



Todo lo que necesita saber sobre la
Inscripción Anual de TRS-ActiveCare

Período de Inscripción:
1º de julio al 22 de agosto de 2016



Cómo encontrar lo que está buscando

¿Desea encontrar un tópico rápidamente?
A través de esta Guía Electrónica (eGuide),
usted puede hacer clic en:

- Íconos (en el lado derecho de cada página)
- Direcciones de sitios web
- Referencias a secciones
- Botones de navegación
(en la parte inferior de cada página)

Se le transferirá a esa sección o página automáticamente.

TABLA DE CONTENIDO



4 Su lista de verificación para la inscripción



5 Bienvenido a la inscripción en el plan para el año 2016-2017

- 6 Qué hay de nuevo
- 7 Conozca a ALEX
- 7 Su tarjeta de identificación de Aetna



8 Planes de TRS-ActiveCare y beneficios para adquirir medicinas recetadas

8 Planes de TRS-ActiveCare

- 8 ActiveCare 1-HD y la Cuenta de Ahorros Médicos (Health Savings Account)
- 9 ActiveCare Select
- 11 ActiveCare 2
- 12 Resumen de beneficios médicos de ActiveCare y comparación de los planes
- 13 Cómo funcionan los planes médicos

15 Beneficios de medicinas recetadas

- 15 Cómo funcionan los beneficios de medicinas recetadas
- 15 Cuando usted necesita comprar una medicina recetada
- 16 Resumen de beneficios de medicinas recetadas



17 Herramientas y recursos de TRS-ActiveCare para la salud y el bienestar personal

17 Recursos de acceso móvil y electrónico

- 17 Aetna Navigator®, su sitio web seguro para miembros
- 18 Aplicaciones y herramientas

18 Servicios de Telehealth

- 18 Aetna Health Concierge
- 18 Teladoc®
- 18 Línea de Información Telefónica para comunicarse con enfermeros las 24 horas del día

19 Recursos de TRS-ActiveCare para el bienestar personal



20 Maneras de ahorrar

**Para respuestas e información,
llame al Departamento de Asistencia
al Cliente**

Planes TRS-ActiveCare

**ActiveCare 1-HD, ActiveCare Select
y ActiveCare 2**

1-800-222-9205

1-800-628-3323 – Número TTY

(Para personas con impedimento auditivo)

Lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., Hora del Centro

Planes HMO

FirstCare

1-800-884-4901

Lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., Hora del Centro

Scott & White Health Plan

1-800-321-7947

Lunes a domingo, de 7 a.m. a 8 p.m., Hora del Centro

Allegian

1-855-463-7264

Lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., Hora del Centro



aetna®

TABLA DE CONTENIDO CONT.



22 Planes HMO

22 Planes HMO

22 Tabla de opciones del plan HMO

23 Resumen de beneficios y comparación de planes HMO

24 Recursos HMO para el bienestar personal



25 Costo de la cobertura

25 Unión de fondos (pooling funds) /prima compartida (split premium)

26 Costo bruto mensual: año del plan 2016-2017



27 Inscripción

27 ¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

28 Programa CHIP (Children's Health Insurance Program)

29 Para saber cómo inscribirse

29 Fechas límites de inscripción para las personas que se inscriban por vez primera y para los empleados recién contratados

29 Para rechazar la cobertura

30 Eventos de inscripción especial

30 Cobertura de TRS-ActiveCare para recién nacidos



31 Avisos Importantes

Esta guía de inscripción le proporciona un resumen de los beneficios del programa TRS-ActiveCare. Para ver una descripción detallada de su programa, consulte nuestro Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare o a su Declaración de Cobertura de HMO. El Folleto de Beneficios estará disponible en línea antes del 1° de septiembre de 2016 y constituye la declaración oficial de los beneficios de TRS-ActiveCare. Los Documentos de la Declaración de Cobertura de HMO estarán disponibles en la Internet y podrá obtener copias impresas de la misma directamente a través de su HMO. Los beneficios de TRS-ActiveCare se pagarán de acuerdo a lo estipulado en el Folleto de Beneficios o en la Declaración de Cobertura de HMO y demás documentos legales que rigen el programa.

Usted puede ver además un Resumen de Beneficios y Cobertura en el www.tractivecareetna.com o llamar al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** para solicitar una copia.

Esta Guía de Inscripción se aplica al año del plan 2016-2017 de TRS-ActiveCare y sustituye cualquier versión anterior de la Guía de Inscripción. Sin embargo, cada versión de la Guía de Inscripción permanece vigente para el año del plan al cual se aplica. Además de las leyes y reglamentos de TRS, la Guía de Inscripción constituye la declaración oficial de TRS-ActiveCare en cuanto a los asuntos de inscripción contenidos en la Guía de Inscripción y sustituye cualquier otra declaración o representación efectuada en relación con la inscripción de TRS-ActiveCare, sin importar la fuente de procedencia de la declaración o representación. TRS-ActiveCare se reserva el derecho a enmendar la Guía de Inscripción en cualquier momento.

TRS no ofrece ni patrocina ningún tipo de cobertura suplementaria para ninguno de los planes de cobertura médica disponibles a través de TRS-ActiveCare. Para más información sobre cualquiera de las coberturas que supuestamente acompañe o complementa alguno de los planes de TRS-ActiveCare, las personas interesadas deberán comunicarse con la organización que esté presentando dicha oferta o con el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance o TDI, por sus siglas en inglés) al <http://www.tdi.state.texas.gov> o bien llamando a la Línea Telefónica de Asistencia al Consumidor de TDI al **1-800-252-3439**.

Los beneficios médicos de TRS-ActiveCare los administra Aetna. Los beneficios de recetas médicas para ActiveCare 1-HD, ActiveCare Select y ActiveCare 2 los administra Caremark. Los planes HMO los proporciona: SHA, L.L.C., con la razón social (dba) FirstCare Health Plans, Scott and White Health Plan y Allegian Insurance Company con la razón social Allegian Health Plans, anteriormente conocido como Valley Baptist Health Plans.





SU LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

Medidas que debe tomar antes del 22 de agosto de 2016

- ☐ Evalúe sus necesidades de cobertura médica para el próximo año.
- ☐ Descubra si usted debe inscribirse durante este período de inscripción anual.
Pase a la página 6 [Qué Hay de Nuevo # 1]
- ☐ **NUEVO:** Utilice a ALEX, su consejero personal de beneficios en la Internet, para aprender más sobre las opciones de su plan TRS-ActiveCare y para tomar una decisión informada.
Pase a la página 7 [Qué Hay de Nuevo / ALEX]
- ☐ Revise y compare las opciones de TRS-ActiveCare y del plan HMO que están a su disposición.
Pase a las páginas 12 y 23 [Qué Hay de Nuevo # 1]
- ☐ Utilice la herramienta para la búsqueda de proveedores para ver si sus médicos pertenecen a la red o redes del plan que usted está considerando.
Pase a la sección “¿Pertenece su médico a la red?” dentro de la descripción de cada plan, comenzando con la página 9.
- ☐ Revise el costo de su cobertura.
Pase a la página 26 [Costo de Cobertura]
- ☐ Revise los requisitos de elegibilidad para usted y los miembros de su familia.
Pase a la página 27 [¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?]
- ☐ Inscribbase para recibir beneficios médicos desde el 1° de julio hasta el 22 de agosto de 2016.
Pase a la página 29 [Para saber cómo inscribirse]





BIENVENIDO A LA INSCRIPCIÓN DEL PLAN 2016-2017

1º de julio al 22 de agosto de 2016

Esta guía está diseñada para ayudarle a tomar la mejor decisión en cuanto al plan médico para usted y su familia. Aquí encontrará un resumen de lo que hay de nuevo para el próximo año del plan, descripciones de las opciones de los planes disponibles, instrucciones para la inscripción e información sobre recursos útiles y servicios que están a su disposición.

Asegúrese de leer esta guía y seleccione su plan cuidadosamente. Una vez que se haya inscrito, usted no podrá cambiar de plan durante el año del plan (es decir, desde el 1º de septiembre de 2016 hasta el 31 de agosto de 2017), a menos que ocurra un evento de inscripción especial (pase a la página 30). Podrían aplicarse restricciones en cuanto a hacer cambios al plan en años futuros.

Para más información sobre las opciones del plan, visite www.tractivecareetna.com o llame al **1-800-222-9205**.

Para recibir ayuda con preguntas relacionadas con los beneficios y necesidades médicas, llame al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** para hablar con un representante de Aetna Health Concierge.





Qué hay de nuevo

1. La opción actual del plan que usted haya elegido se transferirá al nuevo año del plan (del 1º de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017). Usted no tiene que inscribirse activamente para recibir cobertura este año, **A MENOS QUE:**

- Recientemente, usted haya pasado a ser elegible para recibir cobertura.
- Usted esté cambiando de plan o agregando a dependientes para el próximo año del plan.
- Usted desea rechazar la cobertura para el año 2016-2017.
- Su distrito o entidad requiere que usted se inscriba cada año.

En estos casos, debe inscribirse o bien para rechazar la cobertura durante el período de inscripción.

2. Cambiarán las tarifas y beneficios de todos los planes de TRS-ActiveCare.

Pase a las páginas 12 y 16 para información sobre los cambios relacionados con planes médicos y de medicinas recetadas. Pase a la página 26 para información sobre costos de cobertura.

3. El desembolso personal del plan ActiveCare 1-HD funcionará igual que en otros planes.

Pase a la página 9 para ver la explicación.

4. El plan ActiveCare 1-HD contará con cobertura mejorada para medicamentos genéricos preventivos.

Vigente el 1º de septiembre de 2016, ciertos medicamentos genéricos preventivos estarán disponibles sin costo alguno. Pase a la página 9 para ver la explicación. Visite el www.tractivecareetna.com/coverage para ver la lista de medicamentos.

5. Vigente el 1º de septiembre de 2016, habrá que inscribir a los recién nacidos dentro del transcurso de 31 días posteriores al nacimiento a fin de que puedan recibir cobertura.

Pase a la página 30 para ver la explicación.

6. Si un empleado actual pasa a ser empleado a tiempo completo (por ejemplo, si de haber trabajado 10 horas por semana o de trabajar a medio tiempo pasa a trabajar a tiempo completo) durante el año del plan, el empleado tendrá un lapso de 31 días como oportunidad para inscribirse en TRS-ActiveCare.

Pase a la página 29 para ver la explicación.

Recuerde, el período de inscripción del plan es un buen momento para evaluar sus necesidades.

Aunque no se requiera que usted seleccione activamente un plan este año, tómese un tiempo para considerar si su plan actual funcionará para usted en lo sucesivo. Piense en eventos próximos, tales como una cirugía programada o recomendada, el nacimiento de un hijo, matrimonio o divorcio y otros cambios que pudieran surgir en cuanto a sus circunstancias.



Conozca a ALEX

¿Necesita ayuda para tomar una decisión? Este año, usted tendrá a ALEX.

ALEX es una herramienta electrónica que usted puede utilizar para aprender más sobre las opciones de los planes de TRS-ActiveCare que están a su disposición y decidir cuál funciona mejor para usted y su familia. ALEX recauda algunos datos sencillos y le guía a través de los beneficios, características y costos – sin usar el lenguaje técnico de seguros.

Permita que ALEX:

- Le ayude a comprender y comparar las opciones del plan
- Le explique términos relacionados con beneficios médicos
- Le muestre cómo funcionan las diferentes características de los planes – deducibles, coseguro, máximos de desembolso personal
- Le guíe a calcular los ahorros de impuestos con una cuenta de ahorros médicos (si está considerando el plan ActiveCare 1-HD).

Una vez que usted haya terminado, ALEX resumirá sus recomendaciones en su página web de beneficios personales. Solamente haga clic en el enlace para reiniciar la conversación en cualquier momento.

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

¡Alex puede ayudarle a comprenderlo todo!



Su tarjeta de identificación de Aetna

Cuando se inscriba por vez primera en uno de los planes de TRS-ActiveCare (es decir, no en un HMO), efectúe un cambio en cuanto al plan o bien agregue o elimine a un dependiente (incluso cuando agregue a un recién nacido), usted recibirá por correo una tarjeta de identificación como miembro de Aetna. Su tarjeta es una tarjeta familiar que enumera hasta cinco miembros cubiertos de la familia. Si tiene más de cuatro dependientes, recibirá una tarjeta adicional que muestre al otro u otros dependientes.

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

- “ChoicePOS II” para los planes ActiveCare1-HD y ActiveCare 2 “Aetna SelectSM Open Access” para ActiveCare Select (junto con la red Select Whole HealthSM, de aplicarse al caso).
- Los miembros de ActiveCare Select Whole Health recibirán una tarjeta de identificación dorada. Esto ayuda a distinguir cuáles proveedores se han asignado a su plan.

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





PLANES DE TRS-ACTIVECARE

Esta sección describe las opciones del plan de TRS-ActiveCare que están disponibles a usted para el año 2016-2017. Para comparar los planes, vea la tabla que aparece en la página 12.

ActiveCare 1-HD y la Cuenta de Ahorros para la Salud

ActiveCare 1-HD es un plan médico de alto deducible (high-deductible health plan o HDHP) que ofrece cobertura médica tradicional más la oportunidad de efectuar contribuciones a una cuenta de ahorros médicos (health savings account o HSA) antes de que le deduzcan el impuesto sobre la renta correspondiente. La cuenta de ahorros médicos puede utilizarse para pagar gastos médicos elegibles incurridos actualmente o en el futuro.

¿Es este el plan que más le conviene a usted?

Probablemente, desee usted considerar el plan ActiveCare 1-HD si:

- Desea tener la libertad de utilizar a cualquier proveedor y la opción de ahorrar dinero cuando utilice proveedores pertenecientes a la red.
- Desea un plan con una prima más baja que le ofrezca aún una cobertura amplia.
- Le gusta la idea de colocar dinero en una cuenta aparte que no requiera la deducción de impuestos antes del depósito, una cuenta que pueda usted utilizar para pagar gastos médicos elegibles en los que incurra actualmente o en el futuro.

¿Necesita ayuda para tomar una decisión?

Verifique con ALEX, su nuevo consejero electrónico de beneficios. Pase a la página 7 para aprender más al respecto.



Cómo funciona el plan ActiveCare 1-HD

Usted debe satisfacer el deducible antes de que el plan comience a pagar beneficios, excepto para el cuidado preventivo. El deducible puede satisfacerlo un familiar o una combinación de familiares. Sin embargo, no se pagan beneficios para ninguno de los gastos en lo que incurran los familiares hasta tanto se haya satisfecho el deducible completo (\$5,000 o \$2,500 por persona con cobertura individual).

Una vez que se haya satisfecho el deducible, usted comparte los gastos cubiertos. El plan paga un porcentaje de gastos cubiertos (lo que se conoce como coseguro) y usted paga una porción. La porción suya es menor cuando usted utiliza proveedores pertenecientes a la red. Para encontrarlos, visite el www.tractivecareetna.com y haga clic en “Buscar un Doctor o Centro Médico”, a la derecha de la página de inicio (home page).

El plan limita sus gastos por desembolso personal. Una vez que la porción suya de los gastos alcance el máximo de desembolso personal, el plan pagará los beneficios en un 100% durante el resto del año del plan.

NUEVO PARA EL AÑO 2016-2017: El máximo de desembolso personal para ActiveCare 1-HD funcionará igual que el máximo de desembolso personal de las demás opciones del plan. Es decir que se aplicará a cada persona cubierta individualmente, hasta alcanzar el máximo por familia. El máximo de desembolso personal individual solamente incluye gastos cubiertos en lo que haya incurrido esa persona. Después de que cada persona cubierta haya satisfecho su máximo de desembolso personal individual, el plan pagará un 100% de los beneficios para esa persona.

Ciertos medicamentos genéricos preventivos están disponibles sin costo alguno. El deducible y el coseguro **no** se aplican a estos medicamentos genéricos. Visite el www.tractivecareetna.com/coverage y haga clic en “Active-Care 1-HD” para ver la lista de medicamentos.

Pase a la tabla que aparece en la página 12 para información sobre las cantidades de deducible, coseguro y máximo de desembolso personal.

¿Pertenece su médico a la red?

Para encontrar proveedores pertenecientes a la red, visite el www.tractivecareetna.com y haga clic en “Buscar un Doctor o Centro Médico”, a la derecha de la página de inicio y siga las instrucciones.

Usted podría tener una cuenta de ahorros médicos o HSA. Para ser elegible, usted:

- Debe estar cubierto por un plan médico de alto deducible, tal como ActiveCare 1-HD*.
- No puede estar cubierto por ningún otro seguro médico**.
- No puede ser elegible para recibir beneficios de Medicare.
- No puede aparecer como dependiente de alguien más en la declaración de impuesto sobre la renta.

TRS no ofrece cuentas HSA, pero algunas entidades participantes de TRS-ActiveCare podrían hacerlo. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para saber más al respecto. De lo contrario, usted podría abrir una cuenta HSA en un banco o unión crediticia local.

Si usted abre una cuenta de ahorros médicos, puede usarla para pagar gastos médicos actualmente elegibles o puede permitir que se acumule para cubrir gastos futuros, aun los que surjan durante su jubilación. Las contribuciones efectuadas a su cuenta están sujetas a la deducción de impuestos sobre la renta. Los retiros efectuados para pagar gastos elegibles no están sujetos a la deducción de impuestos y los saldos se acumulan libres de impuesto.

*ActiveCare 1-HD cumple con la definición actual del IRS como plan médico de alto deducible para todos los niveles de cobertura (empleado solamente, empleado y cónyuge, empleado e hijos y empleado y familia). Para aprender sobre lo que sucede con su deducible y gastos de desembolso personal al eliminar usted familiares durante el año del plan, llame al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.

**No se aplica específicamente al seguro para lesiones y accidentes, seguro de incapacidad, cuidado dental, de la vista y seguro para cuidados a largo plazo.

**Does not apply to specific injury insurance and accident, disability, dental, vision and long-term care insurance.

ActiveCare Select

ActiveCare Select proporciona los beneficios médicos esenciales que se requieren de todos los planes médicos. Cubre el cuidado que va desde los servicios preventivos hasta las hospitalizaciones y ofrece los costos de desembolso personal más bajos de todas las opciones del plan. Si usted elige este plan, se le colocará automáticamente en ActiveCare Open Access o en el plan ActiveCare Select Whole Health. Su colocación dentro del plan se basará de la dirección física suya. Consulte la tabla de la red de ActiveCare Select que aparece en la página 10 para ver a cuál plan lo asignarán.

Es importante que usted sepa que ActiveCare Select es un plan de la red exclusivamente. Simplemente paga beneficios cuando usted recibe el cuidado a través de doctores y demás proveedores que pertenecen a la red dedicada (excepto en el caso de una verdadera emergencia médica) según se describe en la página 10. Si usted procura asistencia médica fuera de su red, pagará entonces todos los cargos facturados como parte de su desembolso personal.

¿Es este el plan que más le conviene a usted?

Probablemente desee usted considerar a ActiveCare Select si:

- Comprende a cuál red de ActiveCare Select lo asignarán a usted, dependiendo del condado en que vive. Pase a la tabla de la red que aparece en la página 10.
- Desea un deducible y prima más bajos para la cobertura.
- **No** anticipa que utilizará proveedores no pertenecientes a la red.
- **No** cubre dependientes que vivan fuera del área de la red de su plan.

Nota: Si a usted lo colocan en una red de Select Whole Health, **no** se cubrirá el cuidado que no sea de emergencia para los dependientes que vivan fuera del área.

¿Necesita ayuda para tomar una decisión?

Verifique con ALEX, su nuevo consejero electrónico de beneficios. Pase a la página 7 para aprender más al respecto.



Redes de ActiveCare Select

Cuando usted se inscribe en ActiveCare Select, se le asigna a una de las dos redes de proveedores, dependiendo de dónde viva. Vea la tabla de la red para determinar cuál red se aplicará a su caso. Usted no puede elegir una red. Se le asignará una basada en su domicilio.

La red de Aetna Whole Health es una red local de cuidado responsable que incluye médicos, enfermeros y demás proveedores dedicados a sus necesidades exclusivas de cuidado médico. Con Aetna Whole Health, usted cuenta con un equipo de cuidado dirigido por su médico de cabecera. Hay coordinación y comunicación entre los miembros del equipo y a usted se le recomienda que adopte un rol más activo en cuanto a su cuidado médico y bienestar personal.

La red Aetna Select es una red nacional de acceso abierto. Cubre una amplia gama de servicios que van desde el cuidado primario hasta el de especialidad, servicios de hospital y de diagnóstico.

El plan ActiveCare Select está compuesto por cuatro opciones de ActiveCare Select Whole Health y una opción de ActiveCare Select Open Access. Los beneficios para estas opciones son iguales.

Cómo funciona el plan

- Para la mayoría de las visitas al consultorio médico, usted paga una cantidad fija.
- Los cargos no sujetos al copago por visita al consultorio médico están sujetos al deducible del plan o a otros copagos aplicables. Para muchos servicios, esta es una cantidad fija más un porcentaje de los cargos facturados.
- El plan paga beneficios **solamente** cuando usted y sus dependientes cubiertos utilizan proveedores pertenecientes a la red (excepto en el caso de una verdadera emergencia). Si usted procura asistencia médica fuera de la red que aplica (vea la tabla de la red), usted pagará todos los cargos facturados como desembolso personal.
- Una vez que sus gastos de desembolso personal alcancen el máximo de desembolso personal del plan, el plan pagará un 100% de los gastos cubiertos para el resto del año del plan.

¿Pertenece su médico a la red?

Para encontrar proveedores pertenecientes a la red, visite el www.trselectivecareetna.com y haga clic en "Buscar a un Médico o Centro Médico" ("Find a Doctor or Facility"). En el lado derecho de la página principal (home page). Siga las instrucciones y cuando se le pida que "seleccione un plan", utilice las siguientes instrucciones y el gráfico de la red.

- Si usted vive en uno de los condados enumerados en la siguiente columna, busque bajo ActiveCare Select / Select Whole Health, después seleccione la red correspondiente a su condado. Por ejemplo, si usted vive en el condado de Denton, su red será Baylor Scott & White Quality Alliance.*
- Si usted no vive en uno de los condados enumerados en la siguiente columna, busque bajo ActiveCare Select / Select Whole Health, después seleccione "ActiveCare Select".*

Gráfico de la red ActiveCare Select

Si usted vive en uno de estos condados	Busque bajo el plan "ActiveCare Select / Select Whole Health" en la casilla que dice "Seleccione un Plan" y después seleccione:
- Bexar - Comal - Guadalupe - Kendall	Baptist Health System and HealthTexas Medical Group
- Collin - Dallas - Denton - Ellis - Parker - Rockwall - Tarrant	Baylor Scott & White Quality Alliance
- Ft. Bend - Harris - Montgomery	Memorial Hermann Accountable Care Network
- Hays - Travis - Williamson	Seton Health Alliance
Si usted no vive en uno de los condados enumerados anteriormente	Busque bajo el plan "ActiveCare Select / Select Whole Health" en la casilla que dice "Seleccione un Plan" y después escoja "ActiveCare Select".

Para las cantidades de deducible, coseguro / copago y máximo de desembolso personal, pase a la tabla de beneficios que aparece en la página 12.

Información importante que usted debe saber: El área donde vive determina su red de ActiveCare Select

Si **usted** vive en o cerca de San Antonio, Dallas/Ft. Worth, Austin o Houston (es decir, en uno de los condados mencionados en la tabla) y elige ActiveCare Select como su plan, usted y sus dependientes cubiertos deberán recibir asistencia médica a través de la red ActiveCare Select Whole Health. Esto se aplica, aunque sus dependientes cubiertos vivan temporal o permanentemente fuera del área de la red. Por ejemplo, los niños que no están en la escuela o no viven con el padre o madre participante en el plan. Probablemente, desee usted considerar elegir otro plan si vive en uno de los condados mencionados en la tabla Y tiene dependientes en un área no mencionada.

Si usted se muda fuera del área de la red de Select Whole Health durante el año del plan, permanecerá en el plan ActiveCare Select, pero podrá usar proveedores de la red de ActiveCare Select (de Acceso Abierto) o una red de Select Whole Health diferente, dependiendo del condado al cual se mude. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación que muestre el cambio en cuanto a la red.

Si usted está dentro de la red ActiveCare Select (de Acceso Abierto) y se muda a un condado asignado a una red ActiveCare Select Whole Health, lo transferirán a esa red Select Whole Health.



ActiveCare 2

Con ActiveCare 2, usted es libre para recibir asistencia médica a través de cualquier médico certificado u otro proveedor de asistencia médica. Cuando usted selecciona proveedores que pertenecen a la red de Aetna, usted paga menos como desembolso personal por los servicios cubiertos.

¿Es este el plan que más le conviene a usted?

Probablemente, usted desee considerar ActiveCare 2 si:

- Desea un deducible menor que el que ofrece ActiveCare 1-HD
- Desea la libertad de utilizar cualquier proveedor médico y la opción de ahorrarse dinero cuando utilice proveedores pertenecientes a la red.
- Prefiere pagar una cantidad fija por las visitas al consultorio médico.

¿Necesita ayuda para tomar una decisión?

Verifique con ALEX, su nuevo consejero electrónico de beneficios.

Pase a la página 7 para aprender más al respecto.



¿Cómo funciona el plan?

ActiveCare 2 funciona en forma muy parecida al ActiveCare 1-HD, excepto porque:

- El deducible es menor.
- Usted no tiene la opción de establecer una cuenta de ahorros médicos para ayudar a pagar por los gastos médicos elegibles.
- Usted puede participar en una Cuenta de Gastos Flexibles (no proporcionada por TRS).

¿Pertenece su médico a la red?

Para encontrar proveedores de la red, visite el www.tractivecareetna.com y haga clic en “Buscar a un Médico o Centro Médico” (“Find a Doctor or Facility”), a la derecha de la página de inicio y siga las instrucciones.

Para las cantidades de deducible, coseguro / copago y máximo de desembolso personal, pase a la tabla de beneficios que aparece en la página 12.

Tipo de Servicio	Red de ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott & White Quality Alliance; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance)	Red de ActiveCare 2	Fuera de la Red
Deducible (por año del plan)	\$2,500 empleado solamente \$5,000 familia	\$1,200 por persona \$3,600 por familia	\$1,000 por persona \$3,000 por familia	AC1-HD y AC2: Los deducibles son iguales a los de la red AC Select: No hay cobertura para los servicios fuera de la red
Desembolso Personal Máximo (por año del plan; incluye el deducible médico/ cualquier copago médico/ coseguro/ cualquier deducible por medicina recetada y copagos / coseguro aplicables)	\$6,550 por persona \$13,100 por familia (el desembolso personal individual solo incluye los gastos cubiertos en que haya incurrido esa persona)	\$6,850 por persona \$13,700 por familia	\$6,850 por persona \$13,700 por familia	AC1-HD y AC2: Los máximos de desembolso personal son iguales a los de la red AC Select: No hay cobertura para los servicios fuera de la red
Visitas al Consultorio Médico	20% después del deducible	\$30 copago por médico primario \$60 copago por especialista	\$30 copago por médico primario \$50 copago por especialista	AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre
Cuidado Preventivo	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre
Servicios de Médicos de Teladoc	\$40 honorario por consulta (aplica al deducible y máximo de desembolso personal)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	El plan paga un 100% (se omite el deducible)	AC1-HD, AC Select, AC2: No se aplica
Laboratorio de Diagnóstico	20% después del deducible	El plan paga un 100% (se omite el deducible) si se realiza en un laboratorio de Quest; 20% después del deducible en otro laboratorio	El plan paga un 100% (se omite el deducible) si se realiza en un laboratorio de Quest; 20% después del deducible en otro laboratorio	AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre
Radiología de Alta Tecnología (tomografía computarizada [CT scan], imágenes de resonancia magnética [MRI], medicina nuclear)	20% después del deducible	\$100 copago por servicio más un 20% después del deducible	\$100 copago por servicio más un 20% después del deducible	AC1-HD: 40% después del deducible AC Select: No se cubre AC2: \$100 copago por servicio más un 40% después del deducible
Hospitalización (cargos del hospital)	20% después del deducible (requiere de autorización previa)	\$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; se requiere de autorización previa)	\$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan; se requiere de autorización previa)	AC1-HD: 40% después del deducible AC Select: No se cubre AC2: \$150 copago por día más un 40% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan; se requiere de autorización previa)
Hospitalización (Honorarios del médico / cirujano)	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre
Cirugía Ambulatoria	20% después del deducible	\$150 copago por visita más un 20% después del deducible	\$150 copago por visita más un 20% después del deducible	AC1-HD: 40% después del deducible AC Select: No se cubre AC2: \$150 copago por visita más un 40% después del deducible
Cirugía Bariátrica (cargos del médico, sólo se cubre si se realiza en un Institute of Quality o IOQ, por sus siglas en inglés)	\$5,000 de copago más 20% después del deducible	No se cubre	\$5,000 copago (no aplica al máximo de desembolso personal) más un 20% después del deducible	AC1-HD, AC Select, AC2: No se cubre
Ambulancia	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	AC1-HD y AC2: 20% después del deducible AC Select: No se cubre
Sala de Emergencia (para casos de una verdadera emergencia)	20% después del deducible	\$150 copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)	\$150 copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)	AC1-HD y AC2: Igual a los de la red AC Select: Igual a los de la red
Cuidado de Urgencia	20% después del deducible	\$50 copago por visita	\$50 copago por visita	AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre
Cuidado de Maternidad (cargos del médico; no incluye análisis de laboratorio. los cargos de hospital o instalación médica se cubren igual que los de hospital)	Visita Inicial para la Confirmación del Embarazo 20% después del deducible Cuidado Prenatal de Rutina El plan paga 100% (se omite el deducible) Parto/Cuidado Postnatal 20% después del deducible	Visita Inicial para la Confirmación del Embarazo \$30 copago Cuidado Prenatal de Rutina El plan paga un 100% (se omite el deducible) Parto/Cuidado Postnatal 20% después del deducible	Visita Inicial para la Confirmación del Embarazo \$30 copago Cuidado Prenatal de Rutina El plan paga un 100% (se omite el deducible) Parto/Cuidado Postnatal 20% después del deducible	Cuidado Prenatal/ Parto/ Cuidado Postnatal AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre
Trastornos de la Salud Mental / Comportamiento / Drogadicción	Servicios Ambulatorios 20% después del deducible Servicios para Pacientes Hospitalizados 20% después del deducible (se requiere de autorización previa)	Servicios Ambulatorios \$60 copago Servicios para Pacientes Hospitalizados \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización, se requiere de autorización previa)	Servicios Ambulatorios \$50 copago Servicios para Pacientes Hospitalizados \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan; se requiere de autorización previa)	Servicios Ambulatorios AC1-HD y AC2: 40% después del deducible AC Select: No se cubre Servicios para Pacientes Hospitalizados AC1-HD: 40% después del deducible AC Select: No se cubre AC2: \$150 copago por día más un 40% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan; se requiere de autorización previa)



Cómo funcionan los planes médicos

Si usted necesita...	Dentro de la Red: Usted paga costos más bajos de desembolso personal si elige recibir asistencia médica dentro de la red.	Fuera de la Red: ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2: Usted paga costos de desembolso personal más altos si elige recibir asistencia médica fuera de la red. El pago por los servicios no pertenecientes a la red se limita a la cantidad permitida según lo determinado por Aetna. Usted será responsable por todos los cargos facturados por los proveedores no pertenecientes a la red que excedan la cantidad permitida. ActiveCare Select: No hay cobertura para la asistencia médica obtenida fuera de la red, excepto para los casos de verdadera emergencia.
Visitar a un médico o especialista El término “especialista” se refiere a cualquier doctor que no sea médico en práctica familiar, internista, ginecólogo-obstetra o pediatra.	- Visite a cualquier médico o especialista. - Efectúe el copago por consulta (no se aplica a ActiveCare 1-HD). - Pague cualquier deducible y coseguro. - Su médico no puede cobrarle más de la cantidad permitida por los servicios cubiertos.	ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2: - Visite a cualquier médico o especialista certificado. - Pague por la visita al consultorio médico. - Presente una reclamación y reciba reembolso por la consulta menos cualquier deducible y coseguro aplicables. - Sus costos se basarán en las cantidades permitidas. El médico no perteneciente a la red a través del cual reciba los servicios podría requerir que usted pague los cargos que excedan las cantidades permitidas determinadas por Aetna. ActiveCare Select: No hay cobertura para la asistencia recibida fuera de la red.
Recibir cuidado preventivo	- Visite a cualquier médico o especialista perteneciente a la red. - El plan paga un 100%. - Su médico no puede cobrarle más de la cantidad permitida por los servicios cubiertos.	ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2: - Visite a cualquier médico o especialista certificado. - Pague por la visita de cuidado médico preventivo. - Presente una reclamación y reciba reembolso por la consulta menos cualquier deducible y coseguro aplicables. El cuidado preventivo no perteneciente a la red no se paga en un 100%. - Sus costos se basarán en las cantidades permitidas. El médico fuera de la red a través del cual usted reciba los servicios podría requerir que usted pague cualquier cargo que exceda las cantidades permitidas determinadas por Aetna. ActiveCare Select: No hay cobertura para la asistencia médica recibida fuera de la red.
Recibir asistencia médica de emergencia Utilice la aplicación telefónica Triage® para encontrar un centro para el cuidado de urgencias o sala de emergencia cerca de usted. (Consulte la página 17 para más información.)	- Llame al 911 o acuda inmediatamente a cualquier hospital o médico; usted recibirá beneficios dentro de la red para la asistencia médica de emergencia. - Efectúe cualquier copago (se omite si lo hospitalizan). - Pague cualquier deducible y coseguro aplicables. - Llame al número de teléfono para solicitar autorización previa, el cual aparece en su tarjeta de identificación dentro de un lapso de 48 horas.	Todos los planes: - Llame al 911 o acuda inmediatamente a cualquier hospital o médico; usted recibirá beneficios dentro de la red para la asistencia médica de emergencia. - Pague cualquier copago aplicable (se omite si lo hospitalizan). - Pague cualquier deducible y coseguro. - Llame al número de teléfono para solicitar autorización previa, el cual aparece en su tarjeta de identificación dentro de un lapso de 48 horas.
Hacerse análisis de laboratorio	- Acuda a un laboratorio de Quest Diagnostics. ActiveCare Select y ActiveCare 2: El plan paga un 100% en Quest*; usted paga el deducible o coseguro aplicable en otro laboratorio. ActiveCare 1-HD: Paga el deducible y coseguro aplicables. *Algunos médicos facturan directamente por los servicios de laboratorio. Si este es el caso de su médico, usted tendrá que pagar el copago aplicable por visita al consultorio médico. Usted debe consultar esto con su médico.	ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2: - Acuda a cualquier laboratorio certificado. - Pague por los análisis de laboratorio. - Presente una reclamación y reciba reembolso por el servicio de laboratorio menos cualquier deducible y coseguro aplicables. - Sus costos se basarán en las cantidades permitidas; el proveedor no perteneciente a la red podría requerir que usted pague por cualquier cargo que sobrepase las cantidades permitidas determinadas por Aetna. ActiveCare Select: No hay cobertura para la asistencia médica recibida



Cómo funcionan los planes médicos (Cont.)

Hablar con un médico (Teladoc)	• Llame al 1-855-Teladoc (1-855-835-2362). • Los médicos de Teladoc diagnostican enfermedades médicas que no son de emergencia, recomiendan tratamientos, llaman a la farmacia de su elección para que procesen su pedido y mucho más. • \$40 por la consulta para ActiveCare 1-HD; el plan paga un 100% para ActiveCare Select y ActiveCare 2.	Todos los planes: No se aplica – disponible solo a través del servicio médico Teladoc.
Ingresar al hospital	• Su médico de la red obtendrá autorización previa para su hospitalización. • Acuda a un hospital que pertenezca a la red. • Efectúe cualquier copago, deducible y coseguro aplicables.	ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2: • Usted, un familiar suyo, su médico o el hospital deberán obtener autorización previa para su hospitalización. • Acuda a un hospital certificado. • Efectúe cualquier copago, deducible y coseguro aplicables cada vez que lo hospitalicen. ActiveCare Select: No hay cobertura para la asistencia médica recibida fuera de la red.
Recibir servicios médicos para el comportamiento o drogadicción	• Primero llame al número de teléfono para servicios de la salud del comportamiento, que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener autorización para toda asistencia médica. • Acuda a un médico o profesional médico de la red o diríjase a cualquier hospital o instalación médica de la red. • Efectúe cualquier copago, deducible y coseguro aplicables.	ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2: • Primero llame al número para servicio de salud del comportamiento que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener autorización para toda asistencia médica. • Vea a un médico o profesional médico no perteneciente a la red o acuda a cualquier hospital o instalación médica no perteneciente a la red. • Efectúe cualquier copago, deducible y coseguro. ActiveCare Select: No hay cobertura para la asistencia médica recibida
Presentar una reclamación	Presentarán las reclamaciones por usted.	Puede que usted mismo tenga que presentar la reclamación.
Adquirir medicinas recetadas	• Lleve su receta a una farmacia regular que pertenezca a la red o utilice el servicio de órdenes por correo de Caremark. • Efectúe el deducible, coseguro o copago aplicables.	Todos los planes: • Lleve su receta médica a cualquier farmacia certificada. • Pague el costo total del medicamento. • Preséntele la reclamación a Caremark y reciba reembolso por la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos cualquier deducible, copago y coseguro aplicables.

Autorización Previa

Se requiere la aprobación previa de Aetna por adelantado para ciertos tratamientos o servicios, tales como todas las hospitalizaciones, cirugía bariátrica, gastos de asistencia médica a largo plazo, terapias de infusión doméstica y tratamientos para pacientes ambulatorios que padezcan de ciertas enfermedades mentales y drogadicción. Para más información en relación con los requisitos de autorización previa para los planes ActiveCare 1-HD, ActiveCare Select y ActiveCare 2, Consulte el folleto de beneficios que aparece en el www.trselectivecare.aetna.com o llame al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** y hable con un representante de Aetna Health Concierge.



Beneficios de medicinas recetadas

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

La forma de cómo funcionan los beneficios para medicinas recetadas

Al igual que con los beneficios médicos, usted satisface primero un deducible antes de que el plan comience a pagar su porción de los gastos por medicinas recetadas.

- Para el plan ActiveCare 1-HD, usted debe satisfacer el deducible del año del plan.
- Para los planes ActiveCare Select y ActiveCare 2, usted debe satisfacer el deducible para medicamentos de marca. No hay un deducible para medicamentos genéricos.

Una vez que haya satisfecho el deducible, usted paga una cuota fija (copago) o un porcentaje del costo del medicamento (coseguro) por cada medicina recetada. La cantidad que usted paga depende de su opción del plan, si utiliza una farmacia regular o el servicio de órdenes por correo y el tipo de medicamento utilizado para despachar su receta médica (genérico o de marca).

El resumen de beneficios que aparece en la página 16 muestra las cantidades correspondientes al deducible, copago y coseguro para medicinas recetadas. Tenga presente que estas cantidades se aplicarán a todos los máximos de desembolso personal de los planes de ActiveCare.

Cuando necesite adquirir una medicina recetada

Usted puede seleccionar entre varias maneras para que le despachen las medicinas recetadas y para ahorrar en los medicamentos que utiliza.

Para medicinas recetadas a corto plazo (con un suministro de hasta 31 días), usted puede visitar cualquier farmacia de la red de farmacias regulares de Caremark.

Para encontrar una farmacia de la red, visite **www.caremark.com/trsactivecare**.

También puede utilizar farmacias no pertenecientes a la red, pero podría tener que pagar un desembolso personal mayor por su medicamento (pase al resumen de beneficios que aparece en la página 16).

Para medicinas recetadas a largo plazo (con un suministro de hasta 90 días), usted puede:

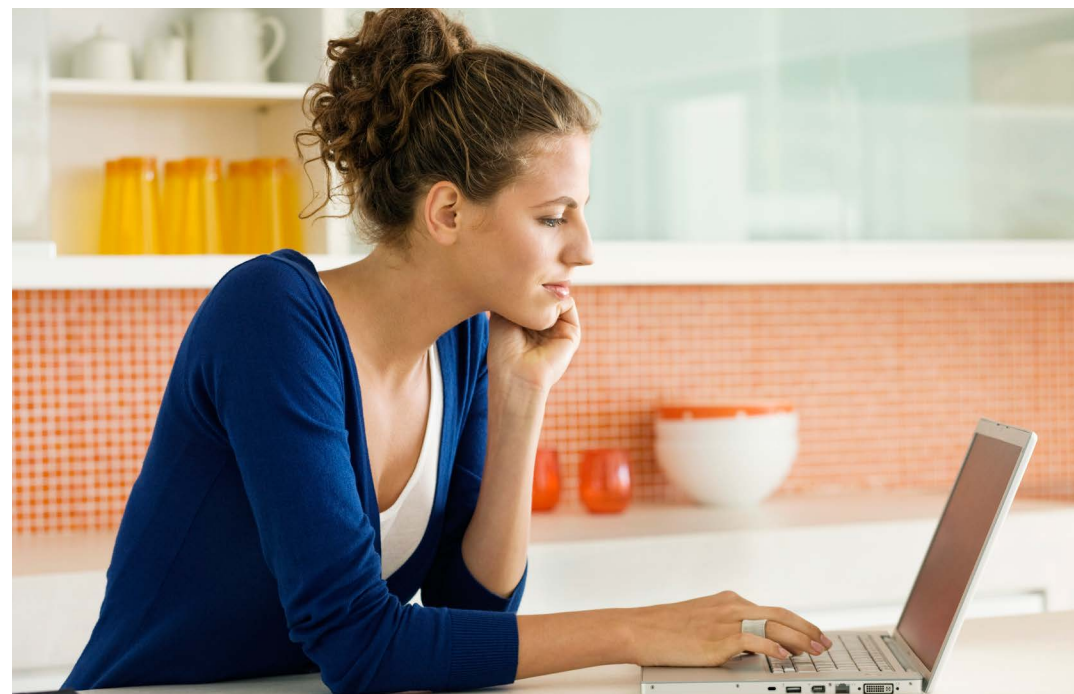
- Utilizar el servicio de órdenes por correo, Caremark Pharmacy. Usted puede ordenar un suministro de hasta 90 días para su medicamento y pedir que se lo envíen a cualquier dirección que usted proporcione. Puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o con un giro bancario o postal (money order). Para aprender más sobre el servicio, visite **www.caremark.com/trsactivecare**.

- Visite la farmacia Caremark Retail-Plus. Las farmacias regulares que participan en la red Retail-Plus pueden despachar suministros de 60 a 90 días. Para encontrar las farmacias Retail-Plus cercanas a usted, visite **www.caremark.com/trsactivecare** o llame al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** y seleccione la opción 2.

Para medicamentos de especialidad, usted puede utilizar CVS Caremark Speciality Pharmacy. Los medicamentos de especialidad son medicinas utilizadas para el control de una enfermedad crónica o genética. Se pueden administrar por inyección, infusión, inhalador o tomarse oralmente (por boca) y podrían requerir de manejo especial. Para utilizar este servicio, llame gratis a CaremarkConnect® al **1-800-237-2767** o visite el **www.caremark.com/trsactivecare**.

Respuestas sobre medicinas recetadas e información en línea las 24 horas del día, 7 días por semana

Una vez que se haya inscrito en un plan de TRS-ActiveCare, usted podrá inscribirse en Caremark en el **www.caremark.com**. Después, podrá conectarse en cualquier momento para ordenar el suministro de medicinas recetadas para uso a largo plazo, encontrar cobertura para medicamentos e información de precios, hablar con un farmacéuta certificado, ver su historial de medicinas recetadas, descargar la aplicación móvil de Caremark y mucho más.



Resumen de beneficios para medicinas recetadas

Tipo de Servicio	Red de ActiveCare 1-HD	Red de ActiveCare Select	Red de ActiveCare 2	Fuera de la Red
Deducible para Medicinas (por año del plan)	Sujeto al deducible del año del plan del plan)	\$0 para genéricos \$200 por persona para medicinas de marca	\$0 para genéricos \$200 por persona para medicinas de marca	Igual a como sería dentro de la red
Farmacia Regular, Medicinas para Uso a Corto Plazo (con suministros de hasta 31 días) Genérico Marca Preferida Marca No Preferida	20% después del deducible*	\$20 \$40 50% coseguro	\$20 \$40 \$65	AC1-HD: Le reembolsaremos la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos el deducible y coseguro requeridos. AC Select: Le reembolsaremos la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos el deducible y coseguro requeridos. AC2: Le reembolsaremos la cantidad que le habría cobrado una farmacia de la red menos el deducible y coseguro requeridos.
Farmacia Regular, Medicinas de Mantenimiento (después del 1er pedido; suministros de hasta 31 días) Genérico Marca Preferida Marca No Preferida	20% después del deducible*	\$35 \$60 50% coseguro	\$35 \$60 \$90	
Servicios de Órdenes por Correo y la Red de Farmacias Regulares Retail-Plus (con suministros de hasta 90 días) Genérico Marca Preferida Marca No Preferida	20% después del deducible*	\$45 \$105 50% coseguro	\$45 \$105 \$180	
Medicinas de Especialidad	20% después del deducible	20% coseguro por suministro	\$200 por suministro (con suministros de hasta 31 días) \$450 por pedido (con suministros de 32 a 90 días)	

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

*Se omiten el deducible y el coseguro para ciertos medicamentos genéricos preventivos. Visite el www.tractivecareetna.com/coverage y haga clic en "ActiveCare 1-HD" para ver la lista de medicamentos. Sepa que la oficina de impuestos (IRS) mantiene dicha lista y puede hacerle cambios en cualquier momento.





HERRAMIENTAS Y RECURSOS DE TRS-ACTIVECARE PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR PERSONAL

Recursos de Acceso Telefónico y en la Internet

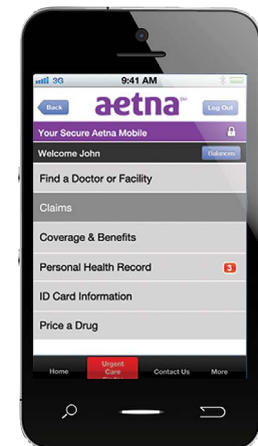
Aetna Navigator, su sitio web seguro para miembros

Una vez que usted se haya inscrito en un plan de TRS-ActiveCare, podrá inscribirse con su sitio web seguro para miembros, Aetna Navigator. Ahí, usted puede utilizar recursos en línea para aprovechar sus beneficios del plan al máximo, manejar mejor su asistencia médica y salud y para ahorrar dinero.

He aquí algunas de las herramientas que usted encontrará en el sitio web:

- **La Calculadora de Pagos para Miembros del Plan (Member Payment Estimator)** le permite buscar y comparar el costo real de los procedimientos y tratamientos comunes antes de que reciba asistencia médica.
- **Con DocFind®**, la herramienta para buscar proveedores, usted puede encontrar médicos, hospitales, instalaciones médicas para el cuidado de urgencia, laboratorios y demás proveedores para el cuidado médico dentro de la red de su plan.
- Su **Expediente Médico Personal (Personal Health Record o PHR)** le muestra de parte de quién o dónde haya usted recibido la asistencia médica. También presenta a MedQuery® para recomendaciones y alertas médicas personalizadas más la capacidad de hacerle seguimiento a actividades físicas y a la salud.

Usted puede revisar también los beneficios y reclamaciones, hacerse una evaluación de la salud, comenzar un programa de bienestar personal, aprender sobre sus descuentos como miembro de Aetna y mucho más. Para comenzar, visite el www.trsactivecare.aetna.com y haga clic en “Inscríbese en el Aetna Navigator”.



Aplicaciones y herramientas



Con **Aetna Mobile**, usted puede tener acceso al Aetna Navigator mientras va de un lado a otro. Abra su sitio web seguro para miembros para buscar médicos pertenecientes a la red, ver y mostrar su tarjeta de identificación, revisar sus reclamaciones y comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y más. La aplicación Aetna Mobile funciona con dispositivos digitales* de Apple® y Android™.

PARA RECIBIRLA: Envíe un mensaje de texto con las palabras “Apps” al 23862** o visite el www.aetna.com/mobile.



iTriage le ayuda a comprender sus opciones de asistencia médica. Revise un síntoma, busque enfermedades y procedimientos, encuentre a la instalación médica o médico correcto, verifique las horas de espera en la sala de emergencia y mucho más.

PARA RECIBIRLA: La aplicación es gratis y se encuentra en GooglePlay™ o en AppStore^{SM,*}; usted también puede visitar el sitio www.itriagehealth.com.



La aplicación de **Caremark** le proporciona acceso seguro en tiempo real para información sobre sus medicinas recetadas y sobre la farmacia. Busque farmacias cercanas a usted. Ordene el despacho de sus medicinas recetadas con el servicio de órdenes por correo, después revise el estado actual de su orden. Revise el historial de su medicina recetada. Usted puede utilizar la aplicación en su teléfono iPhone® o en su teléfono Android*.

PARA RECIBIRLA: Visite el www.caremark.com. En la página de inicio, busque el enlace para descargar la aplicación CVS/Caremark “Download it now”.



Teladoc le proporciona a usted acceso telefónico a médicos certificados, las 24 horas del día, 7 días por semana, 365 días al año. Estos médicos pueden ayudarle a tratar condiciones tales como resfriados, alergias, infecciones del oído y mucho más.

PARA RECIBIRLA: Descargue la aplicación en www.teladoc.com/mobile o envíe un mensaje de texto con las palabras “Get Started” al **469-804-9918**. **



Quest: Usted puede programar citas, revisar los resultados de sus análisis, compartir información y más, utilizando la aplicación móvil MyQuest.

PARA RECIBIRLA: Descargue la aplicación en el www.questdiagnostics.com/myquest.

*Android y Google Play son marcas registradas de Google, Inc. Apple y iPhone son marcas registradas de Apple, Inc. en los Estados Unidos y en otros países. El AppStore es un servicio de la marca Apple, Inc.

**Podrían aplicarse tarifas regulares para mensajes de texto.

Servicios Telehealth

Su plan TRS-ActiveCare le proporciona recursos telefónicos que le permiten hablar con profesionales de asistencia médica cuando tenga usted una pregunta, inquietud o problema.

Aetna Health Concierge

El servicio **Aetna Health Concierge** es un punto único de contacto para recibir beneficios médicos e información sobre el bienestar personal. Llame para hacer preguntas o exponer sus problemas, reciba ayuda para encontrar la asistencia médica correcta, entérese de cómo se ha pagado una reclamación, averigüe sobre programas que puedan ayudar con condiciones y necesidades específicas – y mucho más.

LLAME AL Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** para hablar con un representante de Concierge.

Teladoc

Teladoc es un servicio que le proporciona a usted acceso telefónico a médicos primarios certificados, incluyendo a médicos pediatras las 24 horas del día, 7 días por semana, 365 días al año. Estos médicos pueden diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para problemas que no sean de emergencia, tales como resfriados, alergias, infecciones sinusoidales y mucho más. Las consultas se cubren en un 100% para los planes ActiveCare Select y ActiveCare 2. Para ActiveCare 1-HD, la cuota es de \$40 por consulta.

LLAME AL al **1-855-835-2362 (1-855-TELADOC)**.

Línea de Enfermeros Disponible las 24 Horas del Día

La Línea de Enfermeros Disponible las 24 horas del Día le permite hablar con un enfermero registrado (RN) cuando usted tenga una pregunta o inquietud relacionada con la salud. El enfermero puede proporcionarle respuestas e información, ayudarle a saber dónde procurar asistencia médica y sugerirle ideas sobre lo que usted puede hacer hasta que pueda ver a un médico.

LLAME AL **1-800-556-1555**.



Recursos de TRS-ActiveCare para el bienestar personal

Aetna ofrece los siguientes recursos como parte de su plan médico con el fin de ayudarles a usted y a su familia a vivir más saludables y a alcanzar sus metas para el bienestar personal.

Pasos Sencillos Para Una Vida Más Sana (Simple Steps To A Healthier Life®) es un programa electrónico sobre la salud y el bienestar personal que puede ayudarle a alcanzar metas a su propio paso. Usted comienza haciendo la evaluación de la salud (health assessment), después recibe un informe de la salud con recomendaciones para programas en línea. Cada programa se divide en “trayectos” (“journeys”) que le guían paso a paso a alcanzar sus metas, tales como perder peso, dejar de fumar, controlar una enfermedad crónica, comer más sano y otros.

Aetna Health Connections™ proporciona ayuda y apoyo de expertos para el control de enfermedades crónicas. El programa lo conecta a usted con enfermeros registrados y demás profesionales de la asistencia médica que proporcionan información, orientación y supervisión para ayudarle a controlar la enfermedad que padece y a disfrutar una mejor salud en general. El programa cubre más de 30 enfermedades, incluyendo el asma, hipertensión, diabetes, enfermedad cardíaca, osteoporosis y más.



El **Aetna Care Advocate Team (CAT)**, por sus siglas en inglés consiste en un equipo de enfermeros capacitados que pueden guiarle a usted a través del sistema de asistencia médica. Reciba ayuda para comprender enfermedades y términos médicos, aprender sobre opciones de tratamiento y aprovechar la coordinación de la asistencia a través de enfermeros para las enfermedades más complejas.

El **Programa de Maternidad “Beginning Right™”** puede ayudar a su bebé a tener un comienzo más sano en la vida. Enfermeras capacitadas en obstetricia/ginecología le ayudan a aprender sobre el cuidado prenatal, el parto prematuro y otros asuntos relacionados con el embarazo y le proporcionan asistencia personal para necesidades especiales, riesgos o enfermedades.

El **Programa “National Medical Excellence®”** proporciona coordinación para la asistencia médica y demás servicios a miembros de Aetna que estén por someterse a una cirugía de trasplante u otro procedimiento médico complejo. Si usted opta por participar, su procedimiento se llevará a cabo en uno de los hospitales designados de Institutes of Excellence™, con experiencia en trasplantes de órganos y asistencia médica compleja. Usted se beneficiará además de la coordinación de casos (case management), de la ayuda para transporte y alojamiento y de la coordinación de la asistencia médica de seguimiento.

Los descuentos para **miembros de Aetna les ahorran** a usted y a su familia dinero en relación con la asistencia médica para la vista y la audición, afiliación a programas de ejercicio físico, programas para el control de peso, servicios y productos naturales y mucho más.

¡Únase al reto de vivir sanamente (Live Healthy Challenge)! Como participante de un plan de TRS-ActiveCare, ¡usted tiene la oportunidad de unirse y tomar una decisión positiva para vivir una vida más feliz y más sana! Usted podrá formar equipos de 2 a 10 personas o participar individualmente y ¡hasta puede ganarse un premio!





MANERAS DE AHORRAR

- **Manténgase dentro de la red:** Aetna ha negociado descuentos con médicos, hospitales y otros profesionales de asistencia médica dentro de la red de ellos. Eso significa, por lo general, costos menores de desembolso personal para usted. Los proveedores pertenecientes a la red presentarán sus reclamaciones y no podrán cobrar más de las cantidades permitidas por los servicios cubiertos. No hay cobertura para el cuidado recibido fuera de la red bajo el plan ActiveCare Select. Usted puede encontrar proveedores pertenecientes a la red utilizando el directorio electrónico de proveedores DocFind. Visite el www.tractivecareetna.com y haga clic en “Encuentre a un Médico o Instalación médica” en la página de inicio. Usted puede llamar además al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205** para que le ayuden a encontrar a un proveedor perteneciente a la red.

Aviso: Para ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2, los proveedores no pertenecientes a la red podrían facturarle las cantidades que excedan la cantidad permitida. No se requiere que el proveedor no perteneciente a la red acepte la cantidad permitida como pago total y podría facturarle a usted el saldo por la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados por el proveedor no perteneciente a la red. Usted será responsable por pagar el saldo facturado, lo cual podría ser considerable. Recuerde, no hay cobertura para los proveedores no pertenecientes a la red para el plan ActiveCare Select, excepto para la asistencia médica de verdadera emergencia. Por lo tanto, bajo el plan ActiveCare Select, usted será responsable por todos los cargos facturados por el proveedor no perteneciente a la red.

- **Utilice la sala de emergencia solamente para emergencias que pongan en peligro la vida:** Las emergencias que ponen en peligro la vida garantizan su traslado a la sala de emergencia más cercana.
- **Utilice un centro para el cuidado de urgencias o una clínica que reciba pacientes sin previa cita para las emergencias que no pongan en peligro la vida del paciente:** Si no se trata de una emergencia de verdad, pero tiene prisa, acuda a un centro de urgencias o a una clínica que reciba a pacientes sin previa cita. Usted puede encontrar estos centros, utilizando el directorio electrónico de proveedores médicos DocFind®. Visite el www.tractivecareetna.com y haga clic donde dice “Buscar a un Médico o Instalación Médica” (“Find a Doctor or Facility”) en la página de inicio. ¿No está seguro de adónde debe acudir? Llame a la Línea de Enfermeros Disponible las 24 Horas del Día (24-Hour Nurse Information Line) al **1-800-556-1555** para recibir asistencia a través de un enfermero capacitado.



- **Utilice medicamentos genéricos:** Son las medicinas más económicas y le ofrecen el copago más bajo. Los genéricos son el equivalente farmacéutico y terapéutico de los medicamentos de marca.
- **Utilice los servicios de las instalaciones médicas independientes:** Por lo general, usted puede reducir los gastos médicos programando sus citas para análisis de laboratorio, radiografías con imágenes y demás servicios ambulatorios en instalaciones médicas independientes en vez de hacerlo en hospitales que presten todos los servicios. Recuerde, usted ahorra más cuando utiliza uno de los laboratorios de Quest Diagnostics. Para ubicarlos, utilice DocFind. Visite el www.tractivecareatna.com y haga clic donde dice “Buscar a un Médico o Instalación Médica” (“Find a Doctor or Facility”) en la página de inicio.
- **Adopte hábitos de vida sanos:** Haga su mejor esfuerzo por comer correctamente, hacer ejercicios y realizarse exámenes médicos regularmente. Inscríbase para recibir boletines para miembros del plan o lea artículos electrónicos o consejos de salud y para mantenerse en forma. Anime a toda su familia para que vivan un estilo de vida saludable también. Revise los programas para el bienestar que están disponibles con su plan de ActiveCare. Pase a la página 18 para aprender más.
- **Utilice la Internet:** Los planes ActiveCare 1-HD, ActiveCare Select y ActiveCare 2 le ofrecen servicios electrónicos, en los cuales los miembros del plan pueden revisar el estado actual de sus reclamaciones, ver información de beneficios, encontrar a un médico y mucho más. Visite www.tractivecareatna.com e inscríbase en el Aetna Navigator.

Más ahorros y mayor valor con Quest Diagnostics

Usted puede recibir ahorros adicionales cuando necesite hacerse un análisis de laboratorio. Quest Diagnostics ha acordado recibir tarifas más bajas para los participantes de TRS-ActiveCare. Eso le ayuda a ahorrarse los costos de desembolso personal. De hecho, los planes ActiveCare 2 y ActiveCare Select cubren los servicios de laboratorio en un 100% si usted utiliza un laboratorio de Quest Diagnostics.

Además de ahorros, Quest Diagnostics le proporciona acceso a:

- Laboratorios cercanos a su lugar de residencia y trabajo
- La oportunidad de hacer sus citas electrónicamente o por teléfono
- La oportunidad de recibir correos electrónicos que le recuerden sus citas
- La oportunidad de acudir los sábados y después de las horas regulares de oficina en muchos laboratorios
- Servicio gratis para recoger muestras de laboratorio en la mayoría de los consultorios médicos





PLANES HMO

La tabla que aparece a continuación muestra las opciones de los planes HMO que están disponibles para usted para el año 2016-2017. Para comparar los planes, vea los resúmenes de beneficios de HMO y las comparaciones de los planes que siguen.

		
Departamento de Asistencia al Cliente 1-800-884-4901 8 a.m. a 6 p.m. Hora Centro (lunes a viernes) www.firstcare.com/trs	Departamento de Asistencia al Cliente 1-800-321-7947 7 a.m. a 8 p.m. 7 días por semana www.trs.swhp.org	Departamento de Asistencia al Cliente 1-855-463-7264 8 a.m. a 6 p.m. Hora Centro (lunes a viernes) www.allegianhealthplans.com
Áreas de Servicio – Condados	Áreas de Servicio – Condados	Áreas de Servicio – Condados
Andrews, Armstrong, Bailey, Bell, Borden, Bosque, Brazos, Briscoe, Burleson, Burnet, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Coryell, Cottle, Crane, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Erath, Falls, Fisher, Floyd, Freestone, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Grimes, Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hill, Hockley, Houston, Howard, Hutchinson, Jones, Kent King, Knox, Lamb, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Madison, Martin, McCulloch, McLennan, Midland, Milam, Mills, Mitchell, Moore, Motley, Navarro, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Robertson, Runnels, San Saba, Scurry, Shackelford, Sherman, Somervell, Stephens, Stonewall, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Upton, Walker, Ward, Washington, Wheeler, Winkler, Yoakum	Austin, Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Coke, Coleman, Collin, Concho, Coryell, Crockett, Dallas, Denton, Ellis, Erath, Falls, Freestone, Grimes, Hamilton, Hayes, Hill, Hood, Irion, Johnson, Kimble, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Mason, McCullough, McLennan, Menard, Milam, Mills, Reagan, Robertson, Rockwall, Runnels, San Saba, Schleicher, Somervell, Sterling, Sutton, Tarrant, Tom Green, Travis, Walker, Waller, Washington, Williamson	Cameron, Hidalgo, Starr, Willacy



Resumen de beneficios y comparación de planes HMO

Tipo de Servicio			
	No se requiere que el médico primario dirija la asistencia médica ni que lo remita a otros médicos	No se requiere que el médico primario dirija la asistencia médica ni que lo remita a otros médicos	No se requiere que el médico primario dirija la asistencia médica ni que lo remita a otros médicos
Deducible (por año del plan)	\$500 por persona \$1,500 por familia	\$1,000 por persona \$3,000 por familia	\$500 por persona \$1,000 por familia
Desembolso Personal Máximo (por año del plan, incluye deducibles / copagos / coseguro médicos y por medicinas recetadas)	\$6,000 por persona \$12,000 por familia	\$5,000 por persona \$10,000 por familia	\$4,500 por persona \$9,000 por familia
Visitas al Consultorio Médico (se omiten los copagos para el cuidado preventivo)	\$20 copago por medico primario (\$0 copago por visita al consultorio del médico primario para dependientes de 19 años de edad o menos) \$60 copago por especialista	\$20 copago por medico primario (\$0 copago por visita al consultorio del médico primario por enfermedad) \$50 copago por especialista (incluyendo todos los servicios facturados con la visita al consultorio médico)	\$25 copago por médico primario \$60 copago por especialista
Cuidado Preventivo	El plan paga un 100%	El plan paga un 100%	El plan paga un 100%
Hospitalización (cargos de hospital)	25% después del deducible	\$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	20% después del deducible
Hospitalización (honorarios de médicos / cirujanos)	25% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	25% after deductible	\$150 copago por visita más un 20% después del deducible	20% después del deducible
Ambulancia	25% después del deducible	\$40 copago más un 20% después del deducible (\$40 copago, se omite si lo trasladan en ambulancia)	20% después del deducible
Sala de Emergencia	\$500 copago después del deducible	\$150 copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan en 24 horas)	20% después del deducible
Cuidado de Urgencia	\$75 copago (se omite el deducible)	\$55 copago	\$75 copago (se omite el deducible)
Cuidado de Maternidad	Cuidado Prenatal y Postnatal \$20 copago por médico primario \$60 copago por especialista Parto y Servicios para Pacientes Hospitalizadas 25% después del deducible	Cuidado Prenatal No se cobra Cuidado Postnatal \$20 copago por médico primario \$50 copago por especialista Parto y Servicios para Pacientes Hospitalizadas \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	Cuidado Prenatal y Postnatal \$25 copago por médico primario \$60 copago por especialista Parto y Servicios para Pacientes Hospitalizadas 20% después del deducible
Trastornos de la Salud Mental / Comportamiento / Drogadicción	Servicios Ambulatorios 25% después del deducible (instalación médica) \$20 (visita al consultorio médico) Servicios para Pacientes Hospitalizados 25% después del deducible	Servicios Ambulatorios \$20 copago por médico Servicios para Pacientes Hospitalizados \$150 copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	Servicios Ambulatorios 20% después del deducible Servicios para Pacientes Hospitalizados 20% después del deducible
Deducible para Medicinas (por año del plan)	\$100 por persona / \$300 por familia	\$100 por persona (se excluyen los genéricos preferidos)	\$100 por persona
Farmacia Regular, Medicinas para Uso a Corto Plazo	(Suministro de hasta 30 días) \$0 – Seleccione Genéricos / Affordable Care Act (ACA) Nivel I (se omite el deducible por medicamento) \$15 – Genéricos Preferidos Nivel II (se omite el deducible por medicamento) \$40 – Marca Preferida / Genéricos No Preferidos Nivel III (después del deducible) \$100 – Marca No Preferida / Genéricos No Preferidos Nivel IV (después del deducible)	(Suministro de hasta 30 días) \$3 – Genéricos preferidos 30% después del deducible por medicamento – marca preferida 50% después del deducible por medicamento – marca no preferida / genérico no preferido Más de \$50 o 50% después del deducible por medicamento – No incluido en el formulario o lista de medicamentos del plan (non-formulary)	(Suministro de hasta 30 días) \$10 – Genérico \$40* – Preferido \$65* – No preferido
Farmacia Regular, Medicinas de Mantenimiento	(Suministro de hasta 30 días) \$0 – Seleccione Genéricos / Affordable Care Act (ACA) Nivel I (se omite el deducible por medicamento) \$15 – Genéricos Preferidos Nivel II (se omite el deducible por medicamento) \$40 – Marca Preferida / Genéricos No Preferidos Nivel III (después del deducible) \$100 – Marca No Preferida / Genéricos No Preferidos Nivel IV (después del deducible)	(Suministro de hasta 90 días; en las farmacias pertenecientes al plan solamente) \$6 – Genérico preferido 30% después del deducible por medicamento – marca preferida 50% después del deducible por medicamento – marca no preferida / genérico no preferido No disponible para los medicamentos no incluidos en el formulario o lista de medicamentos del plan (non-formulary)	(Suministro de hasta 30 días) \$10 – Genérico \$40* – Preferido \$65* – No preferido
Servicio de Órdenes por Correo	(suministro de hasta 90 días) \$0 –Seleccione Genéricos / Affordable Care Act (ACA) Nivel I (se omite el deducible por medicamento) \$45 – Genéricos Preferidos Nivel II (se omite el deducible por medicamento) \$120 – Marca Preferida / Genéricos No Preferidos Nivel III (después del deducible) \$300 – Marca No Preferida / Genéricos No Preferidos Nivel IV (después del deducible)	(Suministro de hasta 90 días; en las farmacias pertenecientes al plan solamente) \$6 – Genérico preferido 30% después del deducible por medicamento – marca preferida 50% después del deducible por medicamento – marca no preferida / genéricos no preferidos No disponible para los medicamentos no incluidos en el formulario o lista de medicamentos del plan (non-formulary)	(Suministro de hasta 90 días) \$30 – Genérico \$120* – Preferido \$195* – No preferido
Medicamentos de Especialidad (Nivel IV)	20% después del deducible	20% después del deducible por medicamento	20% después del deducible Órdenes por correo – No se cubren
Suministros para Diabéticos	10% – Medicamento de marca preferida después del deducible 20% – Medicamento de marca no preferida después del deducible	\$3 – Marca preferida (se omite el deducible por medicamento) 30% después del deducible por medicamento – marca no preferida	

Si usted obtiene un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, usted es responsable por el copago del genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.



Recursos para el Bienestar Personal de HMO

		
FirstCare Plus es un conjunto único de programas y servicios que incluye: - Un programa de bienestar personal que ofrece una serie de herramientas, incluyendo la evaluación en línea de la salud, alertas, información y herramientas para hacerle seguimiento al bienestar personal. - La Línea Telefónica de Enfermeros (24-Hour Nurse Line) y la de conversación en la Internet (online chat) le proporcionan respuestas y ayuda día y noche. - El programa de control de enfermedades (disease management program) proporciona apoyo para los que padecen enfermedades crónicas. - El Programa de Maternidad “Expecting the Best™” les proporciona a las madres y a sus bebés apoyo y herramientas para una mejor salud. Portal para Miembros de los Planes de FirstCare Conéctese al portal para miembros en el www.firstcare.com/TRS para: - Encontrar a un médico o farmacia - Ver o imprimir los documentos del plan - Ordenar tarjetas de identificación o imprimir una tarjeta provisional - Tener acceso a herramientas e información de FirstCare Plus	Programa de Bienestar Personal de SWHP El Centro de Diálogo (Dialog Center) para: - La toma de decisiones compartida - Los programas de orientación para el cuidado relacionado con enfermedades Programas de Coordinación Electrónica para el Estilo de Vida: - Evaluación para el bienestar personal - Programas para el bienestar personal Línea Telefónica de Enfermeros (24-Hour Nurse Advice Line) Para respuestas y consejería relacionada con la salud: 1-877-505-7947 Portal para Miembros– herramientas electrónicas. Conéctese al www.trs.swhp.org para: - Encontrar a un proveedor o farmacia - Ver un Resumen de Beneficios - Ver una Explicación de Beneficios - Ordenar tarjetas de identificación - Tener acceso electrónico a los programas de bienestar personal - Enviarle un mensaje por correo electrónico a un representante del departamento de asistencia al cliente y para recibir respuesta a través de la característica de mensajes seguros del portal	Revise su Declaración de Cobertura (Sección 3, “Lo que se Cubre”) para una lista de servicios para el cuidado médico preventivo. El Programa de Colaboradores para una Mejor Salud (Healthy Partners Program) es un programa diseñado para ayudar a los miembros que padecen de diabetes. A través de este programa, usted puede: - Obtener gratis suministros para la diabetes - Trabajar con un coordinador de casos que lo ayude a obtener información y remisiones para recursos, servicios y programas Para inscribirse, llame al 1-800-459-2110, x2297. 





COSTOS DE LA COBERTURA

El costo de su cobertura TRS-ActiveCare se determina con base a los fondos disponibles aportados por el estado y el distrito escolar, así como el plan médico que usted seleccione.

El Capítulo 1581 del Código de Seguro de Texas (Texas Insurance Code) autoriza la emisión de fondos en pro de los empleados activos que sean miembros de TRS, aquellos que hagan contribuciones al Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas o TRS, por sus siglas en inglés), para que paguen su cobertura de TRS-ActiveCare. Actualmente, se requiere que cada distrito o entidad escolar aporte al menos \$150 mensuales por cada miembro activo cubierto por TRS y el estado, por su parte, aporta en la actualidad \$75 mensuales por cada miembro activo de TRS. Eso equivale a un mínimo de \$225 mensuales disponibles para ayudarlo a usted a pagar su cobertura médica. El Administrador de Beneficios le proporcionará información sobre cualquier financiamiento adicional disponible.

Unión de Fondos / Prima Compartida

Los empleados casados, en cuyo caso ambos son miembros de TRS y contribuyentes activos, podrían unir los fondos del distrito local y estado para cada uno de ellos a fin de utilizarlos contra el costo de la cobertura TRS-ActiveCare. Si un empleado y su cónyuge trabajan ambos para la misma entidad participante, podrían unir los fondos cuando uno seleccione la cobertura de “empleado e hijos” o “empleado y familia” y el otro cónyuge rechace la cobertura.

Si un empleado y su cónyuge trabajan para *diferentes* entidades participantes y desean unir sus fondos, con la ayuda de su Administrador de Beneficios, cada cual deberá llenar una Solicitud para Compartir los Gastos de Prima (Application to Split Premium). Este formulario deberá enviarse al Administrador de Beneficios de cada entidad conjuntamente con la Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio (Enrollment Application and Change Form).

Para descargar la Solicitud para Compartir los Gastos de Prima, visite el www.tractivecareetna.com o llame al Departamento de Asistencia al Cliente al **1-800-222-9205**.



Costo mensual bruto para el año del plan 2016-2017

Los costos de cobertura en la tabla que aparece a continuación estarán vigentes del 1° de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017. Su costo mensual bruto es el costo de cobertura antes de que se apliquen los fondos procedentes del estado y del distrito escolar (ver la página anterior).

Planes de ActiveCare	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select	ActiveCare 2
Categoría de Cobertura	Costo Total*	Costo Total*	Costo Total*
Empleado Solamente	\$341.00	\$484.00	\$645.00
Empleado y Cónyuge	\$914.00	\$1,147.00	\$1,552.00
Empleado e Hijos	\$615.00	\$779.00	\$1,042.00
Empleado y Familia	\$1,231.00	\$1,361.00	\$1,597.00

Planes HMO	Planes de FirstCare Health	Plan de Scott & White Health	Planes de Allegian Health (anteriormente conocido como Valley Baptist Health Plans)
Categoría de Cobertura	Costo Total*	Costo Total*	Costo Total*
Empleado Solamente	\$472.50	\$530.16	\$449.08
Empleado y Cónyuge	\$1,180.50	\$1,192.82	\$1,085.74
Empleado e Hijos	\$748.50	\$839.16	\$702.84
Empleado y Familia	\$1,190.50	\$1,322.98	\$1,151.60

*Cada mes, el distrito escolar y el estado proporcionan fondos para asistir a los miembros de los planes de TRS considerados como contribuyentes activos del plan. Estos fondos pueden utilizarlos contra el costo de la cobertura de TRS-ActiveCare. Los fondos provenientes del estado quedan sujetos a apropiación por parte de la Legislatura de Texas. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para determinar el costo neto mensual que deberá pagar usted por su cobertura.





INSCRIPCIÓN

Período de inscripción del plan: 1º de julio al 22 de agosto de 2016

¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Usted

Usted es elegible para inscribirse en TRS-ActiveCare si:

- Es empleado de una entidad o distrito escolar participante y
- Miembro activo y contribuyente de TRS O BIEN un empleado programado para trabajar 10 o más horas por semana regularmente.

Usted no es elegible si:

- Está recibiendo cobertura médica como empleado o jubilado bajo la Ley Uniforme de Beneficios de Seguro para Empleados Universitarios del Estado de Texas (Texas State College and University Employees Uniform Insurance Benefits Act).
Ejemplo: El empleado escolar cubierto por UT SELECT como empleado de The University of Texas System.
- Está recibiendo cobertura médica como empleado o jubilado bajo la Ley Uniforme de Beneficios de Seguro de Grupo para Empleados de Texas.
Ejemplo: El empleado escolar con cobertura HealthSelect para empleados de ERS.
- Se ha jubilado de TRS y está recibiendo o ha decidido rechazar la cobertura de TRS-Care, incluyendo al participante jubilado que se haya reincorporado a su trabajo*.

*Si un jubilado de TRS se reincorpora al trabajo y nunca antes ha sido elegible para recibir beneficios de TRS-Care, se le considerará elegible para recibir cobertura de TRS-ActiveCare siempre y cuando cumpla con todos los requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare.

Aunque podría no estar cubierto como empleado de un distrito o entidad escolar participante, el jubilado o empleado de educación superior o estatal podría recibir cobertura como dependiente de un empleado elegible.

Aviso: Bajo la Sección 22.004 del Código de Educación de Texas (Texas Education Code) y las normas de TRS, el empleado participante de TRS-ActiveCare tendrá derecho a continuar su participación en TRS-ActiveCare si renuncia a su trabajo después de haber finalizado el año escolar y si, para la fecha de vigencia de su renuncia, ha cumplido con las expectativas de TRS-ActiveCare. Este último aplicará la Sección 41.38 de las Normas de TRS, publicadas en el Código Administrativo de Texas (Texas Administrative Code) para determinar así la fecha de finalización apropiada para su cobertura de TRS-ActiveCare. Esto es importante para planificar su jubilación y determinar cuándo se dará inicio a la cobertura. Converse sobre sus opciones de cobertura de seguro médico con la empresa para la cual trabaja cuando esté planificando su jubilación.



Sus dependientes elegibles

Usted podría cubrir a sus dependientes elegibles. Estos incluyen a:

- Su cónyuge (incluyendo también bajo este término a las parejas unidas por concubinato)
- Hijo menor de 26 años que sea su:
 - Hijo biológico
 - Hijo adoptado o en proceso de adopción legal
 - Hijastro
 - Hijo de crianza (foster child)
- Hijo no propio bajo custodia legal del empleado
- Cualquier “otro hijo” menor de 26 años que mantenga regularmente una relación de “padre e hijo” con el empleado (y que no pertenezca a ninguna de las categorías descritas anteriormente que cumpla con todos estos requisitos:
 - El domicilio principal del menor sea la vivienda de usted;
 - Usted provea por lo menos el 50% de la manutención del menor;
 - Ninguno de los padres biológicos del menor resida con él en la vivienda de usted; y
 - Usted tenga derecho legal a tomar las decisiones relacionadas con la asistencia médica del menor.
- Nieto menor de 26 años cuyo domicilio principal sea el hogar del empleado y que dependa de este último para fines de la declaración del impuesto sobre la renta correspondiente al año en el cual esté vigente la cobertura del nieto.
- Podría ser elegible para cobertura como dependiente, su hijo de 26 años de edad que esté mental o físicamente incapacitado, dependa regularmente del empleado, según lo determinado por TRS, y que cumpla también con otros requisitos, según lo determinado por TRS.

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

* Este requisito no se aplica a los dependientes que tengan de 18 a 26 años de edad.

El dependiente no incluye a sus hermanos, a **menos** que tengan menos de 26 años de edad y:

- Se encuentren bajo la tutela legal del empleado O BIEN
- Mantengan regularmente una relación de padre e hijo con el empleado, según lo definido anteriormente bajo la categoría de “cualquier otro hijo”.

Sus padres y abuelos no son dependientes elegibles.

Aviso: Se considera como violación de la ley la obtención de cobertura a favor de una persona no elegible. Tales violaciones podrían resultar en enjuiciamiento o en la expulsión del participante del programa TRS-ActiveCare por un período de hasta cinco años.

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

En la actualidad, las familias podrían ser elegibles para recibir seguro médico a bajo costo a través del programa gubernamental de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés). Para averiguar si su familia es elegible y para solicitar este beneficio, llame a CHIP al **1-800-647-6558** o al 211 o bien visítelos en el www.chipmedicaid.org.

Aviso: El menor no puede recibir cobertura de TRS-ActiveCare y CHIP a la vez.



Para saber cómo puede inscribirse

Recuerde que su elección actual del plan se transferirá al año del plan 2016-2017. Usted no tiene que inscribirse activamente para recibir cobertura este año, **A MENOS QUE:**

- haya pasado recientemente a ser elegible para recibir cobertura.
- esté cambiando de planes o agregando dependientes para el próximo año escolar.
- desee rechazar la cobertura para el 2016-2017.
- su distrito escolar o entidad requiera que usted se inscriba cada año.

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

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

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

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

- Visite el **www.tractivecareetna.com** y haga clic en “Documentos y Formularios” (“Documents & Forms”), en la parte superior de la página de inicio.
- La **Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio** es el primer formulario de la lista. Haga clic ahí.
- Introduzca su información en la solicitud. Asegúrese de proporcionar y completar toda la información requerida.
- Imprima el formulario.
- Firme, feche y entréguele el formulario a su Administrador de Beneficios dentro del período de inscripción del plan.

*Esto podría no aplicarse a los distritos escolares o entidades donde los administradores sean terceros.

Fechas límites de inscripción para las personas que se inscriben por vez primera y para los recientemente contratados

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

Deberá inscribirse electrónicamente a través de WellSystems o del portal electrónico de otro sitio web ofrecido por su distrito escolar o entidad o utilizando la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* según las instrucciones que aparecen a la izquierda. Usted debe hacer esto antes del:

- Final del período de inscripción del plan o
- 31 días consecutivos después de su fecha de servicio laboral activo o
- 31 días consecutivos después de un evento de inscripción especial. Se debe inscribir a los recién nacidos también dentro del lapso de 31 días posterior al nacimiento, independientemente del nivel de cobertura. Pase a la página 30 para más información al respecto.

Si usted ha sido recientemente contratado

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

Rechazando cobertura

Para rechazar la cobertura en TRS-ActiveCare, usted debe:

- Seguir las instrucciones que aparecen en el portal de inscripción de WellSystems

O BIEN

- Llenar las secciones 1, 2 y 6 de la Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio para rechazar la cobertura médica para usted o para sus dependientes y proporcionar sus motivos para rechazarla. Firme y devuélvale el formulario a su Administrador de Beneficios.

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

Nuevo a partir del año 2016-2017

Si un empleado actual era un empleado a medio tiempo y elegible durante una oportunidad de inscripción del año del plan actual y posteriormente, durante el año del plan actual, el empleado pasó a ser un empleado a tiempo completo y elegible, el empleado tendrá una oportunidad de 31 días, comenzando a partir del primer día en que pase a ser un empleado a tiempo completo y elegible, para inscribirse tanto a sí mismo como a sus dependientes elegibles en TRS-ActiveCare durante el año del plan actual. Esta oportunidad de inscripción existirá aun cuando este empleado haya rechazado inscribirse anteriormente en TRS-ActiveCare durante el año del plan actual.



Eventos de inscripción especial

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

- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento, adopción o colocación de un hijo para adopción.
- Pérdida involuntaria de cobertura para una persona que tenga otra cobertura de seguro médico (por ejemplo, si su cónyuge pierde la cobertura médica en el trabajo). Aviso: Si usted se inscribe o hace cambios durante el año debido a la “pérdida de otra cobertura”, se revisará su inscripción original de WellSystems o la Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio para verificar que se haya rechazado la cobertura de TRS-ActiveCare debido a la otra cobertura.

Aviso: Usted no podrá efectuarle cambios al plan si está eliminando a un dependiente de la cobertura de TRS-ActiveCare.

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

Para más información sobre los eventos de inscripción especial, consulte el Folleto de Beneficios o a la Declaración de Cobertura de su plan.

Cobertura para Recién Nacidos de TRS-ActiveCare

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

- Conéctese al portal de inscripción de WellSystems

O BIEN

- Llene, firme, feche y devuélvale la Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio a su Administrador de Beneficios.

Cuándo debe usted inscribir a su recién nacido

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

La cobertura de su recién nacido entrará en vigor a partir de la fecha de nacimiento de este último.

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

Si está haciéndole cambios al plan

Si usted está haciéndole cambios al plan, deberá hacerlo dentro del transcurso de 31 días, a partir de la fecha de nacimiento del recién nacido.

Para agregar el número de seguro social de su recién nacido

Usted no necesita esperar hasta tener el número de seguro social del recién nacido para inscribirlo. Siga las instrucciones que aparecen anteriormente para agregar a su recién nacido; después, actualice el registro de inscripción a través de WellSystems o la Solicitud de Inscripción y Formulario para agregar el número de seguro social una vez que lo hayan emitido.

Acerca de los nietos recién nacidos

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

Para aprender más al respecto

Para más información sobre la fecha vigente de cobertura para recién nacidos y dependientes elegibles y la cantidad de la prima mensual, consulte el Folleto de Beneficios o Declaración de Cobertura para su plan.





AVISOS IMPORTANTES

Resumen de Beneficios y Cobertura

La ley de Protección al Paciente y Asistencia Médica Económica (Patient Protection and Affordable Care Act) requiere que todas las compañías de seguro y planes médicos de grupo proporcionen consumidores con un Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage o SBC, por sus siglas en inglés). El Resumen de Beneficios y Cobertura describe las características principales del plan, los beneficios y cobertura y proporciona un glosario de términos de cobertura de la asistencia médica.

Para ver el Resumen de Beneficios y Cobertura de su plan, visite el sitio web o llame al número de teléfono que aparece a continuación.

ActiveCare 1-HD ActiveCare Select ActiveCare 2 Plans	www.trsactivecareetna.com	1-800-222-9205
Allegian Health Plans	www.allegianhealthplans.com	1-855-463-7264
FirstCare Health Plans	www.firstcare.com/trs	1-800-884-4901
Scott & White Health Plan	www.trs.swhp.org	1-800-321-7947

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

Más información del plan

Haga clic en los enlaces que aparecen a continuación para ver más información importante del plan.

- **Aviso inicial acerca de los derechos de inscripción especial en su plan médico de grupo**
- **Beneficiarios de Medicare y de Medicare Parte D**
- **Aviso sobre las Prácticas de Privacidad**



Aviso inicial sobre los derechos de inscripción especial en su plan médico de grupo

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

Disposiciones especiales de inscripción

Pérdida de otra cobertura (excluyendo a Medicaid o al programa estatal Children’s Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés)

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluyendo a su cónyuge) por tener otro seguro o plan médico de grupo disponible o cobertura de plan médico de grupo, usted podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para recibir la otra cobertura (o si se muda usted a otra área fuera del área de servicio de HMO o bien si la empresa para la cual trabaja suspende todas las contribuciones para la otra cobertura suya y de sus dependientes). No obstante, usted deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir dicha solicitud en un lapso de 31 días contados, a partir de la fecha en la cual se haya terminado la cobertura para usted o sus dependientes (o a partir de la fecha en la cual se haya mudado a otra área fuera del área de servicio de HMO del plan anterior, o después de que la empresa para la cual trabaja haya suspendido todas las contribuciones para la otra cobertura, incluyendo las primas de seguro COBRA pagadas por la otra empresa).

Pérdida de cobertura para Medicaid o el programa estatal Texas Children’s Health Insurance Program

Si rechaza la cobertura para usted o para un dependiente elegible (incluyendo a su cónyuge) estando vigente la cobertura de Medicaid o del programa Texas Children’s Health Insurance Program (CHIP), usted podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para recibir la otra cobertura. No obstante, usted deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud en un lapso de 60 días contados a partir de la fecha en la cual se haya terminado la cobertura de Medicaid o programa estatal de Children’s Health Insurance Program para usted o sus dependientes.

Pérdida de cobertura como resultado de un límite de por vida en todos los beneficios

Usted, su cónyuge o dependientes podrían tener también derechos de inscripción especial en este programa al momento en que otro programa médico de grupo deniegue una reclamación como resultado de un límite de por vida en todos los beneficios del otro programa médico de grupo. Sin embargo, usted deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud en un lapso de 31 días, contados a partir de la fecha en la cual el otro programa médico de grupo le haya denegado la reclamación.

Dependiente nuevo por razones de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación de un menor en adopción

Si usted tiene un dependiente nuevo por razones de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, usted podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa. Sin embargo, deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud en un lapso de 31 días, contados a partir de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación de un menor en adopción.

Elegibilidad para recibir ayuda estatal para el pago de las primas de seguro, disponible para los participantes inscritos en los programas HIPP de Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) pasan a ser elegibles para recibir un subsidio o ayuda estatal para el pago de sus primas de seguro a través de Medicaid o del Programa Children’s Health Insurance Program con respecto a la cobertura bajo este programa, usted podría inscribirse usted mismo y a sus dependientes en este programa. Sin embargo, deberá solicitar inscripción y Aetna deberá recibir su solicitud en un lapso de 60 días contados a partir de la fecha en la cual se haya tomado la decisión en cuanto a su elegibilidad o de sus dependientes para recibir tal ayuda.

Información adicional

Para solicitar inscripción especial o para obtener más información, llame al Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-ActiveCare al **1-800-222-9205**.



Beneficiarios de Medicare y de Medicare Parte D

Vigente el 1º de enero de 2006, el plan de Medicare para medicinas recetadas, conocido como Medicare Parte D ha proporcionado y continúa proporcionándoles beneficios de Medicare para medicinas recetadas a los beneficiarios de Medicare inscritos en la Parte D. Medicare Parte D es un beneficio opcional y solamente está disponible para personas que tengan Medicare Parte A y/o B. La cobertura de TRS-ActiveCare no se verá afectada por la inscripción de los participantes en Medicare Parte D, es decir que la cobertura de TRS-ActiveCare continuará siendo su cobertura primaria y Medicare Parte D será la secundaria. Sin embargo, el plan de TRS-ActiveCare que usted tiene podría influir en su decisión de inscribirse o no en Medicare Parte D. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS, por sus siglas en inglés) administran a Medicare y tienen un enlace en la página web de TRS, disponible en el www.trs.texas.gov. Si usted o su dependiente posee cobertura de TRS-ActiveCare y tiene por lo menos 65 años de edad, recibirá información adicional de Medicare Parte D a través de TRS (si están cubiertos por ActiveCare 1-HD, ActiveCare Select o ActiveCare 2) o a través de su plan HMO antes de que termine el año natural 2016.

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

- Se ha determinado que los planes ActiveCare 1-HD, ActiveCare Select y ActiveCare 2 son coberturas acreditables para fines de Medicare Parte D bajo las pautas actuales de Medicare.
- Cada HMO ha determinado que la cobertura que se ofrece es acreditable para fines de Medicare Parte D bajo las pautas actuales de Medicare.
- Las notificaciones de divulgación aparecen publicadas en la página web de Cobertura Acreditable, en www.cms.hhs.gov/creditablecoverage.
- Las preguntas sobre Medicare Parte D deben dirigirse a Medicare al **1-800-663-4227 (1-800-MEDICARE)**.

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

The Teacher Retirement System of Texas (TRS) administra su plan de beneficios médicos y su plan de pensión de jubilación de conformidad con las leyes federales y las leyes estatales de Texas. Las regulaciones que protegen la privacidad de su información médica (Privacy Regulations) requieren que se publique este aviso de conformidad con lo establecido por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 o HIPAA, por sus siglas en inglés), según lo enmienda la Ley sobre la Tecnología de Control de la Información Médica para Propósitos de Salud Médica y Economía de 2009 (Health Information Technology for Economic and Clinic Health Act of 2009 o HITECH, por sus siglas en inglés).

El presente aviso describe la forma como puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede usted tener acceso a la misma. Revise cuidadosamente este aviso. El mismo establece además las obligaciones legales de TRS en lo concerniente a su información médica. Este aviso describe además sus derechos a controlar su información médica.

Comuníquese por escrito con el Oficial de Privacidad (Privacy Officer) a la dirección que aparece a continuación si tiene alguna pregunta o si necesita más información sobre las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Privacy Officer

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

La ley federal requiere que TRS mantenga y proteja la privacidad de su información médica, es decir, aquella que pueda identificarlo personalmente, incluyendo la información genética y demográfica recaudada, creada o recibida por TRS en relación con:

- El estado de su salud física o mental en el pasado, presente o futuro;
- La asistencia médica que reciba; o
- El pago pasado, presente o futuro emitido para poder proporcionársele dicha asistencia.

La información médica protegida, aunque no electrónicamente segura, es la que no cuenta con la debida seguridad tecnológica o metodológica para garantizar que dicha información no se podrá utilizar, leer ni descifrar indebidamente.

Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003 y su revisión está vigente a partir del 1º de abril de 2013. Las leyes de Texas consideran de por sí como confidencial sus datos de afiliación como miembro del plan, incluyendo su información médica protegida. Por tanto, después de haberse puesto en práctica originalmente y haberse revisado este aviso, TRS no ha efectuado ni está efectuando ningún cambio a la forma cómo se protege su información. El 14 de abril de 2003, se aplicaron automáticamente los nuevos derechos y demás términos de este aviso, según lo proyectado originalmente. Asimismo, según revisión subsiguiente, continuamos aplicando los derechos y demás términos de este aviso automáticamente. Usted no necesita hacer nada en particular para que se proteja la privacidad de su información médica.



La ley federal requiere que TRS le proporcione aviso sobre sus prácticas de privacidad y sus obligaciones legales respecto a su información médica protegida. Este aviso explica cómo, cuándo y por qué TRS utiliza y divulga su información médica protegida. Por ley, TRS debe seguir las prácticas de privacidad que se describen en el aviso de privacidad más reciente.

TRS se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios estarán vigentes para toda la información médica protegida que TRS mantenga. Si TRS efectúa un cambio importante que afecte el contenido de este aviso, TRS le enviará por correo un nuevo aviso dentro del lapso de 60 días después de haberse efectuado el cambio. Este aviso se encuentra en el sitio web de TRS y TRS publicará todo nuevo aviso en su sitio web www.trs.texas.gov.

Cómo puede TRS utilizar y divulgar su información médica protegida

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

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

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

- **Para fines de tratamiento.** TRS no es un proveedor médico ni participa directamente en las decisiones relacionadas con el tipo de tratamiento médico que deba usted recibir. Además, TRS no guarda ni archiva sus expedientes médicos actuales. Sin embargo, podría divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, TRS podría divulgar su información médica protegida si su médico le pide a TRS que comparta dicha información con otro médico para ayudar en el tratamiento suyo.
- **Para fines de pago.** He aquí dos ejemplos de cómo TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de pago. Primero, TRS podría utilizar o divulgar su información para preparar una factura por servicios médicos a fin de enviársela a usted o a la persona o empresa responsable por el pago de la misma. La factura podría incluir información que lo identifique a usted, así como los servicios médicos que haya recibido y la razón para ello. Segundo, TRS puede utilizar o divulgar su información médica protegida para cobrar el pago de sus primas de seguro.

- **Para fines relacionados con las operaciones de la asistencia médica.** TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para asistir en cuanto a las funciones administrativas del plan médico. TRS podría proporcionarles, a sus contadores, abogados, asesores y otros, la información médica protegida de usted a fin de asegurarse de que TRS esté cumpliendo con las leyes respectivas. Por ejemplo, podrían proporcionarles su información médica protegida a personas que estén supervisando la calidad de la asistencia médica por usted recibida. Otro ejemplo relacionado con las operaciones de la asistencia médica es que TRS utiliza y comparte esta información para gestionar sus negocios y para llevar a cabo sus actividades administrativas.
- **Cuando las leyes federales, estatales o municipales, procedimientos judiciales o administrativos o bien las autoridades policiales competentes requieran el uso o divulgación de la misma.** Por ejemplo, al recibir su solicitud de beneficios de jubilación por incapacidad, TRS y los miembros de la Directiva Médica podrían utilizar su información médica protegida para determinar si tiene usted derecho o no a jubilación por incapacidad. TRS podría divulgarle su información médica protegida a:
 - Las autoridades judiciales federales o estatales que soliciten dicha información para propósitos judiciales;
 - La Fiscalía General de Texas (Texas Attorney General) para cobrarle la pensión de manutención correspondiente a sus hijos menores de edad (child support) o bien para asegurarse de que se le proporcione cobertura médica a su hijo;
 - En respuesta a una citación judicial (subpoena), si el Director Ejecutivo de TRS determina que usted tendrá oportunidad razonable de contestar a la misma;
 - Una entidad gubernamental, la empresa para la cual trabaje o un representante autorizado de la misma al grado en que TRS necesite compartir dicha información para conducir sus labores;
 - La legislatura de Texas o las agencias gubernamentales estatales o federales, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, las agencias de vigilancia médica que supervisen las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o las relacionadas con una licencia profesional, procedimientos o acciones civiles, administrativas o judiciales u otras actividades. Las agencias de vigilancia que soliciten esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisen: (i) el sistema de asistencia médica, (ii) los programas gubernamentales de beneficios, (iii) otros programas regulatorios gubernamentales y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles;
 - A una autoridad de salud pública para la prevención o control de enfermedades; y
 - Si así lo requiere alguna otra ley federal, estatal o municipal.



- **Para cumplir con funciones gubernamentales específicas.** En ciertos casos, TRS podría divulgar la información médica protegida de militares y veteranos. TRS podría divulgar también información médica protegida a oficiales federales autorizados para llevar a cabo labores relacionadas con la seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de los Estados Unidos o para llevar a cabo labores de inteligencia o a la Legislatura de Texas o agencias gubernamentales estatales o federales, aunque sin limitarse a las agencias de vigilancia médica, para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, licencia profesional o acciones disciplinarias, procedimientos o acciones de tipo civil, administrativo o penales u otras actividades. A las agencias de vigilancia médica que soliciten esta información, incluyendo a las agencias gubernamentales encargadas de supervisar: (i) el sistema de asistencia médica, (ii) los programas gubernamentales de beneficios, (iii) otros programas regulatorios gubernamentales y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Para socios comerciales.** TRS posee contratos con personas y empresas (a las cuales se hace referencia en la presente como los “socios comerciales”), los cuales ayudan a TRS a llevar a cabo sus funciones comerciales de proporcionar cobertura de asistencia médica y a tomar decisiones relacionadas con el beneficio de jubilación por incapacidad. Por ejemplo, varias empresas asisten a TRS con los programas TRS-Care y TRS-ActiveCare, es decir, empresas tales como Aetna, Caremark, Express Scripts and Gabriel, Roeder, Smith and Company. Entre las funciones que proporcionan estas empresas, se incluyen la realización de auditorías, la realización de análisis actuariales; la adjudicación y el pago de reclamaciones; el servicio de asistencia al cliente; la revisión y la administración de la utilización; la coordinación de beneficios; la subrogación; la administración del beneficio de farmacia y las funciones de tipo tecnológico. TRS podría divulgarles su información médica protegida a sus socios comerciales para que estos puedan realizar los servicios que les haya pedido TRS. Para salvaguardar su información médica, sin embargo, TRS requiere que estas empresas sigan las mismas reglas establecidas en este aviso y que le notifiquen a TRS en caso de incumplimiento con la información médica protegida no asegurada.
- **Para su administrador o albacea testamentario.** TRS podría divulgarle su información médica protegida al administrador o albacea testamentario a cargo de su herencia (estate).
- **Para beneficios relacionados con la salud.** TRS o uno de sus socios comerciales podría comunicarse con usted para recordarle la fecha de su próxima cita médica. También podrían comunicarse con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos que pudieran ser de su interés.
- **Para procedimientos legales.** TRS podría divulgar su información médica protegida: (1) en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, la apelación por denegación de cobertura o beneficios; (2) en respuesta a una orden judicial o la emitida por un tribunal administrativo (al grado en que así lo autorice expresamente la ley); y (3) por ser necesario para proporcionar evidencia de un crimen ocurrido en nuestros edificios.

- **Para investigadores forenses o jueces de instrucción en lo penal, médicos forenses, directores de funerarias y entidades relacionadas con la donación de órganos.** TRS podría divulgar información médica protegida a un investigador forense o juez de instrucción en lo penal (coroner) o a un médico forense (medical examiner) para fines relacionados con la identificación de un cadáver, determinación de la causa de defunción, por parte del investigador forense o juez de instrucción en lo penal o por parte de un médico forense, o para que realicen otras labores autorizadas por la ley. Según lo permita la ley, TRS podría además divulgarle su información médica protegida al director de la funeraria a cargo a fin de que pueda cumplir con sus respectivas labores. Además, TRS podría divulgarles su información médica protegida a las organizaciones encargadas de la donación y trasplante de órganos varios, ojos o tejido en particular.
- **Para investigaciones.** TRS podría divulgar su información médica protegida a investigadores médicos una vez que la junta examinadora del hospital (Institutional Review Board o IRB, por sus siglas en inglés) o la junta encargada de salvaguardar la privacidad de la información: (1) haya revisado la propuesta de investigación médica y establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información médica; y (2) haya aprobado la investigación.
- **Para prevenir graves amenazas a la salud o seguridad pública.** De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, TRS podría divulgar su información médica protegida si consideramos que la misma es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad personal o pública.
- **En el caso de prisioneros.** Si se encuentra usted preso en una institución penitenciaria, TRS podría divulgarle su información médica protegida a la institución penitenciaria o a las autoridades judiciales competentes: (1) a fin de que puedan proporcionarle asistencia médica; (2) por razones de salud y seguridad suya o de otras personas; o (3) por la seguridad y protección de la institución penitenciaria.
- **En lo concerniente a la Ley de Compensación al Trabajador.** TRS podría divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación al trabajador (worker’s compensation laws) y otros programas similares que proporcionen beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para su representante personal.** TRS podría proporcionarle información médica protegida a su representante o persona autorizada o bien a cualquier persona, sobre la cual le notifique usted a TRS por escrito que ha designado para actuar a nombre suyo. Por tal motivo, se considerará que la persona que actúe en nombre suyo estará involucrada en el cuidado médico que usted reciba o en el pago de su asistencia médica.
- **Para una entidad de ayuda humanitaria.** TRS podría además proporcionarle su información médica protegida a la entidad que lo esté asistiendo como parte de un esfuerzo de ayuda humanitaria en caso de desastres (disaster relief), de tal manera que puedan notificarle a su familia sobre su condición, estado de salud y paradero. Si no se encuentra usted presente o en capacidad de otorgar su consentimiento para la divulgación de su información médica protegida, entonces TRS podrá, bajo tales circunstancias, usando nuestro juicio profesional, determinar si la divulgación de dicha información es lo más conveniente para usted. En la medida de lo posible, TRS intentará obtener su autorización personal antes de divulgar su información.



Ciertas divulgaciones a las cuales está obligada TRS.

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

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

Ciertos usos y divulgaciones de información genética que no podrán proporcionarse.

Quedará terminantemente prohibido que TRS y los miembros de la directiva médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan médico o administradores de los beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare usen o divulguen la información médica protegida para fines de la suscripción de seguro (underwriting).

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

Los siguientes usos y divulgaciones de información médica protegida no serán hechas por TRS ni miembros de la Directiva Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan médico o administradores de los beneficios de farmacia que actúan en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare:

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

Demás usos y divulgaciones que requieren de su autorización previa por escrito.

Incurrirán en los siguientes usos y divulgaciones TRS y los miembros de la directiva médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan médico o administradores de los beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare únicamente con su permiso (autorización) por escrito:

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

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

Sus derechos

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

- **Derecho a establecer límites en cuanto al uso y divulgación de su información médica protegida.** Usted puede solicitar que TRS limite los usos y divulgaciones de su información médica protegida. TRS tomará en cuenta su solicitud, aunque no está obligada a convenir en ello. De estar TRS de acuerdo, sin embargo, pondrá el acuerdo por escrito y seguirá lo allí establecido, a menos que necesite usted un tratamiento de emergencia y la información que ha pedido usted que se limite resulte necesaria para dicho tratamiento. Usted no podrá imponer límites a los usos y divulgaciones a los cuales está legalmente obligado TRS.

Si está inscrito en TRS-ActiveCare, usted podrá solicitar una restricción por escrito, enviando su correspondencia a: Aetna Legal Support Services, 152 Farmington Avenue, W121, Hartford, CT 06156-9998. En su solicitud, especifique lo siguiente: (1) la información que desea limitar para que no se divulgue y (2) cómo o hasta qué punto desea usted limitar el uso o divulgación de dicha información por parte nuestra.

Si está inscrito en TRS-Care, usted podrá solicitar la restricción de su información por escrito, enviando su correspondencia a: Aetna Legal Support Services, 152 Farmington Avenue, W121, Hartford, CT 06156-9998. En su solicitud, especifique lo siguiente: (1) la información que desea limitar para que no se divulgue y (2) cómo o hasta qué punto desea usted limitar el uso o divulgación de dicha información por parte nuestra.

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



- **Derecho a elegir la forma cómo TRS le envía a usted su información médica protegida.** Usted puede solicitar que TRS le envíe a usted su información a otra dirección (por ejemplo, a su lugar de trabajo en vez de a su domicilio) o por otro medio (por ejemplo, a través de un servicio de mensajería especial o “courier” en vez del correo regular o “U.S. Mail.”). Esto podrá hacerse solo si, al no cambiarse su dirección o la forma en que TRS se comunica con usted, pudiera ponerlo a usted en peligro físico. Para ello, deberá presentar su solicitud por escrito, especificando dónde y cómo debemos comunicarnos con usted. TRS deberá honrar su petición solo si:

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

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

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

- Recibir un resumen o explicación en vez de la información médica protegida desglosada; y
- Pagar usted por los gastos de preparación del resumen o explicación.

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

TRS no podría negar su solicitud de inspeccionar y fotocopiar su información médica protegida bajo ciertas y limitadas circunstancias. Si le niegan acceso a su información médica protegida, usted podría solicitar la revisión de dicha negación. TRS seleccionará a un profesional médico certificado para la revisión de su solicitud y negación. La persona encargada de realizar esta revisión no será la misma que le haya negado su petición inicial. Bajo ciertas circunstancias, no se podrá revisar la negación de su solicitud. De ser ese el caso, TRS le informará por escrito, en la correspondencia de negación, que esta decisión es inapelable y que por lo tanto no habrá revisión.

- **Derecho a recibir, a través de TRS, una lista de usos y divulgaciones de su información médica protegida.** Usted tiene derecho a recibir una lista de los usos y las divulgaciones de su información médica protegida a través de TRS. La ley no exige que TRS cree una lista que incluya cualquier uso y divulgación:

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

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

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

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

- **Derecho a corregir o actualizar su información médica protegida.** Si considera usted que existe un error en su información médica protegida o que falta cierta información, puede pedirle a TRS que la corrija o agregue. Para ello, deberá solicitar la corrección o adición de información por escrito.

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



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

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

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

TRS le enviará la negación por escrito. La misma indicará el por qué le negaron su solicitud y le explicará su derecho a enviarle a TRS una declaración escrita sobre el por qué está usted en desacuerdo con la decisión de TRS. Dicha correspondencia le explicará además cómo debe usted presentar su queja ante TRS o ante The Secretary of The Department of Health and Human Services. Si le envía usted a TRS su declaración escrita sobre el por qué está en desacuerdo con la denegación de su solicitud, TRS podrá presentar una respuesta a su declaración por escrito. TRS le entregará a usted una copia de la respuesta.

Si presenta usted su declaración escrita de conformidad con la negación de su solicitud, TRS deberá incluir su solicitud de enmienda, la carta negando su solicitud, su declaración escrita de inconformidad ante tal decisión y cualquier respuesta de TRS emitida cuando divulgue la información médica protegida que ha solicitado usted que se cambie o TRS puede optar por entregar un resumen de dicha información con la divulgación de la información médica protegida que usted solicitó que se cambiara. Aun cuando no le envíe a TRS una declaración por escrito, explicando por qué está en desacuerdo con la negación, usted podría requerir que se anexe su solicitud y la negación de la misma por parte de TRS a toda divulgación futura de la información médica protegida que haya solicitado usted que se cambie.

- **Derecho a que se le notifique sobre el incumplimiento relacionado con la información médica protegida no asegurada electrónica o tecnológicamente.** Usted tiene derecho a que se le notifique, y TRS tiene el deber de notificarle, sobre todo incumplimiento relacionado con su información médica protegida. El término “incumplimiento”, se refiere a adquirir, tener acceso, utilizar o divulgar información médica protegida no asegurada electrónica o tecnológicamente de forma contraria a lo permitido de conformidad con la ley HIPAA y comprometiendo la seguridad o privacidad de dicha información. De llegar a ocurrir algo así, le proporcionaremos información sobre el incumplimiento y cómo puede usted mitigar o reducir de alguna manera cualquier posible daño resultante de dicha acción.

- **Derecho a recibir este aviso.** Usted puede recibir una copia por escrito de este aviso a petición suya como parte interesada.
- **Derecho a presentar una queja.** Si considera que TRS ha violado sus derechos de privacidad en lo concerniente a la información médica protegida, usted puede presentar su queja por escrito ante el Oficial de Privacidad de TRS (TRS Privacy Officer), dirigiendo su correspondencia a:

Privacy Officer

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

Todas las quejas deberán presentarse por escrito. Usted también puede presentar su queja por escrito ante:

Region VI, Office for Civil Rights

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

Fax: **214-767-0432** y por correo electrónico al **OCRComplaint@hhs.gov**

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

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

Texas Office of the Attorney General

P.O. Box 12548
Austin, Texas, 78711-2548
1-800-806-2092

TRS no tomará medidas disciplinarias ni represalia alguna en contra suya por haber usted presentado una queja.

Para más información

Si desea más información en relación con este aviso, sobre cómo ejercer sus derechos o cómo presentar una queja, comuníquese con el Centro de Asesoría Telefónica de TRS (TRS Telephone Counseling Center) al **1-800-223-8778**. Las personas sordas o con deficiencia auditiva (TDD) pueden comunicarse al **1-800-841-4497**.

