

Guía del plan TRS-Care Standard de 2025 para participantes sin Medicare

Del 1 de enero al 31 de diciembre

Modificado en septiembre de 2024



Elegibilidad e inscripción	1-888-237-6762 (TRS Health)
Cobertura médica	1-866-355-5999 (Blue Cross and Blue Shield of Texas)
Medicamentos con receta	1-855-778-1459 (Express Scripts)
Cobertura dental y de visión	1-855-488-0522 (MetLife)

Guía del plan TRS-Care Standard

Aproveche al máximo sus beneficios médicos.

Inscríbase: envíe su *solicitud de inscripción inicial para jubilados no elegibles para Medicare* durante su período inicial de inscripciones, que son tres meses consecutivos o 90 días después de la fecha de su jubilación.

Comprenda su plan TRS-Care: revise su plan de cobertura para aprender cómo aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Encontrará más información y recursos útiles en [TRS-Care Standard for Non-Medicare Retirees \(TRS-Care Standard para jubilados sin Medicare\)](#)¹ (en inglés).

Conozca sus costos de su propio bolsillo: comprenda lo que paga usted y lo que paga su plan TRS-Care.

Encuentre un médico en el que confíe dentro de la red: use la herramienta de búsqueda Provider Finder®, el directorio en línea de Blue Cross and Blue Shield of Texas, para buscar al médico que mejor se adapte a su estilo de vida y a su presupuesto. Vaya a [“Médicos y hospitales”](#)² para encontrar proveedores dentro de la red y asegúrese de que su médico esté dentro de la red.

Conozca cuáles laboratorios y centros de diagnóstico están dentro de la red: hable con su médico acerca de usar solo laboratorios y centros de la red para su atención médica.

Vaya a [“Médicos y hospitales”](#)² para asegurarse de que su laboratorio esté dentro de la red.

Planifique en caso de un evento que ponga en peligro la vida:

localice una sala de atención médica urgente o de emergencias dentro de la red por si sucede algo inesperado. Evite las salas de emergencias (ER, en inglés) independientes porque los costos pueden ser mucho más altos de lo que pagaría por un tratamiento en una sala de emergencias de un hospital dentro de la red.

Programa su consulta anual de bienestar: su examen anual de bienestar puede ayudarle a prevenir problemas de salud o a detectar condiciones crónicas a tiempo. Si habla de un problema de salud en su consulta de bienestar, ya no será solo un chequeo, y usted tendrá que pagar la consulta de su bolsillo.

Cambie a medicamentos genéricos: hable con su médico sobre la posibilidad de cambiar sus medicamentos por marcas genéricas para ahorrar dinero en los costos de las recetas. Consulte a su médico y visite [TRS-Care Standard Prescription Benefits \(cobertura de medicamentos de TRS-Care Standard\)](#)³ (en inglés) para obtener más información y una lista de medicamentos genéricos.

Manténgase informado: use esta guía del plan TRS-Care Standard y el [Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care Standard 2025](#)⁴ (en inglés) para estar informado sobre su atención médica.

¿Qué hay de nuevo?

Los deducibles de TRS-Care Standard aumentarán en 2025 para alinearse con las guías ajustadas del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés). Este cambio le permitirá seguir haciendo contribuciones y usando una cuenta de ahorro para gastos médicos. Lea los [aspectos importantes del plan TRS-Care de 2025](#)⁵ (en inglés) para ver los nuevos deducibles. Los deducibles de 2024 son demasiado bajos para que la cobertura sea compatible con una cuenta de ahorro para gastos médicos en 2025.

¡Nos complace anunciar que **los servicios dentales y de visión para los jubilados de TRS y sus familias ya están aquí!** La 88.ª legislatura de Texas aprobó el proyecto de ley 1854 del Senado, que permite a TRS ofrecer **cobertura opcional para el cuidado dental y de visión** a los jubilados de TRS. Esto incluye a sus dependientes, cónyuges sobrevivientes e hijos dependientes sobrevivientes.

Puede inscribirse durante el período anual de TRS-Care Dental y TRS-Vision. Esté atento a las novedades en nuestro boletín de atención médica, *The Pulse*. Visite el sitio web de [TRS](#)⁶ para suscribirse.

¿Cumplirá pronto los 65 años?

Si usted es participante de TRS-Care Standard, cuando cumpla 65 años o sea elegible para Medicare, será elegible para inscribirse en el plan TRS-Care Medicare Advantage. Del mismo modo, si se jubila después de los 65 años, es elegible para inscribirse.

TRS-Care Medicare Advantage es muy diferente de lo que podría encontrar en el mercado privado. Como empleado jubilado de una escuela pública de Texas, usted tiene derecho a beneficios integrales a precios competitivos.

Busque los logotipos de TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx® en los materiales que recibirá por correo. Puede consultar nuestra [Lista de comparación de Medicare](#)⁷ para conocer las preguntas y consideraciones clave para hablar con su agente de seguros de Medicare. Visite [“¿Cumplirá los 65 años pronto?”](#)⁸ (en inglés) para obtener más información

• Acerca de su Guía del plan TRS-Care de 2025

• Esta guía ofrece un resumen de los requisitos de elegibilidad de TRS-Care Standard, el proceso de inscripción y el programa de beneficios para los jubilados de TRS y sus dependientes elegibles sin Medicare.

• Consulte el [Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care Standard de 2025](#)⁴ para obtener una descripción detallada de su plan de cobertura. **Esta guía se aplica al año del plan de cobertura 2025 (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025) y sustituye a las versiones anteriores.**

¹http://www.trstexas.gov/Pages/healthcare_trs_care.aspx

²www.espanol.bcbstx.com/trscarestandard/doctors-and-hospitals

³<https://www.express-scripts.com/es/node/1465>

⁴www.espanol.bcbstx.com/trscarestandard/coverage

⁵http://www.trstexas.gov/files/2025_trs_care_plan_highlights.pdf

⁶www.trstexas.gov/pages/subscribe.aspx

⁷www.trstexas.gov/Pages/healthcare-compare-trs-care-medicare.aspx

⁸www.trstexas.gov/Pages/healthcare_turning_65.aspx

Información de contactos del programa

TRS Health	4
Cobertura médica TRS-Care Standard	4
Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard	4
TRS-Care Dental y TRS-Care Vision	4

Elegibilidad e inscripción

Quién puede inscribirse en TRS-Care Standard.....	6
Cómo inscribirse en TRS-Care Standard..	7
Cuándo puede inscribirse en TRS-Care Standard.....	7
Cuándo comienza mi plan TRS-Care Standard	8
Eventos especiales de inscripción.....	9
Otras reglas de inscripción	10
Cumplir 65 años: una nueva oportunidad para inscribirse	11

Comprenda cómo funciona su plan TRS-Care Standard

Su plan de cobertura	13
Lo básico.....	14
Cómo funciona TRS-Care Standard ..	14
Gastos de bolsillo.....	15
Primas mensuales de TRS-Care Standard 2025	16
Elegir a su médico	17
Ir al médico	18
Recibir atención médica cuando está enfermo o lesionado	19
Análisis de laboratorio, radiografías u otras pruebas diagnósticas	20
Estadía en el hospital	20
Cómo surtir una receta.....	21

Cómo evitar costos médicos inesperados o innecesarios

22

Ahorrar dinero con una cuenta de ahorros para costos médicos

23

Cobertura opcional para el cuidado dental y de visión

¿Quién puede inscribirse?	24
¿Cuándo puede inscribirse?	24
Cómo inscribirse	24
TRS-Care Dental	24
TRS-Care Vision	24
Glosario	25
Avisos legales	26



Información de contactos del programa

TRS Health

- 1000 Red River Street, Austin, Texas 78701-2698
- 1-888-237-6762
- de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes
- TRS⁹

Cobertura médica TRS-Care Standard

- Administrada por BCBSTX
- Guía personal de la salud: 1-866-355-5999
- las 24 horas al día, los siete días de la semana
- TRS-Care Standard de BCBSTX¹⁰
- Teladoc™: 1-855-835-2362

Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard

- Administrada por Express Scripts
- Servicio al cliente: 1-855-778-1459
- Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Express Scripts¹¹

TRS-Care Dental

- Cobertura de MetLife
- 1-855-488-0522
- de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m., hora del centro.
- Servicios dentales de TRS-Care Dental a través de MetLife¹²

TRS-Care Vision

- Cobertura de MetLife
- 1-855-488-0522
- de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y los sábados, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m., hora del centro.
- Servicios de visión de TRS-Care Vision a través de MetLife¹³



⁹www.trs.texas.gov (en inglés)

¹⁰espanol.bcbstx.com/trscarestandard

¹¹www.express-scripts.com/es/node/1465

¹²www.metlife.com/info/trs-care-dental-es/coverage-details/

¹³www.metlife.com/info/trs-care-vision-es/coverage-details/

Elegibilidad e inscripción

En esta sección se ofrece un resumen general de los requisitos de elegibilidad de inscripción y el proceso de inscripción. Para obtener más información sobre su plan de cobertura médica, consulte el *Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care*¹⁴ (en inglés).

Para obtener más información sobre los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision, revise el *resumen del plan TRS-Care Dental de MetLife*¹⁵ (en inglés) y el *resumen del plan TRS-Care Vision de MetLife*¹⁶ (en inglés).



¹⁴www.espanol.bcbstx.com/trscarestandard/coverage

¹⁵<https://www.metlife.com/content/dam/metlifecom/us/homepage/TRSCare/assets/Teacher-Retirement-System-of-TX-Dental-Plan-Summary.pdf>

¹⁶<https://www.metlife.com/content/dam/metlifecom/us/homepage/TRSCare/assets/teacher-retirement-system-of-tx-superior-vision-plan-summary-moop-revised.pdf>

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care Standard?

Jubilados de servicio

Un jubilado de servicio debe tener al menos 10 años de crédito de servicio en TRS cuando se jubile. Este crédito de servicio podría incluir hasta cinco años de crédito de servicio militar, pero no puede incluir otro crédito de servicio especial o equivalente que se haya comprado. Además de los 10 años de crédito de servicio requeridos, debe cumplir uno de los siguientes requisitos en el momento de la jubilación:

- la suma de su edad y los años de crédito de servicio en TRS es igual o excede los 80 (con al menos 10 años de crédito de servicio), independientemente si tuvo una reducción de la anualidad de jubilación por edad temprana (los años de crédito de servicio pueden incluir el servicio comprado); o bien,
- tiene 30 años o más de crédito de servicio en la pensión de TRS (incluido el servicio comprado).

No podrá usar el crédito de servicio combinado bajo el Programa de Jubilación Proporcional para establecer que es elegible para TRS-Care o cualquier otro tipo de beneficios que no sean las prestaciones de jubilación por servicio. Un jubilado de servicio no es elegible para inscribirse en TRS-Care si es elegible para la cobertura del programa de beneficios médicos del Employee Retirement System of Texas (ERS), la University of Texas (UT System) o el Texas A&M System (A&M System).

Jubilados por discapacidad

Las personas son elegibles para participar en TRS-Care cuando se convierten en jubilados debido a una discapacidad bajo la pensión de TRS. Una vez inscrito en TRS-Care como jubilado por discapacidad, la participación continúa, siempre y cuando la persona sea un jubilado por discapacidad bajo el fondo de pensiones de TRS. Si está solicitando cobertura del plan debido a una discapacidad, TRS podría comunicarse con usted para verificar su estado de discapacidad en el Seguro Social de Medicare.

La cobertura para un jubilado con discapacidad con menos de 10 años de crédito de servicio en la pensión del TRS continúa solo hasta el número total de años de crédito de servicio. Por lo tanto, la cobertura de dicho jubilado con discapacidad

finaliza cuando terminan los beneficios de jubilación por discapacidad del fondo de pensiones de TRS. Un jubilado con discapacidad es elegible para inscribirse en TRS-Care incluso si es elegible para el programa de beneficios médicos de ERS, UT System o A&M System.

Dependientes

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

- Su cónyuge, incluido un cónyuge por derecho común (una unión por derecho común no se considera un motivo especial de elegibilidad, a menos que se presente una Declaración de Matrimonio por Concubinato [*Declaration of Common Law Marriage*] ante una agencia gubernamental autorizada).
- Un menor de 26 años que:
 - sea un hijo biológico;
 - sea un hijo adoptivo o un menor que se encuentra en adopción de forma legal;
 - sea un menor en adopción temporal;
 - sea un hijastro;
 - sea un nieto/a que viva con el jubilado o el cónyuge sobreviviente y dependa del jubilado o del cónyuge sobreviviente para, al menos, la mitad de la manutención del hijo; o
 - sea cualquier otro hijo que mantenga una relación de padre-hijo regular con el jubilado o el cónyuge sobreviviente, según lo determine TRS.
- Un hijo (independientemente de su edad) que viva con el jubilado o el cónyuge sobreviviente o reciba atención médica de ellos con regularidad, si tiene una discapacidad mental o una discapacidad física hasta el punto de depender del jubilado o del cónyuge sobreviviente para su atención médica y manutención, según lo determine TRS.

Algunos tipos de dependientes requieren más documentación para establecer que cumplen los criterios de elegibilidad.

Otras situaciones

Estoy inscrito en TRS-ActiveCare.

TRS-Care (para los jubilados) es una cobertura distinta de TRS-ActiveCare (para los empleados escolares que trabajan). Cuando se jubile, debe enviar un formulario de inscripción para comunicarle a TRS si desea inscribirse a sí mismo y a sus dependientes o posponer la inscripción en TRS-Care. Comuníquese con el funcionario de su escuela para verificar su fecha de finalización de TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados pensionados de TRS.

Si ambos cónyuges son jubilados pensionados de TRS y cada uno cumple individualmente los requisitos de elegibilidad de TRS-Care, cada uno puede inscribirse por separado en TRS-Care como individuo, lo cual podría ser una ventaja financiera. Llame a TRS Health al **1-888-237-6762** para obtener más información.

Un jubilado de TRS puede obtener cobertura en TRS-ActiveCare como dependiente de un empleado que trabaja y esta inscrito en TRS-ActiveCare.

TRS-Care Dental y TRS-Vision

Los jubilados elegibles para TRS-Care pueden inscribirse en los planes nuevos de cobertura dental y de visión. No necesita tener la cobertura médica ni la de farmacia de TRS-Care para inscribirse, y puede elegir la cobertura dental o de visión o ambas.

Cómo inscribirse en TRS-Care Standard

Después de que envíe su *Solicitud de jubilación por servicio* y TRS la procese, recibirá un paquete de inscripción que incluye una *Solicitud de inscripción inicial en TRS-Care*.

Si desea inscribirse en TRS-Care, complete la *Solicitud de inscripción inicial en TRS-Care* y envíela a TRS.

Si solicita la jubilación por discapacidad, TRS le enviará un paquete de inscripción de TRS-Care si la Junta médica de TRS aprueba su jubilación por discapacidad.

Durante su período inicial de inscripciones en TRS-Care, si decide no inscribirse, no es necesario que haga nada. Pero, tenga en cuenta

que puede inscribirse en TRS-Care solo cuando sea elegible para Medicare o tenga un motivo especial de elegibilidad fuera de su período inicial de inscripciones (consulte “Cuándo puede inscribirse en TRS-Care Standard” en **esta página** y “Motivos especiales de inscripción” en la **página 9**). Para inscribirse en TRS-Care, envíe una *Solicitud de inscripción de TRS-Care*.

Cuándo puede inscribirse en TRS-Care Standard

Período inicial de inscripciones en el momento de la jubilación

Si es jubilado del servicio, su período inicial de inscripciones es el **último** de los períodos que comienza:

A. En la fecha en que comienza su

jubilación: su período inicial de inscripciones vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, después de la fecha en que comienza su jubilación; o bien,

B. El último día del mes en que TRS reciba su solicitud para jubilarse:

su período inicial de inscripciones vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del mes calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, después del último día del mes en que TRS reciba su solicitud para jubilarse.

Su *Solicitud de inscripción inicial* de TRS-Care debe presentarse a más tardar el último día de su período inicial de inscripciones. Consulte la

Tabla 1. Período inicial de inscripciones en TRS-Care para obtener más información.

Período inicial de inscripciones en el momento de la jubilación por discapacidad

Si es jubilado por discapacidad, su período inicial de inscripciones:

- **comienza** en la fecha en que la Junta médica de TRS aprueba su jubilación por discapacidad; y
- **vence** al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, después de la fecha en que la Junta médica de TRS apruebe su jubilación por discapacidad.

Período inicial de inscripciones por fallecimiento de un jubilado o miembro que todavía trabaja

El período inicial de inscripciones en TRS-Care para un cónyuge sobreviviente elegible y para un hijo/a dependiente sobreviviente elegible de un jubilado fallecido vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, después del fallecimiento del jubilado.

El período inicial de inscripciones en TRS-Care para un cónyuge sobreviviente elegible y para un hijo/a sobreviviente dependiente elegible de un asegurado fallecido vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, tras el fallecimiento del asegurado.

Tabla 1. Período inicial de inscripciones para TRS-Care

Tres meses consecutivos pero no menos de 90 días	
FECHA DE JUBILACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA SOLICITUD
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	1 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 comienza mi plan TRS-Care Standard

Fecha de vigencia del plan

Su fecha de vigencia del plan:

- 1. es el primer día del mes siguiente a la fecha de su jubilación**, si TRS recibe su *Solicitud de inscripción inicial en TRS-Care* en la fecha de su jubilación o antes; o bien
- 2. es el primer día del mes después de que TRS reciba su *Solicitud de inscripción inicial*** en TRS-Care, si TRS recibe su *Solicitud de inscripción inicial* después de la fecha de su jubilación, pero dentro del período inicial de inscripciones.

Si desea que su cobertura comience el primer día del mes siguiente a la fecha de su jubilación, TRS debe recibir su solicitud antes de la fecha de su jubilación. Esto también se aplica a los jubilados por discapacidad.

Durante el período inicial de inscripciones, podría hacer cambios en sus elecciones de cobertura. La fecha de vigencia del plan para las nuevas elecciones es el primer día del mes después de que TRS reciba su nueva inscripción para jubilados.

Posponer la cobertura

Durante su período inicial de inscripciones, puede posponer la fecha de vigencia de su cobertura de TRS-Care hasta el primero de cualquiera de los tres meses inmediatamente posteriores al mes siguiente de la fecha de su jubilación. Por ejemplo, si se jubila el 31 de mayo, podría posponer la fecha de vigencia de la cobertura de TRS-Care (normalmente el 1 de junio) al 1 de julio, 1 de agosto o 1 de septiembre.

Para posponer una fecha de vigencia, debe escribirla en el espacio proporcionado en la *Solicitud de inscripción inicial* de TRS-Care. Si tiene preguntas sobre el aplazamiento de la fecha de vigencia de su cobertura, llame a TRS Health al **1-888-237-6762**.



Eventos especiales de inscripción

Los eventos especiales de inscripción son oportunidades para inscribirse en TRS-Care fuera de su período inicial de inscripciones. Podría llegar a ser elegible para TRS-Care según las provisiones de inscripción especial de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Los eventos especiales de inscripción tienen dos categorías generales:

- Una persona pierde involuntariamente su cobertura médica integral; y
- Una persona obtiene un nuevo dependiente.

Pérdida de elegibilidad para otras coberturas

Si un jubilado o cónyuge sobreviviente pierde cobertura

Si usted, como jubilado o cónyuge sobreviviente, no tiene TRS-Care y, por causas ajenas a su voluntad, pierde la cobertura médica integral que tenía con otro plan de cobertura, podría inscribirse en TRS-Care bajo un evento especial de inscripción. De lo contrario, debe ser elegible para TRS-Care y poder demostrar que perdió involuntariamente la cobertura médica integral. La pérdida del plan por discapacidad, enfermedad específica, visión, dental u otra cobertura, que no sea la cobertura médica integral, no son motivos especiales de inscripción.

Si no está inscrito en TRS-Care cuando pierde su cobertura integral por causas ajenas, usted y sus dependientes pueden inscribirse en TRS-Care dentro de los 31 días después de perder la otra cobertura médica integral. Pero si está inscrito en TRS-Care y pierde la cobertura médica integral, no podrá inscribir a sus dependientes que de otro modo, serían elegibles.

Si pierde la cobertura con otra póliza, guarde la carta del aviso de terminación para mostrarle a TRS que su pérdida de cobertura fue involuntaria.

Si un cónyuge u otra persona dependiente elegible pierde la cobertura

Cuando un cónyuge u otra persona dependiente elegible no está inscrito en TRS-Care y, por causas ajenas, pierden la cobertura médica integral con otro plan de cobertura, usted puede inscribir a sus dependientes elegibles dentro de los 31 días después de la pérdida involuntaria de la otra cobertura del dependiente. Si inscribe a un dependiente elegible en TRS-Care, usted también debe inscribirse si aún no está inscrito.

Ejemplos de pérdida involuntaria de la cobertura médica integral incluyen los siguientes:

- divorcio o separación legal que hacen que pierda la cobertura médica integral de su cónyuge;
- un dependiente que pierde la cobertura médica integral de sus padres;
- el fallecimiento de su cónyuge lo deja sin la cobertura médica integral de su plan de cobertura;
- su empleo finaliza junto con la cobertura médica integral de su empleador, o el empleo de su cónyuge finaliza junto con la cobertura médica integral del empleador de su cónyuge;
- su empleador reduce sus horas de trabajo hasta el punto en que pierde su cobertura médica integral;
- su plan de cobertura ya no ofrece una cobertura médica integral a ciertos grupos de personas (por ejemplo, personas que trabajan a tiempo parcial);
- una persona pierde el plan del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) del estado o de Medicaid, o se vuelve elegible para recibir asistencia con el pago de la prima bajo esos programas para la cobertura médica grupal;
- una persona pierde involuntariamente la cobertura de un seguro suplementario de Medicare (por ejemplo, Medigap) o de un plan de cobertura individual de Medicare Advantage; y
- dejó de vivir o trabajar en el área de servicio de una cobertura HMO y perdió la cobertura médica integral.



Eventos de inscripción que no son especiales

Entre otros posibles eventos, estos no son Eventos de Inscripción Especial:

- cancelación voluntaria de otras coberturas debido a un aumento de la prima;
- cancelación del plan por no pagar la prima; y
- cancelación del plan por causa justificada (como presentar una reclamación fraudulenta o falsificar intencionalmente un hecho material relacionado con el plan de cobertura).

Nuevos dependientes

Un jubilado o cónyuge sobreviviente (inscrito en TRS-Care o que ya es elegible para dicha cobertura) que obtenga un dependiente elegible por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o tutela, debe informarle a TRS por escrito dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que consiguió al dependiente elegible, para que la inscripción sea válida.

Por ejemplo, si un jubilado elegible no está inscrito en TRS-Care cuando se casa, podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles, debido a un motivo especial de inscripción. Sin embargo, un cónyuge sobreviviente no puede inscribir a un nuevo cónyuge si se vuelve a casar.

La inscripción está vigente:

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

TRS requiere documentación para establecer la elegibilidad de todos los nuevos dependientes.

Una unión por derecho común no constituye un motivo especial de inscripción a menos que se presente una declaración de unión por derecho común en los archivos de una agencia gubernamental autorizada.

Otras reglas de inscripción

Regla sobre los ajustes

Si, por cualquier motivo, una persona se inscribe en un nivel de cobertura inadecuado, TRS ajustará su cobertura al nivel apropiado.

Los beneficios para las reclamaciones que se presenten después de la fecha vigente del ajuste se pagan conforme a las provisiones revisadas del plan de cobertura. Según dichas provisiones, una persona no tiene derecho a los beneficios antes de la fecha vigente del ajuste.

Un aumento del nivel de los beneficios debido a un cambio en estas cantidades no ofrecerá más beneficios por los gastos médicos cubiertos incurridos antes de la fecha en que inició el cambio.

Carta de cobertura

TRS podría solicitarle que presente una carta de cobertura con las fechas exactas en las que su anterior aseguradora le ofrecía su cobertura médica integral y el motivo por el que perdió la cobertura. TRS también podría solicitarle que presente otras cartas de cobertura para los familiares dependientes elegibles que desean inscribirse en TRS-Care.

¿Cuándo puede TRS-Care terminar (cancelar) mi cobertura?

La cobertura de los jubilados en TRS-Care termina en estos casos:

- el jubilado ya no es elegible;
- TRS determina que el jubilado o su dependiente asegurado cometieron fraude;
- el jubilado no hizo la contribución requerida; o
- se discontinúa la cobertura de TRS-Care.

La cobertura de TRS-Care del dependiente finaliza en estos casos:

- se discontinúa la cobertura de todos los dependientes en TRS-Care;
- un dependiente se inscribe en un plan de cobertura que ofrezca TRS-ActiveCare o en un plan que ofrezca una escuela pública de Texas que no participa en TRS-ActiveCare;
- un dependiente pasa a ser elegible para el plan administrado por ERS, UT System o Texas A&M;
- un dependiente se inscribe en TRS-Care como jubilado;

- la persona ya no cumple con la definición de dependiente de TRS-Care;
- finaliza la cobertura del jubilado;
- el jubilado no realiza sus contribuciones requeridas; o
- TRS determina que el dependiente asegurado cometió fraude.

La falta de pagos puntuales y completos de la cobertura resulta en la terminación de la cobertura al final del mes en que el jubilado efectuó su última contribución.

Cumplir 65 años: una nueva oportunidad para inscribirse

Si usted es un jubilado o cónyuge sobreviviente menor de 65 años y canceló TRS-Care o no se inscribió durante su período inicial de inscripciones, puede inscribirse en TRS-Care cuando cumple los 65 años. También podría añadir en ese momento a dependientes elegibles.

Antes de que cumpla los 65 años, TRS le enviará (al jubilado) una tarjeta postal con instrucciones sobre cómo inscribirse. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, debe solicitar, llenar y enviar un formulario de *Oportunidad para inscribirse al plan de cobertura TRS-Care a los 65 años* a más tardar 31 días después del final del mes en que cumpla los 65 años. Llame a TRS Health al **1-888-237-6762** para pedir un formulario de inscripción antes de cumplir los 65 años.

TRS no siempre tiene información sobre los cónyuges sobrevivientes en sus registros. Los cónyuges sobrevivientes deben solicitar y presentar su solicitud de inscripción en un plazo máximo de 31 días a partir del final del mes en que cumple los 65 años.

Esta oportunidad de inscripción no está disponible para los cónyuges o hijos dependientes cuando ellos cumplen los 65 años.

Cuando sea elegible para Medicare, debe comprar y mantener la cobertura de Medicare, incluyendo la Parte B de Medicare, para inscribirse en el plan de cobertura médica TRS-Care Medicare Advantage o en el plan de medicamentos con receta TRS-Care Medicare Rx. Corre el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care si no tiene la cobertura de la Parte B de Medicare cuando sea elegible para comprarla. Si puede obtener la Parte A de Medicare sin costo, también debe solicitarla.

¿Qué debería saber?

Cuando cumpla los 65 años, podría tener la posibilidad de inscribirse en TRS-Care y añadir a sus dependientes elegibles. También será elegible para Medicare, que funciona con TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx. Solo debe enviar el formulario de *oportunidad para inscribirse en TRS-Care a los 65 años*. TRS lo inscribirá cuando confirme su elegibilidad para TRS-Care y las coberturas disponibles para usted.

¿Cuándo será elegible para Medicare?

En la mayoría de los casos, usted será elegible para Medicare a los 65 años. Sin embargo, podría ser elegible a cualquier edad si recibió los beneficios por discapacidad del Seguro Social durante cierto tiempo.

Elegibilidad para Medicare a los 65 años

TRS le recomienda encarecidamente que se inscriba en Medicare en cuanto sea elegible.

Puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumpla los 65 años. Cuanto antes se inscriba, más pronto podrá TRS verificar su estado de Medicare para ofrecerle la cobertura de TRS-Care. Lo ideal es que su cobertura de Medicare comience el primer día del mes de su cumpleaños. Si su cumpleaños es el primero del mes, su cobertura de Medicare empezará el primer día del mes anterior.

Período de inscripciones más corto para TRS-Care

El período de inscripciones en TRS-Care es más corto que el período de inscripciones en Medicare. El período de inscripciones de Medicare dura tres meses a partir del mes en que usted cumple los 65 años. Sin embargo, debe inscribirse en TRS-Care antes de que pasen 31 días después del final del mes en que cumple los 65 años.

Debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para ser elegible para los beneficios de TRS-Care después de ser elegible para Medicare. TRS requiere esto incluso si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima (pero debe inscribirse en la Parte A de Medicare si puede obtenerla sin costo). **Si no compra y mantiene la Parte B de Medicare, se arriesga a perder toda la cobertura de TRS-Care.**

Elegibilidad para Medicare en caso de enfermedad renal en la etapa final

Si usted es elegible para Medicare debido a una enfermedad renal en la etapa final, Medicare paga de manera secundaria TRS-Care porque las reglas federales requieren que TRS-Care sea el pagador principal durante cierto tiempo. Una vez que la Parte A de Medicare sea su cobertura principal, la prima mensual y el deducible de TRS-Care serán reducidos. Si es elegible debido a una enfermedad renal en la etapa final, comuníquese a TRS por teléfono o por escrito.

¿Qué pasos debo dar cuando cumpla los 65 años?

Usted es elegible para Medicare a los 65 años y puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumpla los 65 años.

Si es elegible para la Parte A de Medicare (hospitalización) sin prima, solicítela aquí: [Seguro Social: planifique para Medicare](#)¹⁷. También puede solicitarla en su oficina local del Seguro Social o llamando al Seguro Social al **1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)**.

Compre la Parte B de Medicare en la Administración del Seguro Social en cuanto sea elegible para inscribirse. Debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para ser elegible para TRS-Care Medicare Advantage. La Administración del Seguro Social puede confirmar la cantidad de su prima de la Parte B; TRS no deducirá su prima de la Parte B de su pensión de TRS.

Si tiene TRS-Care Standard, antes de cumplir los 65 años, el administrador del plan TRS-Care Medicare Advantage le enviará un paquete con un formulario en el que se le solicitará su Número de Identificación de Beneficiario de Medicare (MBI, en inglés). Es el número que se encuentra en su tarjeta de Medicare. TRS debe tener su número de beneficiario para inscribirlo en TRS-Care Medicare Advantage. Complete y envíe el formulario a TRS.

Por separado, TRS le enviará un kit de inscripción de TRS-Care Medicare Advantage. Revise los materiales del kit. Si va a añadir dependientes, llene y envíe la *Solicitud de inscripción de TRS-Care* antes de que pasen los 31 días después del final del mes en que se jubile o cumpla los 65 años.

Una vez que TRS confirme que usted es elegible para TRS-Care Medicare Advantage y verifique su estado de Medicare, TRS lo inscribirá en TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx. **Si TRS no recibe su Número de Beneficiario de Medicare, TRS no podrá inscribirlo, y usted corre el riesgo de perder la cobertura.**

¹⁷www.ssa.gov/es/medicare

Comprenda cómo funciona su plan TRS-Care Standard



Su cobertura

Acerca de su plan TRS-Care Standard

Las primas de TRS-Care Standard 2025 son las mismas que en 2024. El aumento de los costos de la atención médica sigue siendo un desafío en todo el país. Texas no es una excepción. Las primas de TRS-Care Standard se mantienen por octavo año consecutivo, a pesar de estas tendencias.

Cómo funciona TRS-Care Standard:

Plan de cobertura

TRS-Care Standard incluye cobertura para usted y para los dependientes que no sean elegibles para Medicare. El plan de cobertura ofrece una cobertura integral de atención médica y acceso a descuentos considerables en beneficios médicos y recetas si acude a proveedores de servicios médicos dentro de la red.

Año del plan de cobertura

Su año del plan de cobertura va del 1 de enero al 31 de diciembre. Su deducible y gasto máximo de bolsillo se reajustan cada año el 1 de enero.

Beneficios médicos de BCBSTX

BCBSTX administra sus beneficios médicos. Tiene la libertad de elegir a cualquier médico de la amplia red de BCBSTX sin necesidad de una referencia (referido). También tiene cobertura para los servicios preventivos dentro de la red, como pruebas de detección del cáncer, vacunas y los chequeos anuales de bienestar, sin costo adicional.

Beneficios de farmacia de Express Scripts

Express Scripts administra los beneficios de la cobertura de medicamentos con receta. Recoja sus medicamentos en su farmacia local o en locales comerciales, como CVS, Walgreens, HEB, Walmart y Costco. Algunas farmacias forman parte de la red de farmacias de Express Scripts, donde puede obtener un suministro para 90 días. También puede recibir recetas a domicilio, incluidos suministros para 90 días de ciertos medicamentos genéricos de mantenimiento preventivo sin costo para usted.



Lo básico

Esta es su guía para aprovechar sus beneficios médicos al máximo. Le ofrece la información que necesita para usar su plan de cobertura y asegurarse de obtener el mayor valor por su atención médica. ¡Comencemos!

Su plan TRS-Care Standard los protege a usted y a sus dependientes asegurados de los costos altos de la atención médica. Tiene acceso a una red nacional de proveedores de servicios médicos y farmacias de calidad.

También puede contar con lo siguiente:

- Libertad para elegir a cualquier médico dentro de la red nacional de BCBSTX.
- Copago de \$0 para atención médica preventiva dentro de la red, como exámenes de detección del cáncer, vacunas y chequeos anuales de bienestar.

- Acceso a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline, donde un enfermero titulado (*registered nurse*) puede responder sus preguntas sobre salud de día o de noche, y ayudarlo a decidir si debe acudir a la sala de emergencias o programar una cita con su médico.
- Asistencia las 24 horas al día, los 7 días de la semana, en materia de beneficios por parte de guías personales de la salud.
- Costo de \$0 para ciertas recetas genéricas preventivas.
- Servicios de entrega de recetas a domicilio a través de Express Scripts.
- Atención médica general y apoyo para la salud mental a través de la atención virtual.

- Beneficios médicos adicionales como puntos de recompensa, acondicionamiento físico, consejería nutricional y mucho más.
- Copagos bajos de insulina: los copagos de insulina de la *Lista de medicamentos con cobertura* tienen un máximo de \$25 para un suministro de 31 días y de \$75 para un suministro de 60 a 90 días. En 2025, no tendrá que pagar el deducible ni el costo total de la insulina.
- SaveOnSP: costo de \$0 para los medicamentos especializados con cobertura, según la *Lista de medicamentos* de SaveOnSP una vez que alcance su deducible

Cómo funciona TRS-Care Standard

- Usted paga un deducible individual anual dentro de la red de \$1,650 (o \$3,300 si incluye a dependientes en una cobertura familiar) por la atención médica y las recetas antes de que el plan de cobertura comience a pagar la parte que le corresponde de sus gastos por atención médica.
- Si acude a médicos y hospitales dentro de la red para su atención médica, se beneficia de costos más bajos por la atención médica y la conveniencia de que sus reclamaciones se presenten automáticamente.
- Una vez que alcance su deducible anual dentro de la red, el plan de cobertura pagará el 80% de sus gastos médicos y de los medicamentos con recetas elegibles dentro de la red; esto se le llama “coseguro”.
- Una vez que alcance los gastos máximos de bolsillo (MOOP, en inglés) de su cobertura para el año (\$5,650 por persona o no más de \$11,300 por familia cuando use proveedores de servicios médicos dentro de la red), el plan de cobertura pagará el 100% de sus costos médicos y de recetas elegibles.
- Usted tiene un deducible aparte para la atención médica de médicos y hospitales fuera de la red. Por lo tanto, piénselo bien antes de elegir a un proveedor de beneficios médicos fuera de la red. Tardará más tiempo en alcanzar su deducible y no se beneficiará de las tarifas más bajas del plan de cobertura para los servicios de atención médica.

Tabla 2. Plan TRS-Care Standard de 2025

Su plan TRS-Care Standard de 2025 es administrado por BCBSTX (cobertura médica) y Express Scripts (medicamentos con receta). Todos los copagos de la Tabla 2 cuentan para su MOOP, incluyendo la insulina y las consultas virtuales de TRS.

Deducibles para los gastos médicos y de recetas	Dentro de la red: \$1,650 individual; \$3,300 por familia Fuera de la red: \$3,300 individual; \$6,600 por familia
Coseguro para los gastos médicos y de recetas	Dentro de la red: usted paga el 20% después de alcanzar su deducible Fuera de la red: usted paga el 40% después de alcanzar su deducible
Costos de MOOP para los gastos médicos y de recetas	Dentro de la red: \$5,650 individual; \$11,300 por familia Fuera de la red: \$11,300 individual; \$22,600 por familia
Consultas virtuales de TRS Virtual Health	RediMD: \$30 por consulta, que cuentan para su deducible Teladoc: \$42 por consulta, que cuentan para su deducible Cuando alcanza su deducible, el plan de cobertura paga el 80% y usted el 20%.
Consultas virtuales de TRS Virtual Health (Teladoc: salud mental)	Sesión inicial de psiquiatría: \$185, que cuentan para su deducible. Sesión continua de psiquiatría: \$95, que cuentan para su deducible. Sesión con psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, consejeros o terapeutas: \$85, que se aplica a su deducible.
Cobertura de medicamentos genéricos	Costo de \$0 para ciertos medicamentos que previenen condiciones médicas crónicas
Copago de insulina	Copago de \$25 para un suministro de 31 días; copago de \$75 para un suministro de 61 a 90 días
SaveOnSP	Costo de \$0 para los medicamentos especializados de la <i>Lista de medicamentos</i> de SaveOnSP después de alcanzar el deducible

Gastos de bolsillo

Los gastos de bolsillo son los que usted paga por los servicios de atención médica, incluyendo deducibles y el coseguro.

Por ejemplo:

1. Usted consulta a un especialista dentro de la red (por ejemplo, un dermatólogo) para la rosácea.
2. El personal del consultorio le dice que su consulta de dermatología cuesta \$100.
3. Si todavía no alcanza el deducible, le pagará \$100 a su médico. Su plan de cobertura aplicará los \$100 hacia el deducible anual. Esos \$100 representan un gasto de bolsillo para usted.
4. Si alcanza su deducible, podría tener que pagar un coseguro del 20% o \$20, y su plan de cobertura pagará el 80% u \$80 del precio de \$100 de sus servicios dentro de la red. Su gasto de bolsillo es de \$20.

Gasto máximo de bolsillo: el límite de la cantidad que paga en un año por los costos de atención médica se le llama el “gasto máximo de bolsillo” (MOOP, en inglés). Una vez que alcance su MOOP, su plan de cobertura pagará el 100% de sus costos médicos y recetas elegibles durante el resto del año calendario.

Su cantidad del MOOP se reajusta cada 1 de enero, al igual que su deducible.

Los gastos de bolsillo tienen tres categorías comunes:

1. Primas

Su prima es la cantidad fija que paga cada mes por su seguro médico. No se aplica a su deducible. **La Tabla 4, Primas mensuales de TRS-Care Standard de 2025**, en la **página 16** muestra los costos de sus primas mensuales.

2. Deducibles

Su deducible es la cantidad de dinero que debe pagar de su bolsillo antes de que su plan de cobertura comience a pagar la parte que le corresponde de sus costos por atención médica. Algunas cosas que debe recordar:

- Los gastos médicos o de recetas elegibles se aplican a su deducible.
- Usted paga el costo total de sus costos médicos y de recetas hasta que alcance su deducible (\$1,650 individual o \$3,300 si tiene dependientes en una cobertura familiar).

- Los gastos de una sola persona no superarán el MOOP individual, aunque esté en la cobertura familiar. Los gastos de bolsillo de toda la familia no superarán el límite familiar.
- Usted tiene deducibles separados para los gastos dentro y fuera de la red. Esto significa que no puede aplicar la atención médica fuera de la red a su deducible dentro de la red.
- Su deducible comienza cada año del plan de cobertura, el 1 de enero.

3. Coseguro

Cuando paga o alcanza su deducible, su plan de cobertura empieza a pagar un porcentaje de sus gastos médicos y de farmacia, y usted paga otro porcentaje. El porcentaje que usted paga se llama “coseguro”.

Si sale de la red, su deducible por persona aumenta a \$3,300 \$ y su coseguro se duplica al 40%. No solo eso, su plan no aplica los gastos que tenga fuera de la red al deducible dentro de la red. También podría tener que pagar la diferencia entre la tarifa permitida por su cobertura para el servicio y la cantidad de sus facturas del hospital o médico fuera de la red. Por eso **vale la pena comparar los costos de los servicios de atención médica y tomar una decisión informada**. Inicie sesión en [Blue Access for Members^{18SM}](#) para usar la herramienta Provider Finder para encontrar proveedores de servicios médicos dentro de la red y la herramienta “Calculadora de costos” para comparar los costos de los distintos servicios.

Tabla 3. Su plan de cobertura en acción

Deducible	Coseguro	Gastos máximos de bolsillo
\$1,650 para la cobertura individual (dentro de la red)	Usted paga el 20% (dentro de la red) después de alcanzar su deducible	\$5,650 para la cobertura individual (dentro de la red) o \$11,300 para la cobertura familiar (dentro de la red)
Cuando acude a un médico que está dentro de la red o solicita un medicamento con receta, usted paga el costo total del servicio o del medicamento hasta que sus costos médicos alcancen los \$1,650 (o \$3,300 si la cobertura incluye a su familia).	Una vez que pague \$1,650 (o \$3,300 si la cobertura incluye a su familia) por los costos médicos y de farmacia dentro de la red, su plan de cobertura médica pagará el 80% de los costos. Usted solo paga el 20% de sus gastos.	Una vez que pague de su bolsillo \$5,650 (o \$11,300 si la cobertura incluye a su familia) hacia los deducibles y el coseguro, el plan pagará el 100% de sus costos durante el resto del año calendario.
Ejemplo: <i>Usted consulta a un alergólogo y la tarifa negociada es de \$150. Usted paga la totalidad y su plan de cobertura resta esa cantidad de su deducible.</i>	Ejemplo: <i>Usted consulta al mismo alergólogo después de haber alcanzado su deducible. Usted paga el 20% del costo de la consulta, es decir, \$30. Su plan TRS-Care paga el resto.</i>	Ejemplo: <i>El alergólogo dice que necesita una cirugía sinusal como paciente ambulatorio, que cuesta \$30,000. Usted ya alcanzó su deducible individual de \$1,650, que cuenta para su gasto máximo de bolsillo. En ese momento, usted paga los \$4,000 restantes para alcanzar el gasto máximo de bolsillo de \$5,650, momento en el que su plan de cobertura empieza a pagar el 100%.</i>
Costo de la consulta: \$150.	Costo de la consulta: \$150.	Costo de la cirugía: \$30,000.
Usted paga: \$150.	Usted paga: \$30.	Usted paga: \$4,000 para alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Su deducible restante: \$1,500.	Su plan de cobertura aplica esta cantidad a los gastos máximos de bolsillo.	La cobertura paga el resto.

¹⁸espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Primas mensuales de TRS-Care Standard de 2025

La mayoría de los jubilados sin Medicare	Jubilados sin Medicare con hijos con discapacidades (de cualquier edad)*
Solo el jubilado: \$200	N/A
Jubilado + cónyuge: \$689	N/A
Jubilado + hijos: \$408	Jubilado + hijos: \$208
Jubilado + familia: \$999	Jubilado + familia: \$799:
Hijos sobrevivientes: \$208	N/A

* TRS reduce las primas mensuales de los jubilados sin Medicare con hijos con discapacidades en \$200 en los niveles que incluyen a los niños. Es responsabilidad del asegurado notificar a TRS si un hijo tiene una discapacidad.



Consejos rápidos

Haga que rinda más cada dólar que gasta en atención médica

Use médicos y hospitales dentro de la red para que su plan de cobertura pueda aplicar todos los gastos elegibles a su deducible. Los médicos dentro de la red tienen tarifas contratadas más bajas, lo que significa menos dinero de su bolsillo.

Use [Provider Finder](#)¹⁹ para encontrar proveedores de servicios médicos dentro de la red.

Aproveche las recetas a \$0.

Si toma ciertos medicamentos genéricos clasificados como “preventivos”, como un medicamento con receta para la hipertensión, una condición cardíaca o depresión, podría obtener su medicamento sin costo alguno para usted. Esta es una manera importante en la que TRS invierte en la salud de los jubilados como usted. *Consulte la sección “Cómo surtir una receta” en la página 21 para obtener más información detallada.*

Recuerde:

El estado de elegibilidad para Medicare del jubilado de TRS o del cónyuge sobreviviente, independientemente del estado de Medicare de sus dependientes, determinan las primas. Por ejemplo, si usted es un jubilado de TRS y aún no es elegible para Medicare, e incluye a su cónyuge en la cobertura, quien sí es elegible para Medicare, usted pagará \$689 al mes porque usted, el jubilado, aún no es elegible para Medicare.

¿Piensa jubilarse debido a una discapacidad?

Si tiene previsto jubilarse por discapacidad, pagará una de las primas de la **Tabla 5. Primas para los jubilados que se jubilaron por una discapacidad antes del 1 de enero de 2017.** Las primas varían si cubre a los dependientes.

¿Ya está jubilado debido a una discapacidad?

Si se jubiló antes del 1 de enero de 2017, recibe beneficios por discapacidad de TRS y no es elegible para Medicare, seguirá sin pagar una prima por la cobertura solo para jubilados durante el año del plan de cobertura 2025 (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025). TRS reduce en \$200 las primas mensuales que incluyen a un cónyuge o a un dependiente. *Consulte la sección “Jubilados por discapacidad” en la **página 6** para obtener más información.*

Tabla 5. Primas para los jubilados que se jubilaron por una discapacidad antes del 1 de enero de 2017

Solo el jubilado	\$0
Jubilado + cónyuge	\$489
Jubilado + hijos	\$208
Jubilado + familia	\$799



Cuestionario

P: Usted acude a su médico dentro de la red porque no se le quita la tos. El médico le dice que tiene bronquitis. El costo total de su consulta es de \$100, pero alcanzó su deducible.

¿Cuál es su costo?

- A. Mi costo es de \$0 porque es atención médica preventiva.
- B. Mi costo es de \$100.
- C. Mi costo es de \$20 (20% del costo total).

R: “C” es la respuesta. El costo de esta consulta dentro de la red es de \$20, o el 20% del coseguro.

Recuerde que estamos hablando dentro de la red. Si acude a un centro fuera de la red, pagará el 40% de la tarifa permitida por su cobertura, más la diferencia total entre la tarifa permitida y lo que facture el médico (suponiendo que haya alcanzado el deducible fuera de la red).

Elegir a su médico

Su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) es su socio para mejorar su salud y su proveedor principal para obtener los servicios que usted y su familia necesitan para mantenerse bien, desde la atención médica de rutina y preventiva hasta la atención médica de lesiones o enfermedades. Con el tiempo, su proveedor llegará a conocerlo a usted y a entender sus antecedentes médicos, sus necesidades y sus objetivos. Le ayudará a determinar cómo alcanzar esos objetivos y permanecer sano.

Si tiene alguna preocupación sobre su salud o condición crónica, su PCP le ayudará a navegar el sistema de atención médica. Incluso si está sano y activo, su PCP le ayuda a permanecer así haciendo un seguimiento de sus necesidades y objetivos de atención médica. Establezca la atención médica con un PCP en el que pueda confiar y con el que construya una relación duradera, para que le resulte más fácil hablar de su salud personal.

Ya que hay miles de médicos y hospitales dentro de la red de BCBSTX, lo más probable es que encuentre uno que le guste.

Encontrar a un médico que esté dentro de la red no podría ser más fácil. Hágalo así:

- Visite [TRS-Care Standard](#)²⁰
- Seleccione **“Médicos y hospitales”** para usar el directorio en línea Provider Finder.

O BIEN,

- Llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Conozca su red

Una de las características más valiosas de su plan de cobertura es la red de médicos y hospitales a los que puede acceder para recibir atención médica. Cuando un médico está dentro de la red, significa que ha trabajado con nuestro plan de cobertura en una tarifa acordada mutuamente para sus servicios.

En cambio, los médicos fuera de la red no aceptaron las tarifas de su plan de cobertura. Por eso, salir de la red es como conducir un automóvil sin frenos: tiene poco control sobre la cantidad de dinero que gasta en su atención médica. Entre las desventajas de la atención médica fuera de la red se incluyen las siguientes:

- No tiene el beneficio de unas tarifas negociadas de antemano para su atención médica.
- Los médicos y hospitales fuera de la red pueden cobrar precios de mercado, lo que significa que podría tener que pagar toda la diferencia entre la tarifa permitida por su cobertura y la tarifa del médico u hospital. Tenga cuidado: los costos que superen la tarifa permitida por el plan de cobertura no se aplican a su gasto máximo de bolsillo.
- No podrá aplicar los gastos fuera de la red al deducible dentro de la red.
- También podría tener que ocuparse de papeleo adicional porque los médicos fuera de la red podrían exigirle que presente sus propias reclamaciones de atención médica.

En conclusión:

Si usa un proveedor de beneficios médicos fuera de la red, independientemente de las circunstancias, lo más probable es que pague más —quizá mucho más— que las cantidades usuales de su deducible y coseguro de la red.



²⁰espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Ir al médico

Consultar regularmente a un PCP o a un médico de familia resulta en costos más bajos y una mejor salud.

Una consulta anual de bienestar — ofrecida sin costo con los beneficios preventivos — es una parte importante de esto. Esta es la oportunidad para que su médico vea el panorama general de cómo se encuentra y se asegure de que esté libre de síntomas.

Si le indican que está saludable, estupendo. Podrá mantener, controlar e incluso mejorar su salud haciéndose chequeos regulares, siguiendo los consejos de su médico y usando las herramientas de salud y bienestar que ofrece su plan de cobertura.

Cuando programe una cita para su consulta anual de bienestar, avise al programador para que codifique su consulta como atención médica preventiva. **Si habla de una condición médica en curso o recibe atención diagnóstica durante su consulta anual de bienestar, ya no calificará como atención preventiva y usted será responsable de los deducibles o el coseguro correspondientes.**

Su consulta anual de bienestar hace que su médico esté al tanto de los primeros signos o del empeoramiento de una enfermedad o dolencia.

Quando se trata de su salud, entre más pronto se entere, mejor. Tenga en cuenta que algunas condiciones graves no presentan signos ni síntomas. Su consulta anual de bienestar es su primera línea de defensa.

Servicios con cobertura y servicios de atención médica preventiva

Si acude sin síntomas a un médico dentro de la red para hacerse cualquier tipo de examen de detección o prueba preventiva (incluidas ciertas pruebas de detección del cáncer), no pagará nada. Pero no todas las consultas al médico son de atención médica preventiva; algunas son atención diagnóstica.

Una consulta de diagnóstico es aquella en la que usted acude al médico por un problema, tratamiento o condición de salud específicos, o para el tratamiento continuo de una condición médica, o para hacerse análisis de laboratorio u otras pruebas por un problema conocido. ¿Sabe cuál es la diferencia entre la atención médica preventiva y la atención diagnóstica?

Por ejemplo, acude a su médico dentro de la red para una consulta de atención médica preventiva que había previsto que no tendría costo para usted, como su chequeo anual. Durante el examen, usted dice que le duele el

hombro. Su médico lo examina, descubre que tiene artritis y le receta un medicamento. En este caso, su consulta preventiva se convirtió en una consulta presencial por una enfermedad o lesión concreta, y ahora recibirá una factura por una consulta de atención diagnóstica.

Su plan de cobertura cubre el costo de la atención preventiva al 100% con los proveedores de servicios médicos dentro de la red, así que use este valioso beneficio para lo siguiente:

- examen de la presión arterial;
- examen del colesterol;
- exámenes anuales para el bienestar;
- examen de detección de la diabetes (tipo 2);
- examen de la depresión;
- examen de detección del cáncer de pulmón;
- mamografías rutinarias;
- ciertas vacunas, como la vacuna anual contra la gripe o la culebrilla.

Recuerde que su PCP se familiarizará con sus antecedentes médicos generales y podrán guiarlo hacia una atención médica preventiva para ayudarlo a que se mantenga sano y activo.

Consulte la sección **“Servicios de atención médica preventiva con cobertura”²¹** para obtener una lista completa de los servicios preventivos que cubre el plan TRS-Care Standard.

Cuestionario

P: Una mujer que toma medicamentos para el colesterol alto tiene un examen de bienestar anual y se hace una prueba de colesterol.

La misma mujer tiene consultas cada tres meses con su médico dentro de la red para hacerse análisis de sangre para comprobar sus niveles de colesterol y asegurarse de que la dosis de sus medicamentos sea la correcta.

¿Qué situación es preventiva y tiene cobertura sin costo?

R: La primera situación no tiene costo. La consulta presencial y el análisis de sangre son preventivos porque forman parte de un examen general de bienestar. Los análisis de sangre de la segunda opción no son preventivos porque tratan una condición médica existente.

Consejos rápidos

No todos los médicos son iguales.

Así que, cuando busque uno, asegúrese de usar Provider Finder, nuestro directorio en línea. Desde información sobre costos y calidad de los proveedores de servicios médicos dentro de la red hasta opiniones sinceras de pacientes reales, Provider Finder es una valiosa herramienta que le ayudará a encontrar las soluciones de atención médica adecuadas.

Visite **TRS-Care Standard²²** y seleccione **“Médicos y hospitales”** para comenzar.

²¹https://www.trsx.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx

²²espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Recibir atención médica cuando está enfermo o lesionado

Cuando no se sienta bien o esté lesionado y no se trate de una emergencia, su primera llamada debe ser a su PCP. El PCP conoce sus antecedentes médicos y puede ofrecerle la atención médica más informada. También es el lugar que tiene el precio más económico para comenzar si no está seguro de que debe acudir a un especialista.

Sin embargo, si el consultorio del médico está cerrado y usted no puede conseguir una cita, o no tiene una relación establecida con un PCP (también podemos ayudarle con eso), la buena noticia es que tiene otras opciones.

Obtenga atención médica desde su hogar

- Conéctese con un médico por teléfono, tableta o computadora las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con Teladoc.
 - Llame al **1-855-Teladoc (1-855-835-2362)**.
 - Los médicos de Teladoc diagnostican problemas médicos que no son de emergencia, recomiendan tratamientos, envían recetas a la farmacia de su elección y mucho más.
 - Pague una cuota de consulta de \$42 (que cuenta para su deducible y gasto máximo de bolsillo).
- Llame a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-833-968-1770** para obtener asistencia en cualquier momento.

Su plan TRS-Care Standard también incluye Teladoc Mental Health a través de las consultas virtuales de TRS Virtual Health como parte de su paquete de beneficios. Cuidar de su salud mental es una parte esencial de su bienestar general. Con Teladoc Mental Health, las personas mayores de 13 años pueden recibir atención médica para la depresión, la ansiedad, el estrés, el duelo y mucho más.

Programar una consulta con un psiquiatra o terapeuta es fácil y conveniente. Programe una cita los siete días de la semana, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., hora local. Teladoc Mental Health confirma las citas en un plazo de 48 horas.

Puede programar su cita en línea o con la aplicación de Teladoc. El médico determina la duración de la cita. **Las consultas con un proveedor de beneficios médicos que no sea doctor en medicina suelen durar 45 minutos. Las consultas con un proveedor de servicios de salud mental solo están disponibles a través de citas por video.** Elija consultar a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta y establezca una relación continua. Debe programar las citas con anticipación.

Clínicas en locales comerciales

Las clínicas en locales comerciales o “sin cita previa”, como las de las tiendas Walgreens, CVS y HEB, son buenas opciones si tiene una enfermedad menor como un dolor de garganta o de oídos y no puede conseguir una cita con su PCP.

El costo de la atención médica en las clínicas en locales comerciales suele ser menor que el de las clínicas de atención médica inmediata/urgente, pero tenga en cuenta que las clínicas en locales comerciales no pueden atender necesidades médicas más urgentes, como huesos rotos.

Clínicas de atención médica inmediata/urgente o aguda

Las clínicas de atención médica inmediata/urgente o aguda son para recibir atención médica fuera del horario laboral, cuando el consultorio del médico está cerrado o cuando una necesidad de salud inmediata no requiere atención en salas de emergencias de hospitales.

Los servicios típicos de una clínica de atención médica inmediata/urgente incluyen el tratamiento de huesos rotos, cortaduras y quemaduras, asma y bronquitis. El costo de la atención médica en clínicas de atención médica inmediata/urgente suele ser mayor que el de las clínicas en locales comerciales, pero mucho menor que el de una sala de emergencias.

Sala de emergencias

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana si tiene una emergencia que pone en peligro su vida. En la mayoría de los casos, su plan de cobertura se ajustará a las tarifas de la red.

Encontrar atención médica inmediata/urgente y de emergencia cerca de usted

Familiarícese con los centros de atención médica inmediata/urgente y las clínicas sin cita previa de su vecindario. Busque una sala de emergencias en un hospital dentro de la red antes de que necesite ir a una.

- Visite **TRS-Care Standard**²³.
- Seleccione **“Médicos y hospitales”** y **“Provider Finder”**.
- Haga clic en **“Buscar por categoría”** (*Browse by Category*) y elija **“Centro de atención médica inmediata/urgente”** (*Urgent Care Center*).



Consejos rápidos

Tenga cuidado con las salas de emergencias independientes que parecen clínicas de atención médica inmediata/urgente.

Comprendiendo la diferencia puede tener un gran impacto en sus gastos de bolsillo por atención médica. ¿Cómo puede reconocerlas? Las salas de emergencias independientes no están físicamente unidas a los hospitales. Es más probable que vea una al lado de su supermercado. Están obligadas a usar la palabra “*emergency*” (emergencia) en su nombre.

²³espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Pruebas de laboratorio, radiografías u otras pruebas diagnósticas

El hecho de que su médico esté dentro de la red no significa que los laboratorios o centros de pruebas diagnósticas y de detección que el consultorio use estén dentro de la red. El costo inesperado de un análisis de laboratorio, una radiografía o una prueba fuera de la red puede ser desagradable, así que **infórmese antes de ir** para asegurarse de que su plan de cobertura cubre el costo de los servicios a una tarifa de la red.

Investigar los servicios y los precios puede ahorrarle dinero.

El costo de varios procedimientos médicos comunes puede variar mucho sin correlación con la calidad de su atención médica.



Ejemplo:

Pruebas de imagen por resonancia magnética

Los proveedores de servicios médicos usan una resonancia magnética (MRI, en inglés) cuando necesitan ver, en alta resolución, lo que ocurre dentro de su cuerpo. Pero es importante saber que el costo de una resonancia magnética puede variar mucho según dónde se la hagan.

Los estudios por imágenes mediante resonancia magnética y tomografía computarizada (CT, en inglés) tienen la mayor variabilidad de costos de todos los tipos de diagnóstico médico por imagen.

A veces, el precio puede variar diez veces entre un lugar y otro, y eso sin ninguna diferencia de calidad.

La calculadora de costos de BCBSTX le permite comparar precios

Provider Finder le ayuda a administrar cada aspecto de su salud en línea, en cualquier momento:

- La calculadora de costos le permite comparar los costos reales de procedimientos y tratamientos comunes antes de recibir atención médica.
- Llame a un guía personal de la salud (PHG, en inglés). Los PHG actúan como asesores médicos y le ayudan a entender su cobertura. Puede llamar a un PHG al 1-866-355-5999, las 24 horas al día, los siete días de la semana, para que le ayude a calcular los costos de las consultas con especialistas, radiografías u otras pruebas diagnósticas.

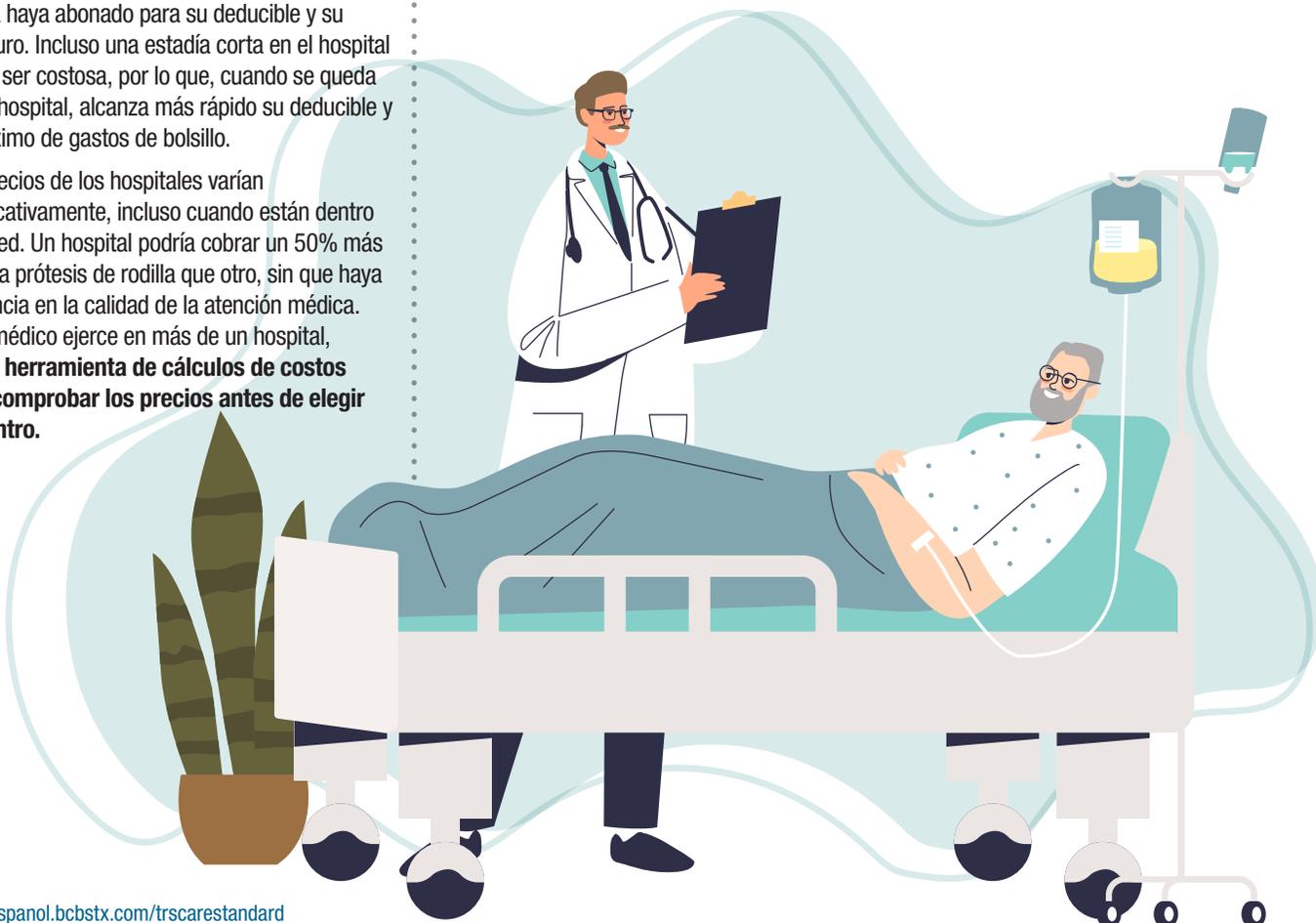
Visite [TRS-Care Standard](#)²⁴, seleccione **“Médicos y hospitales”** y después **“Provider Finder”** para comenzar.

Estadía en el hospital

Cuando se trata de una estadía en el hospital, lo que pague dependerá de la cantidad de dinero que ya haya abonado para su deducible y su coseguro. Incluso una estadía corta en el hospital puede ser costosa, por lo que, cuando se queda en un hospital, alcanza más rápido su deducible y el máximo de gastos de bolsillo.

Los precios de los hospitales varían significativamente, incluso cuando están dentro de la red. Un hospital podría cobrar un 50% más por una prótesis de rodilla que otro, sin que haya diferencia en la calidad de la atención médica.

Si su médico ejerce en más de un hospital, **use la herramienta de cálculos de costos para comprobar los precios antes de elegir un centro.**



²⁴espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Cómo surtir una receta

Express Scripts ofrece una amplia selección de farmacias, por lo que es probable que encuentre una conveniente en su vecindario. Busque una farmacia cerca de usted en [Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁵.

Quando tenga que surtir una receta

Como ocurre con los beneficios médicos, debe alcanzar el deducible antes de que su plan de cobertura comience a pagar la parte que le corresponde de los costos de las recetas. Una vez que alcance su deducible, pagará el 20% de los costos de sus medicamentos si estos están incluidos en la [Lista de medicamentos con cobertura](#).

Puede surtir sus recetas de diferentes maneras y ahorrar en los medicamentos que use.

1. Para recetas a corto plazo (suministro de 31 días como máximo), puede acudir a cualquier farmacia de la red de Express Scripts. Para encontrar una farmacia de la red, visite [Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁵.
2. También puede acudir a farmacias fuera de la red, pero es posible que tenga que pagar más de su bolsillo. Además, recuerde que el costo de sus recetas no se aplica a su deducible dentro de la red.

Si necesita surtir un medicamento continuo o de mantenimiento, ahorre tiempo y energía con estas convenientes opciones:

- **use el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts.** Pida un suministro de sus medicamentos para 90 días y puede recibirlo en cualquier dirección de los Estados Unidos. Puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o giro postal. Para iniciar la entrega a domicilio, pida a su médico que envíe una receta electrónica a la farmacia de Express Scripts o llame a servicio al cliente de Express Scripts de TRS-Care Standard al **1-855-778-1450**. Visite [Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁵ para obtener más información.
- **Visite una farmacia en locales comerciales dentro de la red de Express Scripts.** Las farmacias participantes de la red pueden surtir un suministro de hasta 90 días de un medicamento. Para buscar las farmacias en locales comerciales dentro de la red más cercanas, visite [TRS-Care Standard Prescription Benefits \(cobertura de medicamentos de TRS-Care Standard\)](#)²⁵ o llame a Servicio al Cliente de Express Scripts al **1-855-778-1459** (TTY: 711).

Si necesita surtir un medicamento especializado

La farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts se llama Accredo Pharmacy. Los participantes en el plan de la cobertura deben surtir los medicamentos especializados con Accredo.

Los medicamentos especializados son medicamentos que se usan para tratar una condición crónica o genética. Podrían requerir control de la temperatura u otro tipo de manipulación especial. Para obtener más información, consulte [Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Accredo](#)²⁶.

Aproveche las recetas sin costo para proteger su salud

Su plan TRS-Care Standard cubre al 100% el costo de ciertos medicamentos genéricos clasificados como medicamentos preventivos, o medicamentos que previenen una condición médica, pero no que traten uno existente.

Si tiene un medicamento con receta de una de las clases enumeradas a continuación, este podría ser preventivo, y usted podría ser elegible para obtener el medicamento sin costo.

Compruebe la lista de medicamentos preventivos en [Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁵ para comprobar si su medicamento está en la lista. Aproveche al máximo este valioso beneficio.



Consejos rápidos

Infórmese si su medicamento especializado cumple los requisitos para obtener un descuento.

Algunos medicamentos especializados son elegibles para programas de asistencia para copagos de terceros que pueden reducir los gastos de bolsillo. Si utiliza asistencia de copago de terceros para un medicamento especializado, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo o el deducible por ningún monto de copago o coseguro que se aplique a un cupón o descuento de un fabricante.

Tipos de medicamentos preventivos genéricos que podría obtener sin costo

CARDIOVASCULARES
DIABETES
HIPERTENSIÓN
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
ASMA/EPOC
Y MUCHO MÁS

Consulte la lista de medicamentos genéricos preventivos en [Cobertura de medicamentos con receta de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁵

²⁵www.express-scripts.com/es/node/1465

²⁶<https://es.accredo.com/trscarestandard>

Cómo evitar costos médicos inesperados o innecesarios

A la mayoría de nosotros no nos gustan las sorpresas, en especial cuando se trata de lo que pagamos por algo. Con demasiada frecuencia, da la sensación de que la atención médica está llena de “trampas” financieras. Use estos consejos para evitar sorpresas desagradables.



Permanezca dentro de la red

Asegúrese de que sus médicos, especialistas, hospitales, laboratorios y centros de diagnóstico estén dentro de la red. Es fácil buscar médicos y centros para ver si están dentro de la red con la herramienta Provider Finder en [TRS-Care Standard de BCBSTX](#)²⁷.



Investigue los precios de los servicios de diagnóstico

Desde las resonancias magnéticas hasta las tomografías computarizadas, el mismo examen de detección, servicio o procedimiento puede tener una enorme diferencia de precio según el centro donde se realice. Cuando se trata de atención médica, un mayor costo no significa necesariamente una mejor calidad. Lo mismo se aplica a los procedimientos hospitalarios rutinarios, como las prótesis de cadera o rodilla. Use la [Calculadora de costos](#)²⁸ para comparar precios antes de recibir un servicio.



Considere otras alternativas

Las consultas virtuales de TRS Virtual Health le permite acceder a médicos a través de una consulta telefónica o por video para cuestiones que no sean de emergencia. Incluso puede usarla para obtener asesoramiento médico profesional rápido las 24 horas del día, los 7 días de la semana. A solo \$30 por consulta, podría tener un precio más económico que una consulta tradicional al médico para una condición médica menor.

Si necesita ver a un médico en persona o fuera de horario, considere la posibilidad de acudir a una clínica en locales comerciales o a un centro de atención médica inmediata/urgente en lugar de ir a una sala de emergencias.

Si debe acudir a la sala de emergencias, evite las salas independientes. Las salas de emergencias independientes no suelen estar dentro de la red. A diferencia de los centros de atención médica inmediata/urgente, las salas de emergencias independientes no están afiliadas a un hospital. Son propiedad de grupos o personas independientes. Como TRS no tiene contrato con salas de emergencias independientes, no le ofrecerá un precio negociado más bajo como el que tiene con una sala de emergencias afiliada a un hospital dentro de la red. Ahorre tiempo y dinero permaneciendo dentro de la red.



Use medicamentos genéricos

Pregunte a su médico sobre el cambio a un medicamento genérico si usa un medicamento de marca. Si su medicamento no tiene opción genérica, pida a su médico que elija un medicamento de marca preferencial de la *Lista de medicamentos con cobertura de Express Scripts*. Y no olvide que muchos medicamentos preventivos genéricos están disponibles sin costo.



Confíe, pero verifique

Los proveedores presentan millones de reclamaciones a través del sistema de atención médica cada año. Por lo tanto, es conveniente comparar la cantidad que le cobra su médico con la *Explicación de beneficios*. Llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** para corregir discrepancias.



Mediación

Es posible que haya recibido atención médica de emergencia, atención médica o servicios o suministros médicos de un centro fuera de la red, de un proveedor de beneficios médicos de emergencia o de un proveedor de beneficios médicos en un centro. Si recibe una factura de más de \$500 (sin incluir su copago, coseguro y deducible), podría tener derecho a disputar los cargos y solicitar una mediación.

Si la factura es elegible para la mediación, obtenga más información e infórmese si puede reducir los gastos de bolsillo visitando el [Departamento de Seguros de Texas](#)²⁹ o llamando al **1-800-252-3439**. Si recibe una factura de un proveedor de beneficios médicos fuera de la red que le preocupa, llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** y solicite una revisión de la reclamación.



Apelaciones

Cuando recurre a la atención médica, es posible que le rechacen una reclamación. Es una buena idea entender el proceso de apelación de las reclamaciones rechazadas. Para obtener más información, consulte [Cómo presentar apelaciones de reclamaciones médicas](#)³⁰.

²⁷<https://espanol.bcbstx.com/trscarestandard>

²⁸<https://espanol.bcbstx.com/trscarestandard/tools-and-resources/estimating-costs>

²⁹<http://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html>

³⁰<https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare-file-medical-claims.aspx>

Ahorre dinero con una cuenta de ahorros para costos médicos

Una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA, en inglés) es una cuenta especial de ahorro que ayuda a las personas a ahorrar dinero libre de impuestos para pagar los gastos médicos. Es una opción popular para mucha gente porque es fácil de abrir, sencilla de usar y le ofrece la posibilidad de ahorrar dinero relacionado con la atención médica.

TRS-Care Standard es una cobertura elegible para una cuenta HSA, lo que significa que puede beneficiarse de los ahorros asociados a la apertura y financiación de una cuenta HSA.

Puede deducir de sus impuestos sobre ingresos los depósitos que haga en su cuenta HSA si destina el dinero a cubrir gastos médicos.

Los intereses obtenidos de sus depósitos en las cuentas HSA están libres de impuestos si gasta el dinero en atención médica. Las personas suelen usar las cuentas HSA con los planes de cobertura con deducible alto para ayudar a cubrir los gastos médicos de su bolsillo.

Cómo funcionan las cuentas HSA

Si desea abrir una cuenta HSA, consulte a una institución financiera que las ofrezca. Usted será el propietario de la cuenta y hará todos los depósitos. En 2025, puede hacer depósitos de

hasta \$4,300 al año para la cobertura individual y de \$8,550 al año para la cobertura familiar. Estos límites podrían cambiar todos los años. Use su cuenta HSA para ayudar a pagar su deducible y para la mayoría de los demás gastos médicos, incluidos los servicios dentales y de la vista.

Sin embargo, como es probable que deduzca los depósitos de sus impuestos sobre ingresos y el dinero aumenta libre de impuestos, asegúrese de gastar estos fondos solo en gastos médicos aprobados.

Si gasta el dinero de su cuenta HSA en otras cosas, deberá pagar impuestos y multas. Para obtener una lista completa, consulte [Acerca de la Publicación 502](#)³¹.

¡Usar los fondos de su cuenta HSA es fácil! En el directorio en línea de Provider Finder puede hacer lo siguiente:

- A. Transfiera el dinero de su cuenta HSA a su cuenta corriente para cubrir el costo de un servicio de atención médica; o bien
- B. Abra una cuenta en un banco que ofrezca tarjetas de débito con su cuenta HSA y use la tarjeta de débito de la cuenta HSA para pagar el servicio de atención médica.

Guarde los recibos por si el IRS le solicita que demuestre que solo usó el dinero en gastos médicos.

Usted es el propietario de la cuenta HSA y el dinero que deposita en la cuenta es suyo.

A diferencia de una cuenta de gastos flexible, el dinero y los intereses que usted gana y no gasta permanecen en su cuenta para el próximo año del plan de cobertura.

TRS no administra las cuentas HSA, pero usted puede conseguir una fácilmente por su cuenta. La mayoría de los bancos ofrecen cuentas HSA. Abrir una es como abrir cualquier otro tipo de cuenta de ahorro. Puede empezar a buscar una institución que ofrezca cuentas HSA en cualquier momento. Sin embargo, no podrá depositar dinero en su cuenta HSA hasta que comience su plan TRS-Care Standard.



³¹www.irs.gov/es/forms-pubs/about-publication-502

Cobertura opcional para el cuidado dental y de visión

TRS ha añadido otros dos planes de cobertura confiables que pueden mejorar la salud diaria de nuestros jubilados: ¡la cobertura dental y la de visión de TRS-Care! Y si ya está inscrito en uno de nuestros planes de cobertura, ¿por qué no mantener toda su atención médica en un solo lugar? Haga de TRS la opción con la que puede contar para todos los aspectos de su bienestar. Estos son planes de cobertura distintos, cada uno con su propia prima. Además, podría inscribirse en el plan TRS-Care Dental, TRS-Care Vision o en ambos planes, sin estar inscrito en las coberturas médicas y de medicamentos de TRS-Care.

MetLife administrará los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision. El año del plan para todas las coberturas de TRS-Care es del 1 de enero al 31 de diciembre.

¿Quién puede inscribirse?

Los jubilados y cónyuges sobrevivientes elegibles para TRS-Care pueden inscribirse en los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision. Consulte la página 6 para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. No necesita la cobertura médica ni la de medicamentos de TRS-Care para tener estas coberturas, y puede elegir la dental, la de visión o ambas.

¿Cuándo puede inscribirse?

Tendrá la oportunidad de inscribirse en estos planes de cobertura cuando se jubile o una vez al año durante la inscripción anual. También puede inscribirse en estos planes de cobertura si pasa a ser elegible para Medicare o si tiene un evento especial de inscripción que incluya la pérdida de la cobertura médica integral dental o de visión por causas ajenas o por tener un dependiente nuevo.

El período de inscripción anual es solo para los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision. TRS no ofrecerá un período de inscripciones para la cobertura médica ni la de medicamentos todos los años. El período de inscripciones anual puede variar cada año. La inscripción es para el año calendario. Si desea hacer cambios, como añadir o eliminar dependientes o inscribirse o cancelar la cobertura, puede hacerlo durante el período anual de inscripciones. Si no hace cambios, sus beneficios seguirán siendo los mismos en el próximo año del plan de cobertura.

Cómo inscribirse

Puede inscribirse llamando a TRS Health y pidiendo una solicitud al **1-888-237-6762**, con atención de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro.



TRS-Care Dental

TRS-Care Dental le permite disfrutar de una sonrisa radiante gracias a una cobertura integral de servicios y procedimientos importantes para su salud. Desde exámenes rutinarios y servicios básicos de diagnóstico, hasta implantes, coronas, dentaduras postizas y mucho más, este plan de cobertura tiene como objetivo proteger su salud, su sonrisa y su presupuesto familiar. Tendrá acceso a más de 133,000 dentistas con licencia dentro de la red a nivel nacional y descuentos de hasta el 50% en los precios de la lista de dentistas. Además, este plan le ofrece la flexibilidad de consultar a proveedores de servicios dentro o fuera de la red, así como tener consultas virtuales.

NIVEL DE COBERTURA	PRIMAS MENSUALES
Solo el jubilado	\$41.64
Jubilado + cónyuge	\$83.29
Jubilado + hijos	\$87.45
Jubilado + familia	\$129.93

Las personas individuales tendrán un deducible de \$50 y las familias tendrán un deducible de \$150. Los planes de cobertura también tendrán un máximo anual de \$1,500, que aumentará una vez por año si usted se hace sus dos exámenes y limpiezas anuales. La atención médica preventiva tiene cobertura al 100% e incluye limpiezas, radiografías preventivas y exámenes bucales. La estructura de sus beneficios es la misma para los dentistas dentro y fuera de la red de este plan de cobertura. Sin embargo, permanecer en la red le ayudará a mantener unos gastos de bolsillo más bajos.

TRS-Care Vision

Por menos de lo que cuestan cuatro tazas de café al mes, ¡puede obtener cobertura para la visión por medio de TRS-Care Vision! Ahorre a lo grande en beneficios, desde armazones y lentes hasta exámenes. Tendrá acceso a más de 167,000 proveedores de servicios médicos y clínicas en locales comerciales dentro de la red a nivel nacional. Entre las clínicas en locales comerciales, se incluyen LensCrafters, Walmart Vision Centers, Target Optical ¡y muchas más! Solicite los armazones o lentes de contacto más adecuados para usted.

Nivel de cobertura	Primas mensuales
Solo el jubilado	\$6.89
Jubilado + cónyuge	\$13.79
Jubilado + hijos	\$15.57
Jubilado + familia	\$24.08

Los copagos y descuentos hacen que los servicios para el cuidado de la visión sean económicos. Este plan de cobertura tiene diferentes coberturas dentro y fuera de la red. Si acude a un proveedor de beneficios médicos dentro de la red, tendrá copagos y descuentos que le ayudarán a ahorrar, como un copago de \$15 para los exámenes oculares rutinarios, un copago de \$10 para los lentes con aumento y un crédito de \$150 para armazones cada año. También puede optar por acudir a proveedores de servicios médicos fuera de la red, donde obtendrá descuentos en servicios y materiales.

Glosario

Oportunidad de inscripción para mayores de 65 años

Es la oportunidad que tienen los jubilados elegibles para TRS-Care de inscribirse por primera vez y añadir a sus dependientes elegibles. Cuando los jubilados de TRS elegibles que tienen TRS-Care cumplen los 65 años, también pueden añadir a sus dependientes elegibles en ese momento.

Cualquier otro menor que mantenga una relación padre-hijo regular

Un menor que no sea su nieto; un menor que no esté casado; la residencia principal del menor es su hogar; usted ofrece al menos la mitad de la manutención del menor; ninguno de los padres naturales del menor vive en su hogar; usted tiene el derecho legal de tomar decisiones sobre la atención médica del menor; y usted tiene la tutela legal completa del menor (TRS requiere documentación).

Deducible

La cantidad de gastos en servicios médicos con cobertura que usted hace cada año del plan de cobertura (del 1 de enero al 31 de diciembre) antes de que TRS-Care pague por los gastos médicos con cobertura elegibles que no sean preventivos.

Coseguro

Porcentaje de las cantidades permitidas para gastos en servicios médicos con cobertura que usted debe pagar después de haber alcanzado su deducible de TRS-Care. El coseguro se suma a su deducible, a los copagos de las consultas, a los cargos por servicios sin cobertura, a las penalizaciones por falta de precertificación y a los cargos fuera de la red, que son su responsabilidad.

Posponer la cobertura

Para retrasar la fecha de vigencia del plan de TRS-Care. Para retrasar la cobertura, escriba la fecha de vigencia en el espacio proporcionado en la *Solicitud de inscripción inicial* de TRS-Care y preséntela a TRS durante su período inicial de inscripciones.

Período inicial de inscripciones

Es la primera vez que el jubilado tiene la oportunidad de inscribirse en TRS-Care (al jubilarse). **Consulte la Tabla 1, Período inicial de inscripciones en TRS-Care en la página 7** para conocer los plazos.

Gastos máximos de bolsillo

Lo máximo que debe pagar de su bolsillo por los gastos médicos con cobertura en un año del plan de cobertura (del 1 de enero al 31 de diciembre). Cuando alcance el MOOP de su plan de cobertura, el plan pagará el 100% de los gastos elegibles durante el resto del año del plan de cobertura. El MOOP incluye el deducible, los copagos médicos (si corresponde) y el coseguro médico.

Primas

La contribución mensual que un jubilado o cónyuge sobreviviente realizan para la cobertura de TRS-Care tanto para sí mismos como para sus dependientes elegibles.

Eventos especiales de inscripción

Una oportunidad de inscribirse en TRS-Care en un momento distinto al período inicial de inscripciones. Los eventos especiales de inscripción tienen criterios específicos.

Formulario de inscripción de TRS-Care

Podría referirse a la solicitud del período inicial de inscripciones o al período especial de inscripción.

Avisos legales

Aviso

TRS-Care podría cambiar para ofrecer niveles de cobertura diferentes de los descritos en los materiales de su plan de cobertura (incluida esta guía) o podría dejar de ofrecerlos. El costo por participante de TRS-Care podría cambiar con la aprobación de la Junta de Fideicomisarios de TRS. Si esta guía no es coherente con las leyes y reglas de TRS, las estas prevalecen sobre esta guía. El *Manual de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care también prevalece sobre la información de otros materiales del plan de cobertura, incluida esta guía. TRS-Care se reserva el derecho a modificar el *Manual de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care en cualquier momento. Por lo general, TRS publicará dichas modificaciones en la versión en línea del *Manual de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care en su sitio web.

La discriminación es ilegal

Teacher Retirement System of Texas (TRS) cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. TRS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

TRS:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - intérpretes calificados en lengua de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que en TRS no le proporcionaron estos servicios o si discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, **puede presentar su inconformidad** en persona o por correo, fax o correo electrónico:

- **En persona o por correo postal:** Section 1557 Coordinator, 1000 Red River St., Austin, Texas, 78701
- **Fax:** 512-542-6575
- **Correo electrónico:** section1557coordinator@trs.texas.gov

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en línea, por correo postal o teléfono a las siguientes direcciones:

- **En línea:** [Asistente del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)³². Los formularios de queja se encuentran en “[presentación con OCR de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)”³³.
- **Correo postal:** U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.
- **Teléfono:** 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

³²www.ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

³³www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Aviso de prácticas de privacidad de Teacher Retirement System of Texas

TRS cambió su Aviso de prácticas de privacidad el 1 de septiembre de 2020. [Lea la versión completa en "Aviso de prácticas de privacidad de Teacher Retirement System of Texas"](#)³⁴.

El aviso explica cómo TRS podría usar y divulgar su información médica protegida, así como sus derechos y las obligaciones a TRS con respecto a dicha información.

TRS revisó el aviso para añadir empresas que ayudan a TRS a administrar TRS-Care y TRS-ActiveCare.

Cómo TRS puede usar y divulgar su información médica protegida

Ciertos usos y divulgaciones no requieren su permiso por escrito.

Para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida que se describe a continuación, TRS o los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura o coordinadores de los beneficios farmacéuticos que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare pueden usar y divulgar su información médica protegida sin su permiso por escrito (una autorización).

- Para todas las actividades que se incluyen en las definiciones de "pago", "tratamiento" y "operaciones de atención médica" como se establece en el título 45 C.F.R., artículo 164.501, incluido lo siguiente que se indica a continuación. Este aviso no incluye todas las actividades descritas en estas definiciones, consulte la sección 45 C.F.R., artículo 164.501 para ver una lista completa. Cuando se usa "TRS" a continuación al describir estos motivos, se tiene la intención de incluir a los auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura y coordinadores de beneficios farmacéuticos que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare.
 - **Para tratamiento.** TRS no es un proveedor de beneficios médicos y no participa directamente en las decisiones sobre ningún tipo de tratamiento médico que usted debe recibir. TRS tampoco conserva sus expedientes médicos vigentes. Sin embargo, TRS puede divulgar su información médica protegida con fines de tratamiento. Por ejemplo, TRS podría divulgar su información médica protegida si su médico le pide a TRS que divulgue la información a otro médico para que lo ayude con su tratamiento.
 - **Para pagos.** Hay dos ejemplos de cómo TRS podría usar o divulgar su información médica protegida para hacer pagos. TRS podría usar o divulgar su información para preparar una factura por beneficios médicos para usted u otra persona o para la compañía responsable de pagar la factura. La factura podría incluir información que lo identifica, los beneficios médicos que recibió y por qué los recibió. El segundo ejemplo sería que TRS puede usar o divulgar su información médica protegida para obtener el pago de la prima.
 - **Para operaciones de atención médica.** TRS podría usar o divulgar su información médica protegida para apoyar las funciones administrativas del plan de cobertura. TRS puede ofrecer su información médica protegida a sus contables, abogados, asesores u otras personas que se aseguran de que TRS cumpla con las leyes aplicables. Por ejemplo, su información médica protegida podría entregarse a personas que estudian la calidad de la atención médica que recibió. Otro ejemplo de operaciones de atención médica sería que TRS usara y compartiera esta información para gestionar su negocio y realizar las actividades administrativas.
- **Cuando la ley federal, estatal o local, los procedimientos judiciales o administrativos o las autoridades policiales exigen el uso o la divulgación de esta información.** Por ejemplo, una vez recibida su solicitud de beneficios de jubilación por discapacidad, TRS y los integrantes de la Junta Médica podrían usar su información médica protegida para determinar si tiene derecho a una jubilación por discapacidad. TRS podría divulgar su información médica protegida:
 - a un organismo federal o autoridad penal estatal que pida información para fines policiales;
 - a una autoridad policial con el fin de alertarles de su muerte si TRS sospecha que su muerte podría ser el resultado de una conducta delictiva;
 - al fiscal general de Texas para cobrar pensión de manutención infantil o para garantizar la cobertura médica para su hijo;
 - en respuesta a una citación si el director ejecutivo de TRS determina que tendrá una oportunidad razonable de impugnar la citación;
 - a una entidad gubernamental, un empleador o una persona que actúe en nombre del empleador hasta el punto en que TRS necesita compartir la información para realizar los negocios de TRS;
 - a la Asamblea Legislativa de Texas o a agencias del gobierno estatal o federal, incluidas, entre otros, agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, medidas disciplinarias o de licenciamiento, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales, u otras actividades. Entre las agencias de supervisión que pueden obtener esta información se incluyen agencias del gobierno que supervisan (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios del gobierno, (iii) otros programas regulatorios del gobierno y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles;
 - a una autoridad de salud pública para los fines de prevenir o controlar enfermedades; y
 - si lo exige la ley federal, estatal o local.

³⁴http://www.trs.texas.gov/TRS_Documents/notice_privacy_practices.pdf

- **Para funciones específicas del gobierno.** TRS podría divulgar información médica protegida del personal militar y veteranos del ejército en ciertas circunstancias. TRS también podría divulgar información médica protegida a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los EE. UU., o realizar actividades de inteligencia, o a la Asamblea Legislativa de Texas o a agencias del gobierno estatal o federal, incluidas, entre otros, agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, medidas disciplinarias o de licenciamiento, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales, u otras actividades. Entre las agencias de supervisión que pueden obtener esta información se incluyen agencias del gobierno que supervisan (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios del gobierno, (iii) otros programas regulatorios del gobierno y (iv) en cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Socios de negocio.** TRS tiene contratos con personas y empresas (socios de negocio) que ayudan a TRS en su negocio de proporcionar cobertura médica y a tomar decisiones relacionadas con los beneficios de jubilación por discapacidad. Algunas de las funciones que proporcionan estas compañías son las siguientes: realizar auditorías, realizar análisis actuariales, adjudicar y pagar reclamaciones, asistencia al cliente, revisión y gestión de la utilización, coordinación de beneficios, subrogación, administración de beneficios farmacéuticos y funciones tecnológicas. TRS podría divulgar su información médica protegida a sus socios comerciales para que puedan realizar los servicios que TRS les ha encargado. Sin embargo, para proteger su información médica, TRS exige que estas empresas sigan las mismas reglas establecidas en este aviso y que notifiquen a TRS en caso de filtración de su información médica protegida no resguardada.
- **Albacea testamentario o administrador.** TRS podría divulgar su información médica protegida al albacea testamentario o administrador de su patrimonio.
- **Beneficios relacionados con los beneficios médicos.** TRS o uno de sus socios comerciales podrían comunicarse con usted para recordarle sus citas. También podrían comunicarse con usted para darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios médicos con cobertura que pueden ser de su interés.
- **Procedimientos legales.** TRS puede divulgar su información médica protegida: (1) en el transcurso de procedimientos judiciales o administrativos, incluidos, entre otros, una apelación por un rechazo de cobertura o beneficios; (2) como respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (hasta el punto en que esa divulgación esté autorizada expresamente por la ley); y (3) porque es necesario para ofrecer evidencia de un delito que se ha producido en nuestras instalaciones.
- **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funeraria y donación de órganos.** TRS podría divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa del fallecimiento o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. TRS también podría divulgar, según esté autorizado por ley, información médica protegida a directores de funeraria para que lleven a cabo sus tareas. Además, TRS podría divulgar información médica protegida a organizaciones que se encargan de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación.** TRS podría divulgar su información médica protegida a investigadores cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya hecho lo siguiente: (1) revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) aprobado la investigación.
- **Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Conforme a todas las leyes federales y estatales aplicables, TRS podría divulgar su información médica protegida si cree que esa divulgación es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público en general, como divulgaciones para prevenir una enfermedad, ayudar en casos en los que se deban retirar productos del mercado, para informar de reacciones adversas a medicamentos o para informar de una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Reclusos.** Si está recluso en una institución penitenciaria, TRS podría divulgar su información médica protegida a la institución penitenciaria o a un funcionario de la autoridad policial para lo siguiente: (1) para que la institución le ofrezca atención médica; (2) para su salud y seguridad y la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Indemnización laboral.** TRS podría divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de indemnización laboral u otros programas similares que ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **A su representante personal.** TRS podría ofrecer su información médica protegida a una persona que le represente o tenga su autorización, o a cualquier persona que actúa en su nombre y que usted haya indicado a TRS por escrito.
- **A una entidad de asistencia en caso de catástrofe.** TRS también podría divulgar su información médica protegida a una entidad que le proporcione asistencia en caso de catástrofe para que su familia pueda recibir notificaciones sobre su condición, estado y su ubicación. Si usted no está presente o no puede aceptar estas divulgaciones de su información médica protegida, TRS podría, usando nuestro criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. TRS intentará obtener su autorización personal cuando sea posible antes de realizar dichas divulgaciones.

Ciertos usos y divulgaciones requieren darle la oportunidad para aceptarlos o plantear una objeción.

Bajo las siguientes circunstancias, TRS podría usar o divulgar información médica protegida, siempre que TRS le informe por adelantado el uso o la divulgación y le proporcione la oportunidad de aceptar o impedir o restringir el uso o la divulgación de su información médica protegida. TRS podría informarle de forma oral o por escrito y obtener su aceptación u objeción de forma oral o por escrito para el uso o la divulgación de su información médica protegida. TRS seguirá sus instrucciones.

- TRS puede divulgar a un miembro de la familia, u otra persona cercana o amigo personal, o a cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que (i) sea importante directamente para la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de su atención médica, o (ii) que sirva para notificar o ayudar con la notificación de su ubicación, estado general o fallecimiento.
- TRS podría usar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos para ayudar en iniciativas de asistencia en caso de desastre o para notificar o ayudar a notificar su ubicación, estado general o fallecimiento.

Si no puede comunicar sus preferencias a TRS, por ejemplo, porque está inconsciente, TRS podría compartir su información médica protegida si cree que es lo mejor para usted.

Ciertas divulgaciones que se le exigen a TRS

La siguiente es una descripción de las divulgaciones que TRS debe realizar por ley:

- **Divulgaciones a la Secretaría Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.** Se exige a TRS que divulgue su información médica protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando esté investigando o determinando nuestro cumplimiento con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).
- **Divulgaciones requeridas por usted.** Se exige a TRS que le divulgue a usted la mayoría de su información médica protegida en un “conjunto de expedientes designado” cuando usted solicite acceso a esta información, incluida información que se mantiene electrónicamente. En general, un “conjunto de expedientes designado” incluye expedientes médicos y de facturación, además de otros que se usan para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. También se exige a TRS que ofrezca, previa solicitud, una explicación de las divulgaciones de su información médica protegida. En muchos casos, su información médica protegida estará en la posesión de un administrador del plan de cobertura o coordinador de beneficios farmacéuticos. Si solicita información médica protegida, TRS colaborará con el administrador o el coordinador de beneficios farmacéuticos para proporcionarle su información médica protegida.

Ciertos usos y divulgaciones de información genética que no pueden hacerse

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o coordinadores de beneficios farmacéuticos que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare tienen prohibido usar o divulgar información genética para fines de aseguramiento.

Ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida que no se harán

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o coordinadores de beneficios farmacéuticos que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare no llevarán a cabo los usos y divulgaciones de información médica protegida que se indican a continuación:

- usos y divulgaciones con fines de comercialización;
- usos y divulgaciones que consistan en la venta de su información médica protegida; y
- usos y divulgaciones con fines de recaudación de fondos.

Todos los demás usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o coordinadores de beneficios farmacéuticos que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare llevarán a cabo los siguientes usos y divulgaciones descritos a continuación solamente con permiso (una autorización) de usted por escrito:

- la mayoría de los usos y divulgaciones de apuntes de psicoterapia; y
- cualquier otro uso o divulgación de información médica protegida que no esté descrito en este aviso.

Si le concede a TRS dicha autorización, usted puede cancelar (revocar) la autorización por escrito en cualquier momento, y esta revocación entrará en vigor para usos y divulgaciones de información médica protegida que se realicen a futuro. El hecho de revocar su autorización por escrito no afectará el uso o la divulgación de su información médica protegida que TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o coordinadores de beneficios farmacéuticos que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare ya hayan hecho en virtud de su autorización por escrito.

Sus derechos

Derecho a solicitar límites para los usos y divulgaciones de su información médica protegida.

Puede pedirle a TRS que limite los usos y divulgaciones de su información médica protegida. TRS considerará su solicitud, pero no tiene la obligación de aceptarla. Si TRS acepta su solicitud, pondrá el acuerdo por escrito y lo respetará, a menos que usted necesite tratamiento de emergencia y la información que usted pidió que se limitara sea necesaria para su tratamiento de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que le exigen a TRS. Si está asegurado por TRS-Care, puede solicitar una restricción por escrito a la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Texas, PO Box 805106, Chicago, IL 60680-4112. En su solicitud incluya lo siguiente: (1) la información cuya divulgación quiere limitar, y (2) cómo quiere limitar nuestro uso o divulgación de la información. Si está asegurado por TRS-Care, puede solicitar una restricción por escrito a la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Texas, P.O. Box 805106, Chicago, IL 60680-4112. En su solicitud incluya lo siguiente: (1) la información cuya divulgación quiere limitar, y (2) cómo quiere limitar nuestro uso o divulgación de la información. Tiene derecho a solicitar que no se divulgue su información médica protegida a TRS si ha pagado por completo por el servicio que recibió.

Derecho a elegir cómo TRS le envía la información médica protegida.

Puede solicitar que TRS le envíe la información a una dirección diferente (por ejemplo, que le envíen la información al trabajo en lugar de a la dirección de su casa) o por medios diferentes (por ejemplo, usando un servicio de mensajería en lugar del servicio de correo de los EE. UU.) únicamente si el no cambiar la dirección o el modo en que TRS se comunica con usted puede ponerlo en peligro. Debe presentar esta solicitud por escrito. Debe ser específico con respecto a dónde y cómo debemos comunicarnos con usted. TRS solo tiene que aceptar su solicitud si se cumple lo siguiente:

- Usted le indica claramente a TRS que enviarle la información a su dirección habitual o del modo habitual podría ponerle en un peligro físico. Y,
- Usted le declara a TRS una dirección diferente específica o un medio diferente específico para enviarle la información médica protegida. Si le pide a TRS que se comunique con usted a una dirección de correo electrónico, TRS no le enviará la información médica protegida por este medio, a menos que sea posible encriptarla.

Derecho a consultar y obtener copias de su información médica protegida.

Puede consultar o solicitar copias de su información médica protegida que TRS tiene o que un socio comercial tiene en nombre de TRS. Debe presentar esta solicitud por escrito. Si su información médica protegida no está archivada en TRS y TRS sabe dónde se conserva la información, TRS le indicará dónde puede consultar y solicitar copias de su información. No puede inspeccionar ni copiar los apuntes de psicoterapia ni otra información determinada que pueda incluirse en un conjunto de expedientes designado que esté en posesión de TRS o de un socio comercial de TRS.

Si usted solicita copias de su información médica protegida, TRS puede cobrarle una tarifa por cada página copiada, por el trabajo relacionado con recopilar y copiar la información, y por los gastos de envío si solicita que le envíen las copias por correo. En lugar de proporcionarle la información médica protegida que solicita, TRS podría ofrecerle un resumen o una explicación de la información, pero solo si usted acepta lo siguiente por adelantado:

- recibir un resumen o una explicación en lugar de la información médica protegida detallada; y
- pagar el costo de preparar el resumen o la explicación.

La tarifa por el resumen o la explicación será adicional a cualquier tarifa por el copiado, el trabajo y los costos de envío que pueda exigir TRS. Si las tarifas superarán los \$40, TRS se lo comunicará por adelantado. Puede retirar o cambiar su solicitud en cualquier momento.

TRS podría rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica protegida en ciertas circunstancias limitadas. Si se le rechaza el acceso a su información médica protegida, puede solicitar que se revise el rechazo. TRS elegirá a un profesional de la salud con licencia para revisar su solicitud y el rechazo. La persona que realice esta revisión no será la misma que haya rechazado su solicitud inicial. Bajo ciertas circunstancias, no se podrá revisar el rechazo. Si así sucede, TRS le informará en el rechazo que la decisión no es revisable.

Usted tiene el derecho a solicitar una lista de los usos y las divulgaciones que TRS hace de su información médica protegida. Por ley, TRS no tiene la obligación de crear una lista que incluya cualquier uso o divulgación por lo siguiente:

- para llevar a cabo su tratamiento, el pago u operaciones de atención médica;
- para usted o su representante personal;
- porque usted dio su permiso;
- para fines de seguridad o inteligencia nacional;
- para personal de las autoridades policiales o penitenciarias; o
- por haberla realizado hasta tres (3) años antes de la fecha de su solicitud, pero nunca antes del 14 de abril de 2003.

TRS responderá a su solicitud en un plazo de 60 días después de recibirla. TRS puede extender esta fecha límite una vez por 30 días adicionales. En caso de extender el plazo de respuesta, TRS le informará por escrito los motivos del retraso y la fecha máxima en la que proporcionará la lista. La lista incluirá lo siguiente:

- la fecha de la divulgación o el uso;
- la persona o entidad que recibió la información médica protegida;
- una descripción corta de la información divulgada; y
- por qué TRS divulgó o usó la información.

Si TRS divulgó su información médica protegida porque usted le dio permiso por escrito para hacerlo, en lugar de decirle por qué divulgó la información, le dará una copia de su permiso por escrito. Puede obtener una lista de divulgaciones de forma gratuita cada 12 meses. Si solicita más de una lista durante un período de 12 meses, TRS puede cobrarle por preparar la lista, incluidos cargos por copiado, el trabajo y los gastos de envío para procesar y enviar por correo cada lista adicional. Estas tarifas serán las mismas que las permitidas conforme a la Ley de Información Pública de Texas. TRS le informará por adelantado las tarifas que cobrará. Puede retirar o cambiar su solicitud en cualquier momento.

Derecho a corregir o actualizar su información médica protegida.

Si cree que hay un error en su información médica protegida o que falta una parte importante de su información médica protegida, puede pedir a TRS que corrija o añada la información. Debe solicitar por escrito la corrección o que desea añadir información.

La carta debe decirle a TRS lo que cree que es incorrecto y por qué. TRS responderá a su solicitud en un plazo de 60 días después de recibirla. TRS puede extender esta fecha límite una vez por 30 días adicionales. En caso de extender el plazo de respuesta, TRS debe informarle por escrito los motivos del retraso y la fecha máxima en la que responderá.

Debido a la tecnología que se usa para almacenar la información y las leyes que requieren que TRS retenga la información en su texto original, es posible que TRS no pueda cambiar o borrar información, incluso si es incorrecta. Si TRS decide que debería corregir o añadir información, corregirá o añadirá la información adicional a sus expedientes y apuntará que la nueva información sustituye a la antigua. La información antigua puede permanecer en su expediente. TRS le informará que se ha añadido o corregido información. TRS también informará a los socios comerciales que deban saber sobre el cambio en su información médica protegida.

TRS rechazará su solicitud si no la hizo por escrito o si no hay un motivo que explique por qué la información es incorrecta o está incompleta. También rechazará su solicitud si la información médica protegida:

- es correcta y está completa;
- no fue creada por TRS; o
- no forma parte de los expedientes de TRS.

TRS le enviará el rechazo por escrito. El rechazo indicará por qué se determinó rechazar su solicitud y explicará su derecho a enviar una manifestación por escrito a TRS indicando por qué está en desacuerdo con el rechazo de TRS. El rechazo de TRS también le informará cómo presentar una queja ante TRS o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si envía a TRS una manifestación por escrito de por qué está en desacuerdo con el rechazo, TRS puede presentarle una respuesta por escrito. TRS le entregará una copia de todas las respuestas. Si presenta una manifestación escrita de desacuerdo con el rechazo, TRS debe incluir su solicitud de enmienda, la denegación, su manifestación de desacuerdo por escrito y cualquier respuesta al revelar la información médica protegida que usted pidió que se cambiara; o TRS puede elegir proporcionar un resumen de dicha información con una divulgación de información médica protegida que usted pidió que cambiaran. Incluso si no envía a TRS una manifestación por escrito explicando por qué está en desacuerdo con el rechazo, puede pedir que su solicitud y el rechazo de TRS se adjunten a todas las divulgaciones futuras de la información médica protegida que usted quería que cambiaran.

Derecho a recibir un aviso sobre un incumplimiento en la información médica protegida no resguardada.

Usted tiene derecho a recibir un aviso y TRS tiene la obligación de avisarle si se produce un incumplimiento relacionado con información médica protegida no resguardada. Un incumplimiento significa la adquisición, el acceso a, el uso o la divulgación de su información médica protegida no resguardada de una forma no permitida conforme a HIPAA) y que pone en peligro la seguridad o privacidad de su información médica protegida. Si sucede esto, le proporcionarán información sobre el incumplimiento y sobre cómo puede mitigar los daños producidos a causa del incumplimiento.

Derecho a recibir este aviso.

Puede obtener una copia en papel de este aviso si así lo solicita.

El derecho a presentar una queja.

Si piensa que TRS ha incumplido su compromiso con sus derechos de privacidad en lo que respecta a su información médica protegida, puede presentar una queja por escrito ante el oficial de privacidad de TRS enviando su queja por correo a la siguiente dirección:

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

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

También puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

Region VI, Office for Civil Rights
Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Suite 1169
Dallas, TX 75202

FAX a **1-214-767-0432** y correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**

Las quejas que se presenten directamente a la Secretaría deben cumplir con lo siguiente: (1) estar por escrito; (2) incluir el nombre de la entidad ante la que presenta la queja; (3) describir los problemas importantes; y (4) presentarse dentro de un plazo de 180 días desde el momento en el que usted tomó conocimiento del problema o debería haberlo tomado.

Por último, puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

Texas Office of the Attorney General
P.O. Box 12548
Austin, TX, 78711-2548
1-800-621-0508

TRS no sancionará ni tomará represalias de ningún otro modo contra usted si presenta una queja.

Más información

Comuníquese por escrito con el oficial de privacidad a la siguiente dirección si tiene preguntas sobre las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y sobre cómo presentar una queja.

TRS Privacy Officer
Teacher Retirement System of Texas, 1000 Red River St.
Austin, TX 78701

Si desea más información sobre este aviso o cómo ejercer sus derechos, comuníquese con el Centro de asesoramiento telefónico de TRS al **(800) 223-8778**. Para personas con problemas de audición: marque Relay Texas 711.



Teacher Retirement System of Texas
1000 Red River Street
Austin, TX 78701-2698
www.trs.texas.gov