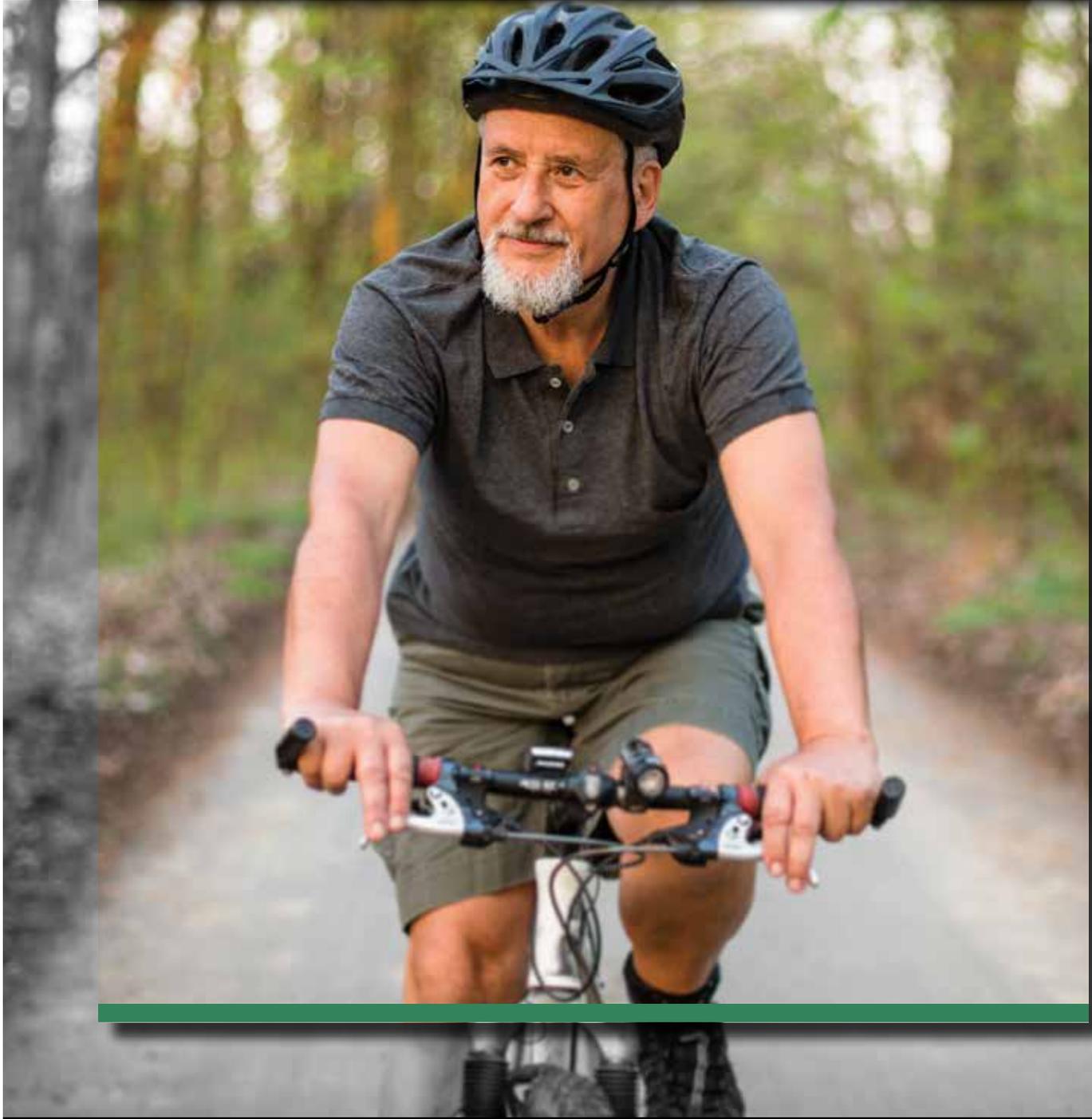


Guía del Plan TRS-Care para el 2020 Guía para Participantes que **No Tengan Medicare**

.....
1ro de enero al 31 de diciembre



Elegibilidad - Inscripción 1-888-237-6762
Cobertura Médica 1-800-367-3636
Cobertura Medicinas Recetadas 1-844-345-4577



Guía Rápida de TRS-Care Standard

Aproveche al máximo sus beneficios de asistencia médica:

Inscribase – Asegúrese de presentar su formulario de *Solicitud de Inscripción Inicial – Para Jubilados No Elegibles (Initial Enrollment Application – For Non-Retiree Eligible Retirees)* (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 de Teacher Retirement System of Texas (TRS) en 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 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 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.

Programa 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.

Información sobre su Guía del Plan TRS-Care Standard del 2020

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 se reserva 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 2020 y reemplaza toda versión anterior a la misma.

Tabla de Contenido

Para Comprender los Beneficios de su Plan TRS-Care Standard

| | |
|-------------------------------------|---|
| ¿Qué Hay de Nuevo? | 5 |
| Puntos Básicos | 6 |
| Cómo Funciona el Plan | 6 |
| Costos de Desembolso Personal | 7 |
| Primas Mensuales para el 2020 | 8 |

Para Utilizar su Plan Médico

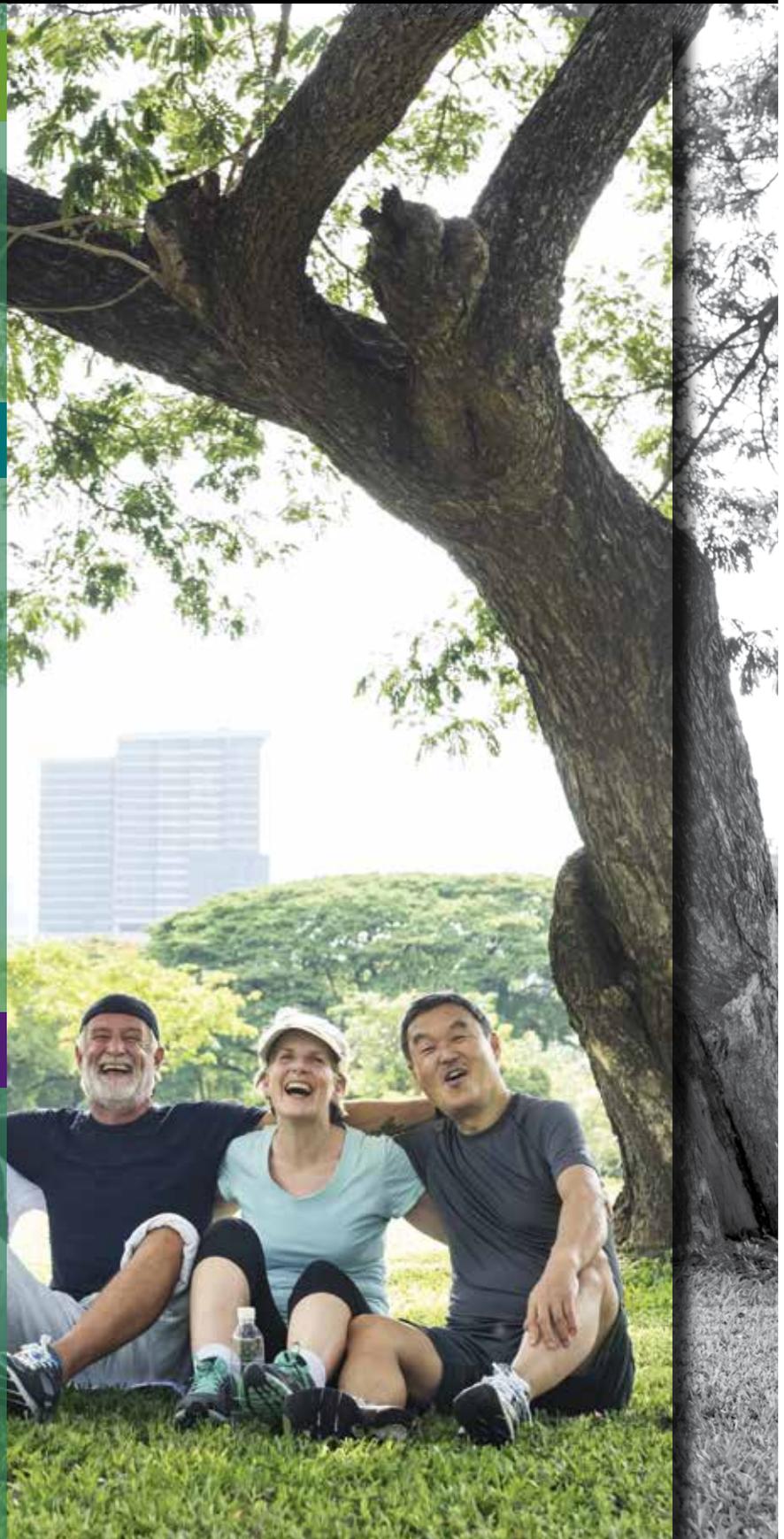
| | |
|---|----|
| Para Seleccionar a su Médico | 10 |
| Para Acudir al Médico | 11 |
| Para Recibir Cuidado Cuando Esté Enfermo o Lesionado | 12 |
| Análisis de Laboratorio, Radiografías u Otros Exámenes de Diagnóstico | 13 |
| De Tener que Hospitalizarse | 13 |
| Para Adquirir Medicinas Recetadas .. | 14 |
| Para Evitar Gastos Médicos Inesperados o Innecesarios | 15 |
| Para Ahorrar Dinero en una Cuenta de Ahorros Médicos (HAS) | 16 |

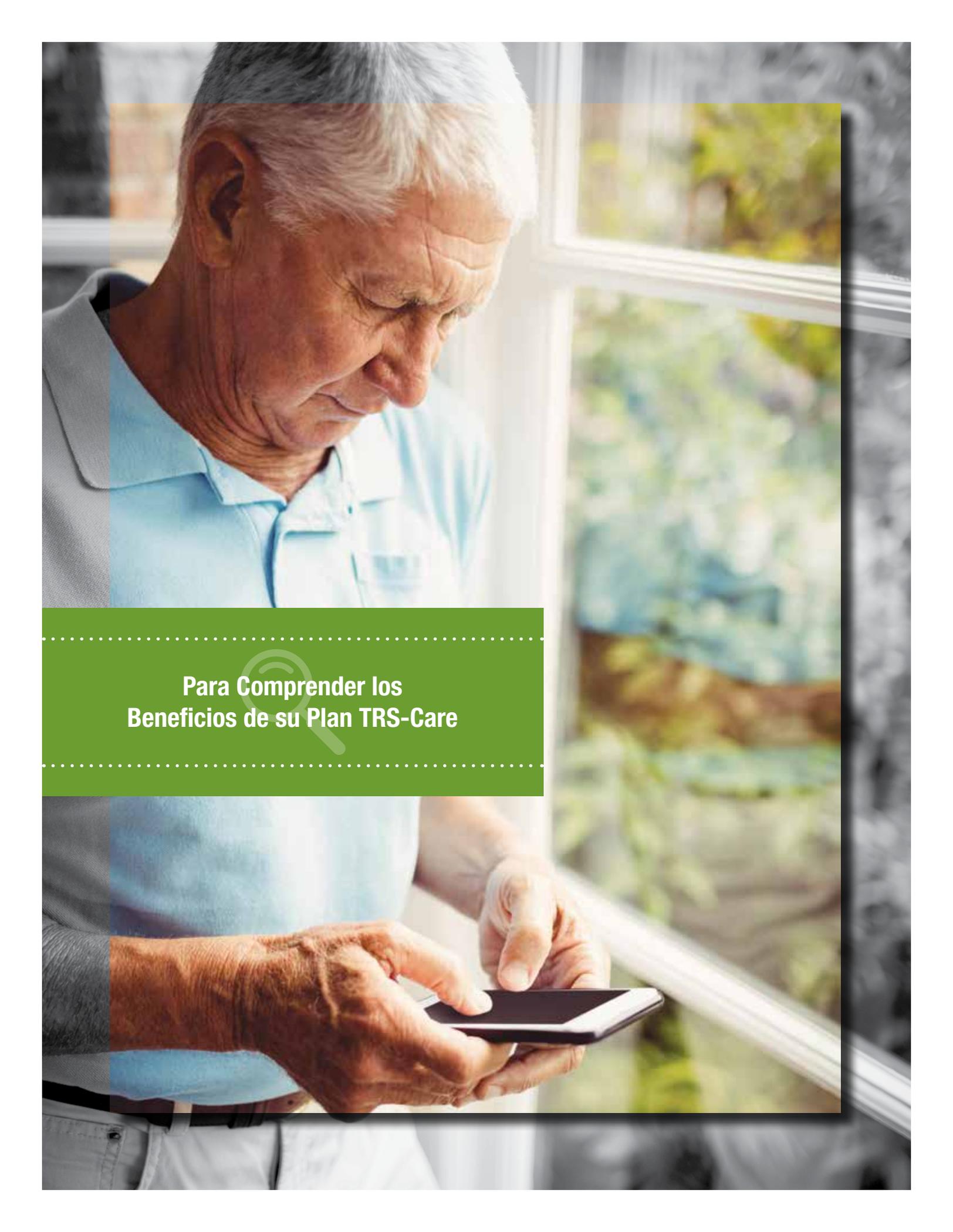
Elegibilidad e Inscripción

| | |
|--|----|
| ¿Quién Puede Inscribirse en TRS-Care? .. | 18 |
| Cómo Inscribirse | 19 |
| ¿Cuándo Puede Inscribirse? | 19 |
| ¿Cuándo Entrará en Vigencia mi Cobertura? .. | 20 |
| Eventos de Inscripción Especial | 21 |
| Otras Reglas de Inscripción | 22 |
| Al Cumplir 65 Años: Una Nueva Oportunidad de Inscripción | 23 |

| | |
|----------------------------|----|
| Glosario de Términos | 24 |
|----------------------------|----|

| | |
|----------------------|----|
| Avisos Legales | 25 |
|----------------------|----|





**Para Comprender los
Beneficios de su Plan TRS-Care**

¿Qué Hay de Nuevo?

Nos complace anunciar la expansión de varios beneficios de telemedicina para el plan TRS-Care Standard. A partir del 1ro de septiembre de 2019, los participantes del plan TRS-Care Standard continuarán teniendo acceso a doctores de medicina general a través de Teladoc con un copago menor de \$30 en comparación con los \$40 anteriores. Los familiares no cubiertos, que sean mayores de 18 años, podrían tener acceso además a servicios de medicina general de Teladoc a razón de \$45 por visita.

Los participantes de TRS-Care tendrán acceso además a servicios para la salud mental a través de Teladoc. Los participantes que sean mayores de 18 años, podrían recibir asistencia confidencial, para el tratamiento de condiciones tales como la ansiedad y la depresión con un psiquiatra, psicólogo, terapeuta certificado o consejero certificado para la drogadicción. Los psiquiatras pueden recetar medicamentos de una lista que incluye antidepressivos.

Los participantes tendrán también acceso a consejería de nutrición con un dietista certificado de Teladoc, a partir del 1ro de enero de 2020.

• Acerca de su Plan

• El incremento en cuanto a los costos del cuidado médico continúa siendo un reto en todo el país y Texas no es una excepción. En los últimos años, los costos del plan médico TRS-Care han superado consistentemente los fondos —y pese al apoyo financiero adicional de la Legislatura de Texas, las primas y beneficios podrían continuar cambiando cada año a fin de asegurar la capacidad del plan de sostenerse al mismo nivel para los jubilados actuales y futuros. A continuación, encontrará información sobre cómo funcionará el plan TRS-Care Standard del 2020:

• Plan Médico

• El plan TRS-Care Standard los cubrirá a usted y a todo dependiente no elegible para recibir beneficios de Medicare, ofreciéndoles cobertura amplia para el cuidado médico, así como acceso a significativos descuentos en servicios y medicinas recetadas cuando utilicen proveedores pertenecientes a la red.

• Año del Plan

• Su año del plan va del 1ro de enero al 31 de diciembre. Sus deducibles y desembolso máximo personal se reinicia el 1ro de enero de cada año.

• Beneficios Médicos Administrados por Aetna

• Usted tiene la libertad de seleccionar a cualquier doctor de la amplia red de Aetna sin necesidad de remisión médica. También puede tener cobertura para servicios médicos preventivos dentro de la red, tales como exámenes para la detección del cáncer, vacunaciones y exámenes médicos para el bienestar. Esto sin costo alguno para usted.

• Beneficios de Farmacia Administrados por CVS Caremark

• Sus beneficios para medicinas recetadas los administra CVS Caremark, lo que significa que usted puede recoger sus medicamentos en una farmacia local de su comunidad o en farmacias regulares como CVS, Walgreens, HEB, Kroger y Randalls. Algunas farmacias son parte de nuestra Red Retail-Plus donde usted puede recibir un suministro de 90 días. Usted podrá obtener además sus medicinas recetadas mediante órdenes por correo, incluyendo suministros de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento preventivos y genéricos. Esto sin costo alguno para usted.



Puntos Básicos

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!

Su plan TRS-Care Standard los protege a usted y a sus dependientes cubiertos contra el alto costo del cuidado médico. Así mismo, tendrán acceso a una red nacional de proveedores y farmacias de calidad.

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 14 para más información al respecto.**
- El servicio de telemedicina conocido como Teladoc que ofrece visitas médicas virtuales convenientes y precios bajos, efectuadas por computadora o por teléfono. Este servicio está disponible las 24 horas del día, 7 días por semana para problemas médicos menores tales como dolor de garganta y sarpullido.
- **NUEVO:** Teladoc le permite conversar, desde la comodidad de su propio hogar, con un proveedor médico o nutricionista.

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 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 elegibles en los que se haya incurrido dentro de la red. Esto 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 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 los servicios del 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 personal máximo 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 20% después de haber satisfecho su deducible | Usted paga 40% después de haber satisfecho su deducible |
| Teladoc (Medicina General): Médicos certificados por la directiva, los cuales diagnostican y tratan enfermedades y recetan medicamentos por teléfono o video. Este servicio está disponible las 24 horas del día, 7 días por semana | \$30 para el cuidado médico de tipo agudo, proporcionado a petición (excluyendo los servicios de nutrición y salud mental). Este pago cuenta contra su deducible y desembolso personal máximo | |
| Teladoc (Salud Mental y Nutrición) | \$185 Sesión inicial de psiquiatría \$95 Visita regular de psiquiatría \$85 Sesión con un psicólogo, trabajador social con certificación clínica, consejero o terapeuta (Terapia que no involucre a un médico) \$59 Sesión con un dietista certificado Todas las visitas virtuales cuentan contra su deducible y desembolso personal máximo | |

Costos de Desembolso Personal

Sus costos de desembolso personal se refieren a la cantidad de dinero que usted paga por servicios del cuidado médico, incluyendo deducibles y coseguro.

A continuación, encontrará un ejemplo:

- Usted visita a un especialista (un dermatólogo) por rosácea.
- Se acerca a la recepción y un empleado le informa que la visita de hoy al dermatólogo cuesta \$100.
- De no haber satisfecho su deducible aún, usted le pagará los \$100 directamente a su médico. (La cantidad total que usted pague se aplicará contra su deducible anual). Los \$100 son el costo de desembolso personal para usted.
- De haber satisfecho su deducible, podría pedirle a usted que pague un coseguro del 20% o \$20 y su plan médico pagará entonces 80% de los servicios recibidos dentro de la red. Los \$20 son el costo de desembolso personal para usted.

Desembolso Personal Máximo

Existe un límite en cuanto a la cantidad que pagará usted en un solo año por concepto de costos del cuidado médico. Esto se conoce como desembolso personal máximo. Después de haberse satisfecho, el plan médico pagará un 100% de los costos médicos y de medicinas recetadas elegibles y continuará pagando un 100% por el resto del año calendario.

La cantidad de su desembolso personal máximo se reinicia anualmente cada 1ro de enero al igual que su deducible.

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 se aplican contra su deducible o desembolso personal máximo. La tabla que aparece en la página 8 muestra una lista de los costos de su prima mensual.

2. Los 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 reinicia anualmente cada 1ro de enero..

3. Coseguro

Cuando 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".

- **Vale la pena utilizar servicios de la red**
- 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").

Su Plan Médico en Acción

| Deducible | Coseguro | Desembolso Personal Máximo |
|---|--|---|
| \$1,500 para la cobertura individual (dentro de la red) | Usted paga 20% (dentro de la red) | \$5,650 para la cobertura individual u \$11,300 para la cobertura familiar (dentro de la red) |
| 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). | 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. | 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. |
| 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> | Ejemplo: <i>Usted visita al mismo alergólogo y ha satisfecho ya su deducible. Usted paga entonces 20% del costo o \$30. Su plan TRS-Care paga el resto.</i> | 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 este 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% del costo.</i> |
| Costo de la visita: \$150 | Costo de la visita: \$150 | Costo de la cirugía: \$30,000 |
| Usted paga: \$150 | Usted paga: \$30 | Usted paga: \$4,150 para satisfacer su desembolso personal máximo. |
| El resto de su deducible: \$1,350 | Esta cantidad cuenta contra la satisfacción de su desembolso personal máximo. | El plan paga el resto. |

Primas Mensuales para el 2020

| 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.



Consejos Rápidos

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 encontrar otros proveedores de la red.

Aproveche las medicinas recetadas que se ofrecen gratis

Si usted toma ciertos medicamentos genéricos clasificados como “preventivos”, tales como las medicinas recetadas para la hipertensión, la enfermedad cardíaca o la depresión, 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.**

Recuerde

La elegibilidad del jubilado o cónyuge superviviente de recibir beneficios de 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 aún para recibir beneficios de Medicare y si cubre a su cónyuge elegible para recibir beneficios de Medicare, usted pagará \$689 al mes porque usted, el jubilado, no es elegible aún para recibir beneficios de Medicare.

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?

Si usted se jubiló antes del 1ro 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 2020 (es decir, del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2020). Las primas mensuales que cubren al cónyuge o dependiente se reducirán a razón de \$200. **Para más información, pase a la página 18, a la sección titulada Jubilados por Incapacidad.**

| | |
|--------------------|-------|
| Jubilado Solamente | \$0 |
| Jubilado + Cónyuge | \$489 |
| Jubilado + Hijos | \$208 |
| Jubilado + Familia | \$799 |



Prueba Corta

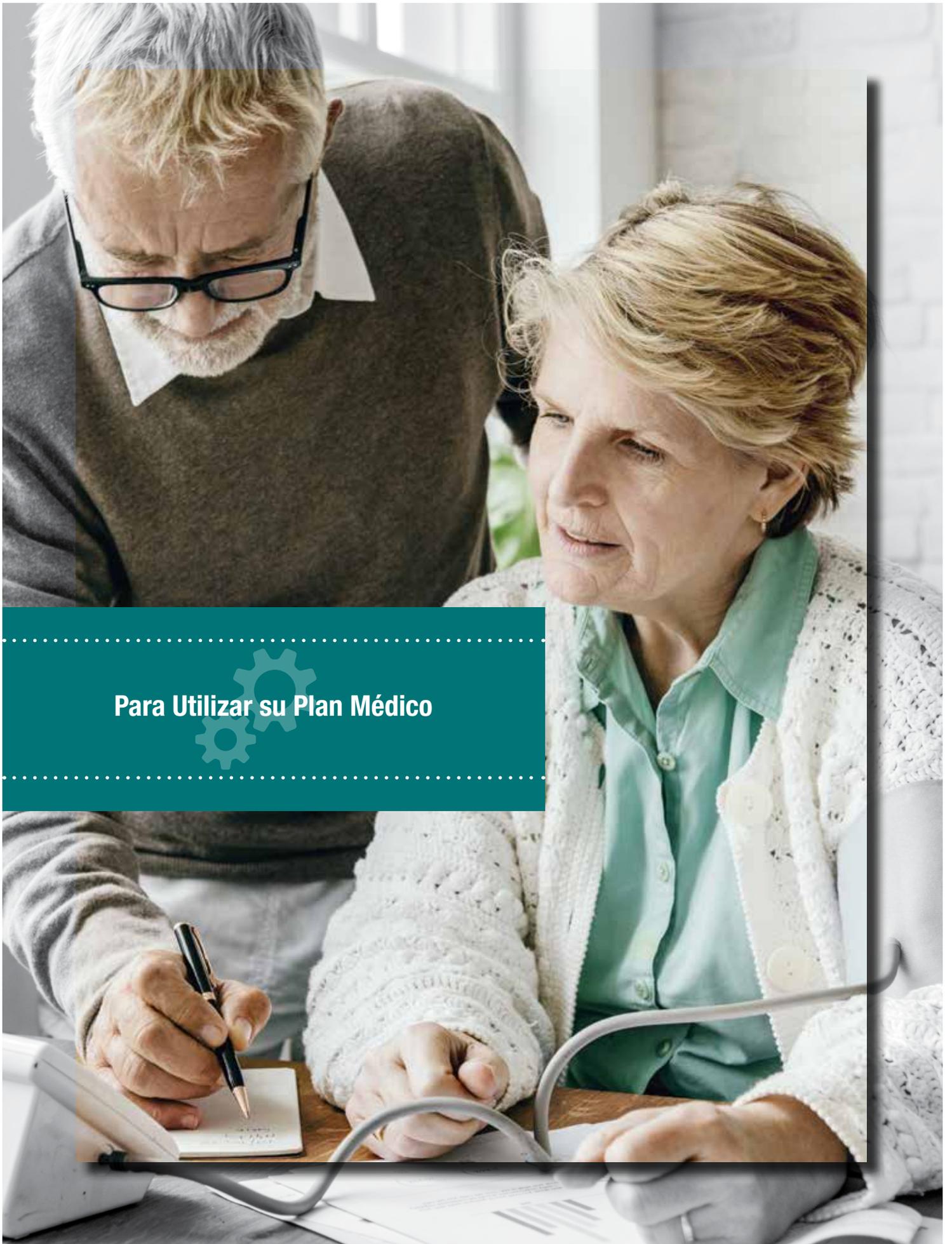
P: Usted acude a su médico, el cual pertenece a la red Aetna. Esto lo hace para deshacerse de la tos que le afecta. El médico determina que usted tiene bronquitis. El costo total de la visita es \$100, pero usted ya ha alcanzado su deducible.

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)..

A: La respuesta correcta es “C”. El costo de esta visita efectuada dentro de la red o cuota de coseguro sería de \$20 o el 20% de su cuota de coseguro.

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



Para Utilizar su Plan Médico

Para Seleccionar a su Médico

El médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) es su socio para el mejoramiento de la salud suya. Es también la persona a la cual debe usted acudir para los servicios que usted y su familia necesitan a fin de mantenerse bien –servicios que van desde el cuidado preventivo, de rutina, hasta el relacionado con una lesión o enfermedad. Con el tiempo, ese médico llegará a conocerle a usted, su historial médico, necesidades y metas y le ayudará a determinar cómo alcanzar las mismas y mantenerse sano. Si hay algo que le preocupe en cuanto a su salud o a alguna enfermedad crónica, su médico primario le ayudará a navegar el sistema del cuidado médico. Aun cuando usted esté sano y se mantenga activo, su médico primario puede cerciorarse de que continúe siendo así. Esto lo logrará manteniendo sus necesidades y metas médicas, según lo planeado. Encuentre a un médico primario de su confianza, alguien con quien usted pueda establecer una relación duradera –esto hará que le resulte a usted cada vez más fácil hablar de su salud personal.

Con los miles de médicos y hospitales de la red de Aetna, lo más probable es 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 cómo manejar sin frenos – una experiencia en la cual usted tiene poco control sobre la cantidad de dinero que pagará por su cuidado.

• Algunas de las desventajas incluyen lo siguiente:

- Usted no tiene el beneficio de tarifas previamente negociadas para su cuidado.
- 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 cobre. 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 a 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 al registrarse de informarle 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 de Cuidado Preventivo

Si usted acude a un médico de la red sin presentar sintoma 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.

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 se 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

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% y que sean gratis para usted. Recuerde que su médico primario conoce su historial médico general y que bien puede guiarle hacia el cuidado médico preventivo, a mantenerse saludable y activo. Usted encontrará una lista completa de los servicios preventivos por su plan de cuidado médico en https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx.

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



Prueba Corta

P: Una mujer que toma medicinas 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 un médico de la red para examinar su nivel de 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 médico 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.



Consejos Rápidos

No todos los médicos son iguales.

Por lo que, cuando esté usted buscando uno, aproveche la herramienta DocFind de Aetna. Con usos que van desde información relacionada con el costo y la calidad para proveedores pertenecientes a la red hasta revisiones sinceras efectuadas por pacientes de verdad, DocFind es una herramienta valiosa y electrónica creada para ayudarle a encontrar las soluciones correctas del cuidado médico.

Usted puede tener acceso a ello, desde el sitio web de TRS o el website de Aetna en www.trscarestandardaetna.com.

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 \$30 por consulta (lo cual cuenta contra su deducible y desembolso máximo personal)

NUEVO: a partir del 1ro de septiembre de 2019, el plan TRS-Care Standard contará con Teladoc para la Salud Mental como parte del paquete de beneficios. Cuidar su salud mental es parte importante de su bienestar en general. Con Teladoc para la Salud Mental, los adultos mayores de 18 años podrán recibir cuidado médico para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, el estrés, el dolor causado por luto y más. Es fácil y conveniente programar una cita con un psiquiatra o terapeuta. Usted puede hacerlo en cualquier momento, siete días por semana, de 7 a.m. a 9 p.m., hora local. Las citas se confirman dentro de un lapso de 48 horas.

Usted puede programar su cita en línea o usando la aplicación de Teladoc. La duración de la visita de psiquiatría la determinará el médico dependiendo de cada caso. Las visitas al consultorio de proveedores

que no sean doctores en medicina tendrán una duración de 45 minutos por lo general. **Las visitas al consultorio de un proveedor médico del comportamiento se ofrecerán solamente por video.** Opte por ver a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta y establezca una relación continua. Las citas deberán programarse por adelantado.

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.



Consejos Rápidos

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

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

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 de diagnóstico de fuera de la red 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.

Usted Puede Ahorrarse Dinero Investigando los Servicios y Precios de Antemano.

El costo de muchos procedimientos médicos comunes podría variar considerablemente sin que exista, por ello, una relación entre el precio y la calidad del cuidado que recibe.



Ejemplo:

Exámenes con Imágenes de Resonancia Magnética (MRI).

Los exámenes con imágenes de resonancia magnética (MRI) 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 diferencia alguna en cuanto a la calidad ofrecida.

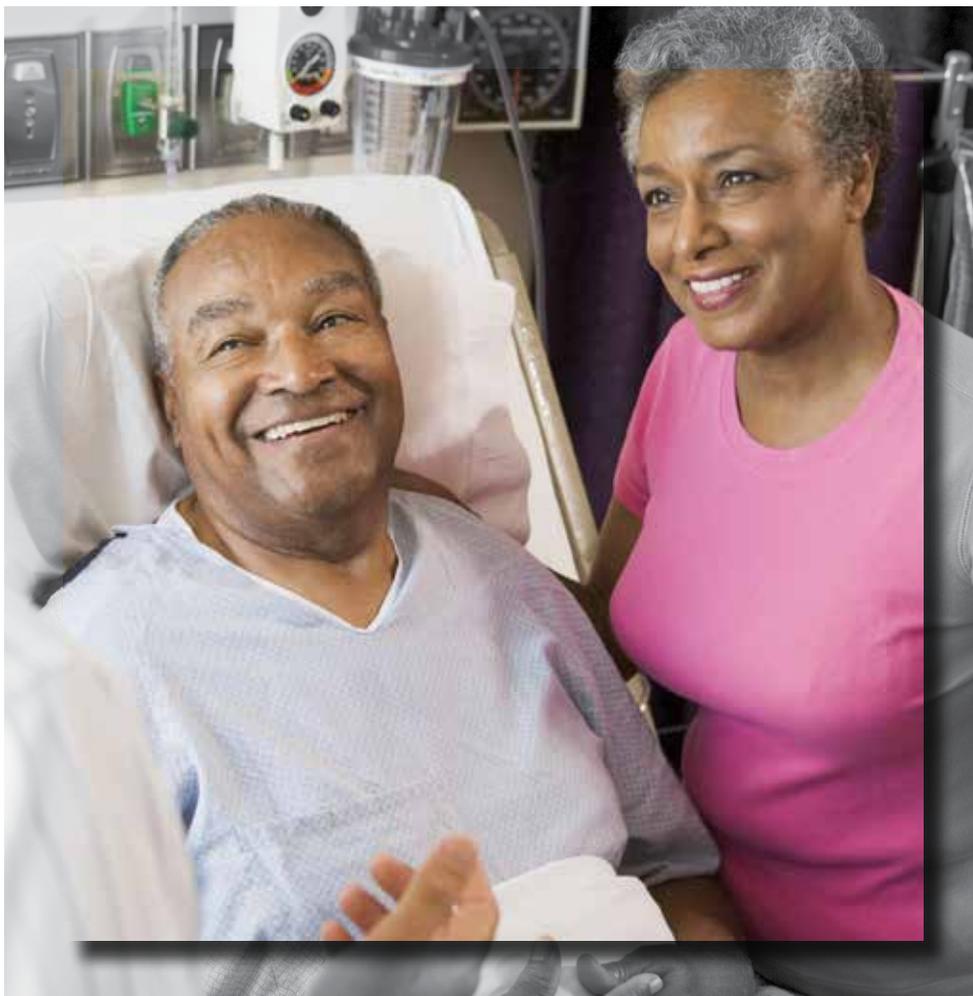
La Herramienta Aetna Navigator le Permite Comparar Precios

- 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.
 - Inscríbese en Teladoc.
- Para comenzar, visite el www.trscarestandardaetna.com y haga clic en donde dice “Inscribirse” (“Register”) en el Aetna Navigator.

De Tener que Hospitalizarse

Cuando se trata de una hospitalización, la cantidad a pagar depende de cuánto dinero ya haya invertido contra su deducible y coseguro. Hasta las hospitalizaciones breves son costosas 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% más de lo que cobran 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 Adquirir Medicinas Recetadas

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

Quando necesite adquirir una medicina recetada

Al igual que con los beneficios médicos, usted deberá 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% 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.

1. 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.
2. 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 de Caremark Pharmacy.** Usted podrá ordenar suministros de hasta 90 días para su medicamento y hacer que se los despache a cualquier dirección que proporcione en los Estados Unidos. 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 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 en inyección, infusión, inhalación o tomados 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 www.cvsspecialty.com.

Aproveche los Medicamentos Gratis que se le Ofrecen para Proteger su Salud

Su plan médico de TRS-Care incluye cobertura completa 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.

Tipos de Medicamentos Genéricos Preventivos que Podrían Ofrecérsele Gratuitamente

CARDIOVASCULARES

Agentes Antiarrítmicos
Agentes Antianginales
Enfermedad de la Arteria Coronaria
Antihiperlipidémicos y sus combinaciones

DIABETES

Medicamentos para combatir la diabetes
Productos y suministros para el diagnóstico de la diabetes
Agentes hematológicos
Factores de coagulación

HIPERTENSIÓN

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)
Bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB)
Bloqueadores de los canales de calcio (CCB)
Bloqueadores Beta
Diuréticos
Antihipertensivos y sus combinaciones

AGENTES INMUNIZANTES

Vacunas
Toxoides
Agentes inmunizantes y biológicos

SALUD MENTAL

Antidepresivos
Antipsicóticos
Osteoporosis
Reguladores de Calcio
Moduladores de los receptores de hormonas

CUIDADO PREVENTIVO

Agentes para combatir la obesidad
Agentes para ayudarle a dejar de fumar
Agentes para combatir la drogadicción
Preparados intestinales

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Antiasmáticos
Trastornos Convulsivos
Anticonvulsivos

EMBOLIA

Anticoagulantes
Inhibidores de la Agregación Plaquetaria

PARA LA SALUD DE LA MUJER

Inhibidores de aromatasa y antiestrógenos

ENFERMEDADES VARIAS

Agentes para combatir la malaria
Prevención de la caries dental
Agentes del angioedema hereditario
Inmunosupresores de la esclerosis múltiple
Agentes antirretrovirales

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 prácticos para evitar las noticias desagradables.



Manténgase 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 www.aetna.com/docfind/custom/trscare.



Compare los Precios de los Servicios Diagnósticos

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



Considere las Alternativas

Por ejemplo, Teladoc le brinda acceso, telefónico o por video, para recibir atención médica para problemas que no se consideren como emergencias. Usted puede utilizar este servicio para recibir prontamente consejo médico las 24 horas del día, 7 días por semana y a un precio de \$30 por consulta. Esta podría ser una opción más económica que la tradicional visita al médico por una condición médica menor. Si usted necesita ver a un médico en persona o después de las horas regulares de consulta, considere acudir a una clínica regular o centro de cuidado de urgencias en vez de ir a la sala de emergencia. Si tuviere que ir a la sala de emergencia, asegúrese de evitar las salas de emergencia independientes. Las salas de emergencia independientes no suelen pertenecer a la red. A diferencia de la atención de urgencia, las salas de emergencia independientes no están afiliadas a un hospital y son propiedad de grupos o individuos independientes. Debido a que no están bajo contrato con TRS, usted no está protegido por una tarifa negociada como lo es si utiliza una sala de servicio de emergencia afiliada a un hospital que pertenezca a la red. Al utilizar una de las opciones anteriores, 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 en 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 que se haga la corrección correspondiente.



Mediación

Probablemente haya usted recibido cuidado de emergencia o 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 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

\$3,550 por persona y \$7,100 por familia para el año 2020. (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 sus demás 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*).

¡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:

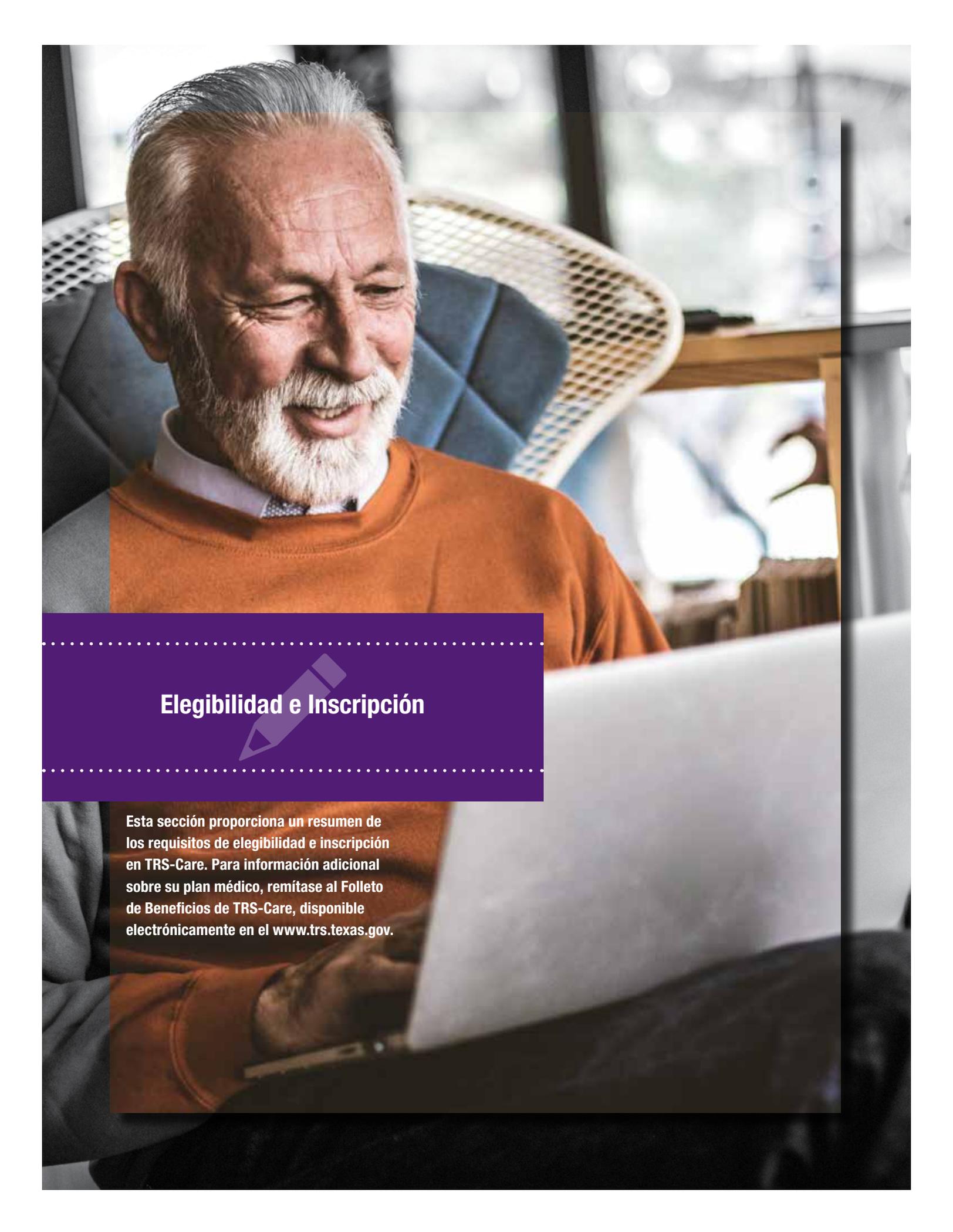
TRS no administra una opción de la cuenta de ahorros médicos (HSA), pero usted puede fácilmente obtener una por su cuenta. La mayoría de los bancos ofrece cuentas de ahorros médicos y abrir una es tan sencillo como abrir cualquier otro tipo de cuenta de ahorros. Usted puede comenzar buscando, en cualquier 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.



Consejos Rápidos

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

Algunos medicamentos de especialidad podrían ser elegibles para recibir ayuda con el copago a través de programas 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 ofrecido por el fabricante.



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 comprado 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: *CEI 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 del Employee Retirement System of Texas (ERS), The University of Texas (UT) 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:

- Su cónyuge (incluyendo a las parejas unidas por concubinato o common-law). Tenga presente que el matrimonio que resulta del concubinato no se considera como un evento de inscripción especial, a menos que exista una Declaración de Matrimonio por Concubinato presentada ante una agencia gubernamental autorizada).
- 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% 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.
- 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 posponer 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 formulario de Solicitud para la Jubilación por Años de Servicio, (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 la solicitud y devuélvala a TRS. Si está solicitando jubilación por incapacidad, TRS enviará un paquete de inscripción de TRS-Care de aprobarse su jubilación por incapacidad.

Si usted opta por no inscribirse durante el Período de Inscripción Inicial de TRS-Care, no necesitará hacer nada. Solo tendrá que enviar la solicitud si desea inscribirse en TRS-Care.

Cuando 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 per no menos de 90 días

| FECHA DE 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

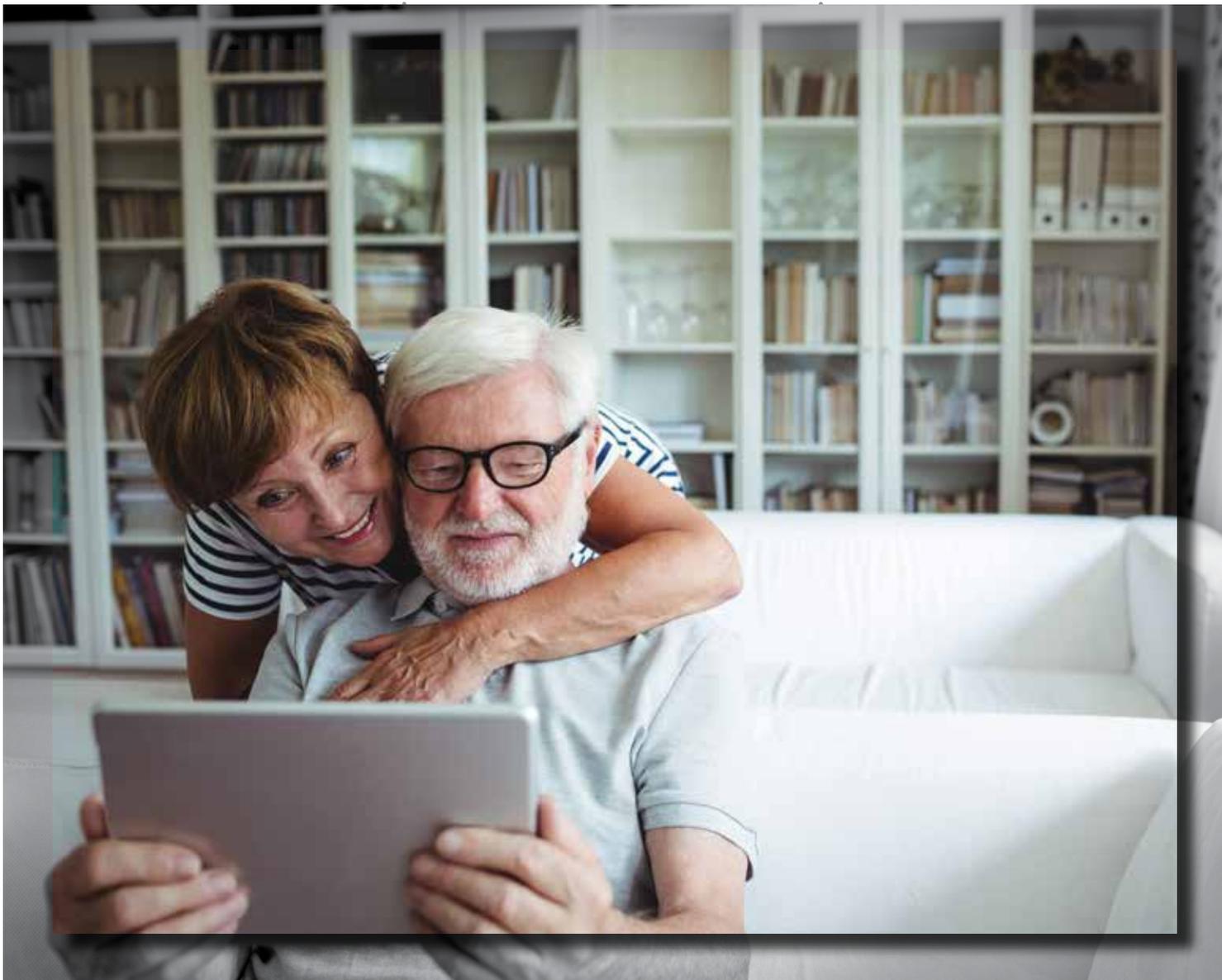
La fecha de vigencia de la cobertura será **(1)** el primer día del mes posterior a la fecha de vigencia de su jubilación si TRS recibe su Solicitud de Inscripción Inicial en TRS-Care (Formulario TRS 700A) el o antes de la fecha de vigencia de su jubilación; o **(2)** el primer día del mes posterior 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 inscribir 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.

NOTA:

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 inscribir 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 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 esta guía..

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 en un plan ofrecido por TRS-ActiveCare o uno ofrecido por el sistema de escuelas públicas de Texas que no participe en TRS-ActiveCare;
- El dependiente pase a ser elegible para recibir cobertura en un plan provisto bajo un programa administrado por ERS, UT System o Texas A&M;

- El dependiente se inscriba en TRS-Care como jubilado;
- La persona deje de cumplir con la definición de dependiente de TRS-Care;
- Cese la cobertura del jubilado;
- El jubilado deje de efectuar cualquier contribución requerida; o
- Se establezca que el dependiente ha cometido fraude.

De no pagar puntualmente 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 TR-Care o que no se haya inscrito durante su oportunidad de inscripción inicial, podrá inscribirse en TRS-Care a 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 al cumplir 65 años, usted deberá pedir un Formulario de Solicitud para Recibir la Oportunidad de Inscribirse a los 65 Años (TRS-Care Age 65 Enrollment Opportunity Application form, Formulario 700EO). Usted deberá someter su 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.

TRS no siempre tiene información en archivo sobre los cónyuges supervivientes. Por ello, 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 usted 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 encarecidamente 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 en TRS-Care. 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 65 años de edad. Por eso, deberá presentar una solicitud de inscripción en el programa de TRS-Care antes de que termine el período de 31 días contados a partir del último del mes en el que cumpla los 65 años.

Usted debe comprar y mantener Medicare Parte B para poder ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care después que usted sea elegible para recibir Medicare. Esto se requiere, aunque no sea usted elegible para recibir Medicare Parte A sin costos de prima. Usted no tiene que comprar Medicare Parte A si ya lo está recibiendo gratuitamente, pero deberá comprar Medicare Parte B. Si usted no compra y mantiene la cobertura de 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 por Enfermedad Renal en Fase Terminal, Medicare pagará después de que TRS-Care haya pagado beneficios (es decir, que será secundario), ya que los reglamentos federales requieren que la cobertura de TRS-Care sea primaria por cierto tiempo. Una vez que Medicare Parte A pase a ser su cobertura primaria, se reducirán sus primas mensuales y su deducible de TRS-Care. Si usted es elegible por Enfermedad Renal de Fase Terminal, notifíquese 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 beneficios de Medicare Parte A (hospitalización) sin costos de prima, inscribese para ello a través de The Social Security Administration. Usted puede presentar su solicitud en línea visitando el www.ssa.gov/medicare, acudiendo a su oficina local de The Social Security Administration o llamando 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 requiera 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 se jubile o 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®.

Si TRS no recibe su número de Medicare, TRS no podrá inscribirlo y usted corre el riesgo de perder la cobertura de TRS-Care por completo.

*Si usted es un jubilado o cónyuge superviviente que no ha cumplido aún 65 años de edad y se ha dado por terminada su cobertura de TRS-Care o bien no se ha inscrito usted durante su oportunidad de inscripción inicial, sepa que 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 usted llenar una solicitud y presentarla antes de que finalice el período 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 elegibles 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% de su manutención (child's support), si ninguno de los padres biológicos del menor reside 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 (1° de enero al 31 de diciembre) antes de que TRS-Care pueda pagar 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 visitar un 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 19 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 (1ro de enero al 31 de diciembre) para cubrir gastos médicos cubiertos. Cuando usted satisfaga el desembolso personal máximo, el plan pagará entonces un 100% 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 Dept.

1000 Red River St.
Austin, TX 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
Administrada por Aetna

Aetna Retiree Advocate:
1-800-367-3636 (TTY: 711)

www.trscarestandardaetna.com

Teladoc: 1-855-835-2362

TRS-Care Standard Plan

Cobertura para Medicinas Recetadas Administrada por CVS Caremark

Departamento de Servicios al Cliente
(Customer Care:)
Tel: 1-844-345-4577

info.caremark.com/trscarestandard

El programa TRS-Care podría cambiar en el futuro para proporcionar niveles de cobertura diferentes a los descritos en esta Guía o bien el Programa TRS-Care 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 (Teacher Retirement System of Texas o TRS) cumple con las leyes federales aplicables de derechos y no discrimina ni excluye a nadie por razones de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. TRS 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:
 - Intérpretes de Lenguaje de Señas Cualificados; e
 - 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
 - Intérpretes Cualificados; e
 - 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, TX, 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)

Aviso de Prácticas de Privacidad del Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas)

El Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (The Teacher Retirement System of Texas o TRS, por sus siglas en inglés) administra sus planes de beneficios médicos y el plan de pensión de conformidad con las leyes federales y las del estado de Texas. Esta notificación la requieren las Leyes de Privacidad adoptadas de conformidad con la Ley del Seguro de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) según enmienda por parte de la Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Economía y la Salud Clínica de 2009 (HITECH, por sus siglas en inglés).

Esta notificación describe cómo podría utilizarse y divulgarse la información médica suya y cómo podría usted tener acceso a esta información. Revise este aviso detenidamente. El mismo expone las obligaciones legales de TRS en lo que respecta a la información médica de usted. Además, este aviso describe el derecho que usted tiene a controlar su información médica.

Las leyes federales requieren que TRS mantenga y proteja la confidencialidad de su información médica. Su información médica protegida es información médica que identifica a la persona individualmente, incluyendo información genética y demográfica, recaudada a través de usted o la creada o recibida a través de TRS que se relacione con:

- Las enfermedades o la salud física o mental relacionada con su pasado, presente o futuro;
- El cuidado médico que usted reciba; o
- El pago pasado, presente o futuro para la disposición del cuidado médico suyo.

La información médica protegida no segura es información médica protegida no asegurada mediante el uso de una tecnología o metodología que impida que la información médica protegida pueda utilizarse, leerse o descifrarse.

Este aviso entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y se revisó el 10 de junio de 2017. Las leyes del estado de Texas hacen que la información suya como miembro del plan, incluyendo su información médica protegida, sea ya de por sí confidencial. Por lo tanto, después de haberse puesto en práctica la versión original de este aviso y su revisión, TRS no ha cambiado ni está cambiando la manera en que se protege la información suya. El 14 de abril de 2003, se aplicaron automáticamente los nuevos derechos y demás términos de este aviso, según lo esbozado originalmente. Así mismo, según se revisó subsiguientemente, los derechos y demás términos de este aviso continúan aplicándose automáticamente. Usted no necesita hacer nada para hacer que se proteja la confidencialidad de su información médica.

Las leyes federales requieren que TRS le proporcione este aviso acerca de sus prácticas de privacidad y sus deberes legales con respecto a su información médica protegida. Este aviso explica cómo, cuándo y por qué TRS utiliza y divulga su información médica protegida. Por ley, TRS debe seguir las prácticas de privacidad que se describen en el aviso de privacidad más reciente.

TRS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios tendrán vigencia en lo que respecta a toda la información médica protegida suya que guarda TRS. Si TRS efectúa un cambio importante que afecte el contenido de este aviso, TRS le enviará por correo un aviso nuevo dentro del lapso de 60 días, contados a partir de la fecha del cambio. Este aviso aparece en el sitio web de TRS y TRS publicará cualquier nuevo aviso en su sitio web www.trtexas.gov.

Cómo Puede TRS Utilizar y Divulgar su Información Médica Protegida

Ciertos Usos y Divulgaciones no requieren de su autorización por escrito.

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

- Para todas las actividades incluidas bajo las definiciones de "pago", "tratamiento" y "operaciones de asistencia médica", según lo establecido en el código 45 C.F.R. Sección 164.501, incluyendo lo indicado a continuación. Este aviso no incluye todas las actividades contenidas en estas definiciones. Refiérase al código 45 C.F.R., Sección 164.501 para una lista completa de las mismas. Cuando se utilicen las siglas "TRS" para describir estas razones, la intención es incluir a los auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan médico y administradores del beneficio de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare:
 - **Para fines de tratamiento.** TRS no es un proveedor médico ni participa directamente en las decisiones relacionadas con el tipo de tratamiento médico que deba usted recibir. TRS no guarda ni archiva sus expedientes médicos actuales. Sin embargo, podría divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, TRS podría divulgar su información médica protegida si su médico le pide a TRS que comparta dicha información con otro médico para colaborar con su tratamiento.
 - **Para fines de pago.** A continuación, dos ejemplos de cómo TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de pago. Primero, TRS podría utilizar o divulgar su información para preparar una factura por servicios médicos para enviársela a usted o a la persona o empresa responsable del pago de la misma. La factura podría incluir información que lo identifique a usted, los servicios médicos que haya recibido y la razón para ello. Segundo, TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para cobrar sus primas de seguro.
 - **Para fines relacionados con las operaciones de asistencia médica.** TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida para apoyar las funciones administrativas del plan médico. TRS podría proporcionarles, a sus contadores, abogados, asesores y otros, la información médica protegida de usted a fin de asegurarse que TRS esté cumpliendo con las leyes correspondientes. Por ejemplo, podrían proporcionarles la información médica suya a personas que estén supervisando la calidad de la asistencia médica por usted recibida. Otro ejemplo relacionado con las operaciones de asistencia médica es que TRS utiliza y comparte esta información para gestionar sus negocios y para llevar a cabo sus actividades administrativas.
- **Cuando las leyes federales, estatales o municipales, los procedimientos judiciales o administrativos o bien las autoridades judiciales requieran el uso o divulgación de la misma.** Por ejemplo, al recibir su solicitud de beneficios de jubilación por incapacidad, TRS y los miembros de la directiva médica (Medical Board) podrían utilizar su información médica protegida para determinar si usted tiene derecho o no a la jubilación por incapacidad. TRS podría divulgarle su información médica protegida:
 - A autoridades judiciales federales o estatales que soliciten dicha información para dar cumplimiento a la ley;
 - A oficiales de autoridades judiciales para alertar a las autoridades de su fallecimiento de sospechar TRS que el deceso suyo pudiera ser resultado de un acto criminal;
 - A la Fiscalía General de Texas (Texas Attorney General) para cobrarle la pensión de manutención de los hijos menores de edad (child support) o para asegurarse de que se les proporcione cobertura médica a sus hijos;
 - En respuesta a una citación judicial (subpoena) si el Director Ejecutivo de TRS determina que usted tendrá oportunidad razonable de contestar a la misma;
 - A una entidad gubernamental, la empresa para la cual trabaje o un representante autorizado de la misma, al grado en que TRS necesite compartir dicha información para conducir sus negocios;
 - La Legislatura de Texas o agencias gubernamentales estatales o federales, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, las agencias de vigilancia médica que supervisen las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o las relacionadas con una licencia profesional, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales u otras actividades. Entre las agencias de vigilancia que solicitan esta información se incluyen las agencias gubernamentales que supervisen: (i) el sistema de asistencia médica, (ii) los programas de beneficios gubernamentales, (iii) otros programas regulatorios gubernamentales y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles;
 - A una autoridad de salud pública para fines de prevención o control de enfermedades; y
 - Si así lo requiere alguna otra ley federal, estatal o municipal.

- **Para cumplir con funciones gubernamentales específicas.** En ciertos casos, TRS podría divulgar la información médica protegida de militares y veteranos. TRS podría divulgar también información médica protegida a oficiales federales autorizados para labores relacionadas con la seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de los Estados Unidos o para conducir labores de inteligencia o a la Legislatura de Texas o a agencias gubernamentales estatales o federales, aunque sin limitarse las agencias de vigilancia médica, para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones disciplinarias o las relacionadas con una licencia profesional, procedimientos o acciones de tipo civil, administrativo o penal u otras actividades. A las agencias de vigilancia médica que soliciten esta información, incluyendo las agencias gubernamentales encargadas de supervisar: (i) el sistema de asistencia médica, (ii) los programas gubernamentales de beneficios, (iii) otros programas regulatorios gubernamentales y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Para socios comerciales.** TRS posee contratos con personas y empresas (conocidos como “socios comerciales”), los cuales ayudan a TRS a llevar a cabo sus funciones comerciales de proporcionar cobertura de asistencia médica y a tomar decisiones relacionadas con el beneficio de jubilación por incapacidad. Por ejemplo, varias empresas asisten a TRS con los programas TRS-Care y TRS-ActiveCare, como Aetna, Humana, CVS/Caremark, Express Scripts y Gabriel, Roeder, Smith & Company. Algunas de las funciones que proporcionan estas empresas incluyen la realización de auditorías; la realización de análisis actuariales; la adjudicación y el pago de reclamaciones; el servicio de asistencia al cliente; la revisión y la administración de la utilización; la coordinación de beneficios; la subrogación; administración de farmacia y las funciones de tipo tecnológico. TRS podría divulgar su información médica protegida a sus socios comerciales para que estos puedan realizar los servicios que TRS les haya pedido. Sin embargo, para salvaguardar su información médica, TRS requiere que estas empresas sigan las mismas reglas establecidas por este aviso y que le notifiquen a TRS en caso de que se produzca un incumplimiento de la información médica protegida no asegurada
- **Para uso de su administrador o albacea testamentario.** TRS podría divulgarle su información médica protegida al administrador o albacea testamentario a cargo de su herencia (estate).
- **Para beneficios relacionados con la salud.** TRS o uno de sus socios comerciales podría comunicarse con usted como recordatorio de su próxima cita. También podrían comunicarse con usted para ofrecerle información relacionada con alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos que pudieran ser de su interés.
- **Para procedimientos legales.** TRS podría divulgar su información médica protegida: (1) en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, la apelación de una denegación de cobertura o beneficios; (2) en respuesta a una orden judicial o la emitida por un tribunal administrativo (al grado en que la ley autorice expresamente tal divulgación); y (3) por ser necesario para proporcionar evidencia de un crimen ocurrido en nuestras instalaciones.
- **Para investigadores forenses o jueces de instrucción en lo penal, médicos forenses, directores de funerarias y entidades relacionadas con la donación de órganos.** TRS podría divulgar la información médica protegida a un investigador forense o juez de instrucción en lo penal (coroner) o a un médico forense (medical examiner) para fines relacionados con la identificación de un cadáver, determinación de la causa de defunción, por parte del investigador forense o juez de instrucción en lo penal o por parte de un médico forense, o para que realicen otras labores autorizadas por la ley. Según lo permitido por la ley, TRS podría además divulgarle su información médica protegida a directores de funerarias para que puedan cumplir con sus labores. Además, TRS podría divulgarles su información médica protegida a las organizaciones encargadas de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejido.
- **Para investigaciones.** TRS podría divulgar su información médica protegida a investigadores médicos una vez que la junta examinadora del hospital (Institutional Review Board o IRB, por sus siglas en inglés) o la junta encargada de salvaguardar la privacidad de la información haya: (1) revisado la propuesta de investigación médica y establecido el o los protocolos para asegurar la privacidad de la información médica; y (2) aprobado la investigación.
- **Para prevenir graves amenazas a la salud o seguridad.** De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, TRS podría divulgar su información médica protegida si considera que la misma es necesaria para prevenir o reducir, de alguna manera, una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad personal o pública, tales como divulgaciones para prevenir enfermedades, el retiro de ciertos productos por defectos de fábrica o problemas de seguridad (recalls), informar al público sobre reacciones adversas experimentadas por el uso de ciertos medicamentos o notificaciones relacionadas con sospechas de abuso, negligencia y violencia doméstica.
- **En el caso de prisioneros.** Si se encuentra usted preso en una institución correccional, TRS podría divulgarle su información médica protegida a la institución penitenciaria o a las autoridades judiciales competentes: (1) para que puedan proporcionarle asistencia médica; (2) por razones de salud y seguridad suya y de los demás; o (3) por la protección y seguridad de la institución correccional.
- **En lo concerniente a la Ley de Compensación al Trabajador.** TRS podría divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación al trabajador (workers' compensation laws) y otros programas similares que proporcionen beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para su representante personal.** TRS podría proporcionarle información médica protegida a su representante o a la persona autorizada o bien a cualquier persona, sobre la cual le notifique usted a TRS por escrito, que ha designado para actuar a nombre suyo.
- **Para una entidad que asista en labores de ayuda humanitaria.** TRS podría proporcionarle su información médica protegida a la entidad que lo esté asistiendo como parte de un esfuerzo de ayuda humanitaria en caso de desastres (disaster relief), de tal manera que puedan notificarle a su familia sobre su condición, estado de salud y paradero. Si usted no se encuentra presente o en capacidad de otorgar su consentimiento para estas divulgaciones de su información médica protegida, entonces TRS podría, bajo tales circunstancias, usando nuestro juicio profesional, determinar si la divulgación de dicha información es lo más conveniente para usted. En lo posible, TRS intentará obtener su autorización personal antes de hacer tales divulgaciones de su información.

Ciertos Usos y Divulgaciones que Requieran la Oportunidad de Estar de Acuerdo u Objetar.

Bajo las siguientes circunstancias, TRS podría utilizar o divulgar información médica protegida siempre que le informe a usted por adelantado sobre el uso o divulgación y usted tenga la oportunidad de estar de acuerdo o bien de prohibir o restringir el uso o divulgación de su información médica protegida. TRS podría informarle a usted verbalmente o por escrito y obtener su aprobación u objeción verbal o escrita en cuanto al uso o divulgación de su información médica protegida. TRS seguirá las instrucciones que usted proporcione.

- TRS podría divulgar su información médica protegida a un familiar, a otro pariente suyo, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted autorice, incluyendo información que: (i) tenga directamente que ver con la participación de esa persona en lo que respecta al cuidado médico suyo o pago relacionado con la asistencia médica a usted prestada, o (ii) sirva para notificarle o ayudar a notificar a otros sobre su paradero, su condición general o fallecimiento.
- TRS podría utilizar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por su acta constitutiva para ayudar en esfuerzos de alivio en situación de desastre, a fin de notificar o ayudar a notificar a otros sobre su paradero, su condición general o fallecimiento.

Si usted no puede comunicar su preferencia a TRS, por ejemplo, porque esté usted inconsciente, TRS podría compartir su información médica protegida si TRS considera que es lo mejor para usted.

Ciertas Divulgaciones que TRS Está Obligada a Hacer.

A continuación, encontrará una descripción de las personas o entidades a las cuales está TRS obligada 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 de la Ley HIPAA.
- **Divulgaciones efectuadas a usted.** Se requiere que TRS le divulgue la mayor parte de su información médica protegida en un “registro designado” cuando usted solicite acceso a la misma, incluyendo la información archivada electrónicamente. Por lo general, el “registro designado” contiene expedientes médicos y de facturación, así como otros registros utilizados para tomar decisiones relacionadas con sus beneficios médicos. También se requiere que, a petición suya, TRS le dé cuenta de las personas o entidades a las cuales haya divulgado su información médica protegida. En muchos casos, dicha información estará en poder del administrador del plan o del administrador del beneficio de farmacia. Si solicita usted acceso a su información médica protegida, TRS colaborará conjuntamente con el administrador del plan o el administrador del beneficio de farmacia para proporcionarle a usted su información médica protegida.

Ciertos Usos y Divulgaciones de Información Genética que Quedan Terminantemente Prohibidos.

Quedará prohibido que TRS y los miembros de la Directiva Médica (Medical Board), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que actúen a nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare utilicen o divulguen información genética para fines del departamento de suscripción de pólizas (conocido en inglés como *underwriting*).

Ciertos Usos y Divulgaciones de la Información Médica Protegida que No Se Efectuarán.

Ni TRS ni los miembros de la Directiva Médica (Medical Board), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que representen a nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare se comprometerán involucrándose en los siguientes usos y divulgaciones de la información médica protegida:

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

Demás Usos y Divulgaciones de la Información Médica Protegida que Requieren de su Autorización Previa por Escrito.

Incurrirán en los siguientes usos y divulgaciones TRS y los miembros de la Directiva Médica (*Medical Board*), los auditores, los asesores actuariales, los abogados, los administradores del plan médico o los administradores de los beneficios de farmacia que representen a nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare únicamente con su permiso (*autorización*) por escrito:

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

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

Sus Derechos

- **El Derecho a Establecer Límites en cuanto a los Usos y Divulgaciones de Su Información Médica Protegida.** Usted puede solicitar que TRS limite los usos y las divulgaciones de su información médica protegida. TRS tomará en cuenta su solicitud, aunque no está obligada a convenir en ello. De estar de acuerdo con su solicitud, TRS pondrá el acuerdo por escrito y seguirá lo allí establecido, a menos que usted necesite un tratamiento de emergencia y la información que haya pedido que se limite sea necesaria para dicho tratamiento. Usted no podrá imponer límites en cuanto a los usos y las divulgaciones a los cuales está legalmente obligado TRS.

Si usted está inscrito en TRS-ActiveCare, podrá solicitar una restricción por escrito a: Aetna Legal Support Services, 151 Farmington Avenue, W121 Hartford, CT 06156- 9998. En su solicitud, indique lo siguiente: (1) la información cuya divulgación desea limitar y (2) cómo desea usted limitar el uso y/o la divulgación de la misma.

Si usted está inscrito en TRS-Care, podría solicitar una restricción por escrito a: Aetna Legal Support Services, 151 Farmington Avenue, W121 Hartford, CT 06156- 9998. En su solicitud, indique lo siguiente: (1) la información cuya divulgación desea limitar y (2) cómo desea usted limitar el uso y/o la divulgación de la misma.

Usted tiene el derecho a pedirle a TRS que no se divulgue su información médica protegida si usted ha pagado totalmente por el servicio recibido.

- **El Derecho a Elegir la Forma como TRS le Envía su Información Médica Protegida.** Usted puede solicitar que TRS le envíe su información a otra dirección (por ejemplo, a su lugar de trabajo en vez de a su domicilio) o por otro medio (por ejemplo, a través de un servicio de mensajería especial (courier) en vez del servicio de correo regular de los Estados Unidos (U.S. mail)). Esto podrá hacerse sólo si, al no cambiarse su dirección o la forma en que TRS se comunica con usted, podría ponerlo a usted en peligro físico. Para ello, deberá presentar su solicitud por escrito, especificando dónde y cómo debemos comunicarnos con usted. TRS deberá honrar su petición solo si:

– Usted le expresa claramente a TRS que el envío de su información a su domicilio regular o de la forma acostumbrada podría ponerlo a usted en peligro físico inminente; y

– Usted le informa a TRS de la otra dirección o medio específico para que se le envíe su información médica protegida. Si le pide a TRS que se comunique con usted por correo electrónico, TRS no le enviará información médica protegida por ese medio, a menos que sea posible codificarla. (*encrypt*).

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

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

– Recibir un resumen o explicación en vez de información médica protegida detallada; y

– Pagar los costos de preparación del resumen o la explicación.

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

TRS podría denegar su solicitud de inspeccionar y fotocopiar su información médica protegida bajo ciertas y limitadas circunstancias. Si le niegan acceso a su información médica protegida, usted podría solicitar la revisión de dicha negación. TRS seleccionará a un proveedor médico con licencia profesional para la revisión de su solicitud y la negación. La persona que realice esta revisión no será la misma que le haya denegado su petición inicial. Bajo ciertas circunstancias, no se podrá revisar la negación de su solicitud. De ser este el caso, TRS le informará a usted, por escrito, en nuestra correspondencia de negación, que la decisión no puede revisarse.

El Derecho a Recibir, a través de TRS, una Lista de los Usos y las Divulgaciones de su Información Médica Protegida. Usted tiene derecho a recibir una lista de los usos y las divulgaciones de su información médica protegida a través de TRS. La ley no exige que TRS cree una lista que incluya ningún uso y divulgación:

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

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

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

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

- **El Derecho a Corregir o Actualizar su Información Médica Protegida.** Si usted considera que existe un error en su información médica protegida o que falta cierta información médica importante, puede pedirle a TRS que corrija o agregue la información. Usted deberá solicitar por escrito toda corrección o adición de información.

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

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

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

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

TRS le enviará la negación por escrito. La misma indicará por qué le han negado su solicitud y le explicará su derecho a enviarle a TRS una declaración escrita sobre por qué usted está en desacuerdo con la decisión de TRS. Dicha negación le explicará además cómo debe presentar su queja ante TRS o The Secretary of The Department of Health and Human Services. Si usted le envía a TRS su declaración escrita sobre por qué está en desacuerdo con la negación de su solicitud, TRS podrá presentar una respuesta a su declaración por escrito. TRS le entregará a usted una copia de la respuesta. Si usted presenta una declaración escrita de desacuerdo con la negación, TRS deberá incluir su solicitud de enmienda, la carta de negación, su declaración escrita de desacuerdo y toda respuesta en la cual TRS haya divulgado la información médica protegida que usted solicitó que se cambiara o TRS puede optar por entregarle un resumen de esa información divulgando la información médica protegida que solicitó usted que se cambiara. Aun cuando no le envíe a TRS una declaración por escrito, explicando por qué está en desacuerdo con la negación, usted puede requerir que se anexe su solicitud y la negación de la misma por parte de TRS a toda divulgación futura de la información médica protegida que usted deseaba cambiar.

- **Derecho a que le Notifiquen sobre el Incumplimiento Relacionado con la Información Médica Protegida No Segura.** Usted tiene derecho a que le notifiquen y TRS tiene el deber de notificarle sobre el incumplimiento relacionado con su información médica protegida no segura. El término "incumplimiento" se refiere a la adquisición, acceso, uso o divulgación de su información médica protegida no segura de una manera no permitida bajo HIPAA, lo cual resulte en que se comprometa la seguridad o privacidad de su información médica protegida. De llegar a ocurrir, se le proporcionará información sobre el incumplimiento y sobre cómo mitigar cualquier daño ocasionado por ello.

- **Derecho a recibir este aviso.** Usted puede recibir una copia por escrito de este aviso a petición suya.

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

Privacy Officer
Teacher Retirement System of Texas
1000 Red River St.
Austin, TX 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 St., Suite 1169
Dallas, TX 75202

FAX al **(214) 767-0432** -Correo Electrónico: **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, TX, 78711-2548
(800) 806-2092

TRS no sancionará ni tomará represalia contra usted de manera alguna por haber presentado una queja.

Para Más Información

Comuníquese por escrito con el Oficial de Privacidad (Privacy Officer) a la siguiente dirección, si tiene preguntas sobre las prácticas de privacidad descritas en este aviso de notificación o sobre cómo presentar una queja.

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

Si desea más información con respecto a este aviso o sobre cómo ejercer sus derechos, comuníquese con el Centro de Consejería Telefónica de TRS (TRS Telephone Counseling Center), al 1- (800) 223-8778. Las personas con dificultad auditiva pueden llamar al 711 (Dial Relay Texas).



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