se notifique a Aetna.

En ningún caso, se considerará lo siguiente como necesario:

- Los servicios prestados por un proveedor que no requieran de las destrezas técnicas de tal proveedor.
- Los servicios y suministros proporcionados principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, de cualquier persona que lo cuide o de cualquier miembro de su familia.
- Los servicios y suministros proporcionados a una persona, únicamente por estar hospitalizada, en cualquier día en el cual la condición física o mental de la persona podría diagnosticarse y tratarse de manera segura y apropiada sin necesidad de que esté hospitalizado.
- La parte del costo que sobrepase el costo de cualquier otro servicio o suministro que habría sido suficiente para diagnosticar o tratar, en forma segura y apropiada, la enfermedad física o mental de la persona.

HMO CON CONTRATO DE MEDICARE. Un HMO con Contrato de Medicare es aquel que ha sido aprobado federalmente para proporcionar servicios a beneficiarios de Medicare y que cumple con los requisitos de contrato de Medicare. Los HMO con Contrato de Medicare proporcionan, como mínimo, todos los servicios cubiertos por Medicare.

MEDICARE DIRECT/MEDICARE CROSSOVER. El programa que le transmite electrónicamente a Aetna las reclamaciones presentadas ante Medicare Parte B.

ENFERMEDAD MENTAL O TRASTORNO NERVIOSO. Una enfermedad comúnmente percibida como trastorno mental, independientemente de si tiene o no una base fisiológica u orgánica y para la o el cual el tratamiento generalmente lo proporciona o dirige un profesional de la salud mental.

INSTALACIÓN MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES O TRASTORNOS. Una institución con licencia profesional o un área aparte de una institución que proporcione diagnóstico, evaluación y tratamiento efectivo de trastornos mentales o nerviosos y que cumpla con criterios específicos en lo que respecta al personal y a la documentación médica.

REEMBOLSO PERMITIDO POR LA RED. Un arreglo de reembolso basado en un sistema de pago prospectivo o acuerdos de descuento con ciertos hospitales y médicos.

CUIDADO PERTENECIENTE A LA RED. Los gastos médicos cubiertos para servicios de cuidado médico o suministros proporcionados por un proveedor perteneciente a la red o para condiciones de emergencia.

HOSPITAL PERTENECIENTE A LA RED. Un hospital con licencia profesional contratado para participar en la red Aetna en los 50 estados.

MÉDICO PERTENECIENTE A LA RED. Un proveedor con licencia profesional en el estado en el cual ejerce, el cual tiene contrato para participar en la red Aetna en los 50 estados.

PROVEEDOR PERTENECIENTE A LA RED. Un médico con licencia profesional en el estado en el cual ejerce, el cual tiene contrato para participar en la red Aetna en los 50 estados.

TRATAMIENTO PARA EL CUIDADO NOCTURNO. Un programa de tratamiento con hospitalización parcial proporcionado a una persona que padezca de un trastorno mental, la cual esté hospitalizada durante horas de la noche. El hospital o instalación médica de tratamiento cobrará un cargo de alojamiento. Se considera la tarifa de una habitación privada a una tarifa de habitación semiprivada. El programa de cuidado nocturno debe estar disponible mínimo por cuatro horas, pero no por más de ocho horas en cualquier período de 24 horas.

ENFERMEDAD / LESIÓN NO OCUPACIONAL. La enfermedad o lesión que:

- Surja de (o en el curso de) ninguna labor realizada por pago o ganancia; o
- No resulte de una enfermedad/lesión que surja de (o en el curso de) ninguna labor realizada por pago o ganancia. Sin embargo, la enfermedad se considerará como "no ocupacional" si se le proporciona a Aetna prueba de que la persona:
 - No está cubierta bajo la Ley de Compensación al Trabajador; o
 - No está cubierta para esa enfermedad bajo tal ley.

CUALQUIER OTRO MENOR CON EL QUE TENGA UNA RELACIÓN REGULAR PADRE E HIJO. Un menor que no es su nieto, es soltero, la residencia principal del menor es su hogar, usted proporciona al menos el 50 por ciento de la manutención del menor, ninguno de los padres naturales de dicho menor reside en su hogar, usted tiene el derecho legal de hacer decisiones con respecto a la atención médica del menor y usted posee la tutela legal completa (se requerirá documentación).

OTRO PLAN. Esto significa cualquier otro plan de la cobertura de gastos médicos bajo:

- El seguro de grupo.
- Cualquier otro tipo de cobertura para personas de un grupo. Esto incluye planes que estén asegurados y los que no lo estén.
- El seguro de automóviles conocido como "sin culpa" (no-fault auto insurance) requerido por la ley y proporcionado de otra manera que no sea por grupo. Solo se contará el nivel requerido por la ley.

CUIDADO NO PERTENECIENTE A LA RED. Los servicios de cuidado médico y suministros proporcionados por un proveedor no perteneciente a la red.

LISTA DE TARIFAS FUERA DE LA RED. Una lista reducida de las cantidades permitidas para los servicios prestados por proveedores no pertenecientes a la red, exclusivamente formulada para el Programa de TRS-Care.

HOSPITAL NO PERTENECIENTE A LA RED. Un hospital con licencia profesional apropiada que no tiene contrato para participar en la red Aetna.

MÉDICO NO PERTENECIENTE A LA RED. El médico con licencia profesional que no tiene contrato para participar en la red Aetna.

PROVEEDOR NO PERTENECIENTE A LA RED. El proveedor (incluyendo, aunque sin limitarse a ello, los laboratorios de patología, los centros de radiología, los psicólogos, los trabajadores sociales con maestría, los fisioterapeutas y los enfermeros anestesiólogos registrados y certificados) con la debida licencia profesional, pero sin contrato para participar en la red Aetna.

DESEMBOLSO PERSONAL MÁXIMO. La cantidad máxima que tendrá que pagar el participante por los gastos médicos cubiertos en un año calendario. (No se aplican las sanciones por no obtener certificación previa, los servicios no cubiertos ni las cantidades que sobrepasen la cantidad permisible máxima). Favor de consultar la página 13 para ver detalles adicionales.

GASTOS DE PACIENTE AMBULATORIO. Los cargos en que se incurra por servicios de hospital y suministros proporcionados a un participante que no haya sido ingresado como paciente hospitalizado a tiempo completo.

PARTICIPANTE. El jubilado, cónyuge, hijo dependiente, cónyuge superviviente e hijo dependiente superviviente inscrito en TRS-Care.

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN FÍSICA. Los servicios de restauración física, (es decir, la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla) son aquellos que, después de una enfermedad o lesión, mejoran las destrezas funcionales e incrementan la independencia dentro del marco del tratamiento del plan.

MÉDICO. Entre los médicos legalmente calificados, se incluyen, aunque sin limitarse a ellos, a los doctores en medicina (*MD*), doctores en osteopatía (*DO*), podiatras (*DPM*), cirujanos maxilofaciales y doctores en quiropráctica (*DC*). Si las leyes aplicables requieren el reconocimiento de un médico en particular, el término “médico” incluirá a ese profesional de la medicina al grado en que así lo requiera la ley.

PLAN. El Programa de Beneficios de Grupo para Empleados Jubilados de las Escuelas Públicas de Texas (*Texas Public School Retired Employees Group Benefit Program*) conocido como TRS-Care y según se describe más detalladamente en este Folleto.

PATROCINADOR DEL PLAN. El patrocinador del plan es The Teacher Retirement System of Texas como fideicomisario del Programa de Beneficios de Grupo para Empleados Jubilados de las Escuelas Públicas de Texas (*Texas Public School Retired Employees Group Benefit Program*).

AÑO DEL PLAN. El año del plan corresponde al año calendario de 12 meses (es decir, que va del 1º de enero al 31 de diciembre).

CERTIFICACIÓN PREVIA. El proceso que consiste en determinar la necesidad médica de obtener servicios médicos específicos, según lo determinado por Aetna. El proceso comienza con una llamada telefónica al Centro de Servicios de TRS-Care/Aetna antes de que se lleve a cabo el procedimiento y/o preste el servicio.

CONTRATO PRIVADO. Un contrato con un médico en particular que le permitiría al médico optar por excluir su participación en Medicare y facturarle al paciente directamente cualquier servicio proporcionado que normalmente habría cubierto Medicare. Si el médico entra en este tipo de acuerdo con solo uno de sus beneficiarios de Medicare, ese médico no podrá facturarle a Medicare por ninguno de sus otros beneficiarios de Medicare por un período de dos años.

PROVEEDOR. Una persona, instalación médica o proveedor (como, por ejemplo, un médico, un hospital, un laboratorio, una agencia para el cuidado médico a domicilio, etc.) que proporcione servicios de asistencia médica.

PSIQUIATRA. Un médico legalmente calificado que se especialice en psiquiatría y que cuente con suficiente capacitación o experiencia en el campo de la medicina psiquiátrica como para llevar a cabo la evaluación requerida y el tratamiento de la enfermedad mental.

CARGOS RAZONABLES (Y HABITUALES). El cargo razonable por un servicio o suministro se basa en las cuotas reportadas a Aetna por el mismo servicio prestado por otros proveedores parecidos. Solo se cubrirá la parte del cargo que sea razonable. Al determinar el cargo razonable por un servicio o suministro no usual, no proporcionado con frecuencia en la zona o proporcionado solo por un pequeño número de proveedores en la zona, Aetna podría tomar en cuenta factores, tales como:

- La complejidad del servicio proporcionado;
- El grado de destreza necesario;
- El tipo de especialidad del proveedor;
- El rango de servicios o suministros proporcionados por una instalación médica; y
- El cargo prevaleciente en otras zonas.

CENTRO PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL. Una institución acreditada por The Council of Accreditation, The Joint Commission on Accreditation of Hospitals o The American Association of Psychiatric Services for Children, la cual proporcione cuidado y tratamiento residencial para niños y adolescentes emocionalmente perturbados.

CUIDADO DE RELEVO (RESPITE CARE). El cuidado proporcionado durante un período en el cual el familiar o la persona generalmente encargada de cuidar al paciente (caretaker) no puede ocuparse de las necesidades de este.

CARGOS POR ALOJAMIENTO Y COMIDA. El cargo que por los costos de alojamiento y comida cobra una institución (es decir, un hospital o una instalación médica).

EXAMEN MÉDICO DE RUTINA. El examen físico o cualquier prueba de diagnóstico que se haya realizado sin ningún indicio, síntoma o diagnóstico. Los exámenes físicos para diagnosticar o evaluar una enfermedad médica no se consideran como exámenes médicos de rutina.

TARIFA DE HABITACIÓN SEMIPRIVADA. El cargo por alojamiento y comida que cobra una institución por una habitación con dos o más camas. De no haber tales habitaciones, la tarifa por habitación semiprivada será la más comúnmente cobrada por instituciones parecidas, ubicadas en la misma zona geográfica. El término “zona” se refiere a una ciudad, un condado o un área mayor necesaria para obtener una sección representativa de instituciones similares.

CENTRO DE REHABILITACIÓN / CUIDADO DE PACIENTES CONVALESCIENTES. El cuidado considerado como médicamente necesario (vea a la página 104) y que requiere de las destrezas de un enfermero con licencia profesional. No se cubre el cuidado de custodia. (Vea la página 101).

CENTRO QUIRÚRGICO. Una instalación quirúrgica ambulatoria, independiente y con licencia profesional que cumpla con las normas específicas de cuidado y los criterios médicos y que:

- Esté equipado y cuente con personal para realizar cirugías generales;
- Esté dirigido por un grupo de médicos contratados, de los cuales al menos uno de ellos debe encontrarse en el centro quirúrgico cuando se realicen cirugías y durante el período de recuperación;
- Cuenta, como mínimo, con un anestesiólogo certificado que debe encontrarse en el centro quirúrgico cuando se realicen cirugías, se requiera anestesia general o de la espina dorsal y durante el período de recuperación;
- Extiende privilegios de personal quirúrgico a los médicos que practiquen cirugía en un área y al hospital y dentistas que realicen cirugías bucales;
- Cuenta, como mínimo, con dos salas de operaciones y al menos una sala de recuperación;
- Proporciona o hace arreglos con una instalación médica de la zona para la realización de radiografías de diagnóstico y servicios de laboratorio necesarios en relación con la cirugía;
- Proporciona, en las salas de operación y de recuperación, servicios de rehabilitación (*skilled nursing*) bajo la dirección de un enfermero registrado (RN);
- Debe tener un acuerdo por escrito con un hospital de la zona para la transferencia inmediata de pacientes en una situación de emergencia;
- Proporcione un programa continuo de control de calidad con revisiones efectuadas por médicos que no sean propietarios ni directores de la instalación médica; y
- No cuente con un área para que los pacientes pasen la noche.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. La designación de "tipo de servicio" y los códigos de procedimiento (es decir, los códigos CPT) los determina The American Medical Association. Cualquier procedimiento contenido en las siguientes categorías:

- La incisión realizada en cualquier parte del cuerpo;
- La extirpación o la electro-cauterización de cualquier parte del cuerpo;
- La corrección manipulativa de una fractura o dislocación;
- La sutura de una herida; o
- La remoción endoscópica de un cálculo u objeto extraño alojado en la laringe, bronquios, tráquea, esófago, estómago, vejiga o uretra.

HIJOS DEPENDIENTES SUPERVIVIENTES. El término utilizado para los dependientes elegibles que han sobrevivido al empleado activo o al jubilado difunto y el cónyuge del empleado activo o del jubilado difunto. (Se puede cubrir a los hijos dependientes elegibles solo si el cónyuge superviviente elige la cobertura).

CÓNYUGE SUPERVIVIENTE. El cónyuge de una persona que era miembro activo o jubilado al momento de su fallecimiento.

ENFERMEDAD TERMINAL. Una prognosis médica de seis meses o menos de vida.



Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la línea gratuita de Servicio al Cliente de TRS-Care al 1-800-367-3636 o visite el sitio web www.trscarestandardaetna.com

**TRS Health & Insurance Benefits Teacher
Retirement System of Texas
1000 Red River Street
Austin, TX 78701-2698
1-888-237-6762
www.trs.texas.gov**

El Procesamiento de las Reclamaciones, el Servicio al Cliente y los Servicios de Coordinación del Cuidado de Pacientes Proporcionados por:

**Aetna
PO Box 981106
El Paso, TX 79998-1106
1-800-367-3636
www.aetna.com**

Los Beneficios de Medicinas Recetadas
Proporcionados por:

**Caremark, L.L.C.
2211 Sanders Road
Northbrook, IL 60062
1-844-345-4577
info.caremark.com/trscarestandard**

El programa de TRS-Care podría cambiar en el futuro, para proporcionar niveles de cobertura diferentes a los descritos en este folleto, o podría descontinuar el programa de TRS-Care. El costo para los participantes del programa TRS-Care podría cambiar con la aprobación de la Junta de Fideicomisarios de TRS (*TRS Board of Trustees*). En la medida en que cualquier información contenida en esta Guía de Inscripción no sea consistente o contradiga las leyes y reglas de TRS, estas últimas regirán. El Folleto de Beneficios de TRS-Care siempre regirá por encima de la información contenida en la Guía de Inscripción. TRS-Care se reserva el derecho a modificar el Folleto de Beneficios en cualquier momento. Por lo general, tales modificaciones se reflejarán en una versión en línea actualizada del Folleto de Beneficios publicada en el sitio web de TRS.

www.trscarestandardaetna.com

TRSCARE-0042 (03-20)

LA DISCRIMINACIÓN CONSTITUYE UNA VIOLACIÓN DE LA LEY

The Teacher Retirement System of Texas (TRS) cumple con las leyes federales aplicables de derechos 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 información escrita en otros formatos (con letra más grande, en audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos), intérpretes calificados (incluyendo intérpretes en lenguaje de señas) e información escrita en otros idiomas.

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

Si usted considera que TRS no le ha proporcionado estos servicios o que le ha discriminado de alguna manera por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, usted puede presentar su queja en persona o por correo regular, fax o correo electrónico:

POR CORREO REGULAR: Section 1557 Coordinator,
1000 Red River Street, Austin, Texas, 78701
FAX: 512-542-6575
POR CORREO ELECTRÓNICO: section1557coordinator@trs.texas.gov

Usted también puede presentar una queja por derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services. Esto puede hacerlo en línea, por correo regular o por teléfono en:

EN LÍNEA: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de queja están disponibles en <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, 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 यद्द 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 રાતી બોલતા હો, તો નન:શુ ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉ પ લ 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, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.

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

Folleto de Beneficios de TRS-Care

**Para Participantes del Plan Estándar de
TRS-Care menores de 65 años de edad
y sin Medicare**

Fecha de Vigencia 1º de enero de 2020