



Guía del Plan TRS-Care Standard para el 2019 Guía del Plan para Participantes No Elegibles para Medicare

Del 1ro de enero al 31 de diciembre

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

Elegibilidad - Inscripción
Cobertura Médica
Cobertura para Medicinas Recetadas

1-888-237-6762
1-800-367-3636
1-844-345-4577





Información sobre su Guía del Plan TRS-Care Standard del 2019

Esta guía proporciona un resumen de los requisitos de elegibilidad del plan TRS-Care Standard, así como de la inscripción y los beneficios del programa para participantes no elegibles para recibir beneficios de Medicare.

Para una descripción detallada de su plan, remítase al Folleto de Beneficios de TRS-Care.

El programa de TRS-Care podría cambiar en el futuro para proporcionar niveles de cobertura diferentes a los descritos en los documentos de su plan (incluyendo esta guía) o bien podría discontinuarse. El costo de participación en el programa de TRS-Care podría cambiar con la aprobación de la Junta Directiva de TRS.

Al grado en que cualquier información en su guía no sea consistente o contradiga las leyes y reglas de TRS, estas últimas regirán. El Folleto de Beneficios de TRS-Care siempre regirá sobre toda información contenida en otros documentos del plan médico.

TRS-Care se reserve el derecho a modificar el formulario de beneficios en cualquier momento. Por lo general, tales modificaciones se reflejarán en una versión electrónica y actualizada del folleto de beneficios publicada en el sitio web de TRS.

Esta guía aplica al plan 2019 y reemplaza toda versión anterior a la misma.



Dentro de Su Guía

Para Comprender los Beneficios de su Plan TRS-Care Standard

Puntos Básicos.....	5
Cómo Funciona el Plan.....	5
Costos de Desembolso Personal	5

Para Utilizar su Plan Médico

Para Seleccionar a su Médico.....	9
Para Acudir al Médico.....	9
Para Recibir Cuidado Cuando Esté Enfermo o Lesionado...	11
Análisis de Laboratorios, Radiografías u Otros Exámenes Diagnósticos.....	12
Hospitalización	12

Para Adquirir Medicinas Recetadas.....	12
Para Evitar Gastos Médicos Inesperados o Innecesarios.....	14
Para Ahorrar en una Cuenta de Ahorros Médicos (HSA)	14

Elegibilidad e Inscripción

¿Quién Puede Inscribirse en TRS-Care?	16
Cómo Inscribirse	16
¿Cuándo Entrará en Vigencia mi Cobertura?	17
Eventos de Inscripción Especial.....	18

Glosario de Términos	21
----------------------------	----

Guía Rápida de TRS-Care Standard

Aproveche al máximo sus beneficios de asistencia médica:

Inscríbase – Asegúrese de presentar su formulario TRS 700A, dentro del período de inscripción inicial, el cual corresponde a los tres primeros meses o 90 días consecutivos contados a partir de la fecha de su jubilación.

Comprenda su Plan TRS-Care Standard – Revise su plan para conocer cómo puede usted aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Encontrará más detalles y recursos útiles en la página de beneficios TRS Health Benefits de www.trs.texas.gov.

Conozca sus costos de desembolso personal – Comprenda lo que pagará usted y lo que pagará su plan TRS-Care.

Consiga un médico de la red en el cual usted confíe – Utilice nuestra herramienta de búsqueda de proveedores para encontrar a un médico que se ajuste mejor a su estilo de vida y necesidades presupuestarias. Visite la herramienta DocFind® de Aetna en el www.aetna.com/docfind/custom/trscare para conseguir y confirmar si el médico pertenece a la red.

Conozca cuáles laboratorios y centros de diagnóstico pertenecen a la red – Hable con su médico sobre la importancia de utilizar, para su cuidado, solamente laboratorios y centros médicos de la red. Visite la herramienta DocFind® de Aetna en el www.aetna.com/docfind/custom/trscare para conseguir y confirmar si el laboratorio pertenece a la red.

Planifique por adelantado por si llegare a ocurrir una emergencia – Ubique el centro de cuidado urgente y sala de emergencia de la red más cercanos a usted en caso de que suceda lo inesperado. Evite acudir a salas de emergencia independientes, ubicadas en plazas o centros comerciales, ya que el costo podría superar considerablemente lo que habría tenido que pagar usted de haber recibido tratamiento en la sala de emergencia de un hospital.

Programe su cita anual para el bienestar – Su examen anual puede ayudarle a prevenir problemas médicos o a diagnosticarlos a tiempo. Tenga presente que si usted habla de un problema médico durante una visita de bienestar, la visita ya no será más un chequeo y usted tendrá que pagarla por su cuenta.

Cambie a medicamentos genéricos – Hable con su médico sobre cómo cambiar para recibir marcas genéricas a fin de ahorrarse dinero en el costo de sus medicinas recetadas. Para más información y para recibir una lista de genéricos, pregúntele a su médico y visite info.caremark.com/trscarestandard

Manténgase informado – Utilice su Guía del Plan *TRS-Care Standard* y el folleto de beneficios para convertirse en un consumidor informado en lo que respecta a su cuidado médico.

Para Comprender los Beneficios de su Plan TRS-Care

El incremento de los costos del cuidado médico constituye un reto para todo el país y Texas no es una excepción. En los últimos años, los costos del plan médico han superado considerablemente el financiamiento y –pese al apoyo financiero adicional que se recibe de la Legislatura de Texas– las primas y beneficios pueden cambiar de un año al otro para asegurar la sustentabilidad del plan médico de los jubilados actuales y futuros. He aquí como funciona el plan TRS-Care Standard para el 2019:

PLAN MÉDICO

Usted y sus dependientes que no sean elegibles para recibir beneficios de Medicare estarán cubiertos por el plan TRS-Care Standard, el cual les ofrece además cobertura médica amplia y acceso a descuentos significativos para servicios médicos y medicinas recetadas cuando usted utiliza proveedores de la red.

AÑO DEL PLAN

Su año del plan va del 1° de enero al 31 de diciembre. Sus deducibles y desembolso máximo personal inician nuevamente el 1° de enero de cada año.

BENEFICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS POR AETNA

Usted puede seleccionar libremente a cualquiera de los médicos de la vasta red de Aetna sin remisión alguna y puede obtener descuentos para el cuidado recibido dentro de la red a las tasas negociadas de Aetna. Usted también tiene cobertura para recibir, sin costo alguno, servicios preventivos dentro de la red, tales como exámenes oncológicos, vacunas y exámenes anuales para el bienestar.

BENEFICIOS DE FARMACIA ADMINISTRADOS POR CVS CAREMARK

CVS Caremark administra sus beneficios para medicinas recetadas, lo que quiere decir que usted puede adquirir sus medicamentos en una farmacia de su localidad o en una tienda minorista como CVS, Walgreens, HEB, Kroger y Randalls. También puede adquirir sus medicinas recetadas mediante una orden por correo, incluyendo suministros de 90 días para ciertos medicamentos genéricos, preventivos y de mantenimiento sin costo alguno.



Esta es su guía para aprovechar al máximo sus beneficios del cuidado médico. La misma le proporcionará la información que usted necesita para utilizar su plan médico y para asegurarse de que recibirá el máximo valor por el dinero que invierta en su cuidado médico. ¡Empecemos!

Puntos Básicos

Su plan TRS-Care Standard le ofrece a usted y a todo dependiente cubierto una valiosa protección contra el alto costo del cuidado médico, así como acceso a descuentos significativos para servicios médicos y medicinas recetadas siempre que utilice usted proveedores de la red.

Además, usted puede esperar:

- Servicios preventivos gratis.
- La libertad de seleccionar, sin remisión alguna, a cualquier doctor de la red del plan médico.
- Los beneficios para medicinas recetadas obtenidas a través de CVS Caremark, disponibles en farmacias regulares de la localidad y mediante órdenes por correo, incluyendo ciertos genéricos gratis clasificados como “preventivos”. Pase a la página 12 para más información al respecto.
- El servicio de telemedicina conocido como Teladoc que ofrece bajos costos y visitas médicas convenientes, por computadora o por teléfono. Este servicio está disponible las 24 horas del día, 7 días por semana.

Cómo Funciona el Plan

- Usted paga un deducible anual e individual de \$1,500 dentro de la red (o \$3,000 si cubre dependientes en un plan familiar) para el cuidado médico y el costo de las medicinas recetadas (incluyendo gastos relacionados con la salud mental, cuidado especializado a domicilio [skilled home care] y la drogadicción). Será necesario cumplir con esto antes de que el plan comience a pagar su cuota de gastos para el cuidado médico.
- Si usted utiliza doctores y hospitales de la red para su cuidado médico, se beneficiará con los bajos costos que reciba para el cuidado y la conveniencia de que presenten sus reclamaciones automáticamente por usted.
- Una vez que haya satisfecho su deducible anual dentro de la red, el plan pagará un 80 por ciento de sus gastos médicos y de medicinas recetadas que sean elegibles. Esto es lo que se conoce como coseguro.
- Una vez que haya satisfecho su desembolso personal máximo para el año (\$5,650 por cobertura individual o no más de \$11,300 por familia cuando utilicen proveedores de la red), el plan pagará un 100 por ciento de todos sus gastos médicos y medicinas recetadas que sean elegibles.
- Usted tiene un deducible aparte para el cuidado que reciba a través de doctores y hospitales no pertenecientes a la red. Por tal motivo, piense bien antes de seleccionar a un proveedor no perteneciente a la red. Le tomará más tiempo satisfacer su deducible y no podrá usted beneficiarse de las bajas tarifas del plan para el cuidado médico.

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible para gastos médicos y de medicinas recetadas	\$1,500 por persona; \$3,000 por familia	\$3,000 por persona; \$6,000 por familia
Desembolso máximo personal para gastos médicos y de medicinas recetadas	\$5,650 por persona; \$11,300 por familia	\$11,300 por persona; \$22,600 por familia
Coseguro para gastos médicos y de medicinas recetadas	Usted paga un 20% después de haber satisfecho su deducible	Usted paga un 40% después de haber satisfecho su deducible
Teladoc – Médicos certificados que diagnostican y tratan enfermedades y que emiten recetas médicas por teléfono o por video; servicio disponible las 24 horas del día, 7 días por semana	\$40 la consulta (cuenta contra el deducible y desembolso personal máximo)	

Costos de Desembolso Personal

Sus costos de desembolso personal equivalen al dinero que usted paga por servicios del cuidado médico, incluyendo los deducibles y el coseguro.

Este es un ejemplo de ello:

- Usted visita a un especialista (dermatólogo) debido a una rosácea.
- Usted se dirige al escritorio de la recepcionista y el personal de la oficina le dice que la visita de hoy al dermatólogo le costará \$100.
- Si usted no ha satisfecho su deducible, deberá pagarle los \$100 directamente a su médico. (Toda esa cantidad aplicará contra su deducible anual). Esos \$100 constituyen un gasto de desembolso personal para usted y
- De haber satisfecho su deducible, podrían pedirle que pague 20 por ciento o \$20 por concepto de coseguro y su plan médico pagará entonces el saldo restante. Esos \$20 constituyen un gasto de desembolso personal para usted.

Desembolso Personal Máximo

Existe un límite en cuanto a la cantidad que usted paga en un año por concepto de costos de cuidado médico. Esto es lo que se conoce como desembolso personal máximo. Después de haberlo satisfecho, el plan médico pagará un 100 por ciento de sus costos médicos y de medicinas recetadas elegibles y continuará pagando un 100 por ciento del saldo por el resto del año calendario.

Su cantidad de desembolso personal máximo se inicia nuevamente cada año, el día 1° de enero, al igual que su deducible

Su Plan Médico en Acción

DEDUCIBLE	COSEGURO	DESEMBOLSO PERSONAL MÁXIMO
<p>\$1,500 para la cobertura individual (dentro de la red)</p> <p>Cuando visita a un médico perteneciente a la red o adquiere una medicina recetada, usted paga el costo total del servicio o medicina recetada hasta que el costo médico cubierto alcance los \$1,500 (o \$3,000 si posee un plan de familia).</p> <p>Ejemplo: <i>Usted visita a un alergólogo y la tarifa negociada es de \$150. Usted paga la cantidad total y se le resta entonces de su deducible.</i></p> <p>Costo de la visita: \$150</p> <p>Usted paga: \$150</p> <p>Su deducible restante: \$1,350</p>	<p>Usted paga 20 por ciento (dentro de la red)</p> <p>Una vez que usted haya pagado \$1,500 (o \$3,000 si cubre a su familia) por costos médicos y de farmacia dentro de la red, su plan médico comenzará a pagar un 80 por ciento de los costos. Usted paga solo 20 por ciento de sus gastos.</p> <p>Ejemplo: <i>Usted visita al mismo alergólogo y ha satisfecho ya su deducible. Usted paga entonces 20 por ciento del costo o \$30. Su plan TRS-Care paga el resto.</i></p> <p>Costo de la visita: \$150</p> <p>Usted paga: \$30</p> <p>Esta cantidad cuenta contra la satisfacción de su desembolso personal máximo.</p>	<p>\$5,650 para la cobertura individual u \$11,300 por la cobertura de familia (dentro de la red)</p> <p>Una vez que usted haya pagado \$5,650 (u \$11,300 si cubre a su familia) contra los deducibles y coseguro como parte de su desembolso personal, el plan pagará 100 por ciento de sus costos el resto del año calendario.</p> <p>Ejemplo: <i>El alergólogo dice que usted necesita una cirugía sinusoidal ambulatoria que cuesta \$30,000. Usted ya ha satisfecho su deducible individual de \$1,500, lo cual cuenta contra su desembolso personal máximo. A ese punto, usted tendrá que pagar los \$4,150 restantes a fin de satisfacer su desembolso personal máximo de \$5,650 y desde ese momento en adelante su plan pagará un 100 por ciento del costo.</i></p> <p>Costo de la cirugía: \$30,000</p> <p>Usted paga: \$4,150 para satisfacer su desembolso personal máximo.</p> <p>El plan paga el resto.</p>

Hay tres categorías de costos comunes de desembolso personal:

1. Las primas

Esta es una cantidad fija que usted paga cada mes por su seguro médico. Los costos de su prima no aplican contra su deducible o desembolso personal máximo. La tabla que aparece a continuación muestra una lista de los costos de su prima mensual.

2. Deducibles

Esta es la cantidad que usted debe invertir como desembolso personal antes de que el plan médico comience a pagar su cuota de los costos del cuidado médico. Hay, sin embargo, algunos puntos importantes que necesita recordar:

- Todo gasto médico o de medicina recetada elegible aplica contra su deducible.
- Usted tiene deducibles aparte para los gastos en los que incurra dentro y fuera de la red. Esto significa que no podrá aplicar contra su deducible dentro de la red los gastos en los que incurra por cuidados recibidos fuera de la red.
- Su deducible se iniciará nuevamente el 1º de enero de cada año.

3. Coseguro

Cuando usted haya pagado o satisfecho su deducible, su plan médico comenzará a pagar entonces un porcentaje de sus gastos médicos y usted pagará un porcentaje también. El porcentaje que usted paga es lo que se conoce como "coseguro".

Mantenerse dentro de la red paga

Si opta por usar servicios fuera de la red, su deducible individual incrementará a \$3,000 y su coseguro se duplicará a un 40 por ciento. No solo eso, sino que los gastos en los que incurra fuera de la red no se aplicarán a los costos dentro de la red. Además, podría pedirle que pague la diferencia entre la tasa permitida por el plan para el servicio en cuestión y la cantidad que le facture el hospital o médico no perteneciente a la red.

Es por eso que vale la pena que compare sus servicios de cuidado médico. Inicie sesión (log in) en Aetna Navigator® visitando el www.trscarestandardaetna.com y haciendo clic en el botón que dice "Jubilado sin Medicare" ("Non-Medicare retiree").

Primas Mensuales para el 2019

La mayoría de los jubilados sin Medicare	Los jubilados sin Medicare con hijos incapacitados (de cualquier edad) *
Jubilado Solamente \$200	
Jubilado + Cónyuge \$689	
Jubilado + Hijo(s) \$408	Jubilado + Hijo(s) \$208
Jubilado + Familia \$999	Jubilado + Familia \$799
Hijo(s) Superviviente(s) \$208	

*Las primas mensuales para jubilados sin Medicare que tengan hijos incapacitados se reducirá a razón de \$200 en niveles que cubran a los hijos. Será responsabilidad del participante notificarle a TRS que su hijo ha quedado incapacitado.

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

¿Tiene planes de jubilarse por incapacidad?

Si usted está haciendo planes de jubilarse debido a una incapacidad, pagará las primas que aparecen enumeradas en esta página, dependiendo de si se cubre a sí mismo solamente o a sus dependientes también.

¿Ya se jubiló por incapacidad?

La elegibilidad del jubilado o cónyuge superviviente de recibir Medicare, independientemente del estado de Medicare de sus dependientes, es lo que determina la prima. Por ejemplo, si usted es el jubilado de TRS y no es elegible para recibir beneficios de Medicare y cubre a su cónyuge, el cual sí es elegible para recibir beneficios de Medicare, usted pagará \$689 al mes porque usted, el jubilado, no es elegible aún para recibir beneficios de Medicare.

Si usted se jubila antes del 1º de enero de 2017, recibe beneficios de incapacidad de TRS y no es elegible aún para recibir beneficios de Medicare, entonces no pagará una prima por la cobertura de jubilado solamente en el año del plan 2019 (es decir, del 1º de enero al 31 de diciembre de 2019). Las primas mensuales que cubren al cónyuge o dependiente se reducen a razón de \$200. Para más información, pase a la página 16, a la sección titulada Jubilados por Incapacidad.

Jubilado Solamente	\$0
Jubilado + Cónyuge	\$489
Jubilado + Hijo(s)	\$208
Jubilado + Familia	\$799



CONSEJO RÁPIDO

Estire al máximo cada dólar que invierta en el cuidado médico.

Utilice los servicios de médicos y hospitales de la red que presenten la reclamación médica ante Aetna por usted, de tal manera que todo gasto elegible en que incurra aplique contra su deducible. Los médicos de la red de Aetna tienen tarifas más bajas, las cuales han acordado por contrato. Esto se traduce en una reducción de su desembolso personal.

Utilice DocFind en www.trscarestandardaetna.com

para saber si su médico pertenece a la red de Aetna o para buscar a otros proveedores de la red.



CONSEJO RÁPIDO

Aproveche las medicinas recetadas que se ofrecen gratis.

Si toma ciertos medicamentos genéricos clasificados como “preventivos”, tales como las medicinas recetadas para la hipertensión, la enfermedad cardiaca o la depresión, usted podría recibir sus medicamentos sin costo alguno.

Esta es una forma importante en la cual TRS invierte en la salud de sus jubilados.

Para más información, pase a la página 13.

PRUEBA CORTA

P: Usted acude a su médico, el cual pertenece a la red Aetna. Esto lo hace para deshacerse de la tos que le afecta. El médico determina que usted tiene bronquitis. El costo total de la visita es \$100, pero usted ya ha alcanzado su deducible.

Entonces, ¿cuánto le costará esto a usted?

- A. Nada porque es cuidado preventivo.*
- B. Todavía le cuesta \$100.*
- C. Le cuesta \$20 (20% del costo total).*

R: La respuesta correcta es “C”. Este no es cuidado preventivo porque usted fue al médico por una enfermedad específica. No le cuesta \$100 porque usted ya ha satisfecho su deducible. El costo de esta visita efectuada dentro de la red o bien su cuota del coseguro sería de \$20.

Recuerde que estamos hablando de servicios prestados dentro de la red. Si usted acude a un médico no perteneciente a la red, pagará 40 por ciento de la tasa permitida además de la diferencia total entre la cantidad permitida y lo que le cobre el médico (esto, suponiendo que haya satisfecho ya su deducible fuera de la red).



Para Utilizar su Plan Médico

Para Seleccionar a su Médico

Con los miles de médicos y hospitales que pertenecen a la red de Aetna, es muy probable que encuentre a alguno de su gusto.

Ubicar a un médico de la red no puede ser más fácil. Aquí le mostraremos cómo:

- Visite el sitio web del plan TRS-Care Standard en el www.trscarestandardaetna.com.
- Seleccione TRS-Care para Jubilados sin Medicare y haga clic en DocFind, el Directorio de Proveedores de TRS-Care.
- Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de TRS-Care, llamando al 1-800-367-3636, disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., Hora del Centro.

Conozca su red

Una de las características más valiosas de su plan médico es la red de doctores y hospitales a los cuales puede usted tener acceso para su cuidado médico. Cuando un médico “pertenece a la red”, esto significa que ha trabajado con nuestro plan médico aplicando una tarifa mutuamente acordada por los servicios que presta. Los médicos no pertenecientes a la red, por el contrario, no han hecho esto. Es por eso que salirse de la red es como manejar sin frenos – una experiencia donde usted tiene poco control sobre la cantidad de dinero que paga por su cuidado:

- Usted no tiene el beneficio de tarifas previamente negociadas para su cuidado médico.
- Los médicos y hospitales no pertenecientes a la red pueden cobrarle el precio establecido en el mercado, lo cual significa que usted podría tener que pagar la diferencia entre la tarifa permisible de su plan y la tarifa sin descuentos que el médico u hospital le cobra. Cuidado: Los costos que excedan la tarifa permisible del plan y la cantidad facturada por el proveedor no se aplican contra el desembolso personal máximo.
- Usted no podrá contar estos cargos por servicios prestados fuera de la red contra su deducible dentro de la red.
- Es posible que tenga que manejar el papeleo adicional usted mismo porque los médicos no pertenecientes a la red de Aetna podrían requerir que usted presente sus propias reclamaciones para el cuidado médico.

En resumen, si usted utiliza un proveedor no perteneciente a la red, independientemente de las circunstancias, lo más probable es que tenga que pagar más –quizás mucho más que las cantidades usuales de deducible y coseguro.

Para Acudir al Médico

Cuando usted acude regularmente a un médico primario o de cabecera, obtiene costos más bajos y goza de una mejor salud.

La visita anual para el bienestar del paciente –proporcionada sin costo alguno para usted bajo sus beneficios preventivos– juega un

papel importante en todo esto. Es la oportunidad anual que tiene su médico de ver cómo está usted en general y asegurarse de que no presente síntomas de algo más. Si recibe buenas noticias en cuanto a su salud, perfecto. Usted puede entonces mantener, manejar y hasta mejorar su salud con exámenes regulares, siguiendo el consejo de su médico y aprovechando las herramientas y programas gratuitos disponibles a través de su plan médico.

Cuando programe su visita anual para el bienestar, asegúrese de informarle al registrarse, a la persona que le reciba, que su cita debe codificarse como de cuidado preventivo. Si usted conversa con su médico sobre alguna enfermedad existente o recibe algún cuidado de diagnóstico, la visita ya no se calificará como servicios de cuidado preventivo y usted será responsable entonces por pagar el costo por su cuenta.

Su visita anual del bienestar le permitirá además a su médico enterarse de cualquier síntoma prematuro o indicio de empeoramiento de alguna enfermedad o mal existente –porque cuando se trata de su salud y billetera, mientras más pronto se entere, mejor. Tenga presente que hay enfermedades graves que no revelan síntomas ni dan señal alguna, lo cual puede ponerle bajo riesgo. Sus visitas anuales del bienestar constituyen pues su primera línea de defensa.

Servicios cubiertos y servicios considerados como cuidado preventivo

Si usted acude a un médico de la red sin presentar síntoma alguno para cualquier examen preventivo (incluyendo los efectuados para detectar el cáncer) no se le cobrará nada. Pero no todas las visitas al médico se consideran como cuidado preventivo. Algunas de ellas se consideran más bien como cuidado de diagnóstico.

La visita de diagnóstico se produce cuando usted acude al médico por una queja de salud en particular, para un tratamiento inicial o condición médica o para el tratamiento continuo de una enfermedad. La misma requiere de análisis de laboratorio u otros exámenes necesarios para tratar un problema médico conocido. Algunas veces, la diferencia entre el cuidado preventivo y el cuidado de diagnóstico podría parecer mínima o difícil de detectar.

CONSEJO RÁPIDO

No todos los médicos son iguales.

Por lo que, cuando esté buscando uno, aproveche la herramienta DocFind de Aetna donde encontrará información que va desde lo relacionado con el costo y la calidad hasta información sobre proveedores de la red y comentarios sinceros de pacientes de verdad. DocFind es una herramienta electrónica valiosa que le ayuda a encontrar las soluciones correctas para el cuidado médico.

Usted puede llegar a DocFind desde el sitio web de TRS o a través del sitio web de Aetna en el www.trscarestandardaetna.com.



Por ejemplo, si usted acude a un médico de la red para una visita de cuidado preventivo la cual haya planificado y que no le vaya a costar nada –digamos, una visita para su examen anual–, pero durante el curso de dicho examen usted de queja de que le duele el hombro. Su médico lo revisa, descubre que usted tiene artritis y le receta un medicamento. En este caso, lo que originalmente era su visita de cuidado preventivo se ha convertido ahora en una visita al consultorio médico por una enfermedad o lesión específica y ahora, se le cobrará a usted por la misma como de cuidado de diagnóstico.

Visite www.trs.texas.gov para obtener una lista completa de los servicios preventivos cubiertos por su plan médico.

Aproveche los servicios médicos que, por lo general, se le proporcionan gratuitamente:

- Examen para detectar la presión arterial
- Examen para detectar el nivel de colesterol
- Visita preventiva anual para el bienestar
- Examen para detectar la diabetes (tipo 2)
- Examen para detectar la depresión
- Examen para detectar el cáncer de pulmón
- Mamografías de rutina
- Ciertas vacunas como la utilizada anualmente para combatir la influenza o la vacuna contra el herpes zoster

Asegúrese de visitar a un médico primario de la red para estos servicios de tal manera que se cubran en un 100 por ciento y sean gratis para usted. Encontrará una lista completa de los servicios preventivos cubiertos por su plan de cuidado médico visitando el www.trs.texas.gov.

PRUEBA CORTA

P Una dama que toma medicina para el colesterol se realiza un examen anual del bienestar y le hacen un análisis de sangre para medir su nivel de colesterol.

La misma persona visita trimestralmente a su médico de la red para examinarse el colesterol y confirmar que la dosis de medicamento que toma sea la apropiada. ¿Cuál de estas situaciones se considera como de cuidado preventivo y gratis?

R: La primera. La visita al consultorio y el análisis de sangre se consideran como preventivos porque son parte de un examen general para el bienestar. Los análisis de sangre de la opción número dos no son preventivos porque se realizan más bien para tratar una enfermedad existente.

Para Recibir Cuidado cuando Está Enfermo o Lesionado

Cuando no se sienta bien o esté lesionado, pero no se trate de una emergencia, su primera llamada debería ser a su médico de cabecera, el cual está familiarizado con su historial médico y puede proporcionarle cuidado médico con mayor conocimiento de causa. Esta es también la opción más económica para empezar si no está seguro de si requerirá o no de un especialista.

Pero si el consultorio de su médico está cerrado y usted no puede programar una cita o no tiene un médico de cabecera, sepa que podemos ayudarle con eso también. – Lo importante es que sepa que usted tiene opciones.

Para recibir cuidado a domicilio

- Comuníquese con un médico por teléfono, iPad o una computadora disponible las 24 horas del día, 7 días por semana a través de Teladoc.
- Llame al 1-855-Teladoc (1-855-835-2362).
- Los médicos de Teladoc diagnostican problemas que no son de emergencia, recomiendan tratamiento, llaman a la farmacia de su preferencia para que le despachen el medicamento y más.
- Pague un honorario de \$40 por consulta (lo cual cuenta contra su deducible y desembolso personal máximo).

Clínicas en tiendas o farmacias

Las clínicas que no requieren de cita previa o “walk-in” clinics como se les conoce en inglés, ubicadas en Walgreens, CVS y tiendas HEB en todo el estado, son una buena alternativa si presenta usted síntomas de alguna enfermedad no compleja, síntomas tales como dolor de garganta o de oído, y no puede conseguir una cita para ver a su médico de cabecera. Por lo general, el costo será más bajo, pero esté consciente de que las clínicas que no requieren de cita previa no están equipadas para manejar necesidades médicas urgentes, tales como una fractura.

Clínicas de cuidado urgente o clínicas para el cuidado agudo

Las clínicas de cuidado urgente o de cuidado agudo están diseñadas para el cuidado médico necesario fuera de las horas de oficina, cuando el consultorio de su médico está cerrado o cuando una necesidad médica urgente no requiere de una visita a la sala de emergencia del hospital. Los servicios típicos en una clínica de cuidado agudo incluyen el tratamiento de fracturas, heridas y quemaduras, así como el tratamiento del asma y la bronquitis. El costo de la clínica para el cuidado urgente es, generalmente, mayor que el de la clínica para el cuidado agudo, pero mucho menor al de la sala de emergencia.

Sala de emergencia

Las emergencias que ponen en peligro la vida del paciente requieren de atención inmediata. Si usted sospecha tener una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana y su plan pagará los servicios como si se hubieren prestado dentro de la red.

Para encontrar la clínica de cuidado urgente y el centro de cuidado de emergencia más cercanos a usted

Visite el sitio web del Plan TRS-Care Standard para tener acceso a la herramienta DocFind® o utilice la aplicación móvil de Aetna para encontrar el centro de cuidado urgente o sala de emergencia de la red más cercana a usted, esto antes de que la necesite.

- Visite el sitio www.aetna.com o descargue la aplicación móvil de Aetna en su teléfono celular. Basta con enviar un mensaje de texto con la palabra “Apps” al 23862 (recuerde que podrían aplicarse cargos por uso de data y mensajes de texto).
- Haga clic donde dice encuentre un médico (“Find a Doctor”).
- Seleccione Instalaciones del Cuidado Urgente o Clínicas que no requieran de cita previa.

Familiarícese con la clínica para el cuidado urgente o clínica que no requiera de cita previa más cercana a su vecindario y ubique la sala de emergencia de hospital que pertenezca a su red, esto antes de que las necesite. Visite el sitio web de TRS-Care Standard para tener acceso a la herramienta DocFind® a fin de que pueda encontrar las clínicas pertenecientes a su red.



CONSEJO RÁPIDO

Tenga cuidado con las salas de emergencia independientes que parecen ser centros de cuidado urgente.

Comprender la diferencia puede tener un gran impacto en el costo de desembolso personal para su cuidado. Entonces, ¿cómo podrá detectarlas? Las salas de emergencia independientes no están físicamente conectadas con hospitales. Lo más probable es que estén junto a un supermercado. Además, se requiere que utilicen la palabra “emergencia” (“emergency”) como parte de su nombre comercial. next to your grocery store.

They are required to have the word “emergency” in their name.

Análisis de Laboratorio, Radiografías u otros Exámenes de Diagnóstico

Solo por el hecho de que su médico pertenezca a la red no quiere decir que los laboratorios o instalaciones de exámenes diagnóstico utilizados por él pertenezcan también a la red. El costo inesperado de laboratorios, radiografías o exámenes de diagnóstico bien puede “caerle de sorpresa”, así que antes de acudir a estos lugares asegúrese de que estén cubiertos a la tarifa correspondiente a los servicios de la red.

Sea un consumidor informado en cuanto al cuidado médico: Imágenes de Resonancia Magnética (MRI)

La mayoría de nosotros nos sentimos orgullosos de ser consumidores entendidos —de buscar las mejores ofertas en las compras que hacemos al adquirir artículos que van desde víveres en un supermercado hasta vehículos. El cuidado médico no debería ser diferente. El costo de muchos procedimientos médicos comunes puede variar considerablemente sin que guarde, por ello, relación alguna con la calidad del cuidado que usted recibe.

Para darle un ejemplo, podríamos mencionar: los exámenes con imágenes de resonancia magnética (MRI). Estos exámenes se utilizan cuando se requiere de alta resolución para mirar lo que está sucediendo dentro de su organismo. Pero es importante que sepa que el costo por la realización de uno de estos exámenes podría variar tremendamente dependiendo de dónde se lo realicen. Los exámenes con imágenes de resonancia magnética (MRI) y las tomografías computarizadas (CT scans) varían considerablemente en cuanto al costo en comparación con otros exámenes radiológicos con imágenes. Algunas veces, el precio puede variar incrementándose o reduciéndose a razón de 10 veces su valor y esto no implica que exista alguna diferencia en cuanto a la calidad ofrecida.

Desde reclamaciones hasta comparación en las compras, con Aetna Navigator usted está cubierto

La herramienta Aetna Navigator le permite a usted manejar cada aspecto de su salud electrónicamente, ya que está disponible las 24 horas del día.

- Reciba una tarjeta nueva de identificación por correo regular o electrónicamente.
- Compare los costos reales de los procedimientos y tratamientos comunes antes de recibir el cuidado. Esto puede hacerlo con la calculadora de pagos para miembros conocida como (“Member Payment Estimator”).
- Utilice su Registro de Salud Personal (Personal Health Record) para comprender el cuidado en cuestión y regístrese para recibir alertas personalizadas.
- Regístrese para utilizar Teladoc.

Visite el www.trscarestandardaetna.com y haga clic en el navegador de Aetna (Register on Aetna Navigator) para dar inicio a su sesión.

Hospitalización

Cuando se trata de una hospitalización, la cantidad a pagar depende de cuánto dinero ya haya invertido contra su deducible y coseguro. Aunque breve, una hospitalización saldrá cara por lo que usted satisfará rápidamente su deducible y desembolso personal máximo cuando se requiera de hospitalización.

Los precios de los servicios hospitalarios varían significativamente aun cuando se presten dentro de la red. Lo que un hospital cobra por un reemplazo de rodilla podría equivaler a un 50 por ciento más de lo que cobrarían otros hospitales —sin que por ello haya diferencia alguna en cuanto a la calidad del cuidado que usted reciba. Si su médico ejerce en más de un hospital, utilice la herramienta conocida como calculadora de pago de miembros (Member Payment Estimator) del Aetna Navigator para verificar los precios disponibles antes de entrar en un acuerdo con una instalación médica en particular.

Para Abastecer una Medicina Recetada

Caremark le ofrece una amplia gama de farmacias por lo que muy probablemente encontrará una ubicación conveniente en su localidad. Para buscar una farmacia cercana a usted, visite info.caremark.com/trscarestandard.

Cuando necesite adquirir una medicina recetada

Al igual que con los beneficios médicos, usted debe primero satisfacer el deducible antes de que el plan comience a pagar su cuota por los gastos de medicinas recetadas. Una vez que haya satisfecho su deducible, usted pagará 20 por ciento del costo de sus medicamentos siempre y cuando los mismos estén incluidos en el formulario (formulary).

Usted tiene múltiples formas de adquirir o surtir sus medicinas recetadas y de ahorrar en los medicamentos que utiliza.

A. Para los medicamentos a corto plazo (es decir, aquellos con suministros para periodos de hasta 31 días), puede visitar cualquier farmacia regular de la red de Caremark (incluyendo farmacias que no pertenezcan a CVS). Para encontrar una farmacia de la red, visite info.caremark.com/trscarestandard.

B. Usted también puede utilizar farmacias no pertenecientes a la red, pero podría tener que pagar más como desembolso personal por su medicamento. Y recuerde que el costo de tal medicamento no se aplicará entonces contra su deducible dentro de la red.

Si necesita adquirir un medicamento de “mantenimiento”, ahorre tiempo y energía con estas convenientes opciones.

- Utilice el servicio de órdenes por correo, Caremark Pharmacy. Usted podrá ordenar suministros de hasta 90 días para su medicamento y hacer que se los despachen a cualquier dirección que proporcione. Usted podrá pagar con tarjeta de crédito, cheque o con giro postal o bancario. Visite info.caremark.com/trscarestandard para conocer más sobre el servicio. Si utiliza esta opción, podrá distribuir sus costos para el suministro de 90 días en tres pagos mensuales, lo cual podría ayudarle a manejar mejor sus costos.
- Visite a una farmacia Retail-Plus de Caremark. Las farmacias regulares que participan en la red Retail-Plus pueden despacharle suministros de 60 a 90 días para sus medicamentos. Para encontrar una farmacia de Retail-Plus cercana a usted, visite info.caremark.com/trscarestandard o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de CVS Caremark, llamando al 1-844-345-4577 (TTY: 711).

Si necesita adquirir un medicamento de especialidad

Los medicamentos de especialidad son medicinas utilizadas para controlar una enfermedad crónica o genética. Pueden administrarse

mediante inyección, infusión, inhalación o tomarse oralmente (por boca) y podrían requerir de manejo especial.

Para adquirir medicamentos de especialidad, usted deberá utilizar una Farmacia de Especialidad de CVS Caremark.

Para utilizar este servicio, comuníquese gratis con CaremarkConnect® al 1-800-237-2767 o visite el www.cvsspecialty.com.

Aproveche los medicamentos gratis que se le ofrecen para proteger su salud

Su plan médico de TRS-Care incluye cobertura amplia para ciertos medicamentos genéricos clasificados como “preventivos” o medicinas utilizadas para prevenir una enfermedad, no para tratar una ya existente.

Si le recetan un medicamento que pertenezca a una de las categorías que aparecen en esta página, su medicamento podría ser preventivo y podría ser elegible para obtenerse sin costo alguno.

Asegúrese de ello y revise la lista de medicamentos clasificados como “preventivos” visitando info.caremark.com/trscarestandard para ver si sus medicamentos están en la lista y para aprovechar al máximo este valioso beneficio.

Los Cuatro Medicamentos Principales de la Lista de CVS Caremark

- Crestor Genérico (rosuvastatin)
- Benicar Genérico (olmesartan)
- Zetia Genérico (ezetimibe)
- Vytorin Genérico (ezetimibe/simvastatin)



Tipos de Medicamentos Genéricos Preventivos que Podrían Ofrecérsele Gratuitamente

<p>CARDIOVASCULARES Agentes Antiarrítmicos Agentes Antianginales Enfermedad de la arteria coronaria Antihiperlipidémicos y sus combinaciones</p> <p>PARA LA DIABETES Medicamentos para combatir la diabetes Productos y suministros para el diagnóstico de la diabetes Agentes hematológicos Factores de coagulación</p> <p>HIPERTENSIÓN Inhibidores: enzima convertidora de angiotensina (ACE), Bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB) y Bloqueadores de los canales de calcio (CCB) Bloqueadores Beta Diuréticos Antihipertensivos y sus combinaciones</p>	<p>AGENTES INMUNIZANTES Vacunas Toxoides Agentes inmunizantes y biológicos</p> <p>PARA LA SALUD MENTAL Antidepresivos Antipsicóticos Osteoporosis Reguladores del Calcio Moduladores de los receptores de hormonas</p> <p>PARA EL CUIDADO PREVENTIVO Agentes para combatir la obesidad Agentes para dejar de fumar Agentes para combatir la drogadicción Preparados intestinales</p>	<p>PARA TRASTORNOS RESPIRATORIOS Antiasmáticos Para Trastornos Convulsivos Anticonvulsivos</p> <p>PARA EMBOLIAS Anticoagulantes Inhibidores para la agregación de plaquetas</p> <p>PARA LA SALUD DE LA MUJER Inhibidores de aromataza y antiestrógenos Anticonceptivos Vitaminas prenatales</p> <p>PARA ENFERMEDADES VARIAS Agentes para combatir la malaria Prevención de la caries dental Agentes del angioedema hereditario Inmunosupresores de la esclerosis múltiple Agentes antirretrovirales</p>
---	---	---

Para Evitar Gastos Médicos Inesperados o Innecesarios

A la mayoría de nosotros no nos gusta el factor sorpresa, especialmente cuando se trata de lo que vamos a pagar por algo. A menudo, se siente como que el cuidado médico está lleno de “sorpresas”. Utilice estos consejos para evitar noticias desagradables.

Trate de mantenerse siempre dentro de la red

Asegúrese de que sus médicos, especialistas, hospitales, laboratorios e instalaciones diagnósticas pertenezcan a la red. Es fácil buscar a los médicos e instalaciones que usted utiliza para ver si pertenecen o no a la red. Esto puede hacerlo visitando el www.aetna.com/docfind/custom/trscare.

Compare los precios de los servicios diagnósticos

Desde exámenes con imágenes de resonancia magnética (*MRI*) hasta tomografías computarizadas (*CT scans*), puede haber una gran diferencia en el precio del mismo examen, servicio o procedimiento, dependiendo de dónde se lo realice. En lo que respecta al cuidado médico, que tenga un mayor costo no necesariamente significa que ofrezca mejor calidad. Lo mismo se puede decir de procedimientos de rutina realizados en hospitales, tales como los reemplazos de cadera o rodilla. Asegúrese de utilizar la calculadora de pagos de miembros (herramienta conocida en inglés como *Member Payment Estimator*). Esto puede hacerlo mediante el navegador de Aetna (*Aetna Navigator*) para que pueda comparar los precios antes de recibir el servicio.

Considere las alternativas

Por ejemplo, Teladoc le brinda a usted acceso a médicos por teléfono o video para la atención de problemas que no se consideren como emergencias. Usted puede utilizar este servicio para recibir rápido consejo médico las 24 horas del día, 7 días por semana y a un precio de \$40 por consulta. Esta podría ser una opción más económica que la tradicional visita al médico para una condición médica menor. Si necesita ver a un médico en persona o después de las horas regulares de consulta, considere una clínica regular o centro de cuidado de urgencias en vez de ir a la sala de emergencia. Si tiene que acudir a la misma, asegúrese entonces de evitar las salas de emergencia independientes. Así se ahorrará tiempo y dinero.

Utilice medicamentos genéricos

Pídale a su médico que le cambie a un medicamento genérico si le han recetado uno de marca. De no haber un genérico disponible, pídale a su médico que seleccione una marca preferida del listado del formulario de CVS Caremark. Y no olvide que muchos medicamentos genéricos preventivos están a su disponibilidad sin costo alguno.

Confíe, pero verifique.

Literalmente, cada año se presentan millones de reclamaciones a través del sistema de cuidado médico. Por lo que es buena idea comparar la cantidad que le cobra su médico con el costo que para el mismo procedimiento aparece en la Explicación de Beneficios que usted recibe por correo. De haber alguna discrepancia, llame a Aetna al 1-800-367-3636 para hacer la corrección correspondiente.

Mediación

Probablemente haya usted recibido cuidado de emergencia o bien cuidado, servicios o suministros médicos ofrecidos por una instalación, proveedor para el cuidado de emergencia o proveedor con base en una instalación médica que no pertenezca a la red.

Si recibe una factura por más de \$500 (sin incluir su copago, coseguro y deducible), podría tener derecho a disputar la reclamación y a solicitar mediación de la cantidad en reclamación. De ser elegible para mediación, usted podría recibir más información y reducir algunos costos de desembolso personal para una reclamación por servicios recibidos fuera de la red. Esto puede hacerlo visitando The Texas Department of Insurance en el www.tdi.texas.gov/consumer/cpmmediation.html o llamando al 1-800-252-3439. Si recibe una factura de un proveedor no perteneciente a la red, la cual le preocupe, llame al departamento de servicio al cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación para solicitar la revisión de la reclamación.

Para Ahorrar Dinero con una Cuenta de Ahorros Médicos

La cuenta de ahorros médicos (health savings account o HSA, por sus siglas en inglés) es un tipo especial de cuenta de ahorros diseñado a ayudar a las personas a ahorrar dinero libre de impuestos para los gastos del cuidado médico. Esta es una opción común porque la cuenta es fácil de abrir, utilizar y porque le brinda a usted la oportunidad de ahorrarse dinero en cuanto al costo del cuidado médico.

El plan médico TRS-Care Standard se considera como un “plan que califica” para una cuenta de ahorros médicos o HSA lo que significa que usted puede aprovechar los ahorros relacionados con la decisión de abrir y depositar fondos en una de estas cuentas. Todo depósito que usted haga en dicha cuenta será deducible de impuestos siempre y cuando invierta el dinero que tiene en la cuenta para cubrir gastos médicos. Además, todo interés que ganen sus depósitos será libre de impuesto también siempre que invierta el dinero en gastos de cuidado médico. Las cuentas de ahorro médico se utilizan frecuentemente con planes médicos de alto deducible para ayudarle a cubrir los costos médicos de desembolso personal.

Cómo funciona la cuenta de ahorros médicos

Si decide abrir una cuenta de ahorros médicos (*HSA*), tendrá que acudir a una institución financiera que ofrezca este tipo de cuenta. La cuenta como tal será suya y usted será quien efectúe depósitos a la misma.

Usted puede efectuar depósitos a su cuenta de ahorros médicos hasta por un máximo anual de \$3,500 por persona y \$7,000 por familia para el año 2019. (Solamente esté consciente de que el límite podría cambiar cada año). Usted podrá utilizar el dinero que deposite para ayudar a pagar su deducible del cuidado médico y para la mayoría de los gastos médicos, incluyendo los servicios dentales y de la vista. No obstante, como usted probablemente deducirá esos depósitos de sus impuestos y porque el dinero ahí depositado crece libre de impuestos, asegúrese de invertir dichos fondos solo para costos médicos aprobados.

Si los gasta en otras cosas, tendrá que pagar impuestos y sanciones. Para una lista completa, visite el www.irs.gov y busque la Publicación 502 (*Publication 502*).



CONSEJO RÁPIDO

Descubra si su medicamento de especialidad califica para recibir un descuento.

Algunos medicamentos de especialidad podrían ser elegibles a través de programas de ayuda con el copago patrocinados por terceros. Estos programas pueden reducir sus costos de desembolso personal para tales productos.

Para el medicamento de especialidad en el cual utilice ayuda con el copago ofrecida por terceros, usted no recibirá crédito contra su desembolso personal máximo ni deducible por ninguna cantidad de copago o coseguro aplicada a un cupón o reembolso



¡Utilizar los fondos de su cuenta de ahorros médicos (HSA) es fácil! Usted puede:

- A. **Transferir, a su cuenta corriente, el dinero de su cuenta de ahorros médicos** para cubrir el costo de un servicio de cuidado médico; o
- B. **Abrir una cuenta en un banco que ofrezca tarjetas de débito con sus cuentas de ahorros médicos** y utilizar dicha tarjeta para pagar por el servicio de cuidado médico.

Cualquiera que sea el caso, es importante que usted les haga seguimiento a los recibos médicos de tal manera que pueda comprobarle al IRS que ha utilizado el dinero de manera apropiada, esto en caso de que así lo requieran.

Otra característica importante de la cuenta de ahorros médicos es que usted es dueño de la cuenta y del dinero depositado en la misma a diferencia de la cuenta de gastos flexibles donde todo dinero e interés devengado y no utilizado permanecerá en la cuenta y se transferirá al siguiente año del plan.

Sírvase Notar lo Siguiente:

TRS no administra una opción de la cuenta de ahorros médicos (HSA), pero usted puede fácilmente obtener una por su cuenta. La mayoría de los bancos ofrece cuentas de ahorros médicos y abrir una es tan sencillo como abrir cualquier otro tipo de cuenta de ahorros. Usted puede comenzar buscando, en cualquier momento que pueda, una institución financiera con cuentas de ahorros médicos. Sin embargo, recuerde que no podrá hacer depósitos en su cuenta hasta que se haya iniciado la cobertura del plan TRS-Care Standard.

Elegibilidad e Inscripción

Esta sección proporciona un resumen de los requisitos de elegibilidad e inscripción en TRS-Care. Para información adicional sobre su plan médico, remítase al Folleto de Beneficios de TRS-Care, disponible electrónicamente en el www.trs.texas.gov.

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?

Los Jubilados por Años de Servicio

El jubilado por años de servicio debe contar con un mínimo de 10 años de crédito de servicio en TRS para el momento de su jubilación. Este crédito de servicio podría incluir hasta cinco años de crédito por servicio militar, pero no podrá incluir ningún otro crédito especial o equivalente. Además del requisito de "10 años de crédito de servicio", usted deberá satisfacer uno de los siguientes requisitos al jubilarse:

1. La suma de su edad y años de crédito de servicio en TRS equivale o sobrepasa los 80 (con un mínimo de 10 años de crédito de servicio), independientemente de si usted tuvo una reducción en cuanto a la pensión de jubilación por edad prematura (crédito por años de servicio pueden incluir servicio comprado); o
2. Usted tiene 30 o más años de crédito de servicio en la pensión de TRS (incluyendo el servicio comprado).

Nota: *El crédito combinado de servicio bajo el Programa de Jubilación Proporcionado (Proportionate Retirement Program) no puede utilizarse para establecer elegibilidad para TRS-Care ni ningún tipo de beneficios además de los beneficios de jubilación por años de servicio. El jubilado por años de servicio no es elegible para inscribirse en el programa de TRS-Care si es elegible para inscribirse en la cobertura del programa de beneficios médicos de ERS, UT System o The Texas A&M System.*

Jubilados por Incapacidad

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

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

Dependientes

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

- A. Su cónyuge (incluyendo a las parejas unidas por concubinato o *common-law*);
- B. El hijo menor de 26 años que sea:
 - Un hijo biológico;
 - Un hijo adoptado o colocado para adopción legal;
 - Un hijo adoptivo bajo custodia temporal (*foster child*);
 - Un hijastro;
 - Un nieto que viva con usted y que dependa de usted mínimo en un 50 por ciento de la manutención del menor; o
 - Cualquier otro hijo que mantenga regularmente una relación de padre e hijo o madre e hijo con usted, según lo determinado por TRS.
- C. Un hijo, sin importar la edad que viva con usted o al cual el jubilado o el cónyuge superviviente le proporcione cuidados regularmente. Esto si el hijo padece de una incapacidad mental o física a tal grado en que dependa del jubilado o del cónyuge superviviente para su cuidado y manutención, según lo determinado por TRS.

Se requerirá documentación adicional para algunos tipos de dependientes a fin de determinar que sí cumplen con los criterios de elegibilidad.

Otras Situaciones

Ya estoy inscrito en TRS-ActiveCare:

TRS-Care (para jubilados) es un plan aparte y diferente de TRS-ActiveCare (para empleados que trabajen en las escuelas). Cuando usted se jubila, debe presentar un formulario de solicitud que le muestre a TRS que le gustaría inscribirse usted mismo y a sus dependientes en TRS-Care o bien diferir la inscripción.

Además, asegúrese de pedirle al oficial escolar que verifique su fecha de terminación de TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados con pensión de TRS:

Si ambos cónyuges son jubilados con pensión de TRS y cada uno de ellos cumple con los requisitos de elegibilidad por separado, cada uno de ellos podrá entonces inscribirse individualmente en TRS-Care, lo cual podría constituir una ventaja financiera. Para más información, llame al **1-888-237-6762**.

El jubilado con pensión de TRS puede cubrirse bajo TRS-ActiveCare como dependiente de un empleado activo inscrito en TRS-Active Care.

Cómo Inscribirse

Después de que usted le haya enviado a TRS su solicitud (Formulario TRS 30) y una vez procesada la misma, recibirá un paquete de inscripción de TRS-Care que incluya la solicitud para TRS-Care (Formulario TRS 700A). Si desea inscribirse en TRS-Care, llene dicha solicitud y devuélvasela a TRS.

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

Si usted opta por no inscribirse, durante su Período de Inscripción Inicial para TRS-Care, no tendrá que hacer nada más. Solo tendrá que presentar la solicitud si desea inscribirse en TRS-Care.

Quando Puede Inscribirse

Período de Inscripción Inicial en la Jubilación

Si se está jubilando por años de servicio, su Período de Inscripción Inicial será lo que suceda posteriormente entre los siguientes:

- A. El período que comienza el día en que entre en vigencia su jubilación y caduca al final del último día del mes, es decir, a los tres meses consecutivos, pero de ninguna manera en menos de 90 días, después de su fecha vigente de jubilación; o
- B. El período que comienza el último día del mes en el cual TRS haya recibido su decisión de jubilarse y caduca al final del último día del mes, es decir, a los tres meses consecutivos, pero de ninguna manera en menos de 90 días, después del último día en el cual haya recibido TRS su decisión de jubilarse.

Usted deberá entregar su solicitud para TRS-Care (Formulario de TRS 700A) no después del último día de su Período de Inscripción Inicial. Para más información, remítase a la tabla titulada “Período de Inscripción Inicial de TRS-Care” que aparece a continuación.

Período de Inscripción Inicial en la Jubilación por Incapacidad

Si usted es un jubilado por incapacidad, su Período de Inscripción Inicial comienza en la fecha en la cual la Directiva Médica de TRS apruebe su jubilación por incapacidad y caduca al final del último día del mes, es decir, a los tres meses consecutivos, pero en no menos de 90 días después de haber aprobado la Directiva Médica de TRS su jubilación por incapacidad

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

El período de inscripción inicial en TRS-Care para el cónyuge superviviente elegible de un jubilado fallecido y para el dependiente superviviente elegible de un jubilado fallecido caduca el último día del mes, es decir, a los tres meses consecutivos, pero no en menos de 90 días, después de haber fallecido el jubilado.

El período de inscripción inicial en TRS-Care para el cónyuge superviviente de un miembro activo del plan que haya fallecido y para el dependiente superviviente de un miembro activo del plan que haya fallecido caduca el último día del mes, es decir, a los tres meses consecutivos, pero no en menos de 90 días después de haber fallecido el miembro activo del plan.

Período de Inscripción Inicial para TRS-Care

A los tres meses consecutivos, pero no menos de 90 días

FECHA DE LA JUBILACIÓN	FECHA EN QUE DEBE ENTREGAR EL FORMULARIO TRS 700A
30 de septiembre	31 de diciembre
31 de octubre	31 de enero
30 de noviembre	28 (o 29) de febrero
31 de diciembre	31 de marzo
31 de enero	1ro de mayo
28 (o 29) de febrero	31 de mayo
31 de marzo	30 de junio
30 de abril	31 de julio
31 de mayo	31 de agosto
30 de junio	30 de septiembre
31 de julio	31 de octubre
31 de agosto	30 de noviembre

¿Cuándo entra en Vigencia mi Cobertura?

Fecha de vigencia de la cobertura

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

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



Durante su Período de Inscripción Inicial, usted podría hacerles cambios a sus decisiones de cobertura. La fecha de vigencia de la cobertura para toda nueva elección será el primer día del mes después de que TRS haya recibido la nueva solicitud pidiendo cobertura de jubilación.

Para posponer la cobertura

Durante su Período de Inscripción Inicial, usted puede posponer la fecha de vigencia de su cobertura de TRS-Care para el primer día de cualquiera de los tres meses inmediatamente posteriores a la fecha de su jubilación. Por ejemplo, si su fecha de jubilación es el 31 de mayo, la fecha de vigencia de su cobertura de TRS-Care (normalmente el 1ro de junio) podría posponerse hasta el 1ro de julio, 1ro de agosto o 1ro de septiembre. Para poder posponer la fecha de vigencia, usted deberá escribir la fecha de vigencia de la cobertura en el espacio provisto para ello en la Solicitud de Inscripción Inicial. Si tiene preguntas sobre cómo posponer su fecha de vigencia, llame al 1-888-237-6762.

Eventos de Inscripción Especial

Los eventos de inscripción especial son oportunidades de inscribirse en TRS-Care fuera del período de inscripción inicial. Usted puede pasar a ser elegible para inscribirse en TRS-Care bajo las disposiciones de inscripción especial de la Ley del Seguro de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Hay dos categorías generales de eventos de inscripción especial:

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

Pérdida de Elegibilidad para Recibir Otra Cobertura

Si el jubilado o cónyuge superviviente pierde cobertura

Si usted, como jubilado o cónyuge, no está inscrito en TRS-Care y pierde cobertura médica amplia con otro plan médico, por razones que no tengan que ver con su responsabilidad, podría inscribirse en TRS-Care bajo un evento de inscripción especial. Sin embargo, deberá ser de otra manera elegible para inscribirse en TRS-Care y deberá poder demostrar que perdió su cobertura médica amplia involuntariamente. **La pérdida de la cobertura de incapacidad, de enfermedad específica, de la vista, dental o de otra cobertura que no sea la cobertura amplia del plan médico no implica automáticamente un evento de inscripción especial.**

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

Si usted pierde la cobertura que tenía bajo otro plan, es importante que guarde el aviso de terminación para que pueda demostrarle a TRS que la pérdida de cobertura fue involuntaria.

Si el cónyuge u otro dependiente elegible pierde cobertura

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

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

- Un divorcio o separación legal hacen que usted pierda su cobertura bajo el plan médico amplio de su cónyuge;
- Un dependiente ya no se considera como “cubierto” bajo el plan médico amplio de uno de los padres;
- El fallecimiento de su cónyuge le deja a usted sin cobertura médica amplia bajo el plan de su cónyuge;
- Se da por terminado su empleo junto con el plan médico amplio de su empleador o de da por terminado el empleo de su cónyuge junto con la cobertura del plan médico amplio del empleador de su cónyuge;
- Su empleador reduce sus horas de trabajo al punto en que usted ya no está cubierto por el plan médico amplio de su empleador;
- Su plan decide no ofrecer más cobertura médica amplia a ciertos grupos de personas (por ejemplo, a los que trabajen medio tiempo);
- La persona pierde cobertura bajo el programa de seguro médico para niños (*Children's Health Insurance Program o CHIP*, por sus siglas en inglés), bajo Medicaid o pasa a ser elegible para recibir ayuda con el pago de la prima bajo los programas para cobertura del plan médico;
- Una persona involuntariamente pierde cobertura bajo un plan suplementario de Medicare (como, por ejemplo, Medigap) o un plan individual de Medicare Advantage; y
- Usted ya no vive ni trabaja en un área de servicio HMO y ha perdido su cobertura médica amplia.

Entre otras posibles situaciones, los siguientes sucesos no califican como eventos de inscripción especial:

- Abandonar la otra cobertura por incremento de las primas;
- Terminar la cobertura por falta de pago de las primas; y

- Terminar la cobertura por causas tales como presentar una reclamación fraudulenta o realizar una declaración falsa en cuanto a hechos importantes relacionados con la cobertura).

Nuevos Dependientes

El jubilado o cónyuge superviviente (inscrito o de otra manera elegible para recibir beneficios a través de TRS-Care) que adquiera un dependiente elegible por razones de matrimonio, nacimiento, adopción o custodia, deberá notificárselo a TRS por escrito dentro del transcurso de 31 días posterior a la fecha en que haya adquirido el dependiente elegible a fin de que la inscripción sea válida.

Por ejemplo, si un jubilado que sea de otra manera elegible no está actualmente inscrito en TRS-Care al momento de casarse, podría inscribirse a sí mismo y a los dependientes elegibles durante un período de inscripción especial. El cónyuge superviviente, sin embargo, podría no inscribirse a un nuevo cónyuge de volver a casarse.

La inscripción entra en vigencia:

- En el caso del nacimiento de un dependiente, el día de su nacimiento;
- En el caso de la adopción de un dependiente, el día de la adopción o colocación del menor para adopción; y
- En el caso de la custodia de un menor, el primer día del mes después de que TRS-Care haya recibido la solicitud por escrito.

Se requiere documentación para establecer la elegibilidad de todo nuevo dependiente.

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

Otras Reglas de Inscripción

Regla de Ajuste

Si, por alguna razón, se inscribe en un nivel de cobertura indebido, se ajustará la cobertura según lo dispuesto en este Folleto.

Los beneficios de reclamaciones utilizados después de haber entrado en vigencia la fecha del ajuste se pagarán de conformidad con las disposiciones revisadas del plan. En otras palabras, no hay derechos conferidos para recibir beneficios basados en las disposiciones del plan vigentes antes de la fecha de ningún ajuste.

Ningún incremento en cuanto al nivel de beneficios ocurrido por un cambio en alguna de las cantidades anteriores proporcionará beneficios adicionales para gastos médicos cubiertos en los que se haya incurrido antes de la fecha en que el cambio haya entrado en vigencia.

Carta de Cobertura

TRS podría pedirle que obtenga una carta de cobertura que indique el período exacto en el cual su compañía de seguros anterior le proporcionó cobertura médica amplia y la razón por

la cual perdió usted la misma. TRS podría pedirle además que proporcione otras cartas de cobertura para cualquier dependiente elegible que desee usted inscribir en TRS-Care.

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

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

- Usted ya no sea elegible para la misma;
- Se determine que usted o su dependiente cubierto ha cometido fraude;
- No efectúe usted la contribución requerida; o
- Se haya discontinuado TRS-Care.

La cobertura del dependiente cesará cuando ocurra uno de los siguientes eventos:

- Se discontinúe la cobertura de todo dependiente bajo TRS-Care;
- El dependiente se inscriba como miembro activo del sistema de escuelas públicas de Texas
- El dependiente se inscriba en TRS-Care como jubilado;
- La persona deje de cumplir con la definición de dependiente de TRS-Care;
- Cese la cobertura del jubilado;
- El jubilado deje de efectuar cualquier contribución requerida; o
- Se establezca que el dependiente ha cometido fraude.

De no efectuar un pago a tiempo por la cantidad total de una contribución requerida, resultará en la terminación de la cobertura al final del mes para el cual se haya efectuado la contribución.

Al cumplir 65 años: Una nueva oportunidad de inscripción

Si usted es un jubilado o cónyuge superviviente que no haya cumplido aún los 65 años de edad y haya terminado su cobertura con TRS-Care o que no se haya inscrito durante su oportunidad de inscripción inicial, podrá inscribirse en TRS-Care al cumplir los 65 años. Además, podría también agregar dependientes elegibles para ese momento.

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

RS no siempre tiene información en archivo sobre los cónyuges supervivientes por lo que estos últimos serán responsables de pedir y presentar su solicitud de cobertura antes de que culmine el período de 31 días contados a partir del mes en el que cumpla los 65 años de edad.

Atención: Esta oportunidad de inscripción no está disponible para los cónyuges ni hijos dependientes cuando cumplan ellos 65 años de edad.

Cuando usted pasa a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, deberá comprar y mantener cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura Medicare Parte B, para poder inscribirse en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage® y el plan para medicinas recetadas TRS-Care Medicare Rx®. Usted corre el riesgo de perder su cobertura de TRS-Care si no adquiere cobertura Medicare Parte B cuando sea elegible para ello.

¿Qué debe usted saber?

Cuando cumpla 65 años, podría tener la oportunidad de inscribirse en TRS-Care y de agregar dependientes elegibles. En la mayoría de los casos, usted pasará además a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, lo cual funciona con los planes TRS-Care Medicare Advantage® y TRS-Care Medicare Rx®. Solo presente su solicitud y TRS le inscribirá al confirmarse su elegibilidad para recibir beneficios de TRS-Care y los planes disponibles para usted.

¿Cuándo soy elegible para recibir beneficios de Medicare?

En la mayoría de los casos, usted será elegible para recibir beneficios de Medicare a la edad de 65 años o, si ha recibido beneficios de incapacidad del Seguro Social (*Social Security disability benefits*) por cierto tiempo, podría ser elegible a cualquier edad.

Elegibilidad para recibir Medicare a la edad de 65 años

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

Tenga presente que el período de inscripción en el programa TRS-Care es más breve que el período de inscripción de Medicare. Este último se extiende por tres meses después de haber cumplido usted los 65 años de edad. Por eso, deberá presentar una solicitud de inscripción en el programa de TRS-Care antes de que finalice el mes en el que cumpla 65 años.

Usted debe adquirir y mantener Medicare Parte B para poder ser elegible para recibir beneficios de Medicare. Esto se requiere, aunque no sea elegible usted para recibir Medicare Parte A sin costos de prima. Por eso tiene que comprar Medicare Parte B. Si usted no compra y mantiene Medicare Parte B, se arriesgará entonces a perder toda la cobertura de TRS-Care.

Elegibilidad para recibir Medicare por la Enfermedad Renal en Fase Terminal

Si usted es elegible para recibir beneficios de Medicare debido a la Enfermedad Renal en Fase Terminal, Medicare pagará después de que haya pagado beneficios TRS-Care (es decir, que será secundario), ya que las reglas federales requieren que la cobertura de TRS-Care sea primaria por cierto tiempo. Una vez que Medicare Parte A pase a ser la cobertura primaria, se reducirán sus primas y deducible de TRS-Care. Si usted es elegible debido a la Enfermedad Renal de Fase Terminal, notifíquesele a TRS por teléfono o por escrito.

¿Qué pasos debo dar cuando cumpla 65 años?

A los 65 años, usted es elegible para recibir beneficios de Medicare y puede inscribirse tres meses antes de cumplir los 65 años.

- Si usted es elegible para recibir Medicare Parte A (hospitalización) sin costos de prima, inscríbese para ello a través de The Social Security Administration. Usted puede presentar su solicitud en línea en el www.ssa.gov/medicare. Podrá dirigirse directamente a su oficina local de The Social Security Administration o llamarlos al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).
- Compre Medicare Parte B a través de The Social Security Administration. Esto puede hacerlo tan pronto esté disponible esta oportunidad de inscripción para usted. Deberá comprar y mantener Medicare Parte B para poder ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care. The Social Security Administration puede confirmar su prima para Medicare Parte B. Tenga presente que la misma no se deducirá de su pensión de TRS.
- Si usted está actualmente inscrito en TRS-Care, cuando cumpla 65 años de edad, Humana le enviará un paquete con un formulario que solicita su número de Medicare. Sírvase llenar dicho formulario y devolvérselo a TRS.*
- Por otra parte, TRS le enviará un paquete de inscripción. Revise los materiales ahí incluidos. Si va usted a agregar dependientes a su cobertura, llene y presente la solicitud de TRS-Care antes de que finalice el transcurso de 31 días, contados a partir del mes en el cual cumpla 65 años de edad.

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

**Si usted es un jubilado o cónyuge superviviente que no haya cumplido aún 65 años de edad y se haya dado por terminada su cobertura de TRS-Care o bien no se haya inscrito usted durante su oportunidad de inscripción inicial, podrá inscribirse también en TRS-Care cuando cumpla 65 años. Entonces podrá agregar también a sus dependientes. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, deberá presentar una solicitud y presentarla antes de que finalice el transcurso de 31 días, contados a partir del final del mes en el cual cumpla usted 65 años. Para pedir una solicitud, llame al departamento de salud y beneficios de TRS (TRS Health and Insurance Benefits) al 1-888-237-6762.*

Glosario de Términos

Oportunidad Adicional de Inscripción a la Edad de 65 Años

La oportunidad de que los jubilados elegibles para recibir beneficios de TRS-Care se inscriban en esta cobertura por vez primera y agreguen dependientes elegibles. Los jubilados de TRS que sean elegibles y estén cubiertos por TRS-Care al cumplir los 65 años podrían agregar también dependientes en esta oportunidad.

Cualquier Otro Hijo con quien Mantenga una Relación de Padre-Hijo o Madre-Hijo

Se refiere a alguien que no sea nieto suyo, que sea soltero, cuya residencia primaria sea la de usted, el menor para el cual proporcione usted mínimo un 50 por ciento de su manutención (*child's support*); si ninguno de los padres biológicos del menor residen en la vivienda de usted, si usted tiene el derecho legal de tomar decisiones con respecto al cuidado médico del menor y si posee custodia legal (se requerirá que presente documentación para ello).

Deducible

El deducible del plan es la cantidad de gastos médicos cubiertos que usted paga cada año del plan antes de que TRS-Care pague por gastos médicos cubiertos, elegibles y no preventivos.

Coseguro

El porcentaje de las cantidades permitidas para gastos cubiertos que pagará el participante como requisito una vez satisfecho el deducible de TRS-Care. El coseguro es una cantidad adicional al deducible, al copago por visita al consultorio médico (copago), a los cargos por servicios no cubiertos, a las sanciones aplicadas por no haber solicitado certificación previa y a los gastos de desembolso personal. El coseguro es responsabilidad del paciente.

Diferimiento de la Cobertura

Para posponer la fecha de vigencia de la cobertura de TRS-Care, deberá llenar la solicitud de inscripción y presentarla durante su Período de Inscripción Inicial.

Período de Inscripción Inicial

La primera vez en que el jubilado tiene la oportunidad de inscribirse en TRS-Care al jubilarse. Remítase a la tabla del Período de Inscripción Inicial que aparece en la página 17 para ver los períodos específicos para cada situación.

Desembolso Personal Máximo

Lo máximo que se requiere que pague usted, por su cuenta y en un año del plan, para cubrir gastos médicos cubiertos. Cuando alcance el desembolso personal máximo, el plan pagará entonces un 100 por ciento de todo gasto elegible por el resto del año. El desembolso personal máximo incluirá gastos tales como el deducible, todo copago médico (de aplicarse al caso) y el coseguro médico.

Primas

La contribución mensual efectuada por el jubilado o su cónyuge superviviente para la cobertura de TRS-Care suya y de sus dependientes elegibles.

Evento de Inscripción Especial

La oportunidad de inscribirse en TRS-Care en otro momento que no sea el Período de Inscripción Inicial, lo cual se basa en una serie de criterios aplicables.

Formulario de Inscripción de TRS-Care

Puede referirse a la solicitud presentada durante el Período de Inscripción Inicial o la solicitud presentada para una inscripción especial.

Contactos del Programa

Teacher Retirement System of Texas

Health and Insurance Benefits Department
1000 Red River Street
Austin, Texas 78701-2698

Tel: 1-888-237-6762

De lunes a viernes,
de 7 a.m. a 6 p.m.
www.trs.texas.gov

TRS-Care Standard Plan

Cobertura Médica
Adminisrada por Aetna
Aetna Retiree Advocate:
Tel: 1-800-367-3636 (TTY: 711)
www.trscarestandardaetna.com
Teledoc: 1-855-835-2362

Cobertura para Medicinas

Recetadas
Administrada por CVS Caremark
Departamento de Servicios al
Cliente (Customer Care):
Tel: 1-844-345-4577

Acerca del Plan TRS-Care Standard

El programa TRS-Care podría cambiar en el futuro para proporcionar niveles de cobertura diferentes a los descritos en la Guía del Plan TRS-Care Standard o bien podría discontinuarse. El costo para los participantes del programa TRS-Care podría cambiar con la aprobación de la Directiva de Fideicomisarios de TRS. En la medida en que cualquier información contenida en esta guía no sea consistente o contradiga las leyes y reglas de TRS, estas últimas regirán. El Folleto de Beneficios de TRS-Care siempre regirá por encima de la información contenida en esta guía. TRS-Care se reserva el derecho a modificar el Folleto de Beneficios en cualquier momento. Por lo general, tales modificaciones se reflejarán en una versión en línea actualizada del Folleto de Beneficios publicada en el sitio web de TRS.

La Discriminación Constituye una Violación de la Ley

El Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (*The Teacher Retirement System of Texas oTRS*) cumple con las leyes federales aplicables de derechos y no discrimina ni excluye a nadie por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. TRS no discrimina ni excluye a nadie por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

El Sistema de Jubilación de Maestros de Texas:

- Proporciona ayudas y servicios para personas incapacitadas a fin de que puedan comunicarse efectivamente con nosotros. Tales ayudas y servicios incluyen:
 - o Intérpretes de Lenguaje de Señas Cualificados
 - o Información escrita en otros formatos (tales como letra más grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)
- Proporciona servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuyo idioma principal no sea el inglés. Tales servicios incluyen:
 - o Intérpretes Cualificados
 - o Información escrita en otros idiomas

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

Si cree que TRS no le ha proporcionado estos servicios o que se le ha discriminado por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, usted puede presentar una queja en persona o por fax, correo o correo electrónico:

POR CORREO: Section 1557 Coordinator, 1000 Red River St., Austin, Texas, 78701

FAX: 512-542-6575

POR CORREO ELECTRÓNICO: section1557coordinator@trs.texas.gov

Usted puede presentar también una queja por derechos civiles ante The U.S. Department of Health and Human Services. Esto puede hacerlo en línea, por correo o por teléfono:

POR CORREO ELECTRÓNICO: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

POR CORREO: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

POR TELÉFONO: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

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

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

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

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

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

ملحوظة: إذا لقيت صعوبة في فهم الخدمات المساعده فإني خدمات المساعده لغوي تتلوفونالي بالمجان. اتصل ب رقم 1-888-237-6762 بوق م هاتف الصم واليالك: 711).

ضردار: گھر آپ اردو بولتے ہیں تو آپکو زبان کی مدد کی خدمات نصت ہیں دستیابی کالکیں 1-888-237-6762 (TTY: 711).

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

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

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

توجه: گھرب زوبان فرانس فگت گھو مکی ری ہتس یلات زیل وی بصورت ریگان برایش مھر اهم میبش دبا 1-888-237-6762 (TTY: 711) ت م اسپگی د.

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

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

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

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

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-237-6762 (TTY: 711).



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

TRS-Care Std. Plan Guide_012319