

INFORMACIÓN
IMPORTANTE PARA

Después

Plan Estándar TRS-Care 2018 para
Participantes sin Beneficios de Medicare



Su Guía para Aprovechar sus
Beneficios Médicos al Máximo

Esta es su guía para aprovechar sus beneficios médicos al máximo. La misma le proporcionará todo cuanto necesite para usar su plan médico y se asegurará de que usted reciba el valor máximo por el dinero que gaste en su cuidado médico.

Empecemos.

CONTENIDO

Entendiendo su Plan TRS-Care Standard

Lo Básico	4
Cómo Funciona el Plan	5
Costos de Desembolso Personal	6

Cómo Usar su Plan Médico para

Seleccionar a su Médico	12
Ir al Médico	14
Recibir Asistencia Médica cuando se Enferme o Lesione	18
Hacerse Análisis de Laboratorio, Radiografías y Otros Análisis de Diagnóstico	20
Casos de Hospitalización	21
Comprar Medicinas Recetadas	22
Evitar Gastos Inesperados e Innecesarios	26
Ahorrar Dinero con una Cuenta de Ahorros Médicos	28

Información que Podría Pasar Inadvertida

Información sobre Elegibilidad e Inscripción

30

Lo Básico

Su plan TRS-Care Standard les ofrece a usted y a sus dependientes cubiertos una valiosa protección contra el alto costo del cuidado médico, así como acceso a descuentos significativos en servicios médicos y medicinas recetadas, cuando usted utiliza proveedores pertenecientes a la red.

Además, usted puede esperar lo siguiente:

- Cuidado preventivo gratis para su visita anual de bienestar personal.
- La libertad de elegir a cualquier médico perteneciente a la red sin requerir que lo remita su médico de cabecera.
- Beneficios de CVS Caremark para la compra de medicinas recetadas. Este beneficio está disponible a través de farmacias regulares y órdenes por correo, incluyendo ciertos medicamentos genéricos sin costo alguno clasificados como "preventivos". Para más información, pase a la página 22.
- Teladoc es un servicio médico a distancia que ofrece, las 24 horas del día, 7 días a la semana consultas médicas convenientes y a bajo costo, ya sea por teléfono o computadora.



QUE NO SE LE OLVIDE

El año del plan cambiará a año calendario y comenzará a partir del 1° de enero de 2018 (en ves del 1° de septiembre de 2017), lo cual le da a usted cuatro meses para que se prepare para hacer la transición a su nuevo plan médico.

Por otra parte, esto significa que sus deducibles y desembolsos máximos personales no comenzarán hasta el 1° de enero de 2018.

Cómo Funciona el Plan

- Dentro de la red, usted paga un deducible anual de \$1,500 por persona (o \$3,000 para la cobertura de familia) por el costo de la asistencia médica y de las medicinas recetadas (incluyendo la relacionada con la salud mental, centros de rehabilitación y drogadicción) antes de que el plan comience a pagar su parte por los gastos de la asistencia médica suya.
- Si usted utiliza los servicios de médicos y hospitales pertenecientes a la red, se beneficiará con costos menores para la asistencia médica y la conveniencia de que presenten sus reclamaciones automáticamente y a nombre suyo.
- Una vez que usted satisfaga su deducible anual dentro de la red, el plan pagará un 80 por ciento de sus gastos médicos y de medicinas recetadas dentro de la red. (Esto es lo que se conoce como coseguro).
- Una vez que usted satisfaga su desembolso personal máximo para el año (\$5,650 por persona u \$11,300 por familia cuando usted utiliza los servicios de médicos pertenecientes a la red), el plan pagará un 100 por ciento de sus gastos médicos y de medicinas recetadas elegibles.
- **Usted tiene un deducible aparte por la asistencia médica que reciba a través de médicos y hospitales no pertenecientes a la red.** Así que piénselo detenidamente antes de seleccionar a un proveedor no perteneciente a la red. Tardará más para satisfacer su deducible y no se beneficiará de las bajas tarifas del plan para servicios médicos.

	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 un 20% después de haber satisfecho el deducible	Usted paga un 40% después de haber satisfecho su deducible
Teladoc - Servicios disponible las 24 horas del día y 7 días por semana, prestados por médicos certificados capaces de diagnosticar, proporcionar tratamiento y emitir recetas médicas por teléfono o video	\$40 la consulta (lo cual cuenta contra el deducible y el desembolso personal máximo)	

Costos de Desembolso Personal

Su costo de desembolso personal se refiere al dinero que usted paga por los servicios de asistencia médica, incluyendo deducibles y coseguro.

A continuación, encontrará un ejemplo de ello:

- Usted acude a un especialista (un dermatólogo) porque padece de rosácea.
- Se dirige al mostrador de la recepción y un empleado le notifica que la consulta de hoy al dermatólogo tendrá un costo de \$100.
- Si usted no ha satisfecho su deducible, deberá pagarle los \$100 directamente a su médico. (Lo bueno es que la cantidad total que pague se aplicará contra su deducible anual). Esos \$100 constituyen su costo de desembolso personal.
- Si usted ha satisfecho su deducible, podría pedirle entonces que pague un 20 por ciento de coseguro o \$20 y su plan pagaría la diferencia. Los \$20 que pague constituyen su costo de desembolso personal.



CONSEJO RÁPIDO

Aproveche las medicinas recetadas Ofrecidas Sin Costo Alguno para Usted.

Si usted toma ciertas medicinas recetadas clasificadas como "preventivas", tales como las utilizadas para controlar la hipertensión, la enfermedad cardíaca o la depresión, podría recibir su medicamento gratis. Esta es una forma importante en la cual TRS invierte en la salud de sus jubilados. Para más información, pase a la página 24.

Existen tres categorías para los costos de desembolso personal:

1

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 ni desembolso personal máximo. Para información sobre los costos mensuales de la prima, pase a la página 10.

2

DEDUCIBLES

Esta es la cantidad que usted paga como desembolso personal antes de que el plan médico comience a pagar su cuota por la asistencia médica suya. A continuación, encontrará algunos puntos importantes a recordar:

- Se aplicará contra su deducible todo gasto médico o de medicina recetada elegible.
- Usted tiene deducibles aparte para los gastos en los que incurra por servicios prestados dentro de la red y fuera de la red. Esto significa que usted no puede aplicar la asistencia médica recibida fuera de la red contra su deducible por servicios prestados dentro de la red.
- **Su deducible comienza a contar de nuevo cada año.**

3

COSEGURO

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

DESEMBOLSO PERSONAL MÁXIMO

Lo bueno es que existe un límite en cuanto a la cantidad que paga usted en un solo año por los costos de asistencia médica. Esto es lo que se conoce como desembolso personal máximo. Una vez que usted haya satisfecho el deducible, el plan médico pagará un 100 por ciento de sus costos médicos y de medicinas recetadas elegibles y continuará pagando un 100 por ciento de los beneficios durante el resto del año calendario. Su desembolso personal máximo comienza a contar nuevamente al igual que su deducible.

Su Plan Médico en Acción

DEDUCIBLE	COSEGURO	DESEMBOLSO PERSONAL MÁXIMO
<p>\$1,500 para la cobertura individual (dentro de la red)</p> <p>Cuando usted acude a un médico perteneciente a la red o adquiere una medicina recetada dentro de la red, usted paga el costo total del servicio o de la medicina recetada hasta que sus costos médicos alcancen \$1,500.</p> <p>Ejemplo: Usted acude a un alergólogo y la consulta le cuesta \$150. Usted paga la cantidad total, la cual cuenta contra su deducible.</p> <p>Costo de la consulta: \$150</p> <p>Usted paga: \$150</p> <p>El resto de su deducible: \$1,350</p>	<p>Usted paga un 20 por ciento (dentro de la red)</p> <p>Una vez que haya pagado \$1,500 por costos médicos y de farmacia en los cuales haya incurrido dentro de la red, su plan médico comienza a pagar un 80 por ciento de los costos. Usted paga solo un 20 por ciento de sus gastos.</p> <p>Ejemplo: Usted acude a la misma consulta con el alergólogo y ha satisfecho su deducible. Usted paga un 20 por ciento del costo o \$30. Su plan de TRS-Care paga el resto.</p> <p>Costo de la consulta: \$150</p> <p>Usted paga: \$30</p> <p>Esta cantidad cuenta contra su desembolso personal máximo.</p>	<p>\$5,650 para la cobertura individual (dentro de la red)</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,650 contra sus deducibles y coseguro, el plan pagará un 100 por ciento de sus costos para el resto del año calendario.</p> <p>Ejemplo: El alergólogo dice que usted necesita una cirugía ambulatoria de los senos paranasales, la cual cuesta \$30,000. Usted ya ha satisfecho su deducible individual de \$1,500, el cual cuenta contra su desembolso personal máximo. A este punto, usted tendría que pagar los \$4,150 restantes para poder satisfacer su desembolso personal máximo de \$5,650. Entonces, su plan comenzará a pagar un 100 por ciento.</p> <p>Costo de la Cirugía: \$30,000</p> <p>Usted paga: \$4,120 para satisfacer su desembolso personal máximo. El plan paga el resto.</p>



EVALUEMOS SU CONOCIMIENTO:

Usted acude a su médico, el cual pertenece a la red Aetna. Lo hace porque no se le quita la tos. El médico determina que lo que usted tiene es bronquitis. El costo total de la consulta es \$100, pero usted ha satisfecho ya su deducible.

Por lo que el costo para usted sería:

- A No le costaría nada porque esta consulta se considera como cuidado preventivo.
- B Le costaría \$100.
- C Le costaría \$20 (20% del costo total).

La respuesta correcta es la que se indica con la letra C. La consulta no se considera como cuidado preventivo porque usted acudió al médico por una enfermedad en particular. No le cuesta \$100 porque usted ya ha satisfecho su deducible. El costo de esta visita o su cuota del coseguro por esta visita sería \$20. **Recuerde que nos estamos refiriendo a servicios prestados dentro de la red. Si usted se sale de la red, tendrá que pagar un 40% de los cargos del médico (suponiendo que haya satisfecho el deducible de desembolso personal).**

PRIMAS DE SEGURO

Primas mensuales para la mayoría de los jubilados que no pertenecen a Medicare en 2018

Jubilado Solamente	\$200*
Jubilado y Cónyuge	\$689
Jubilado e Hijos	\$408
Jubilado y Familia	\$999
Hijos Supervivientes	\$208

Jubilados sin Medicare con hijos incapacitados (de cualquier edad)**

Jubilado e Hijos	\$208
Jubilado y Familia	\$799

* Para la mayoría de los participantes, TRS-Care no ofrecerá la opción de un plan médico con primas de \$0 como parte de la cobertura para jubilados solamente. La mayoría de los jubilados pagará \$200 por la cobertura de jubilados solamente a partir del 1º de enero de 2018.
 ** Las primas mensuales para jubilados sin Medicare y con hijos incapacitados se reducirá a razón de \$200 según la clasificación en niveles que cubra a los hijos. De quedar incapacitado uno de sus hijos, será responsabilidad suya como participante notificarle a TRS de ello.

Las primas se determinan conforme a la elegibilidad para recibir beneficios de Medicare que tenga el jubilado de TRS o su cónyuge superviviente, independientemente del estado de sus dependientes en cuanto a Medicare. Por ejemplo, si usted es un jubilado de TRS y no es elegible para recibir beneficios de Medicare, pero tiene cubierto a su cónyuge que sí es elegible para recibir beneficios de Medicare, entonces usted pagaría \$689 al mes, ya que usted, el jubilado, no es elegible para recibir beneficios de Medicare.



CONSEJO RÁPIDO

Estire cada dólar que invierte en su asistencia médica.

La asistencia médica puede ser costosa hasta para procedimientos básicos de diagnóstico, los cuales cuestan miles de dólares. Por tanto, es menester que se aplique a su deducible cada gasto elegible. La mejor manera de asegurarse de que así sea es utilizando médicos y hospitales pertenecientes a la red porque ellos presentan las reclamaciones a Aetna por usted, aun cuando usted no haya satisfecho su deducible aún. Además, los médicos de la red de Aetna ofrecen tarifas más bajas por contrato, lo cual se traduce en desembolsos personales menores.

En www.trscarestandardaetna.com, usted puede utilizar DocFind para saber si su médico pertenece a la red de Aetna o para localizar a otros proveedores.

MANTENERSE DENTRO DE LA RED, PAGA DE VERDAD.

Si usted se sale de la red, su deducible individual incrementa a \$3,000. Y aumenta el costo de su coseguro en un 40 por ciento. No solo eso, los gastos en los que se incurre fuera de la red no se aplican contra sus costos dentro de la red. Además, usted podría tener que pagar la diferencia entre la tarifa de descuento de Aetna para el servicio recibido y la cantidad que cobra el hospital o médico en las facturas por gastos incurridos fuera de la red.



CONSEJO RÁPIDO

Independientemente del servicio en cuestión, paga comparar los precios de la asistencia médica antes de incurrir en cualquier gasto. Inicie sesión (log in) en el Aetna Navigator® visitando el www.trscarestandardaetna.com y haciendo clic en el botón para jubilados sin Medicare (“Non-Medicare retiree”).

¿ESTÁ HACIENDO PLANES PARA JUBILARSE POR INCAPACIDAD?

Si usted está haciendo planes para jubilarse por incapacidad, pagará las primas que aparecen en el recuadro de la página anterior, dependiendo de si se cubre usted solamente o si cubre también a sus dependientes.

¿YA SE JUBILÓ POR INCAPACIDAD?

Si usted se jubiló antes del 1º de enero de 2017, recibe beneficios de incapacidad de TRS y no es elegible para recibir beneficios de Medicare, no tendrá que pagar la prima para la cobertura de jubilados solamente en el año del plan 2018 (del 1º de enero al 31 de diciembre de 2018). Las primas mensuales que cubren al cónyuge o dependiente se reducirán a razón de \$200. Para más información, consulte la página 30, a la sección titulada “Información que Podría Pasar Inadvertida”.

Como TRS tiene archivado su estado o clasificación para el plan, usted no tiene que hacer nada más. Sus primas se ajustarán automáticamente.

Jubilado Solamente	\$0
Jubilado y Cónyuge	\$489
Jubilado e Hijos	\$208
Jubilado y Familia	\$799

Para Seleccionar a su Médico

Con los miles de médicos y hospitales disponibles que pertenecen a la red Aetna, lo más probable es que usted encuentre uno de su gusto.

Más fácil no puede ser. Aquí le mostramos cómo:

- 1 Visite el sitio web del Plan Estándar de TRS-Care en el www.trscarestandardaetna.com.
- 2 Seleccione **TRS-Care para Jubilados sin Medicare** y haga clic después en el **Directorio de Proveedores de TRS-Care (DocFind)**

Usted puede comunicarse también con el Departamento de Asistencia al Cliente de TRS-Care, llamando al **1-800-367-3636**

Está abierto de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., Hora del Centro.



CONSEJO RÁPIDO

No todos los médicos son iguales.

Así que cuando usted esté buscando uno, aproveche la herramienta DocFind de Aetna. Esta herramienta ofrece información que va desde el costo y la calidad del servicio prestado por los proveedores de la red hasta comentarios sinceros suministrados por pacientes de verdad. DocFind es una valiosa herramienta en línea que sirve para ayudarle a encontrar las soluciones correctas en cuanto a la asistencia médica. Usted puede ver la herramienta en el sitio web de TRS, según lo descrito anteriormente, o en el sitio web de Aetna, en el www.trscarestandardaetna.com.

CONOZCA SU RED

Una de las características más valiosas de su plan médico es la red de médicos y hospitales a la cual tiene usted acceso para recibir asistencia médica. Que el médico pertenezca a la red quiere decir que él o ella ha trabajado con nuestro plan médico bajo una tarifa acordada mutuamente para los servicios prestados. A diferencia de estos, los médicos que no pertenecen a la red no trabajan así. Es por eso que salirse de la red es como manejar un automóvil sin frenos—al salirse de la red, usted tiene poco control sobre la cantidad de dinero que gasta para cubrir su asistencia médica:

- Usted no tiene el beneficio de recibir tarifas previamente negociadas para su asistencia médica.
- Los médicos y hospitales no pertenecientes a la red pueden cobrar el precio del mercado, lo que significa que usted tendría que pagar la diferencia entre la tarifa asegurada y la facturada por el médico u hospital.
Manténgase informado: Los costos que superen y excedan la tarifa previamente negociada no se aplican contra el costo de su desembolso personal máximo.
- Usted no podrá aplicar los cargos pagados fuera de la red contra su deducible dentro de la red.
- Usted podría tener que lidiar con documentación adicional porque los médicos no pertenecientes a la red de Aetna requieren que sea usted quien presente sus propias reclamaciones por la asistencia médica recibida.

En resumen: Si usted utiliza los servicios de un proveedor no perteneciente a la red, independientemente de las circunstancias del caso, lo más probable es que usted pague más y tal vez hasta más que las cantidades usuales de deducible y coseguro.

Para Ir al Médico

Acudir regularmente a un médico primario o de cabecera se traduce en costos menores y una mejor salud.

La visita anual para su bienestar personal, proporcionada a usted sin costo alguno bajo sus beneficios preventivos es fundamental. Esta es la oportunidad que tiene su médico cada año de ver cómo le está yendo a usted en general y para asegurarse de que no haya síntomas. Si usted recibe un buen informe médico, muy bien. Puede entonces mantener, manejar y hasta mejorar su salud haciéndose chequeos médicos regulares, siguiendo las recomendaciones de su médico y aprovechando las herramientas y programas complementarios, disponibles a través de su plan médico.

Su visita anual para el bienestar personal pondrá además a su médico al tanto de cualquier indicio de enfermedad o deterioro de la salud—porque cuando se trata de su salud y billetera, mientras más pronto se detecte y corrija mejor. Tenga presente que existen enfermedades graves que no presentan síntomas, pero pueden poner en peligro su salud. Su visita anual para el bienestar personal es su escudo y defensa.

CONSEJO RÁPIDO

La cobertura de TRS-Care incluye visitas anuales de bienestar personal sin costo alguno para usted cuando visita a su médico de cabecera perteneciente a la red; esto junto con cualquier vacunación y examen médico que sea apropiado para su edad y sexo. Además, usted está cubierto también para recibir gratis la vacuna contra la influenza. Las pacientes del sexo femenino pueden recibir, cada año, una consulta gratis para un examen pélvico realizado por un obstetra-ginecólogo perteneciente a la red.



SERVICIOS CUBIERTOS Y CONSIDERADOS COMO CUIDADO PREVENTIVO

A usted no se le cobrará nada si acude a un médico perteneciente a la red, sin presentar ningún síntoma y para la realización de cualquier examen o análisis preventivo, incluyendo los exámenes mayores efectuados para detectar ciertos tipos de cáncer. Sin embargo, no todas las visitas al médico se consideran como cuidado preventivo. Algunas se consideran como cuidado de diagnóstico más bien.

La visita de diagnóstico es la realizada cuando usted va al médico quejándose de algo en específico, para recibir tratamiento inicial o por una enfermedad o bien para el tratamiento continuo de una enfermedad que padece, para efectuarse análisis de laboratorio u otros exámenes necesarios para tratar un problema médico conocido. A veces, la diferencia entre el cuidado médico y el preventivo podría ser no muy clara.

Considere, por ejemplo, si acude a un médico perteneciente a la red para una consulta de cuidado preventivo que ha planificado y piensa que no le costará nada, digamos para hacerse su examen físico anual. Pero durante el transcurso del examen se queja de que le duele el hombro. Su médico le examina, descubre que usted tiene artritis y le receta un medicamento. En este caso, **su visita original para el cuidado preventivo se convierte ahora en una consulta médica para el tratamiento de una lesión o enfermedad específica y se le cobrará por la consulta como cuidado de diagnóstico.**



SERVICIOS MÉDICOS QUE NORMALMENTE NO LE COSTARÁN NADA A USTED

- Examen para medir la presión arterial
- Análisis para medir el nivel de colesterol
- Consulta preventiva para el bienestar personal
- Análisis para detectar la diabetes (Tipo 2)
- Exámenes relacionados con la depresión
- Examen para detectar el cáncer de pulmón
- Mamogramas de rutina

Para estos servicios, asegúrese de acudir a un proveedor para el cuidado primario que pertenezca a la red, de tal manera que los servicios se cubran en un 100 por ciento y no le cuesten nada a usted.

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



EVALUEMOS SU CONOCIMIENTO:

- 1 Una paciente que toma medicamentos para controlar su colesterol se hace un examen anual preventivo y le hacen un análisis de sangre para medir su nivel de colesterol.
- 2 Esa misma paciente visita a su médico, el cual pertenece a la red tres veces al año para realizarse análisis de sangre a fin de medir su nivel de colesterol y para confirmar que el nivel de la dosis de medicamento es el apropiado para ella.

¿Cuál de esas consultas es gratis y se considera como cuidado preventivo? La opción número uno. La visita al consultorio médico y el análisis de sangre se consideran como preventivos porque son parte de un examen general para el bienestar personal. Los análisis de sangre que se mencionan en la opción número dos no se consideran preventivos porque son parte del tratamiento de una condición existente.

Para Recibir Asistencia Médica Cuando se Enferme o Lesione

Cuando no se sienta bien o se lesione, pero no se trate de una emergencia, la primera persona a llamar debería ser su médico de cabecera. Él conoce su historial médico y puede proporcionarle el mejor cuidado basado en la información que posee. Ese es también el mejor punto para comenzar a bajo precio, si aún no sabe si requerirá o no de un especialista.

Pero si el consultorio de su médico está cerrado, no consigue programar una cita o si no tiene usted un médico de cabecera (nosotros podemos ayudarle con eso también), lo bueno es saber que tiene opciones.

PARA RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO

Comuníquese con un médico por teléfono, iPad o computadora, a través de Teladoc.

- Llame al 1-855-Teladoc (**1-855-835-2362**).
- Los médicos de Teladoc diagnostican problemas médicos que no sean de emergencia, recomiendan tratamiento, llaman a la farmacia que usted prefiera para que se procesen sus recetas médicas y más
- Pague un honorario de \$40 por la consulta.

CONSEJO RÁPIDO

Tenga cuidado con las salas de emergencia independientes que parecieran ser clínicas de urgencias. Comprender la diferencia podría tener un gran impacto en sus costos de desembolso personal para la asistencia médica. ¿Cómo puede detectarlas? Las Salas de Emergencia independientes no se encuentran físicamente anexas a hospitales. Lo más probable es que las encuentre junto a un supermercado. Se requiere que incluyan la palabra "emergency" (emergencia) como parte de su nombre.



CLÍNICAS UBICADAS DENTRO DE TIENDAS Y FARMACIAS REGULARES

Estas clínicas no requieren de "previa cita" y están ubicadas dentro de Walgreens, CVS y HEB por todo el estado, son una buena alternativa si usted presenta una enfermedad o malestar no complicado como dolor de garganta, dolor de oído y no puede hacer una cita para ver a su médico de cabecera. Por lo general, el costo es menor que el de la clínica para el cuidado urgente, pero tenga presente que las clínicas ubicadas dentro de tiendas y farmacias regulares no están equipadas para manejar necesidades médicas urgentes, como las fracturas, por ejemplo.

CLÍNICAS PARA EL CUIDADO URGENTE O PARA EL CUIDADO AGUDO

Las clínicas para el cuidado urgente o agudo están diseñadas para prestar asistencia médica fuera de las horas regulares de servicio cuando el consultorio de su médico está cerrado o cuando una necesidad médica urgente no requiere que se acuda a la sala de emergencia de un hospital. Los servicios típicos de una clínica para el cuidado urgente incluyen tratamiento para fracturas, heridas y quemaduras, así como para casos de asma y bronquitis. El costo de las clínicas para el cuidado urgente es generalmente mayor que el de las clínicas ubicadas dentro de tiendas y farmacias regulares, pero considerablemente menor que el costo que cobraría una sala de emergencia



CONSEJO RÁPIDO

Familiarícese con las clínicas ubicadas en su vecindario que ofrecen asistencia para el cuidado urgente y las ubicadas en tiendas y farmacias regulares. Hágalo antes de que necesite realmente una. Visite el sitio web de TRS-Care Standard para tener acceso a la herramienta DocFind y para saber cuáles de estas clínicas pertenecen a la red.

SALA DE EMERGENCIA

Las emergencias que ponen en peligro la vida del paciente requieren de atención inmediata. Si usted sospecha que tiene una verdadera emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana y su plan pagará el costo como si se hubiera incurrido en el mismo dentro de la red.

LOCALICE LAS SALAS DE CUIDADO URGENTE Y SALAS DE EMERGENCIA CERCANAS A USTED

Visite el sitio web de Aetna o utilice la aplicación telefónica de Aetna para localizar el centro para el cuidado de urgencias o sala de emergencia más cercana a usted. A continuación, encontrará cómo:

- 1 Visite el www.aetna.com o descargue (download) **la aplicación móvil de Aetna**.
- 2 Haga clic en **Encontrar a un Médico (Find a Doctor)**.
- 3 Seleccione las Instalaciones para el **Cuidado Urgente** o las **Clínicas ubicadas** dentro de tiendas y supermercados, las cuales no requieren de cita previa.

Para Hacerse Análisis de Laboratorio, Radiografías y Otros Análisis de Diagnóstico

El que su médico pertenezca a la red no quiere decir que los análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico que utilice estén también dentro de la red. El costo inesperado de los análisis de laboratorio, radiografías o exámenes efectuados fuera de la red podría jugarle una "broma pesada". Por eso, averigüe bien antes, asegúrese de estar cubierto a la tarifa de servicio prestado dentro de la red.



SEA UN COMPRADOR INTELIGENTE DE SERVICIOS MÉDICOS: EXÁMENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA, MRI

La mayoría de nosotros se enorgullece de ser ahorrativos al hacer compras —de saber buscar la mejor oferta del mercado al comprar desde alimentos hasta vehículos. El cuidado médico no debería ser diferente. El costo de muchos procedimientos médicos comunes puede variar considerablemente sin guardar relación con la calidad del cuidado que reciba.

Permítame darle un ejemplo: Los exámenes de resonancia magnética o MRI. Estos exámenes se utilizan cuando se necesita dar un vistazo de alta resolución para saber lo que está sucediendo dentro del organismo. Pero lo más importante para usted es saber que el costo para efectuarse un MRI puede variar, dependiendo de a dónde acuda para ello. Los precios de los exámenes de resonancia magnética y de las tomografías computarizadas (CT scans) son los que más fluctúan en comparación con otros tipos de exámenes radiológicos con imágenes. Algunas veces, el precio puede ser hasta 10 veces mayor de un lugar a otro y eso sin que exista realmente una diferencia en cuanto a la calidad del examen.



DESDE LO RELACIONADO CON LAS RECLAMACIONES HASTA LAS COMPARACIONES DE SERVICIOS Y PRODUCTOS ANTES DE HACER SUS COMPRAS, CON AETNA NAVIGATOR USTED ESTÁ CUBIERTO La herramienta Aetna Navigator le permite manejar electrónicamente cada aspecto de su salud, las 24 horas del día.

- ✓ Reciba una tarjeta de identificación nueva, ya sea por correo o electrónicamente
- ✓ Con la calculadora de pagos conocida como Member Payment Estimator, compare los costos reales de procedimientos y tratamientos comunes antes de recibir asistencia médica
- ✓ Utilice su Registro Médico Personal (Personal Health Record) para comprender la asistencia médica recibida e inscríbese para recibir alertas personalizadas
- ✓ Inscríbese para utilizar los servicios de Teladoc

Para comenzar, diríjase al www.trscarestandardaetna.com y haga clic en **Inscribirse en el Aetna Navigator**.

Para Casos de Hospitalización

Cuando se trata de hospitalizaciones, la cantidad a pagar depende de cuánto haya gastado ya contra su deducible y coseguro. Hasta una hospitalización breve podría resultar costosa, por lo que usted rápidamente satisfará su deducible y desembolso máximo personal cuando requiera de tratamiento como paciente interno.

Los precios de los hospitales varían significativamente, aunque pertenezcan a la red. Lo que cobra un hospital por una cirugía de reemplazo de rodilla podría bien ser un 50 por ciento de lo que cobra otro hospital— sin que haya por ello diferencia alguna en cuanto a la calidad del cuidado médico que reciba. Si su médico trabaja en más de un hospital, utilice la calculadora de pagos para miembros (Member Payment Estimator), una herramienta del Aetna Navigator que le permite revisar los precios de los servicios antes de que contrate usted los servicios de un hospital o instalación médica.

Para Comprar Medicinas Recetadas

Caremark le ofrece una amplia gama de farmacias por lo que es probable que encuentre una convenientemente ubicada dentro de su vecindario. Para encontrar la farmacia más cercana a usted, visite info.caremark.com/trscarestandard.

CUANDO NECESITE COMPRAR MEDICINAS RECETADAS

Al igual que sucede con los beneficios médicos, usted debe primero satisfacer un deducible antes de que el plan comience a pagar su cuota por los gastos relacionados con medicinas recetadas. Una vez satisfecho su deducible, usted pagará solo un 20 por ciento del costo de sus medicamentos siempre que sean de formulario.

Usted tiene diferentes opciones para adquirir sus medicinas recetadas y ahorrar al comprar los medicamentos que utilice.

- A **Para las medicinas recetadas a corto plazo** (con suministros de hasta 31 días) usted puede visitar cualquier farmacia regular de la red Caremark (incluyendo farmacias no pertenecientes a CVS). Para encontrar una farmacia perteneciente a la red, visite info.caremark.com/trscarestandard.
- B **También puede utilizar farmacias** no pertenecientes a la red, pero podría incurrir en un desembolso personal mayor para la compra de su medicamento. Y recuerde, el costo de sus medicamentos comprados fuera de la red no se aplicará contra su deducible dentro de la red.



RESPUESTAS RELACIONADAS CON SUS MEDICINAS RECETADAS E INFORMACIÓN EN LÍNEA DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, 7 DÍAS POR SEMANA

Inscríbase en Caremark, visitando info.caremark.com/trscarestandard. Usted puede inscribirse en cualquier momento que desee para solicitar el despacho por vez primera o el reabastecimiento (refill) de sus medicinas recetadas, de uso a largo plazo, así como para encontrar información relacionada con la cobertura y precio de medicamentos, hablar con un farmacéuta registrado, ver su historial de recetas médicas, descargar la aplicación móvil de Caremark y mucho más.

SI NECESITA COMPRAR UN MEDICAMENTO DE USO CONTINUO O DE “MANTENIMIENTO”

Ahorre tiempo y energía con estas convenientes opciones:

- 1 **Utilice el servicio de órdenes por correo, Caremark Pharmacy.** Podrá ordenar suministros de hasta 90 días para sus medicamentos y hacer que se los envíen a cualquier dirección que nos proporcione. Usted puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o con giro postal o bancario. Para conocer más sobre el servicio, visite info.caremark.com/trscarestandard. Si utiliza esta opción, podrá distribuir su costo para suministros de 90 días hasta en tres pagos mensuales, lo cual podría ayudarle a manejar sus costos.
- 2 **Visite farmacias Caremark Retail-Plus.** Las farmacias regulares que participan en la red Retail-Plus network pueden despachar suministros de 60 a 90 días para sus medicamentos. Para encontrar farmacias de la red Retail-Plus cercanas 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 COMPRAR UN MEDICAMENTO DE ESPECIALIDAD

Los medicamentos de especialidad son los utilizados para controlar una enfermedad crónica o genética. Podrían administrarse mediante inyección, infusión, inhalación u oralmente (por boca). Estos medicamentos podrían requerir además de un manejo especial.

Para los medicamentos de especialidad, usted deberá utilizar una farmacia CVS Caremark Specialty. Para utilizar este servicio, llame gratis a CaremarkConnect® al **1-800-237-2767** o visite www.cvsspecialty.com.

Para Proteger Su Salud, Aproveche las Medicinas Recetadas que se Ofrecen Sin Costo Alguno para Usted

Su plan médico de TRS-Care incluye cobertura total para medicamentos genéricos clasificados como “preventivos”. Estos medicamentos se utilizan para prevenir una enfermedad, no para tratamiento. Si a usted le recetan un medicamento incluido en una de las clasificaciones que aparecen en la siguiente página, podría ser que el mismo se encuentre en la lista y que usted sea elegible para recibir dicho medicamento gratis. Asegúrese de revisar la lista de medicamentos clasificados como “preventivos”, visitando info.caremark.com/trscarestandard para ver si su medicamento está en la lista y para aprovechar al máximo este valioso beneficio.



CONSEJO RÁPIDO

Descubra si su Medicamento de Especialidad Califica para Recibir un Descuento

Algunos medicamentos de especialidad podrían calificar bajo programas de ayuda con el copago, ofrecidos por terceros. Estos programas podrían reducir su desembolso personal al comprar dichos productos. Para esos medicamentos de especialidad con los cuales utilice ayuda con el copago ofrecida por un tercero, sepa que no se acreditarán contra su desembolso personal las cantidades aplicadas a un cupón o reembolso (rebate) ofrecido por un fabricante.

TIPOS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS PREVENTIVOS QUE PODRÍAN OFRECERSE SIN COSTO ALGUNO PARA USTED

Cardiovasculares

Agentes antiarrítmicos

Agentes antianginosos

Enfermedad de la arteria coronaria

Antihiperlipidémicos y sus combinaciones

Diabetes

Antidiabéticos

Productos y suministros para el tratamiento de la diabetes

Agentes hematológicos

Factores de coagulación

Hipertensión

Inhibidores ACE, ARB, CCB

Bloqueadores Beta Diuréticos

Antihipertensivos y sus combinaciones

Agentes Inmunológicos

Vacunas, toxoides, agentes pasivos

Agentes Inmunológicos y biológicos

Para la Salud Mental

Antidepresivos

Antisicóticos

Osteoporosis

Reguladores del Nivel de Calcio

Moduladores de receptor hormonal

Cuidado Preventivo

Agentes contra la obesidad

Productos para dejar de fumar

Agentes para combatir la drogadicción

Preparativos intestinales

Trastornos Respiratorios

Agentes para combatir y controlar el asma

Trastornos Convulsivos

Anticonvulsivos

Embolia

Anticoagulantes

Inhibidores de la agregación plaquetaria

Salud de las Pacientes del Sexo Femenino

Inhibidores aromatasa y antiestrógenos

Anticonceptivos

Vitaminas de uso prenatal

Enfermedades Varias

Agentes para combatir la malaria

Prevención de la caries dental

Angiodema hereditario (HAE)

Agentes inmunosupresivos para la esclerosis múltiple

Agentes antiretrovirales

LOS 4 MEDICAMENTOS MÁS POPULARES DE CVS CAREMARK

- 1 Genérico Crestor (rosuvastatin)
- 2 Genérico Benicar (olmesartan)
- 3 Genérico Zetia (ezetimibe)
- 4 Genérico Vytorin (ezetimibe/simvastatin)

Para Evitar Gastos Inesperados e Innecesarios

A la mayoría de las personas no les gustan las sorpresas, especialmente cuando se trata de cuánto han de pagar por algo. Muy a menudo, pareciera que la asistencia médica puede estar llenas de estas “sorpresas” no placenteras. Use estos consejos para evitar sorpresas desagradables.

TRATE DE MANTENERSE SIEMPRE DENTRO DE LA RED

Asegúrese de que sus médicos, especialistas, hospitales, laboratorios e instituciones de diagnóstico pertenezca a nuestra red. Es fácil buscar a los médicos e instalaciones que utiliza para saber si pertenecen o no a la red. Visite www.aetna.com/docfind/custom/trscare.

BUSQUE Y COMPARE SUS OPCIONES PARA SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Desde exámenes con imágenes de resonancia magnética hasta tomografías computarizadas, podría haber una diferencia en cuanto al precio del mismo examen, servicio o procedimiento, dependiendo de dónde le hagan el examen. En lo que respecta a la asistencia médica, que algo sea más costoso no necesariamente quiere decir que sea de mejor calidad. Esto también es válido para los procedimientos de rutina del hospital, tales como los reemplazos de cadera o rodilla. Asegúrese de usar la calculadora de pagos para miembros (Member Payment Estimator) a través de la herramienta Aetna Navigator para que haga comparaciones de precios antes de obtener el servicio.

CONSIDERE ALTERNATIVAS

Por ejemplo, TRS-Care ofrece ahora un nuevo beneficio llamado Teladoc, el cual brinda acceso para hablar con médicos por teléfono o video cuando se trate de situaciones que no sean de emergencia. Usted puede usar este servicio además para recibir rápidamente consejo médico, disponible las 24 horas del día, 7 días por semana. Y a un costo de solo \$40 por consulta, podría ser una opción más económica en comparación con la tradicional visita al consultorio médico para el tratamiento de una condición o enfermedad menor. Si necesita ver a un médico en persona o después de las horas usuales de atención, considere la opción de un centro de cuidados de emergencia o la clínica de una farmacia en vez de la sala de emergencia. De esa manera, ahorrará tiempo y dinero.

USE GENÉRICOS

Si le han recetado un medicamento de marca, consulte con su médico sobre cómo cambiarse a un medicamento genérico. De no haber un genérico disponible, pídale a su médico que seleccione una marca preferida de la lista del formulario de CVS Caremark. Y no se olvide de que muchos medicamentos preventivos genéricos están a su disposición 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 que compare la cantidad que le está cobrando su médico contra lo que costaría el mismo procedimiento, según lo expresado en la Explicación de Beneficios que reciba por correo. De haber alguna discrepancia, llame a Aetna al **1-800-367-3636** para pedirles que lo corrijan.

MEDIACIÓN

Probablemente haya usted recibido asistencia de emergencia, cuidado médico, servicios médicos o suministros a través de una instalación, proveedor de cuidado de emergencia o el proveedor de una instalación médica no perteneciente a la red. Si usted recibe una factura por más de \$500 (sin incluir su copago, coseguro y deducible), podría tener derecho a disputar la reclamación y solicitar la mediación de la cantidad reclamada. Usted puede recibir más información y podría reducir parte de sus costos de desembolso personal para una reclamación por servicios prestados fuera de la red si la misma es elegible para resolución por mediación. Esto podrá hacerlo comunicándose con The Texas Department of Insurance al www.tdi.texas.gov/consumer/cpmediation.html y llamando al **1-800-252-3439**. Si recibe una factura enviada por servicios prestados a usted por parte de un proveedor no perteneciente a la red, usted puede llamar al departamento de asistencia al cliente que aparece en su tarjeta de identificación y solicitar una revisión de la reclamación.



QUICK TIP

When in doubt, call 911 or go to the nearest emergency room. Don't worry. The TRS-Care plan treats all hospitals as in-network when it comes to emergencies.

Para Ahorrar Dinero con una Cuenta de Ahorros Médicos

Una cuenta de ahorros médicos (health savings account o HSA, por sus siglas en inglés) es un tipo especial de cuenta de ahorros diseñada a ayudar a las personas a ahorrar sin recargo de impuestos a fin de que puedan pagar por sus gastos médicos. Es una opción popular para muchos porque es fácil de abrir, fácil de usar y porque le ofrece una oportunidad de ahorrar en costos del cuidado médico.

El plan médico TRS-Care Standard se considera como un plan "calificado para una cuenta de ahorros médicos", lo que significa que usted puede aprovechar los ahorros relacionados con la apertura y financiamiento de una de estas cuentas. Todo depósito que haga a esta cuenta podrá deducirse de su impuesto sobre la renta siempre que usted use el dinero que tenga en la cuenta para cubrir gastos médicos. Además, todo interés que devenguen sus depósitos estará libre de impuestos, así como el dinero que use para cubrir gastos de asistencia médica. Las cuentas de ahorros médicos o HSA se utilizan con planes médicos de alto deducible a fin de ayudar a cubrir los costos de desembolso personal.

A TENGA PRESENTE QUE:

TRS no administra la opción de cuentas de ahorros médicos o HSA, pero usted puede hacerlo fácilmente y por su cuenta. La mayoría de los bancos ofrece cuentas de ahorros médicos y abrir una es tan fácil como abrir cualquier otro tipo de cuenta de ahorros. **Usted puede comenzar por buscar una institución que ofrezca cuentas de ahorros médicos. Sin embargo, su cuenta no podrá financiarse o recibir fondos hasta que se dé inicio a su cobertura del plan TRS-Care Standard.**

CÓMO FUNCIONA LA CUENTA DE AHORROS MÉDICOS O HSA

Si puede tomar la decisión de abrir una cuenta de ahorros médicos, tendrá que visitar una institución financiera que ofrezca ese tipo de cuenta. Usted será el dueño de su cuenta y el que haga todos los depósitos a la misma. En el 2018, podrá efectuar depósitos a su cuenta de ahorros médicos hasta por un máximo de \$3,450 anuales por persona y \$6,900 por familia (tenga presente, sin embargo, que el límite cambia cada año). Usted podrá entonces usar el dinero que deposite para pagar el deducible de su cuidado médico y para la mayoría de los demás gastos de cuidado médico, incluyendo los relacionados con el cuidado dental y de la vista. Sin embargo, como lo más probable es que usted deduzca esos depósitos de su impuesto sobre la renta y porque el dinero que deposita es libre de impuestos, asegúrese de usar estos fondos solo para costos médicos aprobados. De usarlos para otros fines, tendrá que pagar tanto impuesto como multas. Para una lista completa, visite www.IRS.gov y busque Publication 502.

Usar los fondos de su cuenta de ahorros médicos no podría ser más fácil. Usted puede:

- A** **Transfiera el dinero de su cuenta de ahorros médicos a su cuenta corriente** para cubrir el costo de servicios relacionados con el cuidado médico
- B** **Abra una cuenta con un banco que ofrezca tarjetas de débito para sus cuentas de ahorros médicos** y utilice la tarjeta de débito para ahorros médicos para pagar por servicios relacionados con el cuidado médico

En cualquiera de estos casos, es importante que guarde sus recibos médicos para que pueda probarle a la oficina de impuestos (IRS) que el dinero se usó debidamente. Esto en caso de que se los pidan.

Otra característica importante de las cuentas de ahorros médicos o HSA es que usted tiene su propia cuenta de ahorros médicos y que el dinero ahí depositado es suyo. A diferencia de las cuentas de gastos flexibles, todo dinero e interés devengado que usted no utilice permanecerá en la cuenta y se transferirá al siguiente año del plan.

Esta sección brinda una descripción general de los requisitos de elegibilidad de TRS-Care y la inscripción. Para obtener información adicional sobre su plan médico, consulte el Folleto de Beneficios de TRS-Care, disponible en línea en www.trs.texas.gov.

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care?

JUBILADOS POR AÑOS DE SERVICIO

El jubilado por años de servicio deberá tener, al momento de su jubilación, crédito por un mínimo de 10 años de servicio en la pensión de TRS. Este crédito por años de servicio podría incluir hasta cinco años de crédito por servicio militar, pero podría no incluir ningún otro crédito de servicio especial o equivalente que haya comprado. Además del requisito de "10 años de crédito por años de servicio", usted deberá cumplir con uno de los siguientes requisitos de jubilación:

A La suma de su edad y crédito por años de servicio en la pensión de TRS equivale o sobrepasa los 80 (con un crédito por 10 años de servicios), independientemente de si recibió una reducción en la pensión por jubilación prematura (el crédito por años de servicio puede incluir todo servicio comprado);

-O BIEN-

B Usted tiene crédito por 30 o más años de servicio en la pensión de TRS (incluyendo el servicio comprado).

Aviso: El crédito por servicio bajo el Programa de Jubilación Proporcionada podría no utilizarse para establecer la elegibilidad para recibir beneficios de TRS-Care o cualquier tipo de beneficio además de los beneficios de jubilación por años de servicio.

El jubilado por años de servicio no es elegible para inscribirse en el programa TRS-Care de ser elegible para recibir cobertura bajo el programa de beneficios ERS, UT System o A&M System..

JUBILADOS POR INCAPACIDAD

Los solicitantes son elegibles para participar en TRS-Care al jubilarse por incapacidad bajo la pensión de TRS. Una vez inscritos en TRS-Care como jubilado por incapacidad, su participación continuará siempre y cuando se haya jubilado por incapacidad bajo la pensión de TRS. Si usted solicita cobertura médica por incapacidad, podrán comunicarse con usted para verificar su estado de incapacidad o Medicare Social Security Disability status.

Aviso: La cobertura para un jubilado por incapacidad con crédito por menos de 10 años de servicio en la pensión de TRS solo continuará hasta por la cantidad total de crédito por servicio. Por consiguiente, la cobertura para tal 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 aunque sea elegible para cobertura bajo el programa de beneficios ERS, UT System o A&M System health.

DEPENDIENTES

Los siguientes tipos de dependientes son elegibles para recibir cobertura bajo su plan médico de TRS-Care:

- A** Su cónyuge (incluyendo a las parejas unidas por concubinato).
- B** Un hijo menor de 26 años de edad que sea también:
 - Un hijo biológico;
 - Un hijo adoptado o colocado para adopción legal;
 - Un hijo no propio bajo custodia temporal del empleado por orden judicial (foster child);
 - Un hijastro; o
 - Un nieto que viva con usted, dependa del apoyo que usted le brinda y al cual reclama el jubilado o el cónyuge superviviente para propósitos de la declaración del impuesto federal sobre la renta.
- C** Hijos (independientemente de la edad) que presenten una incapacidad mental o física a tal grado que dependan del jubilado o cónyuge superviviente para su cuidado y mantenimiento, según lo determinado por TRS.

Algunos tipos de dependientes deberán presentar documentación adicional para demostrar que sí satisfacen los criterios de elegibilidad.

OTROS ESCENARIOS

Ya estoy inscrito en TRS-ActiveCare

TRS-Care (para jubilados) es un programa aparte y distinto a TRS-ActiveCare (para empleados que trabajan en escuelas). Cuando usted se jubile, deberá presentar una solicitud que le indique a TRS si usted desea inscribirse a usted y a sus dependientes o si prefiere diferir su inscripción en TRS-Care. Asegúrese además de hablar con el representante escolar para verificar su fecha de terminación de TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados de la pensión de TRS

Si ambos cónyuges son jubilados de la pensión de TRS y cada uno de ellos satisface individualmente los requisitos de elegibilidad de TRS-Care, cada cual podrá inscribirse por separado en TRS-Care, lo cual podría beneficiarles financieramente. Para más información, no dude en llamar al **1-888-237-6762**.

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

Cómo Inscribirse

Después de que le haya presentado su solicitud para jubilación (Formulario TRS 30) a TRS y se haya procesado la misma, usted recibirá un paquete de inscripción en TRS-Care que incluya la solicitud de TRS-Care (Formulario TRS 700A). Si desea inscribirse en TRS-Care, usted debería llenar la solicitud y devolverla a TRS.

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

Durante su período de Inscripción Inicial para TRS-Care, si usted opta por no inscribirse, no necesita hacer nada al respecto. Usted solo tendrá que enviar su solicitud si desea inscribirse en TRS-Care.

Quando Puede Inscribirse: Período de Inscripción Inicial

Si usted es un jubilado por años de servicio, su período de Inscripción Inicial será cuando suceda el último de estos eventos:

A El período que comienza en la fecha de vigencia de su jubilación y caduca al final del último día del mes de un período de 3 meses consecutivos, pero de ninguna manera menos de 90 días, después de su fecha efectiva de jubilación:

-O BIEN-

B El período que comienza el último día del mes en el cual TRS reciba su decisión de jubilarse y caduca el final del último día del mes de un período de 3 meses consecutivos, pero de ninguna manera menos de 90 días después del último día del mes en el cual TRS reciba su decisión de jubilarse.

Su solicitud para TRS-Care (Formulario TRS 700A) deberá presentarse no después del último día de su período de Inscripción Inicial. Para más información, sírvase ver el recuadro del "Período de Inscripción Inicial" para TRS-Care".

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 de un período de 3 meses consecutivos, pero de ninguna manera menos de 90 días después de la fecha en la cual la Directiva Médica de TRS apruebe su jubilación por incapacidad.

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL PARA TRS-CARE

3 meses consecutivos, pero no menos de 90 días

Fecha de la Jubilación	TRS 700A Último Día de Entrega
30 de sept	31 de dic
31 de oct	31 de ene
30 de nov	28 (o 29) de feb
31 de dic	31 de mar
31 de ene	1º de mayo
28 (o 29) de feb	31 de mayo
31 de mar	30 de jun
30 de abr	31 de jul
31 de mayo	31 de ago
30 de jun	30 de sep
31 de jul	31 de oct
31 de ago	30 de nov

¿Cuándo entrará 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 la jubilación si TRS recibe su solicitud de inscripción de TRS-Care (Formulario TRS 700A) en la fecha vigente de jubilación o antes de esa fecha; o (2) el primer día del mes posterior al recibo de la solicitud de parte de TRS-Care si su Formulario TRS 700A se recibe después de su fecha vigente de jubilación, pero dentro de su período de Inscripción Inicial. Si usted desea que su cobertura entre en vigencia el primer día del mes posterior a su fecha de jubilación, TRS deberá recibir la solicitud antes de la fecha de jubilación.

Esto se aplica además a los jubilados por incapacidad.

Durante su período de Inscripción Inicial, usted todavía podría efectuar cambios a sus opciones de cobertura. La fecha de vigencia de cobertura para cualquier nueva opción es el primer día del mes después de que TRS reciba la nueva solicitud de cobertura para la jubilación.

PARA DIFERIR LA COBERTURA

Durante su período de Inscripción Inicial, usted podría posponer la fecha de vigencia de su cobertura de TRS-Care al 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 la cobertura de TRS-Care (que caería por lo general el 1º de junio) podría diferirse al 1º de julio, 1º de agosto o 1º de septiembre. Para una fecha de vigencia diferida, usted deberá escribir la fecha de vigencia de la cobertura en el espacio provisto de la solicitud de Inscripción Inicial (Formulario 700A de TRS). Si usted tiene preguntas sobre cómo diferir su fecha de vigencia, sírvase comunicarse al **1-888-237-6762**.

Eventos de Inscripción Especial

Los eventos de inscripción especial son oportunidades de inscribirse en TRS-Care fuera de su período de Inscripción Inicial. Existen dos categorías generales de eventos de inscripción especial:

PÉRDIDA DE ELEGIBILIDAD PARA OTRA COBERTURA

Si un jubilado o cónyuge superviviente pierde cobertura

Si como jubilado o cónyuge superviviente, usted no está inscrito en TRS-Care, y, sin que tenga usted la culpa de ello, pierde cobertura médica amplia (comprehensive coverage) con otro plan médico, podrá inscribirse en TRS-Care bajo un evento de inscripción especial. Sin embargo, deberá ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care y deberá demostrar que ha perdido su cobertura médica amplia de manera involuntaria. La pérdida de la cobertura dental, para la vista, una incapacidad o para una enfermedad específica que no se considere como cobertura médica amplia no se traduce automáticamente en un evento de inscripción especial.

Si no está ya inscrito en TRS-Care para el momento en que experimente una pérdida involuntaria de cobertura amplia por razones de las cuales no sea usted responsable, podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en TRS-Care dentro del lapso de 31 días posterior a la pérdida de cobertura bajo el plan médico amplio. Sin embargo, si ya está inscrito en TRS-Care, para el momento en que pierda su cobertura del otro plan médico amplio, no podrá inscribir a ninguno de sus dependientes elegibles de otra manera.

De perder usted cobertura con otro plan, es menester que guarde su notificación de terminación de cobertura (notice of termination) para que pueda demostrarle a TRS que la pérdida de cobertura se debió a una razón elegible.

Entre otros posibles eventos, los siguientes no son elegibles como Eventos de Inscripción Especial:

- Dejar la otra cobertura por que hayan aumentado las primas
- Terminación de la cobertura por no haber pagado sus primas
- Terminación de la cobertura por causas (tales como efectuar una reclamación fraudulenta o hacer una declaración falsa e intencional sobre cualquier hecho importante relacionado con la cobertura)

Si un cónyuge u otro dependiente elegible pierde la cobertura

Cuando un cónyuge u otro dependiente elegible no esté inscrito en TRS-Care y, sin que tenga culpa de ello, pierda cobertura médica amplia (comprehensive health coverage) con otro plan médico, usted podrá inscribir a su dependiente elegible en TRS-Care dentro del lapso de 31 días posterior a la pérdida de cobertura por parte de su dependiente de manera involuntaria. Si usted inscribe a su dependiente elegible deberá inscribirse usted también en TRS-Care (si es que no se ha inscrito ya).

NUEVOS DEPENDIENTES

El jubilado o cónyuge superviviente (inscrito o de otra manera elegible para recibir beneficios de TRS-Care) que adquiera un dependiente elegible por razones de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o custodia legal (guardianship), deberá notificarle a TRS por escrito dentro del lapso de 31 días posterior a la fecha en la cual haya adquirido al dependiente elegible a fin de que la inscripción sea válida. Por ejemplo, si un jubilado de otra manera elegible no está actualmente inscrito en TRS-Care para el momento en que se case, el jubilado podrá inscribirse a sí mismo conjuntamente con todo dependiente elegible durante un período de inscripción especial. Sin embargo, el cónyuge superviviente no podrá inscribir a su nuevo cónyuge de volver a casarse. La inscripción entrará en vigencia el primer día del mes después de que TRS-Care reciba la solicitud de inscripción por escrito. Se requiere que presente documentación para establecer la elegibilidad de los nuevos dependientes. El concubinato (common law marriage) no se considera como evento de inscripción especial, a menos que exista una Declaración de Concubinato (Declaration of Common Law Marriage) que se haya presentado ante una agencia gubernamental autorizada.

Si Está por Cumplir 65 Años, Aquí tiene una Nueva Oportunidad de Inscripción

Si usted es un jubilado o cónyuge superviviente que no ha cumplido aún los 65 años de edad y si se ha dado por terminada su cobertura de TRS-Care o no se inscribió usted durante su oportunidad de Inscripción Inicial, sepa que podrá inscribirse en TRS-Care cuando cumpla 65 años de edad. Usted podría ser elegible además para agregar dependientes en ese momento. Antes de que cumpla los 65 años de edad, TRS le enviará una tarjeta postal con instrucción sobre cómo inscribirse. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años de edad, usted deberá pedir una solicitud para la cobertura de TRS-Care (Formulario 700EO) y presentarla antes de que haya concluido el lapso de 31 días, a partir del final del mes en el cual haya cumplido usted 65 años. Para solicitar un formulario de solicitud, llame al Departamento de Beneficios Médicos y de Seguro de TRS (TRS Health and Insurance Benefits), al **1-888-237-6762**.

TRS no siempre tiene, en archivo, la información de los cónyuges supervivientes. Por tanto, los cónyuges supervivientes serán responsables de solicitar y presentar su solicitud de cobertura antes de que haya concluido el lapso de 31 días, en que haya cumplido 65 años de edad.

Tome en cuenta que esta oportunidad de inscripción no estará disponible para los cónyuges dependientes ni hijos que hayan cumplido 65 años de edad.

Cuando pase a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, sepa que deberá comprar y mantener su cobertura, incluyendo la cobertura de Medicare Parte B, para poder inscribirse en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage y en el plan para medicinas recetadas TRS-Care Medicare Rx. Usted corre el riesgo de perder toda cobertura de TRS-Care si no tiene cobertura Medicare Parte B cuando sea elegible para comprarla.

¿QUÉ DEBERÍA SABER USTED?

Cuando cumpla 65 años de edad, podría tener la oportunidad de inscribirse en TRS-Care y podría tener la oportunidad de agregar dependientes elegibles. En la mayoría de los casos, usted pasará también a ser elegible para recibir beneficios de Medicare, lo cual trabaja con nuestro TRS-Care Medicare Advantage y con el plan para medicinas recetadas TRS-Care Medicare Rx. Solo presente una solicitud y, una vez confirmada su elegibilidad para recibir beneficios de TRS-Care y el plan o planes disponibles para usted, TRS lo inscribirá.

Usted debe comprar y mantener Medicare Parte B para poder ser elegible para recibir beneficios de TRS-Care después de haber pasado a ser elegible para recibir beneficios de Medicare. Esto se requiere, aunque usted no sea elegible para recibir beneficios de Medicare Parte A, sin primas. Usted no tiene que comprar Parte A si no la recibe gratis, pero tendrá que comprar Medicare Parte B. Si usted no compra y mantiene Medicare Parte B, correrá el riesgo de perder toda cobertura que tenga bajo TRS-Care.

¿CUÁNDO SOY ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDICARE?

En la mayoría de los casos, usted es elegible para recibir beneficios de Medicare a la edad de 65 años. O podría ser elegible a cualquier edad si ha estado recibiendo beneficios de Incapacidad a través del Seguro Social (Social Security Disability) por cierto tiempo.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDICARE A LOS 65 AÑOS

TRS le recomienda ampliamente que se inscriba en Medicare tan pronto como sea elegible para ello. Usted puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumpla 65 años. Mientras más pronto se inscriba, más rápido podrá TRS verificar su estado de elegibilidad para recibir beneficios de Medicare, lo cual podría resultar en la oportunidad de inscribirse antes en el plan TRS-Care Medicare Advantage y en el plan de medicinas recetadas TRS-Care Medicare Rx. En el mejor de los casos, su cobertura de Medicare entrará en vigencia el primer día del mes en que cumpla usted años. Si su cumpleaños cae en el primer mes, su cobertura de Medicare entrará en vigencia el primer día del mes anterior.

Tenga presente que, **el período de inscripción del programa TRS-Care es más breve que el período de inscripción de Medicare.** El período de inscripción de Medicare se extiende por tres meses hasta después del mes en que usted cumpla 65 años, pero deberá presentar una solicitud de inscripción en el programa TRS-Care no después de haber transcurrido el lapso de 31 días posterior al mes en el cual cumpla usted 65 años de edad.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDICARE POR ENFERMEDAD RENAL EN FASE TERMINAL

Si usted es elegible para recibir beneficios de Medicare por enfermedad renal en fase terminal, Medicare pagará como plan secundario, después de que haya pagado TRS-Care, ya que los reglamentos federales requieren que la cobertura de TRS-Care pague como plan primario por un cierto tiempo. Una vez que Medicare Parte A pase a ser su cobertura primaria, se reducirán su prima mensual de TRS-Care y su deducible de TRS-Care. Si usted es elegible por razones de la enfermedad renal en fase terminal, notifíquese a TRS por teléfono o por escrito cuanto antes.



ENTONCES, ¿CUÁLES MEDIDAS NECESITA USTED TOMAR AL RESPECTO?

TRS le insta a que haga lo siguiente:

- Si usted es elegible para recibir beneficios de Medicare Parte A (hospitalización) sin prima alguna, inscribese cuanto antes. Usted tendrá igualmente la opción de comprar Medicare Parte A
- Compre Medicare Parte B tan pronto como pueda inscribirse para ello.
- Tan pronto se inscriba para recibir beneficios de Medicare, comuníquese con el Departamento de Beneficios Médicos y de Seguro de TRS, al 1-888-237-6762, para proporcionar su información. Tenga presente que TRS no podrá inscribirlo en la cobertura de TRS-Care sin haber recibido antes la información suya de Medicare.
- Revise los materiales contenidos en el paquete de inscripción de TRS.
- Llene y entregue la solicitud de TRS-Care antes de que termine el lapso de 31 días posterior al final del mes en el cual cumpla usted 65 años de edad.

Suponiendo que usted sea elegible para recibir cobertura a través de TRS-Care y una vez que TRS haya verificado su estado de elegibilidad con Medicare, TRS lo inscribirá automáticamente en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage y en el plan de medicinas recetadas TRS-Care Medicare Rx. Si TRS no recibe su información de Medicare, entonces TRS no podrá inscribirlo y usted podría correr el riesgo de perder toda su cobertura de TRS-Care.

Visítenos en el
www.trs.texas.gov



El programa de TRS-Care podría cambiar en el futuro para proporcionar niveles de cobertura diferentes a los niveles descritos en este folleto o podría discontinuarse. El costo para los participantes del programa TRS-Care podría cambiar con la aprobación de la Directiva de Fiduciarios de TRS (TRS Board of Trustees). En la medida en que cualquier información contenida en este folleto no sea consistente o contradiga las leyes y reglas de TRS, estas últimas prevalecerán. El Folleto de Beneficios de TRS-Care siempre prevalecerá sobre cualquier información contenida en esta Guía de Inscripción. TRS-Care se reserva el derecho a enmendar el Folleto de Beneficios en cualquier momento. Por lo general, tales enmiendas se reflejarán en una versión electrónica actualizada del Folleto de Beneficios, la cual estará disponible en el sitio web de TRS.