T E A C H E R R E T I R E M E N T S Y S T E M o f T E X A S

Guía para la cobertura TRS-Care Standard de 2024 para participantes **sin Medicare**

Del 1 de enero al 31 de diciembre

Revisado en noviembre de 2023

Elegibilidad y solicitud de cobertura	1-888-237-6762 (TRS Health)
Cobertura médica	1-866-355-5999 (Blue Cross and Blue Shield of Texas)
Cobertura para medicamentos con receta	1-855-778-1459 (Express Scripts)

TRS CARE
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

Guía para la cobertura TRS-Care Standard

Aproveche al máximo sus servicios médicos.

Solicite cobertura: Envíe su *Solicitud inicial de cobertura para jubilados que no sean elegibles para Medicare* durante el período de inscripción inicial, que dura hasta tres meses o 90 días consecutivos después de la fecha de jubilación.

Comprenda su cobertura TRS-Care Standard: Revise su cobertura para saber cómo aprovechar al máximo sus servicios médicos incluidos. Puede obtener más información y recursos útiles en www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_trs_care.aspx.

Conozca sus gastos de bolsillo: Entienda lo que usted paga y lo que paga su cobertura TRS-Care.

Busque un médico en quien confíe que forme parte de la red: Use la herramienta de búsqueda Provider Finder®, nuestro directorio en línea, de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) para buscar un médico que se adapte a su estilo de vida y presupuesto. Vaya a espanol.bcbstx.com/trscarestandard/doctors-and-hospitals para buscar un proveedor de servicios médicos de la red y así asegurarse de que su médico sea de la red.

Descubra qué laboratorios y centros de diagnóstico pertenecen a la red: Pídale a su médico que solo utilice laboratorios y centros que formen parte de la red.

Vaya a espanol.bcbstx.com/trscarestandard/doctors-and-hospitals para confirmar que su laboratorio sea de la red.

Prepárese para situaciones que pongan en peligro su vida: Encuentre el centro de atención inmediata (urgente) y la sala de emergencias de la red más cercanos por si surge cualquier situación inesperada. Evite las salas de emergencias independientes, ya que los costos pueden ser mucho más altos de lo que tendría que pagar por un tratamiento en una sala de emergencias de un hospital de la red.

Programe su consulta de bienestar anual: Su examen anual de bienestar puede ayudarle a prevenir problemas de salud o a detectar precozmente enfermedades crónicas. Si durante la consulta de bienestar habla sobre un padecimiento, ya no se tratará de un chequeo y tendrá que pagar la visita de su bolsillo.

Cámbiese a los medicamentos genéricos: Hable con su médico sobre la posibilidad de cambiar sus medicamentos por medicamentos de marcas genéricas para ahorrar dinero en los costos de los medicamentos recetados. Pregúntele a su médico y consulte www.express-scripts.com/trscarestandard para obtener más información y una lista de medicamentos genéricos.

Manténgase informado: Utilice esta *Guía para la cobertura TRS-Care Standard* y el *Certificado de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care Standard del 2024 (espanol.bcbstx.com/trscarestandard/coverage) para estar al día sobre la atención médica.

¿Qué hay de nuevo?

Los deducibles de TRS-Care Standard aumentarán en 2024 para alinearse con los ajustes de las pautas del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés). Este cambio le permitirá seguir usando y contribuyendo a una cuenta de ahorros para gastos médicos. Lea los puntos destacados de la cobertura TRS-Care de 2024 para consultar los nuevos deducibles. El deducible de TRS-Care Standard no se ha modificado desde 2018, cuando entraron en vigor cambios legislativos importantes. Los deducibles vigentes son demasiado bajos para que la cobertura sea compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos en 2024.

Nos complace anunciar que **las personas jubiladas y sus familias tendrán acceso a beneficios y servicios dentales y para el cuidado de la vista con TRS-Care en 2025.** La 88.ª Asamblea Legislativa de Texas aprobó el proyecto de ley 1854 del Senado, que permite a TRS ofrecer **cobertura opcional de servicios dentales y para el cuidado de la vista** a los jubilados de TRS. Esto incluye a sus dependientes, los cónyuges sobrevivientes y los hijos dependientes sobrevivientes. El año que viene comunicaremos cuándo podrán solicitar cobertura las personas jubiladas de TRS. **La cobertura comienza el 1 de enero de 2025.** Esté atento a las novedades en nuestro boletín de atención médica, *The Pulse*. Para inscribirse, visite www.trs.texas.gov/Pages/subscribe.aspx (en inglés).

TRS-Care tiene un nuevo coordinador de beneficios farmacéuticos (PBM, en inglés). Express Scripts es el nuevo coordinador de beneficios farmacéuticos de TRS-Care Standard. El nuevo contrato generará ahorros que ayudarán a mantener los servicios médicos de personas jubiladas y sus familias. Express Scripts administrará los beneficios farmacéuticos a partir del 1 de enero de 2024. CVS Caremark prestará sus servicios a TRS-Care hasta el 31 de diciembre de 2023.

¿Cumplirá pronto los 65 años?

Si usted tiene cobertura de TRS-Care, cuando cumpla 65 años o sea elegible para Medicare, podrá solicitar cobertura de TRS-Care Medicare. Del mismo modo, si se jubila después de los 65 años, también podrá solicitar cobertura.

TRS-Care Medicare es muy diferente de lo que puede encontrar en el mercado de seguros privados. Como empleado jubilado de una escuela pública de Texas, tiene derecho a recibir cobertura integral a precio competitivo.

Busque los logotipos de TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx en los materiales que recibirá por correo. Revise la lista comparativa de Medicare en www.trs.texas.gov/Pages/healthcare-compare-trs-care-medicare.aspx (en inglés) para consultar las preguntas y consideraciones clave de las que puede hablar con su agente de Medicare.

Visite www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_turning_65.aspx (en inglés) para obtener más información.

Información sobre la *Guía para la cobertura TRS-Care Standard de 2024*

Esta guía ofrece una visión general de los requisitos de elegibilidad, del proceso de inscripción y los beneficios del programa TRS-Care Standard para participantes que no tienen Medicare.

Consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care Standard del 2024 para ver una descripción completa de la cobertura.

Esta guía se aplica al año de cobertura del 2024 (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024) y sustituye a las versiones anteriores.

Índice

Información sobre los beneficios y servicios de la cobertura TRS-Care Standard

Su cobertura 5

Información general..... 6

Cómo funciona la cobertura 6

Gastos de bolsillo..... 7

Primas mensuales para el 2024 8

Cómo utilizar su cobertura médica TRS-Care Standard

Elegir a su médico 10

Ir al médico 11

Atención médica en caso de enfermedad o lesión 12

Pruebas de laboratorio, radiografías u otras pruebas diagnósticas 13

Una hospitalización.....13

Surtir una receta.....14

Cómo evitar gastos médicos inesperados o innecesarios.....15

Ahorrar dinero con una Cuenta de ahorros para gastos médicos.....16

Elegibilidad y solicitud de cobertura

¿Quiénes pueden solicitar la cobertura TRS-Care?.....18

Cómo solicitar cobertura 19

Cuándo puede solicitar cobertura 19

¿Cuándo empieza mi cobertura? 20

Evento especial de inscripción 21

Otras reglas de inscripción 22

Una nueva oportunidad para solicitar cobertura al cumplir 65 años 23

Glosario 24

Información de contacto del programa.... 25

Avisos legales 25

Información sobre los beneficios y servicios de la cobertura TRS-Care Standard

Su cobertura

Información sobre su cobertura

Las primas de TRS-Care para el 2024 son las mismas que para el 2023. El aumento de los costos médicos sigue siendo un reto en todo el país y Texas no es ninguna excepción. Aunque la Asamblea Legislativa de Texas proporcione más ayuda financiera, las primas y los servicios con cobertura TRS-Care podrían cambiar de año en año para que los jubilados actuales y futuros puedan seguir disfrutando del programa.

Cómo funciona la cobertura TRS-Care Standard de 2024:

Cobertura médica

Con TRS-Care Standard usted y sus dependientes que no sean elegibles para Medicare tendrán cobertura médica. Si acude a proveedores de servicios médicos de la red, tendrá cobertura completa y acceso a importantes descuentos en servicios médicos y medicamentos con receta.

Año de cobertura

Su año de cobertura va del 1 de enero al 31 de diciembre. Sus deducibles y gastos máximos de bolsillo (MOOP, en inglés) se reinician cada año el 1 de enero.

Beneficios y servicios médicos de BCBSTX

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) administra sus servicios y beneficios médicos. Usted tiene la libertad de elegir cualquier médico de la amplia red de BCBSTX sin necesitar un referido. También tiene cobertura para servicios preventivos de la red, como pruebas de detección del cáncer, vacunas y exámenes de bienestar anuales, sin costo adicional.

Beneficios farmacéuticos de Express Scripts

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

Información general

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

TRS-Care Standard le protege a usted y a sus dependientes con cobertura del alto costo de la atención médica. Tiene acceso a una red nacional de proveedores de servicios médicos y farmacias de calidad.

También puede esperar lo siguiente:

- libertad para elegir cualquier médico de la red nacional de BCBSTX;
- $0 en atención preventiva de la red, por ejemplo, pruebas de detección de cáncer, vacunas y exámenes de bienestar anuales;
- atención las 24 horas, los 7 días de la semana, desde cualquier lugar a través de la enfermería telefónica Nurseline y guías personales de la salud de BCBSTX;
- $0 para algunos medicamentos genéricos preventivos con receta;
- servicio de entrega a domicilio para medicamentos recetados mediante Express Scripts;
- medicina general y apoyo a la salud mental a través de RediMD y Teladoc;
- servicios y beneficios adicionales, como puntos de recompensa, programa de acondicionamiento físico, asesoramiento nutricional, etc.;
- copagos bajos para insulina: Los copagos para la insulina de la lista de medicamentos (*formulary*, en inglés) tienen un límite de $25 para un suministro de 31 días y de $75 para un suministro de 60 a 90 días. En 2024, no tendrá que alcanzar su deducible ni pagar el costo total de la insulina;
- SaveOnSP: Copagos de $0 para los medicamentos especializados con cobertura en la lista de medicamentos de SaveOnSP luego de alcanzar el deducible.

Cómo funciona la cobertura TRS-Care Standard

- Usted paga un deducible anual de $1,600 por asegurado para servicios de la red (o de $3,200 si tiene algún dependiente a su cargo en la cobertura familiar) por la atención médica y los medicamentos recetados antes de que la cobertura empiece a pagar la parte que le corresponde de sus gastos médicos.
- Si acude a un médico u hospital de la red para recibir atención médica, se beneficiará de unos costos de atención más bajos y de la comodidad de que sus reclamaciones se envíen automáticamente.
- Una vez que alcance el deducible anual de la red, la cobertura pagará el 80% de los gastos médicos y medicamentos recetados que le correspondan dentro de la red, lo que se llama *coaseguro*.
- Una vez que alcance los gastos máximos de bolsillo (MOOP, en inglés) de su cobertura anual ($5,650 por asegurado o no más de $11,300 por familia cuando use proveedores de servicios médicos de la red), la cobertura pagará el 100% de sus gastos médicos y de sus medicamentos recetados elegibles.
- Tiene que pagar un deducible aparte por la atención que reciba de médicos y hospitales que no pertenezcan a la red. Por lo tanto, piénselo bien antes de elegir un proveedor de servicios médicos fuera de la red: tardará más en alcanzar el deducible y no podrá beneficiarse de las tarifas más bajas que ofrece la cobertura para la atención médica.

Cuadro 1. Cobertura TRS-Care Standard de 2024
BCBSTX (cobertura médica) y Express Scripts (cobertura de medicamentos recetados) administran su cobertura TRS-Care Standard de 2024. Todos los copagos que aparecen en el cuadro 1 cuentan en favor de sus gastos máximos de bolsillo (MOOP), incluidas la atención médica virtual de TRS y la insulina.

Deducibles para gastos médicos y medicamentos recetados	En la red: $1,600 por asegurado; $3,200 por familia Fuera de la red: $3,200 por asegurado; $6,400 por familia
Coaseguro para gastos médicos y medicamentos recetados	En la red: Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible Fuera de la red: Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible
Gastos máximos de bolsillo (MOOP) para gastos médicos y medicamentos recetados	En la red: $5,650 por asegurado; $11,300 por familia Fuera de la red: $11,300 por asegurado; $22,600 por familia
Consulta médica virtual de TRS	RediMD: copago de $30 por consulta, el cual se aplica al deducible Teladoc: copago de $42 por consulta, el cual se aplica al deducible Cuando usted alcanza el deducible, la cobertura paga el 80% y usted el 20%.
Consulta médica virtual de TRS (Teladoc: Mental Health)	Sesión inicial de psiquiatría: copago de $185, el cual se aplica al deducible Sesión continua de psiquiatría: copago de $95, el cual se aplica al deducible Sesión con un psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta: copago de $85, el cual se aplica al deducible
Cobertura para medicamentos genéricos	$0 para ciertos medicamentos que previenen enfermedades crónicas
Copago para insulina	Copago de $25 para un suministro de 31 días Copago de $75 para un suministro de 61 a 90 días
SaveOnSP	Copago de $0 para medicamentos especializados de la lista de medicamentos de SaveOnSP luego de alcanzar el deducible

Gastos de bolsillo

Los gastos de bolsillo son lo que usted paga por la atención médica, incluidos los deducibles y el coaseguro.

Aquí tiene un ejemplo:

- Acude a un especialista de la red (por ejemplo, un dermatólogo) por rosácea.
- El personal de la consulta le dice que su visita al dermatólogo cuesta $100.
- Si no ha alcanzado el deducible, pagará $100 a su médico. Los $100 que pagó cuentan en favor de su deducible anual. Esos $100 son un gasto de bolsillo de usted.
- Si alcanza el deducible, es posible que tenga que pagar un 20% de coaseguro o $20, y su cobertura médica pagará el 80% u $80 de los $100 de costo de los servicios de la red. Sus gastos de bolsillo son de $20.

Gastos máximos de bolsillo

El límite del monto que paga en un año por los costos de la atención médica se llama el gasto máximo de bolsillo (MOOP, en inglés). Después de alcanzar el MOOP, su cobertura médica pagará el 100% de sus gastos médicos y de medicamentos recetados elegibles durante el resto del año calendario.

El monto del MOOP se reinicia cada año el 1 de enero, igual que el deducible.

Los gastos de bolsillo tienen tres categorías comunes:

1. Primas
La prima es el monto fijo que paga cada mes por su seguro médico. No cuenta en favor del deducible. El **cuadro 3. Primas mensuales de 2024** en la **página 8** muestra sus gastos de las primas mensuales.

2. Deducibles
El deducible es la cantidad de dinero que debe pagar de su bolsillo antes de que la cobertura médica empiece a pagar la parte del costo de la atención médica que le corresponde:

- Cualquier gasto médico o de medicamentos recetados que cumpla los requisitos contará en favor del deducible.
- Usted pagará el costo total de sus gastos médicos y de medicamentos recetados hasta que alcance el deducible ($1,600 por persona con cobertura individual o $3,200 por familia si incluye dependientes en una cobertura familiar).
- Los gastos de una sola persona no superarán los gastos máximos de bolsillo del asegurado, aunque tenga un plan familiar. Los gastos de bolsillo de toda la familia no superarán el límite familiar.
- Tiene deducibles diferentes para gastos médicos dentro de la red y fuera de la red. Esto significa que los gastos de la atención recibida fuera de la red no se pueden aplicar a su deducible de la red.
- Su deducible se reinicia cada año de cobertura, el 1 de enero.

3. Coaseguro
Cuando usted paga o alcanza el deducible, su cobertura médica empieza a pagar un porcentaje de sus gastos médicos y de farmacia, y usted paga otro porcentaje. El porcentaje que usted paga se llama *coaseguro*.

Vale la pena acudir a profesionales de la red
Si acude a un prestador de servicios médicos que no participa en la red, el deducible por asegurado aumentará a $3,000 y el coaseguro se duplicará hasta un 40%. Y no solo eso, su cobertura no aplicará los gastos de fuera de la red a su deducible de la red. También es posible que tenga que pagar la diferencia entre la tarifa permitida por su cobertura para el servicio y el monto de sus facturas de hospital o médico fuera de la red.

Por eso, vale la pena comparar los costos de los servicios médicos y tomar una decisión bien pensada. Inicie sesión en Blue Access for Members℠ (BAM℠), portal protegido para asegurados, para usar el directorio en línea Provider Finder para buscar prestadores de servicios médicos de la red y nuestra herramienta de estimación de costos para comparar los costos de distintos servicios.

Cuadro 2. Su cobertura médica en acción

Deducible	Coaseguro	Gastos máximos de bolsillo
$1,600 para la cobertura individual (en la red)	Usted paga el 20% (en la red)	$5,650 para la cobertura individual (en la red) o $11,300 para la cobertura familiar (en la red)
Cuando acude a un médico de la red o adquiere un medicamento recetado, usted pagará el costo total del servicio o del medicamento hasta que los gastos médicos con cobertura alcancen los $1,600 (o $3,200 para la cobertura familiar).	En cuanto pague $1,600 (o $3,200 para la cobertura familiar) en gastos médicos y de farmacia dentro de la red, su cobertura empezará a pagar el 80% de los costos. Usted solo pagará el 20% de sus costos.	En cuanto usted pague $5,650 (o $11,300 para la cobertura familiar) de deducibles y coaseguros de su propio dinero, la cobertura pagará el 100% de los costos durante el resto del año calendario.
Ejemplo: *Acude a un alergólogo y la tarifa negociada es de $150. Usted paga el monto total y su cobertura resta ese monto del deducible.*	**Ejemplo:** *Acude al mismo alergólogo después de haber alcanzado el deducible. Paga el 20% del costo de la consulta, es decir, $30. Su cobertura TRS-Care paga el resto.*	**Ejemplo:** *El alergólogo dice que necesita cirugía ambulatoria de los senos paranasales, que cuesta $30,000. Ya ha alcanzado el deducible de $1,600, cifra que cuenta en favor de sus gastos máximos de bolsillo. Llegado ese momento, usted pagará los $4,050 que quedan para alcanzar los gastos máximos de bolsillo ($5,650), y a partir de entonces su cobertura empezará a pagar el 100%.*
Costo de la consulta: $150	Costo de la consulta: $150	Costo de la cirugía: $30,000
Usted paga: $150	Usted paga: $30	Usted paga: $4,050 para alcanzar los gastos máximos de bolsillo.
Su deducible restante: $1,350	Su cobertura cuenta este monto en favor de sus gastos máximos de bolsillo.	Su cobertura paga el resto.

Primas mensuales para el 2024

Cuadro 3. Primas mensuales para el 2024

La mayoría de los jubilados sin Medicare	Jubilados sin Medicare con hijos discapacitados (de cualquier edad)*
Solo jubilados: $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 discapacitados en $200 para los niveles que incluyen a los hijos. Es responsabilidad del participante notificar a TRS si un hijo queda discapacitado.*

Consejos rápidos

Consiga que el dinero que gasta en atención médica rinda más.
Use médicos y hospitales de la red para que sus gastos cuenten en favor del deducible. Los médicos de la red tienen tarifas contratadas más bajas, lo que significa menos gasto de su bolsillo.

Para buscar proveedores de servicios médicos de la red, use Provider Finder, nuestro directorio en línea, en espanol.bcbstx.com/trscarestandard/doctors-and-hospitals.

Aproveche los medicamentos recetados a $0.
Si toma ciertos medicamentos genéricos clasificados como "preventivos", por ejemplo, un medicamento recetado para la hipertensión, una enfermedad cardíaca o la depresión, puede conseguir el medicamento sin ningún costo. Esta es una manera importante en que TRS invierte en la salud de los jubilados como usted. *Para obtener más información, consulte Surtir una receta en la página 14.*

Recuerde

El estado de elegibilidad de Medicare del jubilado de TRS o del cónyuge sobreviviente, independientemente del estado de Medicare de sus dependientes, determina el monto de las primas. Por ejemplo, si usted es un jubilado de TRS y aún no es elegible para Medicare y su cónyuge (que sí es elegible para Medicare) tiene cobertura con usted, usted pagará $689 al mes porque usted, el jubilado, aún no es elegible para Medicare.

¿Está pensando en jubilarse por una discapacidad?
Si está pensando en jubilarse a causa de una discapacidad, usted pagará una de las primas del **cuadro 4. Primas para jubilados por discapacidad que se jubilaron antes del 1 de enero de 2017**. Las primas varían si cubre a dependientes.

¿Ya se jubiló por una discapacidad?
Si se jubiló antes del 1 de enero de 2017, recibe beneficios por discapacidad de TRS y no es elegible para Medicare, aun así no pagará una prima por la cobertura solo para jubilados durante el año de cobertura del 2024 (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024). TRS le reduce $200 a las primas mensuales que incluyen a un cónyuge o dependiente. *Para obtener más información, consulte Jubilados con discapacidad en la **página 18**.*

Cuadro 4. Primas para jubilados por discapacidad que se jubilaron antes del 1 de enero de 2017

Solo jubilados	$0
Empleado + cónyuge	$489
Empleado + hijos	$208
Jubilado + familia	$799

Pregunta sorpresa

P.: Acude a su médico de la red porque no se le va la tos. El médico dice que tiene bronquitis. El costo total de la consulta es de $100, pero ha alcanzado su deducible.

¿Cuánto tendrá que pagar?

A. Tendré que pagar $0 porque se trata de atención médica preventiva.

B. Tendré que pagar $100.

C. Tendré que pagar $20 (el 20% del costo total).

R.: La respuesta correcta es la C. El costo de esta consulta de la red es de $20, o el 20% de su parte del coaseguro.

Recuerde: Estamos hablando de servicios de la red. Si acude a un proveedor de servicios médicos 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 usted ya alcanzó el deducible fuera de la red).

Cómo utilizar su cobertura médica TRS-Care Standard

Elegir a su médico

Su proveedor de atención médica primaria (PCP, en inglés) es su aliado para asuntos de salud y su punto central para los servicios que usted y su familia necesitan para mantenerse bien, desde la atención rutinaria y preventiva hasta lesiones o enfermedades. Con el tiempo, el PCP lo conocerá bien y estará familiarizado con sus antecedentes médicos, necesidades y objetivos. Le ayudará a determinar cómo alcanzar esos objetivos y mantenerse sano.

Si tiene un problema de salud o una enfermedad crónica, su PCP le ayudará a desenvolverse por el sistema de atención médica. Incluso si está sano y activo, su PCP le ayudará a seguir estándolo: le ayudará a estar al día con sus necesidades y objetivos de atención médica. Establezca una relación médica con un PCP en el que pueda confiar y con el que pueda construir una relación duradera, para que le sea más fácil hablar de su salud personal.

Con los miles de médicos y hospitales de la red de BCBSTX, lo más seguro es que encuentre uno que le guste.

Encontrar un médico de la red no podría ser más fácil. Esto es lo que puede hacer:

- visite TRS-Care Standard en espanol.bcbstx.com/trscarestandard,
- vaya a Médicos y hospitales en Provider Finder;

O BIEN

- llame al guía personal de la salud al **1-866-355-5999**, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Conozca su red

Una de las características más valiosas de su cobertura es la red de médicos y hospitales a la que puede acceder para recibir atención médica. Cuando un médico participa en la red, es porque se ha llegado a un acuerdo mutuo entre el plan médico y el prestador para establecer las tarifas por sus servicios.

En cambio, los médicos que no participan en la red no han aceptado las tarifas de la cobertura. Por eso, ir con un proveedor fuera de la red es como conducir un coche sin frenos: usted tendrá poco control sobre el dinero que tendrá que pagar por la atención médica. Estos son algunos de los inconvenientes:

- No se beneficia de tarifas negociadas previamente para su atención médica.
- Los médicos y hospitales fuera de la red pueden cobrar precios de mercado, es decir, es posible que tenga 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 la cobertura no se cuentan en favor de sus gastos máximos de bolsillo.
- Los cargos que incurra fuera de la red no se descuentan del deducible de la red.
- También es posible que tenga que ocuparse de papeleo adicional porque los médicos fuera de la red pueden exigirle que presente sus propias reclamaciones por la atención médica.

En resumen: Si acude a un proveedor de servicios médicos que no participe en la red, independientemente de las circunstancias, lo más probable es que tenga que pagar más —quizá mucho más— que las cantidades habituales de deducible y coaseguro dentro de la red.

Ir al médico

Acudir habitualmente al proveedor de atención primaria (PCP) ayuda a reducir los costos y mejorar la salud.

La consulta de bienestar anual —que por ser de atención preventiva no tiene costo— es una parte fundamental. En esa consulta tendrá la oportunidad de que su médico vea cuál es su estado general y se asegure de que no tiene ningún síntoma.

Si le dicen que todo está bien, estupendo. Podrá mantener, gestionar e incluso mejorar su salud, haciéndose revisiones periódicas, siguiendo los consejos de su médico y utilizando las herramientas de salud y bienestar incluidas en su cobertura.

Cuando programe una consulta de bienestar anual, pida a la persona que le está programando la visita que la registre como atención médica preventiva. **Si durante la consulta de bienestar anual pregunta por una enfermedad actual o recibe atención diagnóstica, dejará de tratarse de una consulta de atención médica preventiva, y usted será responsable de pagar los deducibles o coaseguros correspondientes.**

La consulta de bienestar anual ayuda a su médico a estar al tanto de las primeras manifestaciones o el empeoramiento de alguna enfermedad o dolencia. Cuando se trata de su salud, cuanto antes lo sepa, mejor. Tenga en cuenta que algunos problemas médicos graves no presentan signos ni síntomas. La consulta de bienestar anual es su primera línea de defensa.

Servicios con cobertura y de atención médica preventiva

Si acude a un médico de la red cuando no tiene síntomas y se somete a cualquier tipo de examen o revisión preventivos (incluyendo ciertas pruebas de detección del cáncer), no tendrá que pagar nada. Pero no todas las visitas al médico son preventivas; algunas son de diagnóstico.

Una visita diagnóstica es aquella en la que usted acude al médico por un tema, tratamiento o problema de salud específicos, o para el tratamiento continuo de un problema médico, análisis de laboratorio u otras pruebas para alguna afección ya diagnosticada. La diferencia entre atención preventiva y diagnóstica puede ser complicada.

Por ejemplo, usted acude a su médico de la red para una consulta de atención médica preventiva que había previsto que no tendría ningún costo, como su examen físico anual. Durante el examen, 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 por una enfermedad o lesión concreta, y ahora recibe una factura por una consulta de atención diagnóstica.

Su cobertura médica incluye el 100% de la atención médica preventiva con proveedores de servicios médicos de la red, así que use este valioso servicio para temas como los siguientes:

- control de la presión arterial,
- control del colesterol,
- consulta de bienestar anual,
- prueba de detección de la diabetes (de tipo 2),
- pruebas de detección de depresión,
- examen de detección del cáncer de pulmón,
- mamografías de rutina,
- determinadas vacunas, como la vacuna anual contra la gripe o del herpes zóster.

Recuerde que su PCP conoce sus antecedentes médicos generales y puede guiarle hacia una atención preventiva que le ayude a mantenerse sano y activo. En https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx (en inglés), encontrará una lista completa de los servicios preventivos con cobertura de su plan médico.

Ingrese a https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx (en inglés) para obtener una lista completa de los servicios preventivos con cobertura de su plan médico TRS-Care Standard.

Pregunta sorpresa

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

Esa mujer acude cada tres meses a su médico de la red para que le haga análisis de sangre para revisar sus niveles de colesterol y confirmar que la dosis de su medicación es la correcta.

¿Qué situación es preventiva y tiene cobertura sin ningún 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 situación no son preventivos porque tratan un problema médico 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 profesionales médicos de la red hasta opiniones sinceras de pacientes reales, Provider Finder es una valiosa herramienta que le ayudará a encontrar las soluciones médicas adecuadas.

Vaya a **espanol.bcbstx.com/trscarestandard** y seleccione **Médicos y hospitales** para empezar.

Atención médica en caso de enfermedad o lesión

Cuando no se encuentra bien o está lesionado y no se trata de una emergencia, su primera llamada debería ser a su proveedor de atención médica primaria (PCP). Su PCP conoce bien sus antecedentes médicos y puede ofrecerle la atención más indicada. También es el lugar más económico para empezar si no está seguro de si debe acudir a un especialista.

Pero si el consultorio de su PCP está cerrado y no puede conseguir una cita, o no tiene una relación establecida con un PCP (también podemos ayudarle con eso), afortunadamente, dispone de otras opciones.

Obtenga atención desde casa

- 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, entre otras cosas, diagnostican problemas médicos que no son de emergencia, recomiendan tratamientos y envían recetas a la farmacia que usted desee.
  - Pague una tarifa por consulta de $42 (que cuenta en favor del deducible y los gastos máximos de bolsillo).
- Llame a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline (**1-833-968-1770**), en cualquier momento.

Su cobertura TRS-Care Standard también incluye Teladoc Mental Health (salud mental) a través de la atención médica virtual de TRS como parte del paquete de beneficios. Cuidar su salud mental es una parte esencial de su bienestar general. Con Teladoc Mental Health, los adultos mayores de 18 años pueden recibir atención para problemas médicos como la depresión, la ansiedad, el estrés y el duelo, entre otros.

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

Puede programar su consulta en línea o con la aplicación de Teladoc. El médico determinará la duración de la consulta. **Las consultas con un prestador de servicios médicos que no es doctor en medicina (MD) suelen durar 45 minutos. Las consultas con un profesional en salud mental solo se ofrecen a través de consultas por video.** Elija acudir a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta y establezca una relación duradera. Debe programar las consultas con anticipación.

Clínica en locales comerciales

Las clínicas en locales comerciales o que acepten visitas sin cita previa, como las de Walgreens, CVS y HEB, son una buena opción si tiene una enfermedad leve, como un dolor de garganta o de oído, y no puede programar una consulta con su PCP.

El costo de las clínicas en locales comerciales suele ser inferior al de las clínicas de atención inmediata/urgente, pero tenga en cuenta que las clínicas en locales comerciales no pueden atender temas médicos de urgencia, como fracturas óseas.

Clínicas de atención inmediata/urgente o aguda

Las clínicas de atención inmediata/urgente o de atención aguda son para la atención fuera de horario cuando el consultorio del médico está cerrado o cuando hay una necesidad de salud inmediata que no requiere una visita a la sala de emergencias de un hospital.

Los servicios típicos de una clínica de atención inmediata/urgente son los tratamientos de fracturas óseas, cortes y quemaduras, asma y bronquitis. El costo de las clínicas de atención inmediata/urgente suele ser superior al de las clínicas en locales comerciales, pero mucho menor que el de una sala de emergencias.

Sala de emergencias

Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana en caso de tener una emergencia que ponga en riesgo su vida. En la mayoría de los casos, su cobertura pagará las tarifas dentro de la red.

Cómo encontrar un centro de atención inmediata/urgente o una sala de emergencias cerca de su casa

Familiarícese con los centros de atención inmediata/urgente y las clínicas que acepten visitas sin cita previa en su vecindario. Encuentre un hospital de la red que tenga sala de emergencias antes de que llegue a necesitarlo.

- Vaya a **espanol.bcbstx.com/trscarestandard**.
- Seleccione "**Médicos y hospitales**" en **"Provider Finder"**.
- Haga clic en "**Explorar por categoría**" y elija **Centro de atención inmediata**.

Consejos rápidos

Cuidado con las salas de emergencias independientes que parecen clínicas de atención inmediata/urgente.

Entender la diferencia puede tener un gran impacto en los gastos de bolsillo de su atención médica. ¿Cómo puede identificarlas? Las salas de emergencias independientes no están físicamente conectadas a los hospitales. Es más probable que vea una al lado de un supermercado. Es obligatorio que lleven la palabra "emergency" (emergencia) en el nombre.

Pruebas de laboratorio, radiografías u otras pruebas diagnósticas

El hecho de que su médico participe en la red no significa que los laboratorios o centros de pruebas diagnósticas y de detección que utilicen también sean de la red. Recibir costos inesperados por análisis de laboratorio, radiografías o pruebas de la red hechos en centros fuera de la red puede ser desagradable, así que **infórmese antes de ir** para asegurarse de que su cobertura cubre los servicios a una tarifa de la red.

Informarse sobre los servicios y precios puede ahorrarle dinero.
El costo de muchos procedimientos médicos comunes puede variar muchísimo sin que haya correlación con la calidad de la atención recibida.

Ejemplo:

Resonancias magnéticas (MRI)

Los médicos utilizan la resonancia magnética cuando necesitan una visión de alta resolución de lo que ocurre dentro del cuerpo. Pero es importante saber que el costo de hacerse una resonancia magnética puede variar mucho dependiendo de dónde se la haga.

La resonancia magnética y la tomografía computarizada (CT) presentan la mayor variabilidad de costo de todos los tipos de diagnóstico por imagen. A veces, el precio puede variar diez veces de un lugar a otro, y eso sin ninguna diferencia en la calidad.

La herramienta de estimación de costos de BCBSTX le permite comparar precios
El directorio en línea Provider Finder le ayuda a administrar todos los aspectos de su salud en línea, en cualquier momento:

- La calculadora de costos le permite comparar los costos reales de los procedimientos y tratamientos más comunes antes de recibir atención médica.
- Use su expediente médico para entender la atención que ha recibido y registrarse para recibir alertas personalizadas.
- Inicie sesión en Teladoc.

Ingrese a **espanol.bcbstx.com/trscarestandard** y seleccione **Médicos y hospitales** en **Provider Finder** para empezar.

Una hospitalización

Cuando se trata de una hospitalización, lo que usted paga depende de la cantidad de dinero que ya pagó en favor de su deducible y coaseguro. Incluso una estancia corta en el hospital puede ser costosa así que, cuando una persona tiene que quedarse en el hospital, alcanza más rápido el deducible y los gastos máximos de bolsillo.

Los precios de los hospitales varían significativamente, incluso cuando forman parte de la red. Un hospital puede cobrar un 50% más por una prótesis de rodilla que otro, sin que haya diferencia en la calidad de la atención. Si su médico ejerce en más de un hospital, utilice la herramienta de estimación de costos para confirmar los precios antes de decidirse por un centro.

Surtir una receta

Express Scripts ofrece una amplia selección de farmacias, por lo que es probable que encuentre una en su vecindario. Para buscar una farmacia cerca de usted, ingrese a https://express-scripts.com/trscarestandard (haga clic en "Español").

Cuando necesite surtir una receta médica
Igual que ocurre con los beneficios y servicios médicos, usted debe alcanzar el deducible antes de que la cobertura comience a pagar su parte del costo de los medicamentos recetados. Después de alcanzar el deducible, usted pagará solo el 20% de los costos de los medicamentos si están en la lista de medicamentos (*formulary*, en inglés).

Puede elegir cómo surtir sus medicamentos recetados y ahorrar en los medicamentos que usa.

1. Para medicamentos con receta a corto plazo (suministro de 31 días como máximo), acuda a cualquier farmacia de la red de Express Scripts. Para encontrar una farmacia de la red, visite https://www.express-scripts.com/trscarestandard (haga clic en "Español").
2. También puede acudir a farmacias fuera de la red, pero es posible que tenga que pagar más de su bolsillo por los medicamentos. Y recuerde que el costo de sus medicamentos recetados no cuenta en favor del deducible de la red.

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

- **Use la opción de entrega a domicilio de Express Scripts.** Puede pedir un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos y recibirlos en cualquier dirección de Estados Unidos. Pague con tarjeta de crédito, cheque o giro postal. Para comenzar la entrega a domicilio, pídale a su médico que envíe una receta electrónica a Express Scripts Pharmacy o llame a Servicio al Cliente de Express Scripts para TRS-Care Standard al (855) 778-1459. Para obtener más información, visite https://www.express-scripts.com/trscarestandard (haga clic en "Español").
- **Visite una farmacia de la red de Express Scripts**. Las farmacias participantes de la red pueden surtir medicamentos para 60 a 90 días. Para encontrar las farmacias de la red más cercanas, visite https://express-scripts.com/trscarestandard (haga clic en "Español") o llame a Servicio al Cliente de Express Scripts al **855-778-1459** (TTY: 711).

Si necesita surtir un medicamento especializado
La farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts se llama Accredo Pharmacy. Los asegurados de la cobertura deben surtir los medicamentos especializados con Accredo.

Los medicamentos especializados son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad crónica o compleja. Podrían necesitar control de temperatura u otro tipo de manipulación especial. Para obtener más información, visite es.accredo.com/trscarestandard.

Aproveche la opción de medicamentos recetados sin costo para proteger su salud
Su cobertura TRS-Care Standard incluye cobertura total para ciertos medicamentos genéricos clasificados como medicamentos preventivos, o medicamentos que previenen un problema de salud, y no que tratan uno ya existente.

Si le recetaron un medicamento de una de las clases que se indican a continuación, es posible que su medicamento sea preventivo y que pueda obtener el medicamento sin costo.

Consulte la lista de medicamentos preventivos en https://express-scripts.com/trscarestandard (haga clic en "Español") para ver si su medicamento está en la lista. Aproveche al máximo este valioso servicio.

Consejos rápidos

Averigüe si su medicamento especializado es elegible para un descuento.
Algunos medicamentos especializados podrían cumplir los requisitos para programas de ayuda de terceros para pagar los copagos, lo cual ayuda a reducir sus gastos de bolsillo. Si usa ayuda con copago de terceros para un medicamento especializado, no obtendrá crédito para el gasto máximo de bolsillo o el deducible por ningún monto de copago o coaseguro que se aplique por un cupón o descuento de un fabricante.

Tipos de medicamentos preventivos genéricos que puede obtener sin costo*

CARDIOVASCULAR

DIABETES

HIPERTENSIÓN

SALUD MENTAL

ASMA/EPOC

Y MUCHO MÁS

Consulte la lista de medicamentos genéricos preventivos en https://www.express-scripts.com/trscarestandard (haga clic en "Español").

Cómo evitar gastos médicos inesperados o innecesarios

A la mayoría de nosotros no nos gustan las malas sorpresas, sobre todo cuando se trata de cuánto pagamos por algo. Con demasiada frecuencia, parece que la atención médica está llena de "trampas" financieras. A continuación, encontrará unos consejos que pueden ayudarle a evitar sorpresas desagradables.

Permanezca en la red
Asegúrese de que sus médicos, especialistas, hospitales, laboratorios y centros de diagnóstico pertenecen a la red. Es fácil buscar médicos y centros para ver si están dentro de la red con la herramienta Provider Finder en espanol.bcbstx.com/trscarestandard.

Infórmese sobre los precios de los servicios de diagnóstico
Desde resonancias magnéticas hasta tomografías computarizadas, la misma prueba, servicio o procedimiento puede tener una enorme diferencia de precio, dependiendo de dónde se lleve a cabo. En la atención médica, un mayor costo no significa necesariamente mejor calidad. Lo mismo sucede con los procedimientos hospitalarios de rutina, como las prótesis de cadera o rodilla. Use la herramienta de estimación de costos en espanol.bcbstx.com/trscarestandard/tools-and-resources/estimating-costs para comparar precios antes de contratar el servicio.

Considere las alternativas
La atención médica virtual de TRS le permite comunicarse con médicos a través de una consulta telefónica o por video para cuestiones que no sean urgentes. Hasta puede usarla para obtener asesoramiento médico rápido las 24 horas del día, lo 7 días de la semana. Por solo $30 por consulta, puede resultar más económica que una consulta médica tradicional para un problema de salud menor.

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

Si tiene que ir a emergencias, evite las salas de emergencias independientes. Las salas de emergencias independientes no suelen formar parte de la red. A diferencia de los centros de atención 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 ofrecerán un precio negociado más bajo como el de una sala de urgencias que se encuentre en un hospital de la red. Ahorre tiempo y dinero: manténgase en la red.

Use medicamentos genéricos
Pregunte a su médico si puede cambiar a un medicamento genérico si utiliza 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 de Express Scripts. Y no olvide que muchos medicamentos preventivos genéricos están a su disposición sin costo.

Confíe, pero verifique.
Los proveedores de servicios médicos presentan cada año millones de reclamaciones a través de la atención médica. Por lo tanto, conviene comparar el monto que le cobra su médico con la *Explicación de beneficios* (*EOB*, en inglés) Llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** para corregir cualquier discrepancia.

Mediación
Es posible que haya recibido atención de emergencia, atención médica o servicios o suministros médicos de un centro fuera de la red, un proveedor de atención de emergencia fuera de la red o un proveedor basado en un centro fuera de la red. Si recibe una factura de más de $500 (sin incluir el copago, el coaseguro y el deducible), puede tener derecho a reclamar los cargos y solicitar una mediación.

Si la factura reúne los requisitos para la mediación, obtenga más información y averigüe si puede reducir los gastos de bolsillo a través del Departamento de Seguros de Texas en https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html o por teléfono al **1-800-252-3439**. Si le preocupa una factura que recibió de un profesional médico que no forma parte de la red, llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** y solicite que revisen una reclamación.

Apelaciones
Cuando usa los servicios médicos, es posible que le rechacen una reclamación. Es conveniente conocer el proceso de apelaciones de las solicitudes de reclamaciones. Para obtener más información, ingrese a https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare-file-medical-claims.aspx (haga clic en "Español").

Ahorrar dinero con una Cuenta de ahorros para gastos médicos

Una Cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HSA) es un tipo especial de cuenta de ahorros que ayuda a las personas a ahorrar dinero libre de impuestos para pagar la atención médica. Es una opción popular para muchas personas porque es fácil de abrir una cuenta, sencilla de usar y le ofrece la posibilidad de ahorrar en servicios médicos.

TRS-Care Standard es una cobertura que "califica para HSA", es decir, usted puede aprovechar los ahorros asociados con abrir y financiar una cuenta HSA.

Puede deducir de sus impuestos sobre ingresos los depósitos que haga en su cuenta HSA si destina el dinero a pagar gastos médicos. Los intereses que generan sus fondos en la HSA están libres de impuestos si usa el dinero en atención médica. La gente suele utilizar las cuentas HSA para coberturas médicas con deducible alto para ayudar a cubrir los gastos médicos de bolsillo.

Cómo funcionan las cuentas HSA

Si desea abrir una cuenta HSA, vaya a una institución financiera que las ofrezca. Usted será el titular de la cuenta y hará todos los depósitos que se hacen a la cuenta. En 2024, podrá hacer depósitos de hasta $4,150 al año por asegurado y $8,300 por familia. Estos límites pueden cambiar cada año. Use su cuenta HSA para ayudar a pagar su deducible y para la mayoría de los demás gastos médicos, incluyendo los servicios para el cuidado dental y de la vista.

Sin embargo, como es probable que deduzca los depósitos de sus impuestos sobre ingresos y el dinero crece libre de impuestos, asegúrese de usar los fondos solo en costos médicos aprobados.

Si usa el dinero de su HSA en otras cosas, deberá pagar impuestos y multas. Para consultar una lista completa, ingrese a https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-502.

Usar los fondos de su cuenta HSA es muy fácil. Puede hacer lo siguiente:

A. Transferir el dinero de su cuenta HSA a su cuenta corriente para cubrir el costo de un servicio médico;

B. Abrir una cuenta en un banco que ofrezca tarjetas de débito con cuentas HSA y use la tarjeta de débito de la cuenta HSA para pagar el servicio médico.

Guarde los recibos por si el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) le pide que demuestre que usó el dinero solo para 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 flexibles (*flexible spending account*, FSA), el dinero y los intereses que usted gana y no usa permanecen en su cuenta durante el siguiente año 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 entidad que tenga cuentas HSA en cualquier momento, pero no podrá depositar dinero en su HSA hasta que comience su cobertura de TRS-Care Standard.

Elegibilidad y solicitud de cobertura

Esta sección ofrece una visión general de los requisitos de elegibilidad de TRS-Care Standard y del proceso para solicitar cobertura.
Para obtener más información sobre su cobertura médica, consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos de TRS-Care del 2024* en espanol.bcbstx.com/trscarestandard/coverage.

¿Quiénes pueden solicitar la cobertura TRS-Care?

Jubilados por servicio

Una persona jubilada por servicio debe tener al menos 10 años de crédito de servicio en TRS cuando se jubile. Este crédito de servicio puede incluir hasta cinco años de crédito de servicio militar, pero no puede incluir otro crédito de servicio especial adquirido o equivalente. Además de los 10 años de crédito de servicio obligatorios, deberá cumplir uno de los siguientes requisitos en el momento de la jubilación:

1. la suma de su edad y los años de crédito de servicio en TRS debe ser igual o superior a 80 (con al menos 10 años de crédito de servicio), independientemente de si ha tenido una reducción de la anualidad de jubilación por edad temprana (los años de crédito de servicio pueden incluir el servicio comprado);
2. debe tener 30 años o más de crédito de servicio en la pensión del TRS (incluido el servicio adquirido).

No podrá utilizar el crédito de servicio combinado bajo el Programa de Jubilación Proporcionado (Proportionate Retirement Program) para establecer su elegibilidad para TRS-Care o cualquier otro tipo de prestaciones que no sean las prestaciones de jubilación por servicio. Un jubilado por servicio no puede solicitar cobertura en TRS-Care si tiene derecho al servicio médico con cobertura del Sistema de Retiro de los Empleados de Texas (Employees Retirement System of Texas, ERS), de la Universidad de Texas (UT) o de Texas A&M System.

Jubilados por discapacidad

Las personas tienen derecho a participar en TRS-Care cuando se jubilan por discapacidad bajo la pensión de TRS. Tras inscribirse en TRS-Care como jubilado por discapacidad, la participación continúa si la persona está jubilada por discapacidad bajo el fondo de pensiones de TRS. Si está solicitando cobertura médica debido a una discapacidad, TRS puede comunicarse con usted para validar su estado de discapacidad del Seguro Social de Medicare.

La cobertura para un jubilado por discapacidad con menos de 10 años de crédito de servicio en la pensión de TRS continúa solo hasta el número total de años de crédito de servicio. Por lo tanto, la cobertura de dicho jubilado por discapacidad finaliza cuando terminan las prestaciones de jubilación por discapacidad del fondo de pensiones de TRS. Un jubilado por discapacidad es elegible para solicitar cobertura en TRS-Care incluso si es elegible para la cobertura del programa de servicios médicos incluidos de ERS, la universidad UT o el A&M System.

Dependientes

Los siguientes dependientes tienen derecho a solicitar cobertura en TRS-Care:

- Su cónyuge (incluida la pareja de hecho: una unión de hecho no es un motivo de elegibilidad especial, a menos que se presente una Declaración de Matrimonio por Concubinato [Declaration of Common Law Marriage] ante un organismo gubernamental autorizado).
- Un menor de 26 años que sea alguna de las siguientes:
  - un hijo natural;
  - un hijo adoptivo o entregado legalmente en adopción;
  - un hijo de acogida;
  - un hijastro;
  - un nieto que viva con el jubilado o el cónyuge sobreviviente y dependa de él o del cónyuge sobreviviente, al menos para la mitad de su manutención;
  - cualquier otro hijo que mantenga una relación de padre e hijo normal 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 de forma regular cuidados del jubilado o el cónyuge sobreviviente, si padece una discapacidad mental o física hasta el punto de depender del jubilado o del cónyuge sobreviviente para su cuidado y manutención, según lo determine TRS.

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

Otras situaciones posibles

Tengo cobertura TRS-ActiveCare.
TRS-Care (para jubilados) es una cobertura independiente de TRS-ActiveCare (para empleados escolares que estén trabajando actualmente). Cuando se jubile, deberá presentar un formulario de solicitud de cobertura para comunicar a TRS si desea solicitar cobertura para usted y sus dependientes, o aplazar la solicitud y la de sus dependientes, en TRS-Care. Comuníquese con el funcionario de su escuela para confirmar la fecha de finalización de TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados con pensión de TRS.
Si ambos cónyuges son jubilados con pensión de TRS y cada uno cumple individualmente los requisitos de elegibilidad de TRS-Care, cada uno puede solicitar cobertura por separado en TRS-Care como particulares, lo cual puede ser ventajoso desde el punto de vista financiero. Llame a TRS Health al 1-888-237-6762 para obtener más información.

Un jubilado de TRS puede obtener cobertura bajo TRS-ActiveCare como dependiente de un empleado activo inscrito en TRS-ActiveCare.

Cómo solicitar cobertura

Después de que presente su *Solicitud de jubilación por servicio* y TRS la procese, recibirá un paquete de solicitud de cobertura para TRS-Care con una *Solicitud inicial de cobertura TRS-Care*. Si desea solicitar cobertura TRS-Care, llene la *Solicitud inicial de cobertura TRS-Care* y envíela a TRS.

Si solicita la jubilación por discapacidad, TRS le enviará un paquete de solicitud de cobertura para TRS-Care si el Comité Médico de TRS aprueba su jubilación por discapacidad.

Durante el período de inscripción inicial para TRS-Care, si decide no solicitar cobertura, no tiene que hacer nada. Pero tenga en cuenta que puede solicitar cobertura en TRS-Care solo cuando sea elegible para Medicare o tenga un motivo de elegibilidad especial fuera del período de inscripción inicial (consulte Cuándo puede solicitar cobertura en **esta página** y Evento especial de inscripción en la **página 21**). Para solicitar cobertura TRS-Care, presente una *Solicitud de cobertura TRS-Care*.

Cuándo puede solicitar cobertura

Período de inscripción inicial tras jubilarse

Si usted es un jubilado por servicio, su período de inscripción inicial es el que sea **más tarde** de las siguientes opciones:

A. Fecha de entrada en vigor de su jubilación: el período de inscripción inicial vence al final del último día del mes que tiene tres meses calendario consecutivos —pero en ningún caso menos de 90 días— después de su fecha efectiva de jubilación; o bien

B. Último día del mes en que TRS reciba su decisión de jubilarse: el período de inscripción inicial vence al final del último día del mes que tenga tres meses calendario consecutivos —pero en ningún caso menos de 90 días— después del último día del mes en que TRS reciba su decisión de jubilarse.

La *Solicitud inicial de cobertura* TRS-Care deberá presentarse a más tardar el último día del período de inscripción inicial.

Consulte el cuadro 5. Período de inscripción inicial TRS-Care para obtener más información.

Período de inscripción inicial por discapacidad tras jubilarse

Si usted es un jubilado por discapacidad, el período de inscripción inicial:

- **empieza** en la fecha en que el Comité Médico de TRS apruebe la jubilación por discapacidad; y
- **vence** al final del último día del mes que cumpla tres meses calendario consecutivos —pero en ningún caso menos de 90 días— después de la fecha en que el Comité Médico de TRS apruebe su jubilación por discapacidad.

Período de inscripción inicial por fallecimiento de un jubilado o asegurado activo

El período de inscripción inicial de TRS-Care para un cónyuge sobreviviente elegible de un jubilado fallecido y para un hijo dependiente sobreviviente elegible de un jubilado fallecido, vence el último día del mes que sea tres meses calendario consecutivos —pero en ningún caso menos de 90 días— después del fallecimiento del jubilado.

El período de inscripción inicial de TRS-Care para un cónyuge sobreviviente elegible de un asegurado activo fallecido y para un hijo dependiente sobreviviente elegible de un asegurado activo fallecido, vence el último día del mes que sea tres meses calendario consecutivos —pero en ningún caso menos de 90 días— después del fallecimiento del asegurado activo.

Cuadro 5. Período de inscripción inicial para TRS-Care

Tres meses consecutivos, pero no menos de 90 días

FECHA DE JUBILACIÓN	FECHA LÍMITE DE LA SOLICITUD
30 sept.	31 dic.
31 oct.	31 ene.
30 nov.	28 feb. (o 29)
31 dic.	31 mar.
31 ene.	30 abr.
28 feb. (o 29)	31 may.
31 mar.	30 jun.
30 abr.	31 jul.
31 may.	31 ago.
30 jun.	30 sept.
31 jul.	31 oct.
31 ago.	30 nov.

¿Cuándo empieza mi cobertura?

Fecha de inicio de la cobertura

La fecha de inicio de la cobertura es la siguiente:

1. **El primer día del mes siguiente a la fecha en que se jubiló:** si TRS recibe su solicitud inicial para la cobertura TRS-Care a más tardar en la fecha en que inicia su jubilación; o bien
2. **El primer día del mes después de que TRS reciba su *Solicitud de inscripción inicial* para la cobertura TRS-Care:** si TRS recibe su *Solicitud de inscripción inicial* después de la fecha en que se jubiló, pero en su período inicial de solicitud de cobertura.

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 es válido para los jubilados por discapacidad.

Durante el período de inscripción inicial, puede hacer cambios en sus decisiones de la cobertura. La fecha de vigencia de las nuevas elecciones de cobertura es el primer día del mes después de que TRS reciba su nueva solicitud pidiendo cobertura por jubilación.

Posponer la cobertura

Durante el período de inscripción inicial, puede posponer la fecha del inicio de la cobertura TRS-Care hasta el día primero de cualquiera de los tres meses siguientes al mes de la fecha de su jubilación. Por ejemplo, si se jubila el 31 de mayo, puede posponer la fecha en que inicia la cobertura TRS-Care (normalmente el 1 de junio) al 1 de julio, 1 de agosto o 1 de septiembre.

Para una fecha de vigencia diferida, deberá escribir la fecha de vigencia de la cobertura en el espacio previsto en la *Solicitud de inscripción inicial*. Si tiene alguna pregunta sobre el aplazamiento de la fecha de inicio de su cobertura, llame a TRS Health al **1-888-237-6762**.

Evento especial de inscripción

Los eventos especiales de inscripción dan la oportunidad de inscribirse en TRS-Care fuera del período de inscripción inicial. Usted puede ser elegible para TRS-Care bajo las disposiciones de inscripción especial de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Los motivos de elegibilidad especial tienen dos categorías generales:

1. una persona sufre una pérdida involuntaria de cobertura médica integral; y
2. una persona obtiene un nuevo dependiente.

Pérdida de elegibilidad para otra cobertura

Si un jubilado o cónyuge sobreviviente pierde su cobertura

Si usted, como jubilado o cónyuge sobreviviente, no tiene cobertura TRS-Care y, por causas ajenas a su voluntad, pierde su cobertura médica integral con otro plan médico, es posible que pueda inscribirse en TRS-Care bajo un motivo de elegibilidad especial. Pero, de lo contrario, debe ser elegible para TRS-Care y poder demostrar que perdió involuntariamente la cobertura médica integral. La pérdida de la cobertura de discapacidad, enfermedad específica, la vista, dental u otras coberturas que no sean coberturas médicas integrales no se considera un evento especial de inscripción.

Si no tiene cobertura TRS-Care cuando pierda la cobertura médica integral por causas ajenas a su voluntad, puede solicitar cobertura para usted y sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la otra cobertura médica integral. Pero si tiene cobertura TRS-Care cuando pierde la cobertura de otro plan médico integral, no podrá solicitar cobertura para sus dependientes que, de lo contrario, serían elegibles.

En caso de que pierda la cobertura con otro plan, conserve su carta de notificación de terminación para demostrar a TRS que su pérdida de cobertura fue involuntaria.

Si un cónyuge u otro dependiente elegible pierde la cobertura

Cuando un cónyuge u otro dependiente elegible no tenga cobertura TRS-Care y, por causas ajenas a su voluntad, pierda la cobertura médica completa con otro plan médico, usted podrá inscribir a sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro de los 31 días después de la fecha de la pérdida involuntaria de la cobertura del otro plan médico por parte de su dependiente. Si inscribe a un dependiente elegible, también deberá inscribirse usted en TRS-Care si aún no tiene cobertura.

Algunos ejemplos de pérdida involuntaria de la cobertura médica integral son los siguientes:

- divorcio o separación legal que hace que pierda la cobertura médica integral de su cónyuge;
- un dependiente deja de tener cobertura con el plan médico integral de sus padres;
- la muerte de su cónyuge le deja sin la cobertura médica integral;
- su empleo termina junto con la cobertura médica integral de su empleador, o el empleo de su cónyuge termina junto con la cobertura médica integral del empleador de su cónyuge;
- su empleador reduce sus horas de trabajo hasta el punto de que pierda la cobertura médica integral;
- su plan de cobertura ya no ofrece cobertura médica integral a ciertos grupos de personas (por ejemplo, personas que trabajan a tiempo parcial);
- una persona pierde la cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) o de Medicaid, o pasa a tener derecho a obtener una ayuda para el pago de primas en el marco de esos programas para una cobertura médica grupal;
- una persona pierde involuntariamente su Seguro suplementario de Medicare (por ejemplo, Medigap) o una cobertura individual de Medicare Advantage;
- usted ya no vive o trabaja en el área de servicio de una HMO y dejó de tener cobertura médica integral.

Entre otros posibles eventos, estos no son eventos especiales de inscripción:

- Abandonar voluntariamente otra cobertura debido a un aumento de la prima.
- Cancelación de la cobertura por falta de pago de la prima.
- Cancelación de la cobertura por causa justificada (como hacer una reclamación fraudulenta o tergiversar intencionalmente un hecho material en relación con la cobertura).

Nuevos dependientes

Para que la inscripción sea válida, un jubilado o cónyuge sobreviviente (inscrito o elegible para TRS-Care) que obtiene un dependiente elegible por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o tutela, debe notificarlo a TRS por escrito dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que obtuvieron al dependiente elegible.

Por ejemplo, si un jubilado elegible no está inscrito en TRS-Care cuando se casa, puede inscribirse él mismo y a sus dependientes elegibles por un evento especial de inscripción. Pero el cónyuge sobreviviente no podrá inscribir a un nuevo cónyuge si el cónyuge sobreviviente se vuelve a casar.

La cobertura es efectiva:

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

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

Un matrimonio de derecho común no es un evento especial de inscripción, a menos que conste una Declaración de Matrimonio por Derecho Común ante un organismo gubernamental autorizado.

Otras reglas de inscripción

Regla de ajuste

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

Los servicios médicos por reclamaciones producidas después de la fecha efectiva para el ajuste se pagan conforme a las disposiciones revisadas de la cobertura. Una persona no tiene derechos adquiridos a los beneficios basados en las disposiciones de la cobertura efectiva antes de la fecha de ajuste.

Un aumento en el nivel de beneficios y servicios debido a una modificación de estos montos no proporcionará más beneficios y servicios con cobertura por los gastos médicos en los que se haya incurrido antes de la fecha en que el cambio entró en vigencia.

Carta de cobertura

TRS puede pedirle una carta de cobertura con las fechas exactas en las que su aseguradora anterior le proporcionó la cobertura médica integral y el motivo por el cual perdió la cobertura. TRS también puede pedirle que proporcione otras cartas de cobertura para sus dependientes elegibles que desee inscribir en TRS-Care.

¿Cuándo puede TRS-Care interrumpir mi cobertura?

La cobertura por jubilación bajo TRS-Care finaliza cuando:

- El jubilado ya no reúna los requisitos;
- TRS determine que el jubilado o su dependiente con cobertura cometieron fraude;
- El jubilado no hizo su contribución requerida; o
- TRS-Care deja de tener cobertura.

La cobertura de los dependientes de TRS-Care finaliza cuando:

- se discontinúa toda la cobertura de los dependientes bajo TRS-Care;
- un dependiente solicita cobertura en un plan ofrecido por TRS-ActiveCare o por una escuela pública de Texas que no participe en TRS-ActiveCare;
- un dependiente es elegible para la cobertura médica administrada por ERS, UT System o Texas A&M;
- un dependiente solicita cobertura en TRS-Care como jubilado;
- la persona ya no cumple la definición de dependiente de TRS-Care;
- finaliza la cobertura de jubilado;
- el jubilado realiza las contribuciones requeridas; o
- TRS determina que el dependiente asegurado cometió fraude.

No pagar a tiempo el monto total de la contribución requerida para la cobertura resultará en la terminación de la cobertura al final del mes en el que el jubilado hizo su última contribución.

Una nueva oportunidad para solicitar cobertura al cumplir 65 años

Si usted es jubilado o cónyuge sobreviviente menor de 65 años y canceló TRS-Care o no solicitó cobertura durante el período de inscripción inicial, puede inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años. En ese momento también podrá añadir dependientes elegibles.

Antes de cumplir los 65 años, TRS le enviará (al jubilado) una tarjeta postal con instrucciones sobre cómo solicitar cobertura. Para solicitar cobertura en TRS-Care a los 65 años, deberá solicitar, completar y enviar un *Formulario de oportunidad para solicitar cobertura en TRS-Care a los 65 años* a más tardar 31 días a partir del último día del mes en que cumpla 65 años. Llame a TRS Health al 1-888-237-6762 para pedir una solicitud antes de cumplir 65 años.

TRS no siempre dispone de información sobre los cónyuges sobrevivientes en sus registros. Los cónyuges sobrevivientes deben pedir y presentar su solicitud de cobertura a más tardar 31 días a partir del último día del mes en que cumpla 65 años.

Esta oportunidad de solicitud de cobertura no está disponible para los cónyuges o hijos dependientes cuando cumplan 65 años.

Cuando cumpla los requisitos para solicitar cobertura de Medicare, debe comprar y mantener la cobertura de Medicare, incluida la cobertura de la Parte B de Medicare, para inscribirse en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage® y en la cobertura de medicamentos recetados 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 cumpla los requisitos para comprarla.

¿Qué debería saber?

Cuando cumpla 65 años, puede tener la oportunidad de solicitar cobertura en TRS-Care y añadir a sus dependientes elegibles. También es elegible para Medicare, que funciona con las coberturas TRS-Care Medicare Advantage® y TRS-Care Medicare Rx®. Solo tiene que presentar un Formulario de oportunidad para solicitar cobertura en TRS-Care para mayores de 65 años de edad. TRS le inscribirá cuando confirme su elegibilidad para TRS-Care y las coberturas disponibles para usted.

¿Cuándo seré elegible para recibir Medicare?

En la mayoría de los casos, usted es elegible para recibir Medicare a los 65 años. Pero puede ser elegible a cualquier edad si recibió beneficios por discapacidad del Seguro Social durante un determinado período de tiempo.

Elegibilidad para Medicare a los 65 años

TRS le recomienda encarecidamente que solicite cobertura de Medicare tan pronto como sea elegible. Puede solicitar cobertura tres meses antes del mes en que cumpla los 65 años. Cuanto antes se registre, más pronto podrá TRS verificar su elegibilidad para Medicare y brindarle la cobertura 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 primero del mes anterior.

Período de solicitud de cobertura más corto para TRS-Care

El período de solicitud de cobertura para TRS-Care es más corto que el período de solicitud de cobertura para Medicare. El período de solicitud de cobertura para Medicare dura tres meses a partir del mes en que cumple 65 años. Pero deberá solicitar cobertura para TRS-Care a más tardar 31 días después del último día del mes en que cumpla 65 años.

Deberá comprar y mantener la Parte B de Medicare para tener derecho a las prestaciones de TRS-Care después de ser elegible para Medicare. TRS requiere esto incluso si usted no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima. Usted no tiene que comprar la Parte A si no la está recibiendo ya sin costo, pero debe comprar la Parte B de Medicare. **Si no compra y mantiene la Parte B de Medicare, se arriesga a perder toda la cobertura de TRS-Care.**

Elegibilidad de Medicare para la enfermedad renal en etapa final (ESRD, en inglés)

Si usted es elegible para Medicare a causa de una enfermedad renal en etapa final, Medicare paga de forma secundaria a TRS-Care porque las normas federales exigen que TRS-Care sea el pagador principal durante un período determinado. Una vez que la Parte A de Medicare se convierte en su cobertura principal, la prima mensual y el deducible de TRS-Care disminuyen. Si reúne los requisitos debido a una enfermedad renal en etapa final, comuníqueselo a TRS por teléfono o por escrito.

¿Qué pasos debo seguir cuando cumpla 65 años?

A los 65 años tendrá derecho a Medicare y podrá solicitar cobertura tres meses antes del mes en que cumpla los 65.

- ☑ Si tiene derecho a la Parte A de Medicare (hospitalización) sin prima, solicítela en https://www.ssa.gov/benefits/medicare/ (haga clic en "Español"). 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 cumpla los requisitos para solicitar cobertura. Usted debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para tener derecho a TRS-Care Medicare. La Administración del Seguro Social puede confirmar el monto de su prima de la Parte B; TRS no deducirá su prima de la Parte B de su pensión de TRS.
- ☑ Si tiene cobertura TRS-Care Standard, antes de cumplir los 65 años, UnitedHealthCare le enviará un paquete con un formulario solicitándole su Número de Identificación de Beneficiario de Medicare (MBI, en inglés). Este es el número que aparece en su tarjeta de Medicare. TRS debe tener su MBI para que puedan solicitar la cobertura TRS-Care Medicare para usted. Por favor, llene y envíe el formulario a TRS.
- ☑ Asimismo, TRS le enviará un kit de solicitud de cobertura para TRS-Care Medicare. Revise los materiales del kit. Si va a añadir dependientes, llene y envíe la *Solicitud de cobertura TRS-Care* a más tardar 31 días después del último día del mes en que se jubile o cumpla 65 años.

Una vez que TRS confirme que usted es elegible para TRS-Care Medicare y confirme su estado de Medicare, TRS le brindará cobertura en TRS-Care Medicare Advantage® y en TRS-Care Medicare Rx.® **Si TRS no obtiene su Número de Identificación de Beneficiario de Medicare (MBI), TRS no podrá brindarle cobertura y usted se arriesgaría a perder la cobertura de TRS-Care por completo.**

Glosario

Oportunidad para solicitar cobertura a los 65 años
La oportunidad para que los jubilados elegibles para TRS-Care soliciten cobertura por primera vez y añadan a los dependientes elegibles. Los jubilados de TRS elegibles que tengan la cobertura TRS-Care cuando cumplan 65 años también pueden agregar dependientes elegibles en ese momento.

Cualquier otro hijo que mantenga una relación de padre e hijo normal
Un hijo que no sea su nieto; el hijo no está casado; el domicilio principal del hijo es su hogar; usted proporciona al menos la mitad de la manutención del hijo; ninguno de los padres naturales del hijo viven en su hogar; usted tiene derecho legal a tomar decisiones sobre la atención médica del hijo; y usted tiene la tutela legal total del hijo
(TRS requiere documentación).

Deducible
El monto de los gastos médicos con cobertura que usted paga cada año de cobertura (del 1 de enero al 31 de diciembre) antes de que TRS-Care pague los gastos médicos incluidos elegibles de atención no preventiva.

Coaseguro
El porcentaje de las cantidades permitidas para los gastos médicos incluidos que usted debe pagar después de cumplir con su deducible de TRS-Care. El coaseguro se suma al deducible, los copagos por consultas en un consultorio, los cargos por servicios sin cobertura, las multas por precertificación y los cargos fuera de la red, que son su responsabilidad.

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

Período de inscripción inicial
La primera vez que el jubilado tiene la oportunidad de solicitar cobertura para TRS-Care (en el momento de la jubilación). **Consulte el cuadro 5. Período de inscripción inicial para TRS-Care en la página 19** para consultar los plazos.

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

Primas
Es la contribución mensual que un jubilado o su cónyuge sobreviviente realiza para la cobertura de TRS-Care para sí mismo y para sus dependientes elegibles.

Motivo de elegibilidad especial
Le da la posibilidad de solicitar cobertura TRS-Care en un momento distinto al del período de inscripción inicial. Para solicitar cobertura por un motivo de elegibilidad especial hay que cumplir unos criterios específicos.

Formulario de solicitud de cobertura TRS-Care
Puede referirse a la solicitud para el período de inscripción inicial o a la solicitud por motivo de elegibilidad especial.

Información de contacto del programa

TRS Health

1000 Red River St.
Austin, TX 78701-2698

1-888-237-6762

de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

https://www.trs.texas.gov/

Cobertura médica TRS-Care Standard

Administrada por BCBSTX

Guía personal de la salud:
1-866-355-5999

espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Teladoc: 1-855-835-2362

Cobertura para medicamentos recetados estándar de TRS-Care

Administrada por Express Scripts

Atención al cliente:
1-855-778-1459

https://express-scripts.com/trscarestandard

Avisos legales

Aviso
TRS-Care puede cambiar para proporcionar niveles de cobertura diferentes a los descritos en los materiales de su cobertura (incluida esta guía) o la cobertura TRS-Care puede interrumpirse. El costo de la cobertura TRS-Care puede cambiar si lo aprueba la Junta de fideicomisarios de TRS. Si esta guía no es coherente con las leyes y normas del TRS, las leyes y normas del TRS sustituirán a esta guía. El *Certificado de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care también sustituye a la información de otros materiales de la cobertura, incluida esta guía. TRS-Care se reserva el derecho a modificar el *Certificado de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care en cualquier momento. Por lo general, TRS publicará dichas modificaciones en la versión en línea del *Certificado de beneficios y servicios médicos* de TRS-Care en su página 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 personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

TRS:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  – intérpretes de lenguaje de señas;
  – información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  – intérpretes capacitados;
  – 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 se 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:** Section 1557 Coordinator, 1000 Red River St., Austin, Texas, 78701
- **Por fax:** 512-542-6575
- **Por correo electrónico:** section1557coordinator@trs.texas.gov

Puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea, por correo o por teléfono:

- **En línea:** https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- **Por correo:** U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Servicios de interpretación multilingüe

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-237-6762 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-237-6762 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-237-6762 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-237-6762（TTY：711）。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-237-6762 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل بالرقم 1-888-237-6762 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان مدد کی خدمات آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-888-237-6762 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-237-6762 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-237-6762 (ATS : 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-237-6762 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می‌کنید، تسهیلات زبانی رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-888-237-6762 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-237-6762 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-237-6762 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-237-6762 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-237-6762（TTY:711）**まで、お電話にてご連絡ください。**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-888-237-6762 (TTY: 711).

Aviso de prácticas de privacidad de Teacher Retirement System of Texas

TRS cambió su Aviso de prácticas de privacidad (NPP, en inglés) el 1 de septiembre de 2020. Encontrará la copia revisada del NPP en inglés en https://www.trs.texas.gov/TRS%20Documents/notice_privacy_practices.pdf

En el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) se explica cómo TRS puede utilizar y divulgar su información médica protegida, así como sus derechos y las obligaciones de TRS con respecto a dicha información.

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

Cómo puede usar y divulgar TRS su información médica protegida

Determinados usos y divulgaciones no requieren su permiso por escrito.

Para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida que se describe inmediatamente a continuación, TRS o los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores de la cobertura médica o coordinadores de beneficios en farmacia 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 el título 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 de la cobertura médica y coordinadores de beneficios en farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare.
  - **Para tratamiento.** TRS no es un profesional médico y no participa directamente en las decisiones sobre ningún tipo de tratamiento médico que usted debe recibir. TRS tampoco conserva sus expedientes médicos actuales. 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 servicios médicos para usted u otra persona o para la compañía responsable de pagar la factura. La factura podría incluir información que lo identifica, los servicios 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 de la cobertura médica. TRS podría proporcionar 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 usase y compartiese 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 de atención 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.

- **Para funciones específicas del gobierno.** TRS podría divulgar información médica protegida del personal militar y veteranos del ejército en determinadas 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 comerciales.** TRS tiene contratos con personas y empresas (socios comerciales) que ayudan a TRS en su negocio de proporcionar cobertura de atención médica y a tomar decisiones relacionadas con 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, gestión 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 servicios 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 servicios médicos con cobertura que pueden ser de su interés.
- **Procedimientos legales.** TRS podría 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 sea necesario para proporcionar evidencia de un delito que se haya 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. Es más, 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 retiren 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 recluido 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 proporcione 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 proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **A su representante personal.** TRS podría proporcionar su información médica protegida a una persona que le represente o tenga su autorización, o a cualquier persona que usted haya indicado a TRS por escrito que actúa en su nombre.
- **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 sus problemas de salud, su 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.

Determinados 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 de esto 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 podría 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.

Determinadas divulgaciones que se le exigen a TRS.

La siguiente es una descripción de las divulgaciones que se le exige hacer por ley a TRS:

- **Divulgaciones al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.** Se exige a TRS que divulgue su información médica protegida al secretario 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 servicios médicos. También se exige a TRS que proporcione, 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 de la compañía aseguradora o un coordinador de beneficios en farmacia. Si solicita información médica protegida, TRS colaborará con el administrador o el coordinador de beneficios en farmacia para proporcionarle su información médica protegida.

Determinados usos y divulgaciones de información genética que no pueden hacerse.

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

Determinados usos y divulgaciones de información médica protegida que no se harán.

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores de la cobertura médica o coordinadores de beneficios en farmacia 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 de la cobertura médica o coordinadores de beneficios en farmacia 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 proporciona a TRS dicha autorización, 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 permiso 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 de la cobertura médica o coordinadores de beneficios en farmacia 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 limite sea necesaria para su tratamiento de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que la ley exija a TRS que haga. Si está asegurado por TRS-ActiveCare, 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, debe indicar 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, debe indicar 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 indica 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 correo electrónico, 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 el franqueo si solicita que le envíen las copias por correo. En lugar de proporcionarle la información médica protegida que solicita, TRS podría proporcionarle 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 el franqueo 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 determinadas 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 servicios médicos 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 determinadas 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 breve 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 el franqueo 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.

Debe informar a TRS en la carta 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 utilizada 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 tiene las siguientes características:

- 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 el secretario 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 cambiasen; 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 cambiasen.

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 la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) 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.

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
Por fax al **(214) 767-0432** y por 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 se presentan; (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
(800) 806-2092

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 St.
Austin, TX 78701-2698
www.trs.texas.gov