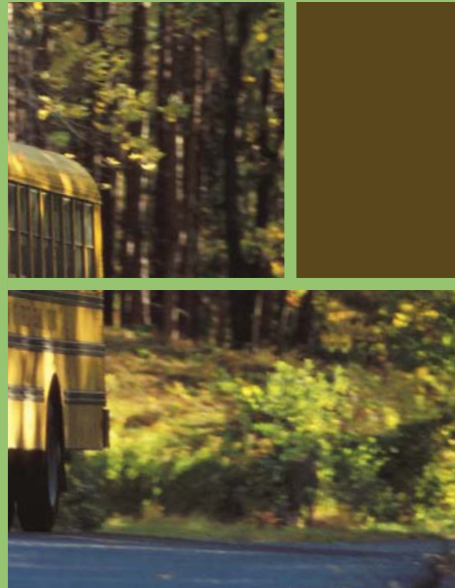


2007-2008 Beneficios Médicos



Guía de Inscripción



TRS-ActiveCare
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

Bienvenido2

Cómo Inscribirse

¿Quién Puede Inscribirse en TRS-ActiveCare?4
 Cómo Inscribirse en TRS-ActiveCare7
 Cambios o eventos de Inscripción Especial9

Escoja el Plan de Beneficios de TRS-ActiveCare

Más Adecuado para Usted

Opciones del Plan10
 Comparando un PPO con un HMO12
 Seleccionando la Opción de Su Plan Médico13
 Opciones del Plan y de Medicinas Recetadas13
 Resúmenes de Beneficios y Comparaciones del Plan PPO14
 Resúmenes de Beneficios y Comparaciones del Plan HMO20
 Cómo se Comparan los Planes30
 El Costo de Su Cobertura32

Entendiendo Sus Beneficios

Términos que Usted Necesita Saber34
 Preguntas Frecuentes36
 Limitaciones y Exclusiones38

Aviso

Aviso General de Derechos de Inscripción Especial y Exclusiones de Condición Preexistente44
 Aviso de Elección de Exención de HIPAA44
 Beneficiarios de Medicare y Medicare Parte D44

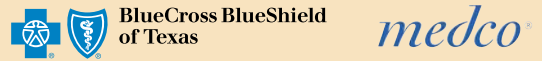
Solicitud de InscripciónCentro del Libro

Dirigido a personas elegibles para Medicare y a las que esperan ser elegibles para Medicare este año del plan:

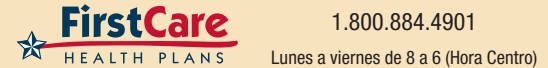
- TRS ActiveCare 1, 2 y 3 han sido determinados como una cobertura acreditable para Medicare Parte D, propuesto bajo las pautas actuales de Medicare.
- Cada HMO ha determinado que la cobertura que ellos ofrecen es una cobertura acreditable para Medicare Parte D, propuesto bajo las pautas actuales de Medicare.
- Los Avisos de Declaraciones sobre la Cobertura Acreditable se encuentran en la pagina <http://www.cms.hhs.gov/creditablecoverage>.
- Las preguntas relacionadas con Medicare Parte D deberán dirigirse a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para más información, refiérase al aviso en la sección titulada Beneficiarios de Medicare y Medicare Parte D en la página 44.

¿Tiene Preguntas? Llame al Departamento de Servicio al Cliente



ActiveCare 1
 ActiveCare 2 1.866.355.5999
 ActiveCare 3 Lunes a viernes de 8 a 8 (Hora Centro)



1.800.884.4901
 Lunes a viernes de 8 a 6 (Hora Centro)



1.877.410.2432
 Lunes a viernes de 7 a 7 (Hora Centro)



1.800.617.3433
 Lunes a viernes de 8 a 5 (Hora Centro)



1.800.321.7947
 Lunes a viernes de 8 a 5 (Hora Centro)



1.800.829.6440
 Lunes a viernes de 8 a 6 (Hora Centro)

Número TDD (para personas con impedimento auditivo) 1.800.735.2989

Esta guía le proporciona una descripción de los beneficios del plan de TRS-ActiveCare. Su Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare o su Declaración de Cobertura de HMO le proporciona una descripción detallada de su plan. El Folleto de Beneficios estará disponible en línea antes del 1º de septiembre del 2007 así como la declaración oficial de los beneficios de TRS. Los documentos de la Declaración de Cobertura de HMO estarán disponibles en línea y pueden obtenerse copias impresas de la misma directamente de su HMO. Los beneficios de TRS-ActiveCare serán pagados de acuerdo a lo estipulado en el Folleto de Beneficios o bien en la Declaración de Cobertura de HMO y otros documentos legales que gobiernan el plan.

Esta Guía de Inscripción es válida para el año del plan 2007-2008 de TRS-ActiveCare y substituye cualquier versión anterior de la Guía de Inscripción. Sin embargo, las versiones anteriores de la Guía de Inscripción permanecerán vigentes para el año del plan que les corresponda. Además de las leyes y regulaciones de TRS, la Guía de Inscripción constituye el estatuto oficial de TRS-ActiveCare en cuanto a los asuntos contenidos en la Guía de Inscripción y substituye cualquier otra declaración o representación efectuada en relación con TRS-ActiveCare sin importar la fuente de procedencia de dicha declaración o representación. TRS-ActiveCare se reserva el derecho a enmendar la Guía de Inscripción en cualquier momento.

TRS-ActiveCare es administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una Compañía de Mutual Legal Reserve, un concesionario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. Los beneficios de medicinas recetadas para ActiveCare 1, 2 y 3 son administrados por Medco Health Solutions, Inc. Los planes de HMO son provistos por: SHA, L.L.C. conocido también como FirstCare Health Plans, Legacy Health Solutions, Inc., Mercy Health Plans of Missouri, Inc., Scott and White Health Plan y Valley Baptist Insurance Company conocido también como Valley Baptist Health Plans.

Derechos Reservados, Copyright © 2007 Blue Cross and Blue Shield of Texas



Desde el año 1937, el Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas o TRS, por sus siglas en inglés) ha prestado servicios a los empleados de escuelas públicas proporcionándoles su jubilación y beneficios relacionados y administrando el fondo de fideicomiso establecido para financiar sus beneficios.

El 1° de septiembre del 2002, TRS introdujo a TRS-ActiveCare, un nuevo programa de cobertura médica estatal para empleados de educación pública, establecido por la 77^{ava} Legislatura de Texas. Actualmente la participación en dicho programa ha aumentado a más de 300,000 empleados y dependientes. Esto equivale a más de un cuarto de millón de personas con cobertura. De los 1,243 distritos o entidades elegibles para participar en TRS-ActiveCare, ahora participa casi el 85 por ciento o 1,051 de ellos.

Conjuntamente con las tres opciones del plan PPO administradas por Blue Cross and Blue Shield of Texas y Medco, existen cinco opciones de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) ofrecidas bajo TRS-ActiveCare: FirstCare Health Plans, Legacy Health Solutions, Mercy Health Plans, Scott & White Health Plan y Valley Baptist Health Plans. Estos planes de HMO le brindarán opciones adicionales a los empleados de entidades participantes en las áreas a las cuales prestan servicios dichos HMO. Tales empleados podrán seleccionar la cobertura de TRS-ActiveCare a través de uno de los planes de PPO o HMO autorizados que presten servicios en el área del estado donde residan.

Cada día es más importante el cuidado médico accesible, a precios razonables y de alta calidad para todos y por tanto nosotros en TRS tenemos el compromiso de proporcionárselo a usted, utilizando todos los recursos disponibles. Esperamos que se tome usted unos minutos para leer este folleto e informarse más sobre los múltiples beneficios de TRS-ActiveCare.

¿Qué hay de nuevo para el 2007-2008?

- Han cambiado las tarifas y/o beneficios de cada opción del plan TRS-ActiveCare. Por favor, revise su guía cuidadosamente.
- Si usted planea continuar con la misma cobertura de TRS-ActiveCare, no necesita presentar un formulario de solicitud. *Sin embargo, debe presentarlo para rechazar cobertura aún si lo hizo para la cobertura de TRS-ActiveCare del 2006-2007.*
- Los períodos de inscripción del plan para el año del plan 2007-2008 son:
 - Inscripción de Primavera: Del 16 de abril al 18 de mayo del 2007
 - Inscripción de Verano: Del 1° al 31 de agosto del 2007
- No se aplican las exclusiones por condiciones preexistentes para el plan o para los cambios que usted haga a la cobertura, *a menos que haya usted rechazado la cobertura previamente.* (Las exclusiones de las condiciones preexistentes no se aplican a la cobertura de HMO.)

Si se está inscribiendo por vez primera o si está realizando un cambio de cobertura de TRS-ActiveCare, usted debe presentar una Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio a su Administrador de Beneficios a más tardar el 18 de mayo del 2007 a fin de que pueda recibir su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare para el 1° de septiembre del 2007.

Cómo utilizar esta guía

Esta guía resume el plan de TRS-ActiveCare para el año venidero, vigente el 1ro de septiembre del 2007. La misma proporciona detalles sobre todos los planes de beneficios médicos ofrecidos a través de TRS-ActiveCare. La información brindada le ayudará a comprender los diferentes planes disponibles y le dará la confianza para decidir cuál es la mejor opción para usted y su familia. A través de toda la guía, usted encontrará columnas especiales colocadas a un lado de la página con información que le ayudará a comprender mejor sus opciones de cuidado médico. Para más información, vea la sección titulada Términos que Usted Necesita Saber en la página 34 y las Preguntas Frecuentes en la página 36. Si aún tiene preguntas, conéctese a la página web de TRS-ActiveCare o llame al número de teléfono gratis del Departamento de Servicio al Cliente del plan médico para recibir asistencia.

Usted tendrá del 16 de abril al 18 de mayo así como del 1° al 31 de agosto para inscribirse o para hacer cambios a sus beneficios de TRS-ActiveCare para el año escolar 2007-2008. *No se aceptarán cambios al plan después del 31 de agosto del 2007. Por ejemplo, si usted se inscribe en ActiveCare 2, no podrá cambiarse a ActiveCare 3 después del 31 de agosto del 2007.*



Cambios a las Beneficios para el 2007-2008 ~ Vigente el 1º de septiembre del 2007

Planes	Beneficio(s)	Cambia de	Cambia a
ActiveCare 1	Deducible por año del plan	\$1,050 por persona	\$1,100 por persona
ActiveCare 2	Copago para pacientes internos (adicional al deducible y coseguro a pagar)	Ninguno	\$100 por día (\$500 máximo de copago por hospitalización, \$1,500 máximo de copago por año del plan)
	Copago para cirugía de pacientes externos (adicional al deducible y coseguro a pagar)	Ninguno	\$100 por visita
	Copago de sala de emergencia (adicional al deducible y coseguro)	Ninguno	\$100 por visita (se omite el copago si se hospitaliza al paciente)
ActiveCare 3	Sin Cambios		
FirstCare Health Plans	Copago por sala de emergencia	\$75	\$100
	Copago por ambulancia	\$75	\$100
	Copago por emergencia menor	\$35	\$40
	Copagos por medicamentos genéricos/de marca preferida/de marca no preferida comprados con receta médica en una farmacia	\$10/\$20/\$40	\$15/\$30/\$50
	Copagos por medicamentos genéricos/de marca preferida o no preferida comprados con receta médica y por correo	\$30/\$60/\$120	\$45/\$90/\$150
	Beneficio máximo con receta médica por año del plan	\$3,000	\$10,000
Legacy Health Solutions	Sin Cambios		
Mercy Health Plans	Sin Cambios		
Scott & White Health Plan	Copago por medicamentos de especialidad para pacientes externos		
	Nivel 1 Nivel 2 (preferido) Nivel 3 (premium-preferido) Nivel 4 (no preferido)	\$0 \$25 \$50 \$100	\$50 \$100 \$250 50% (no cuenta para el máximo de desembolso personal)
	Copagos por medicamentos recetados		
	De marca preferida en farmacia De marca preferida por correo No de formulario en farmacia	\$20 \$40 50%	\$25 \$50 Más de \$50 o 50%
Valley Baptist Health Plans	Sin Cambios		



¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Para ser elegible para participar en TRS-ActiveCare, usted debe trabajar para un distrito/entidad participante. A su vez, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Es usted un miembro activo y contribuyente de TRS?
2. ¿Está usted trabajando para una entidad participante por 10 horas o más a la semana en horario regular?

Si responde que sí a *cualquiera* de estas preguntas, entonces usted es elegible para recibir la cobertura de TRS-ActiveCare a *menos* que también:

- Esté recibiendo cobertura médica como empleado o jubilado bajo la Ley Uniforme de Beneficios de Seguro para Empleados Universitarios del Estado de Texas (Texas State College and University Employees Uniform Insurance Benefits Act).

Ejemplo: Un empleado escolar con cobertura de UT Select como empleado del sistema de la Universidad de Texas.

- Esté recibiendo cobertura médica como empleado o jubilado bajo la Ley Uniforme de Beneficios de Seguro de Grupo para Empleados de Texas (Texas Employee Uniform Group Insurance Benefits Act).

Ejemplo: Un empleado escolar con cobertura de HealthSelect como empleado de ERS.

- Sea un jubilado de TRS que esté recibiendo o haya decidido rechazar cobertura bajo TRS-Care, incluyendo la persona jubilada que se haya reincorporado al trabajo.*

* Si una persona jubilada de TRS se reincorpora a trabajar y nunca ha sido elegible para recibir beneficios de TRS-Care, será elegible para cobertura de TRS-ActiveCare, siempre y cuando dicha persona jubilada cumpla con los requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare.

Aviso: Si bien la persona jubilada, el **empleado** de educación superior o del estado podría no estar cubierto como empleado de un distrito/entidad participante, podría estarlo como **dependiente** de un empleado elegible.



Usted puede también cubrir a sus dependientes elegibles al mismo tiempo que se inscribe para cobertura.

Los Dependientes Elegibles incluyen a:

- Su cónyuge (incluyendo al cónyuge en concubinato “common law”)
- Un hijo soltero (incluso divorciado) menor de 25 años de edad, como por ejemplo:
 - Un hijo natural o adoptado
 - Un hijastro
 - Un menor bajo su custodia legal (foster child)
 - Un hijo o menor bajo la custodia legal del empleado
 - Otro menor que mantenga una relación de padre-hijo con el empleado, lo cual significa que:
 - El domicilio principal del menor es el hogar del empleado;
 - El empleado provee por lo menos el 50% de la manutención del menor;
 - Ninguno de los padres naturales del menor reside en ese hogar; y
 - El empleado tiene el derecho legal de tomar decisiones con respecto a la asistencia médica del menor
- Un nieto soltero cuyo domicilio principal sea el hogar del empleado y que dependa del empleado para propósitos de declaración de impuestos sobre la renta
- El hijo soltero de un empleado cubierto, independientemente de su edad, puede ser elegible para cobertura como dependiente si es retrasado mental o si presenta alguna incapacidad física a tal grado que le obligue a depender del empleado en forma regular según lo determinado por TRS y siempre que satisfaga también otros requisitos según lo determinado por TRS (**Los hermanos mayores de 25 años de edad o los padres, no califican como hijos de un empleado y no satisfacen la definición como dependientes elegibles.**)

Aviso: El obtener cobertura para una persona no elegible constituye una violación a la ley. Las violaciones pueden resultar ya sea en enjuiciamiento o bien en la expulsión del plan hasta por cinco años.

Hijos Solteros (se Incluyen los Divorciados) menores de 25 Años

Un empleado actualmente puede inscribir a un hijo soltero menor de 25 años, que cumpla con los requisitos de elegibilidad para cobertura de dependientes de TRS-ActiveCare. Si un hijo soltero menor de 25 años se divorcia y el empleado elige inscribir a dicho hijo después del período inicial de inscripción en TRS-ActiveCare, **el empleado debe presentar una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* dentro de un período de 31 días contados a partir de la fecha del divorcio.** La cobertura para tal hijo, entrará en vigencia el primer día del mes subsiguiente a la fecha del divorcio.

La misma política se aplica a los hijos que obtengan la anulación de su matrimonio y que cumplan con los requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare.

El empleado será responsable por cualquier aumento en la prima debido a la inscripción de su hijo.





¿Quién es elegible para recibir cobertura de TRS-ActiveCare?

Los maestros, personal administrativo, maestros suplentes permanentes, conductores de autobuses, bibliotecarios, guardias de tránsito escolar, trabajadores de cafetería y estudiantes de preparatoria o universitarios, son todos elegibles para recibir cobertura, siempre que no se aplique ninguna excepción, si son empleados del distrito o entidad participante, no voluntarios y son miembros activos contribuyentes de TRS o son empleados de un distrito o entidad participante por 10 horas o más a la semana en horario regular. Los maestros suplentes fijos de guardia, contratistas independientes y voluntarios **no** son empleados y por lo tanto **no** son elegibles para cobertura de TRS-ActiveCare.

Aviso: *Sólo los empleados que sean miembros activos y contribuyentes de TRS son elegibles para las contribuciones del estado de conformidad con el Capítulo 1581 del Código de Seguro de Texas.*

¿Qué sucede si un empleado y su cónyuge trabajan ambos para un distrito o entidad participante?

Si un empleado y su cónyuge trabajan ambos para un distrito o entidad participante, el cónyuge puede cubrirse como empleado o como dependiente de un empleado elegible. Sólo uno de los padres puede inscribir hijos dependientes para que reciban cobertura.

¿Qué sucede si un hijo trabaja para un distrito o entidad participante?

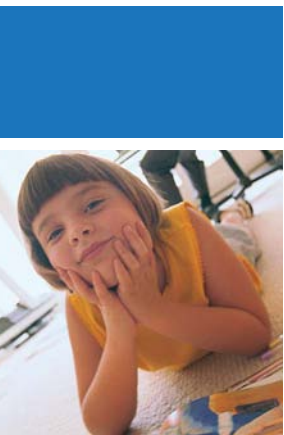
El hijo soltero (menor de 25 años) empleado de un distrito/entidad participante y contribuyente de TRS no podrá cubrirse como dependiente bajo la cobertura de TRS-ActiveCare de su padre o madre. Dicho hijo deberá entonces cubrirse como **empleado** de un distrito/entidad participante. Si no es un miembro contribuyente de TRS, podrá entonces cubrirse como dependiente.

¿Qué es CHIP y está ese programa disponible para mi familia?

Actualmente una familia puede calificar para el seguro médico infantil a bajo costo a través de TexCare Partnership y Children's Health Insurance Program (CHIP).

Para solicitar este seguro, llame a TexCare Partnership al
1-800-647-6558 o conéctese al
www.texcarepartnership.com.

Aviso: Un niño no puede recibir cobertura simultáneamente de un plan médico patrocinado por el empleador, como lo es TRS-ActiveCare y CHIP.



1. Introduzca su información en el archivo de solicitud
2. Imprima la solicitud, fírmela, póngale la fecha y preséntese a su Administrador de Beneficios

Cómo Inscribirse

¡Inscríbase Ahora Mismo! Los períodos de inscripción para el año del plan 2007-2008 son:

- del 16 de abril al 18 de mayo (Inscripción de Primavera)
- del 1º al 31 de agosto (Inscripción de Verano)

Durante el período de inscripción del plan, usted puede seleccionar una de las opciones, hacerle cambios al plan y agregar o eliminar dependientes de su cobertura médica sin necesidad de que se produzca un evento especial de inscripción. No se aplica el período de espera por condición preexistente para los cambios de plan o cobertura que efectúe usted este año, *a menos que usted haya rechazado la cobertura anteriormente*. Si usted ha rechazado la cobertura en el pasado y desea inscribirse ahora, se aplicará un período de condición preexistente de 12 meses para cualquier persona que se inscriba en ActiveCare 1, 2 o 3. (La cobertura de HMO no contiene exclusiones por condiciones preexistentes.) El período de espera de condición preexistente puede reducirse proporcionando un comprobante de cobertura acreditable anterior. Para obtener crédito por un período de espera por condición preexistente, usted debe proporcionar información sobre una cobertura acreditable anterior, ya sea para usted o para cualquiera de sus dependientes. Si tiene un certificado de cobertura acreditable, anexe una copia del mismo a su *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio*.

Aviso: *Usted debe seleccionar su plan cuidadosamente. No podrá hacerle cambios al plan durante el año del plan y puede que hayan restricciones para hacerle cambios al plan en los años futuros. Además: Si usted o uno de sus dependientes cubiertos queda sujeto a un período de espera por razones de una condición preexistente y usted se traslada otro distrito/entidad participante en TRS-ActiveCare y se inscribe para recibir cobertura, continuará aplicándose el período de espera restante para dicha condición preexistente.*



El Inscribirse en TRS-ActiveCare es un sencillo proceso de tres pasos:

- 1 Elija la opción del plan médico más adecuada para usted
- 2 Llene la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* (si se requiere), disponibles en inglés y español, que se encuentra en la página central de esta guía y también en la página web de TRS-ActiveCare
- 3 Presente el formulario lleno, firmado y fechado a su Administrador de Beneficios dentro del periodo o periodos de inscripción requeridos.

Nota: *Algunos distritos/entidades pueden ofrecer inscripción electrónica a través de un sistema interactivo de respuesta verbal (IVR, por sus siglas en inglés) o un sistema de Internet. Si es así usted podría no tener que presentar una Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio. Vea a su Administrador de Beneficios para más detalles. Por favor, guarde para sus registros una copia de su confirmación de cobertura recibida a través del sistema de inscripción electrónica.*

Pasos Importantes a Recordar:

- Por favor proporcione toda la información requerida en la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio*.
- Aun si usted no está aceptando la cobertura disponible a través TRS-ActiveCare, por favor llene la Sección 1, 2 y 9 de la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* e indique que usted está rechazando la cobertura médica ya sea tanto para usted como también para sus dependientes.
- Si usted tiene preguntas concernientes a la información requerida en la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio*, por favor solicite asistencia de parte de su Administrador de Beneficios o llame al Departamento de Servicios al Cliente.
- Asegúrese de llenar, firmar y fechar el formulario antes de entregárselo a su Administrador de Beneficios.



¿Quién necesita presentar la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio*?

Para los empleados que ya están inscritos en TRS-ActiveCare:

Si usted no está efectuando ningún cambio a su actual plan de beneficios médicos, o agregando o eliminando dependientes, no necesita inscribirse. Este año, usted sólo necesita llenar y devolver un formulario de inscripción si desea:

- Cambiar su opción del plan TRS-ActiveCare, o
- Agregar o eliminar a los dependientes que se está cubriendo, o bien
- Optar por cancelar y/o declinar su cobertura bajo TRS-ActiveCare

Los formularios deberán ser devueltos a su Administrador de Beneficios. Si no devuelve su formulario de inscripción, usted quedará automáticamente inscrito en el mismo plan que seleccionó para el año 2006-2007 y al mismo nivel de cobertura. Por favor, preste mucha atención a cualquier cambio de beneficios del año pasado a medida que selecciona sus opciones del plan. Se ajustará su prima para reflejar cualquier cambio de tarifa para el 1º de septiembre del 2007.

Para los empleados inscritos en TRS-ActiveCare por vez primera:

Usted necesitará firmar y presentar una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* ante su Administrador de Beneficios:

- Al final del período de inscripción de su plan
- En un plazo de 31 días naturales posterior a la fecha de servicio laboral activo
- En un plazo de 31 días naturales posterior a cualquier evento de inscripción especial (Se aplican reglas especiales para agregar a recién nacidos; refiérase a la página 9 para mayor información)

¿Qué sucede si elijo no inscribirme en TRS-ActiveCare?

TRS considera que es muy importante que toda persona tenga cobertura médica. Por favor tome en cuenta que si usted rechaza la cobertura, no podrá seleccionar cobertura durante el año, a menos que tenga un evento especial de inscripción, como: un matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un niño o la pérdida de otra cobertura. Si usted presenta una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* debido a la "pérdida de otra cobertura," se revisará su solicitud original para verificar que esa cobertura ha sido rechazada (en la sección 9) debido a otra cobertura. Si no ha completado la sección 9 o si no existe una solicitud, debe proporcionarle a su Administrador de Beneficios una prueba de cobertura en la solicitud de inscripción (como por ejemplo un certificado de cobertura acreditable) en lugar de un rechazo de cobertura. Si no hay documentación disponible, su solicitud de agregar cobertura será denegada. Consecuentemente es muy importante que usted llene y presente un formulario aunque esté rechazando cobertura.

Para rechazar cobertura: Llene las secciones 1, 2 y 9 de la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* para voluntariamente rechazar la cobertura tanto para usted como para cualquiera de sus dependientes y para indicar la razón por la cual rechaza dicha cobertura. Preséntele el Formulario a su Administrador de Beneficios. Si usted está actualmente cubierto por TRS-ActiveCare, pero desea rechazar la cobertura para el año 2007-2008, deberá firmar y presentar una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* durante el período de inscripción del plan para dar por terminada la cobertura al finalizar el año del plan 2006-2007, seleccionando los recuadros para Cancelar Inscrito y No Acepta Cobertura para el nuevo año del plan.

¿Es necesario que llene una nueva *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* si no estoy efectuando ningún cambio?

No, a menos que usted haya rechazado la cobertura en el año 2006-2007. Si no está efectuando ningún cambio a su actual plan de beneficios médicos o está agregando o eliminando dependientes, usted no necesita inscribirse. Usted estará automáticamente inscrito en el mismo plan que eligió para el 2006-2007 al mismo nivel de cobertura y se ajustará su prima para reflejar cualquier cambio a la tarifa de prima para el 1º de septiembre del 2007. Usted debe revisar cualquier cambio de beneficio y de tarifa en su plan actual. **Si usted rechazó la cobertura para el año 2006-2007 y desea rechazar la cobertura nuevamente en el 2007-2008, deberá volver a presentar una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* ante su Administrador de Beneficios, indicándole que usted está rechazando la cobertura.**

¿Qué opciones hay disponibles para las parejas que trabajen para una entidad participante?

- Cada empleado puede elegir cobertura sólo de empleado y seleccionar el mismo plan u otro plan
- Un empleado puede seleccionar cobertura de empleado y cónyuge, y el cónyuge debe rechazar la cobertura
- Un empleado puede elegir cobertura sólo de empleado, y el cónyuge puede elegir el mismo plan u otro diferente de cobertura para empleado e hijos
- Un empleado puede seleccionar cobertura de empleado y familia, y el cónyuge debe rechazar la cobertura
- Cada empleado puede rechazar la cobertura



Cambios o eventos de Inscripción Especial

Las opciones del plan y los niveles de cobertura que usted seleccionó durante los períodos de inscripción del plan de 2007-2008 continuarán en vigencia desde el 1° de septiembre del 2007 hasta el 31 de agosto del 2008. Generalmente, usted no puede efectuar cambios durante el año a menos que tenga un evento de inscripción especial (un cambio de situación familiar) como por ejemplo:

- Usted se casa o se divorcia (un matrimonio en concubinato “common law” no es considerado un evento de inscripción especial a menos que exista un certificado de matrimonio en concubinato registrado con una agencia gubernamental autorizada)
- Usted se divorcia (si el divorcio da como resultado la pérdida de otra cobertura)
- El nacimiento de un hijo, una adopción o la colocación en adopción
- Un hijo se casa o cumple los 25 años de edad
- Un tribunal le ordena proveerle cobertura médica a su hijo (no se aplica a órdenes de un tribunal de cobertura para un cónyuge), o
- Usted involuntariamente pierde otra cobertura de seguro médico (y originalmente rechazó la cobertura de TRS ActiveCare por escrito debido a una cobertura bajo otro plan de beneficios médicos)
- Su dependiente elegible involuntariamente pierde otra cobertura médica (y usted originalmente rechazó la cobertura de TRS-ActiveCare para el dependiente por escrito para la(s) persona(s) que hayan perdido la otra cobertura debido a la cobertura bajo otro plan de beneficio médico). **Aviso:** Usted sólo puede agregar a su dependiente si ya está usted cubierto por ActiveCare 1, 2 o 3. Si su domicilio o lugar de trabajo se encuentra dentro de un área de servicio de HMO, usted y su dependiente podrán entonces inscribirse en una cobertura HMO.

La terminación voluntaria de otra cobertura, como por ejemplo, el abandonar una cobertura por cambios de prima o beneficios, incluyendo los recargos relacionados con el cónyuge o las restricciones de cobertura, no se considerarán como eventos de inscripción especial. **Llame al Servicio al Cliente antes de que haga cualquier cambio a otra cobertura que usted pueda tener.**

Cualquier cambio en la cobertura debe estar acorde con el cambio de su situación familiar para eventos de inscripción especial según es definido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Por ejemplo, si usted se casa, puede cambiar de cobertura sólo para empleado a cobertura de empleado y cónyuge. El costo de la cobertura puede cambiar basado en la categoría de cobertura seleccionada.

Los cambios en la cobertura del empleado y/o sus dependientes deben efectuarse en un plazo de 31 días naturales después del evento de inscripción especial. (Se aplican reglas especiales para recién nacidos; refiérase a la información al pie de esta página para más información.) **Es SU responsabilidad el cumplir con dicha fecha límite.** Si usted no solicita los cambios apropiados durante un período de inscripción especial que aplique, los cambios no podrán ser hechos hasta el próximo período de inscripción del plan, o bien si corresponde, a otro evento de inscripción especial. Puede ser aplicable un período de espera de condición existente en ese momento.

Aviso: Aun si usted tiene un evento de inscripción especial, cambia de empleo a otro distrito o entidad participante o deja el empleo y es recontratado por su mismo distrito o entidad, **usted no podrá hacerle cambios al plan** durante un año del plan a menos que sea permitido específicamente por las regulaciones de TRS.

El envío de un cambio solicitado por medio de la Sección 125 (si corresponde) no resultará en un cambio automáticamente a su cobertura de TRS-ActiveCare. Todos los cambios a la cobertura de TRS-ActiveCare deben enviarse directamente a su Administrador de Beneficios utilizando una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* de TRS-ActiveCare.

¿Cómo cubre TRS-ActiveCare a los recién nacidos?

TRS-ActiveCare proporciona cobertura automáticamente para un recién nacido de un empleado cubierto para los primeros 31 días después del nacimiento. Para agregar cobertura para el recién nacido, el empleado debe de firmar, fechar y presentar una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* a su Administrador de Beneficios **dentro de los primeros 60 días después del nacimiento.** Sin embargo, un empleado tiene hasta un año después de la fecha de nacimiento para agregar al recién nacido a la cobertura en caso de que el empleado tenga cobertura de empleado y familia o empleado e hijo(s) con TRS-ActiveCare al momento del nacimiento e inscripción. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura es la fecha de nacimiento. **Si la solicitud se envía después del período de inscripción para el recién nacido,** la solicitud para agregar la cobertura será denegada aún si no hubiera cambio en la tarifa de prima. **Nota:** No necesita esperar hasta tener el número de Seguro Social del recién nacido. Usted deberá presentar una *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio* sin el número de Seguro Social del recién nacido para agregar cobertura y presentar posteriormente otro formulario una vez que se haya emitido dicho número de Seguro Social.

Opciones del Plan

TRS-ActiveCare le ofrece varias opciones diferentes de planes médicos

Las siguientes páginas presentan un resumen de beneficios para todas las opciones de planes médicos de TRS-ActiveCare. No todas las opciones de planes médicos están disponibles en todas las áreas del estado. Las tablas ubicadas a la derecha de esta página y en la página siguiente muestran las opciones disponibles por condado (o por Código Postal en algunas áreas). Hable con su Administrador de Beneficios o vaya a la página Web de TRS-ActiveCare para saber cuáles opciones están disponibles en su área.

Las opciones ActiveCare 1, 2 y 3 son administradas por Blue Cross and Blue Shield of Texas y Medco Health y a su vez están disponibles para los distritos o entidades en todos los condados de Texas. **Para ser elegible para un HMO, usted debe vivir, trabajar o residir dentro del área de servicio del tal HMO.**

Condado	ActiveCare 1, 2 & 3	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
Andrews	•	•				
Armstrong	•	•				
Austin	•				•*	
Bailey	•	•				
Bastrop	•				•	
Bell	•	•			•	
Blanco	•				•	
Borden	•	•				
Bosque	•	•			•	
Brazos	•				•	
Briscoe	•	•				
Burleson	•				•	
Burnet	•				•	
Caldwell	•				•	
Callahan	•	•				
Cameron	•					•
Carson	•	•				
Castro	•	•				
Childress	•	•				
Cochran	•	•				
Coke	•	•	•			
Coleman	•	•	•			
Collingsworth	•	•				
Comanche	•	•				
Concho	•		•			
Coryell	•	•			•	
Cottle	•	•				
Crane	•	•				
Crockett	•		•			
Crosby	•	•				
Dallam	•	•				
Dawson	•	•				
Deaf Smith	•	•				
Dickens	•	•				
Donley	•	•				
Duval	•			•		
Eastland	•	•				
Ector	•	•				
Edwards	•		•			
Erath	•				•*	
Falls	•	•			•	
Fisher	•	•				
Floyd	•	•				
Gaines	•	•				
Garza	•	•				
Glasscock	•	•				
Gray	•	•				





Condado	ActiveCare 1, 2 & 3	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
Grimes	•				•	
Hale	•	•				
Hall	•	•				
Hamilton	•	•			•	
Hansford	•	•				
Hartley	•	•				
Haskell	•	•				
Hays	•				•	
Hemphill	•	•				
Hidalgo	•					•
Hill	•	•			•	
Hockley	•	•				
Hutchinson	•	•				
Irion	•		•			
Jim Hogg	•			•		
Jones	•	•				
Kent	•	•				
Kimble	•		•			
King	•	•				
Kinney	•		•			
Knox	•	•				
Lamb	•	•				
Lampasas	•	•			•	
Lee	•				•	
Leon	•				•*	
Limestone	•	•				
Lipscomb	•	•				
Llano	•				•	
Loving	•	•				
Lubbock	•	•				
Lynn	•	•				
Madison	•				•	
Martin	•	•				
Mason	•		•			
McCulloch	•		•			
McLennan	•	•			•	
Menard	•		•			
Midland	•	•				
Milam	•				•	
Mills	•				•	
Mitchell	•	•				
Moore	•	•				
Motley	•	•				
Nolan	•	•				
Ochiltree	•	•				
Oldham	•	•				
Parmer	•	•				

Condado	ActiveCare 1, 2 & 3	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
Pecos	•	•				
Potter	•	•				
Randall	•	•				
Reagan	•	•	•			
Reeves	•	•				
Roberts	•	•				
Robertson	•				•	
Runnels	•	•	•			
San Saba	•				•	
Schleicher	•		•			
Scurry	•	•				
Shackelford	•	•				
Sherman	•	•				
Somervell	•				•	
Starr	•					•*
Stephens	•	•				
Sterling	•		•			
Stonewall	•	•				
Sutton	•		•			
Swisher	•	•				
Taylor	•	•				
Terry	•	•				
Tom Green	•		•			
Travis	•				•	
Upton	•	•				
Val Verde	•		•			
Walker	•				•	
Waller	•				•*	
Ward	•	•				
Washington	•				•	
Webb	•			•		
Wheeler	•	•				
Willacy	•					•
Williamson	•				•	
Winkler	•	•				
Yoakum	•	•				
Zapata	•			•		
Los condados restantes de Texas	•					

*** Los condados con cobertura parcial se explican a continuación:**
Austin – Los códigos postales 77452, 77833, 78931 y 78944 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 77418, 78940 y 78950.
Erath – El código postal 76457 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 76401, 76433 y 76446.
Leon – Los códigos postales 77855 y 77871 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 75833, 75850 y 77865.
Starr – Los códigos postales 78356, 78547, 78548 en su totalidad.
Waller – El código postal 77445 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 77423 y 77484.



Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Por lo general, un PPO le ofrece más opciones que un plan HMO. Cuando usted se inscribe en un PPO, no tiene que seleccionar un médico general primario (PCP), ni tampoco tiene que ser referido para ver a un especialista. Usted tiene la libertad de visitar a cualquier médico u hospital que desee. Un PPO ofrece dos niveles de beneficios: dentro de la red y fuera de la red. Cuando usted busca atención médica de parte de un médico u hospital de la red, el plan de PPO paga una porción mayor de sus costos de cuidado médico que la que pagaría por servicios prestados por un proveedor fuera de la red. Sin embargo, cuando usted recibe cuidado médico fuera de la red, todavía tiene cobertura, pero puede que usted tenga que pagar una porción mayor del costo.

Si usted está inscrito en un plan de PPO, puede haber un deducible anual perteneciente al plan que usted debe pagar antes de que el plan comience a pagar beneficios y puede que usted tenga que satisfacer un copago o coseguro al utilizar servicios de cuidado médico. Pueden también aplicarse exclusiones por condiciones preexistentes. (La cobertura acreditable anterior puede compensar cualquier período de espera por condición preexistente.) Aunque los desembolsos personales sean potencialmente mayores que en los planes de HMO, los planes de PPO le ofrecen a los miembros más opciones y mayor flexibilidad que los planes de HMO.

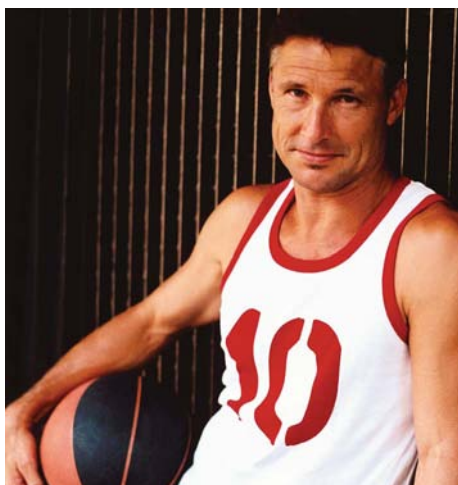
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Los planes de HMO ofrecen cuidado médico prepago para usted y sus dependientes cubiertos. En la mayoría de los

casos usted pagará sólo un copago por sus servicios médicos, incluyendo recetas. Un copago es una cantidad establecida que usted le paga a un proveedor al utilizar los servicios. Para ser elegible para un HMO, usted debe vivir, trabajar o residir dentro del área de servicio de tal HMO. Los planes de HMO ofrecen una red de proveedores dentro de un área de servicio definida. A excepción de las emergencias, las cuales son cubiertas en todo el mundo, usted y sus dependientes deben utilizar proveedores de la red para recibir los beneficios del plan de HMO. Las exclusiones por condiciones preexistentes no se aplican a los planes de HMO.

Cuando usted se inscribe en un plan HMO, se le pedirá seleccionar un médico general primario (PCP). Este médico coordinará todo su cuidado médico y le referirá a especialistas si es necesario. Las mujeres pueden también seleccionar un obstetra/ginecólogo de la red y pueden programar una cita con el mismo sin ser referidas por un PCP. Al comparar los beneficios de un PPO y un HMO, asegúrese de comparar los proveedores en todos los planes. Si su médico está dentro de una red de HMO, usted se dará cuenta que un plan HMO es una forma menos costosa de recibir amplios beneficios médicos.

TRS-ActiveCare le ha brindado a usted la oportunidad de tomar el control sobre el cuidado de su salud. Por favor revise los Resúmenes de Beneficios y Comparaciones del Plan en las páginas 16 a la 29 para decidir cuál opción de los planes satisface las necesidades de su familia y de su estilo de vida.



Si tiene la oportunidad de seleccionar entre una opción de PPO y una opción de HMO, hay varios factores que debe considerar al tomar una decisión, incluyendo el costo, opciones, acceso a proveedores y su propio estilo de vida.



Tómese un tiempo para revisar los Resúmenes de Beneficios y la Comparación de Planes. Piense en cuál es el plan más adecuado para usted y su familia. Antes de tomar una decisión, considere:

- ¿Tiene usted acceso a cobertura médica aparte de la provista por TRS-ActiveCare? Si es así, ¿cómo se comparan los costos y provisiones de tal cobertura?
- Si usted tiene opciones de redes de proveedores, ¿cuál le queda más cerca? ¿Pertenece su médico actual a una de las redes? Si su médico pertenece a una red de PPO y a una de HMO, y si usted es elegible para PPO y HMO, debería evaluar sus gastos de desembolso personal anticipados en todas las opciones disponibles para usted.
- ¿Está usted dispuesto a cambiar de médico si su médico actual no pertenece a la red?
- ¿Cuáles beneficios específicos utilizan usted o su familia con más frecuencia? ¿Cuidado preventivo? ¿Recetas de mantenimiento? ¿Salud del comportamiento? Asegúrese de verificar la sección correspondiente en el cuadro de comparación para ver cuál plan será mejor para usted.
- ¿A quiénes necesita usted cubrir? ¿Dónde viven ellos?
- ¿Viaja usted o algún miembro de su familia? Asegúrese de entender cómo se recibe tratamiento fuera de su área.

Así mismo, al elegir un plan médico asegúrese de considerar el costo total de sus opciones, incluyendo:

- **Coseguro:** El porcentaje de gastos médicos que usted y el plan comparten. Por ejemplo, si la cantidad de coseguro dentro de la red es "80/20," eso significa que el plan paga un 80% y usted paga un 20%.
- **Copagos:** La cantidad fija que paga usted por ciertos servicios médicos y medicamentos recetados al momento en que se le proporcionan dichos servicios.
- **Deducibles:** La cantidad fija de desembolso personal, si se aplicare al caso, que deberá pagar la persona cubierta por servicios de asistencia médica antes de que el plan comience a compartir costos. Por ejemplo, Active Care 1 tiene un deducible de \$1,100, el cual deberá ser cubierto antes de que el plan pague por cualquiera de los beneficios.
- **Contribuciones del empleado:** El pago hecho por el empleado por la cobertura a través del programa de TRS-ActiveCare.

Opciones del plan y medicinas recetadas de marca preferida

Todas las opciones del plan de TRS-ActiveCare incluyen beneficios de medicinas recetadas. Al seleccionar una opción entre los planes, usted debe saber que todos los beneficios de medicinas recetadas difieren. Si desea saber si su medicamento está cubierto por TRS ActiveCare y de qué manera, visite la página web o llame al número de teléfono gratis del Departamento de Servicio al Cliente correspondiente a su plan médico indicado en la página 1 de esta guía.

Aviso Importante

TRS no ofrece ni respalda ninguna forma de cobertura suplementaria para ninguno de los planes de cobertura médica disponibles bajo TRS-ActiveCare. Para obtener información acerca de cualquier cobertura que pretenda estar asociada o ser suplemento de cualquier plan TRS-ActiveCare, los empleados deberán contactar a la organización que esté haciendo tal ofrecimiento y/o al Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés) en <http://www.tdi.state.tx.us> o llamar la Línea Telefónica de Asistencia al Consumidor de TDI al (800) 252-3439.



¿Qué hay de nuevo para el 2007-2008 para los planes de ActiveCare 1, 2 y 3?

- Incremento en la prima (aproximadamente un 7%)

ActiveCare 1:

- El deducible personal del año del Plan aumenta de \$1,050 a \$1,100 debido a regulaciones impositivas del IRS aplicables a los planes médicos de alto deducible (**Nota:** ActiveCare 1 cumple con la definición del IRS como un plan médico de alto deducible sólo para la cobertura individual. El deducible familiar de \$3,000 para ActiveCare 1 **no** cumple con los requisitos del IRS aplicables a los planes médicos de alto deducible familiar.)

ActiveCare 2:

- Para la hospitalización de paciente interno, usted paga un 20% dentro de la red/40% fuera de la red después del

deducible más \$100 de copago por día (un copago máximo de \$500 por hospitalización, \$1,500 máximo por año del plan)

- Para la cirugía de paciente externo, usted paga un 20% dentro de la red/40% fuera de la red después del deducible más \$100 de copago por visita
- Para la asistencia de emergencia, usted paga un 20% después del deducible más \$100 de copago por visita (se omite el copago si se hospitaliza al paciente)

ActiveCare 3:

- No presenta cambios

Blue Access for Members (se requiere inscripción)

Con Blue Access for Members, usted podrá:

- Verificar el estado de un reclamo
- Confirmar quiénes están cubiertos bajo su plan
- Ver e imprimir información y el historial detallado del reclamo (Explicación de Beneficios)
- Optar por no recibir copias impresas de su Explicación de Beneficios (en su lugar verlas en línea)
- Ubicar a un médico dentro de su red que se adapte a sus necesidades
- Inscribirse para recibir notificaciones por correo electrónico sobre alguna actividad nueva en su reclamo
- Solicitar una tarjeta de identificación nueva o de reemplazo o bien imprimir una tarjeta provisional de identificación
- Hacerse una Evaluación de Riesgo Médico

Cómo Encontrar a Blue Access for Members

- 1 Visite www.tri.state.tx.us/tri-activecure
- 2 Seleccione el enlace de los planes ActiveCare 1, 2 o 3
- 3 Seleccione el enlace de "Blue Access for Members"

Para inscribirse en Blue Access for Members, usted va a necesitar sus números de identificación de grupo y miembro, los cuales aparecen en su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare. Al momento de autentificarlos, se le pedirá que cree un nombre de usuario y contraseña que utilizará en visitas futuras a Blue Access for Members.

Recursos para la Salud y el Bienestar Personal Disponibles en Internet

A través de Blue Access for Members, usted y su familia tendrán acceso a recursos disponibles en línea, en los cuales encontrará usted información práctica y útil. Por ejemplo, usted puede investigar condiciones médicas específicas y recibir consejería sobre cómo iniciar un programa de ejercicios, cómo dejar de fumar o perder peso. Y ahora, puede hacerse también una Evaluación de Riesgos Médicos (Health Risk Assessment o HRA, por sus siglas en inglés), una herramienta confidencial que le ayuda a aprender más sobre sus riesgos médicos en particular. HRA es una evaluación sencilla de comprender y toma aproximadamente de 10 a 15 minutos para completarse. Una vez realizada la evaluación, usted recibirá un reporte individualizado que le proporcionará una guía y sugerencias sobre los próximos pasos a seguir para mejorar su salud.

Para hacerse una Evaluación de Riesgos Médicos (Health Risk Assessment): Conéctese a Blue Access for Members y haga clic en la pestaña titulada "My Health". Seleccione el icono o texto titulado Salud y Bienestar, y luego el enlace titulado Tomar una Evaluación de Riesgos Médicos ("Take a Health Risk Assessment").

Esté seguro de que se mantendrá la confidencialidad de su información y que no se le entregará dicha información a su empleador.

The screenshot shows the TRS-ActiveCare website interface. At the top, there are logos for Blue Cross Blue Shield of Texas and TRS-ActiveCare. Below the logos are navigation tabs: Home, Coverage, Doctors & Hospitals, and For Benefits Administrators. A welcome message states: "Welcome to TRS-ActiveCare, the statewide health care coverage program for public education employees." The main content area is titled "How Can We Help You?" and lists several services: "Customer Service" (1-866-355-5999), "Preauthorization" (1-800-441-9188), "INROADS Behavioral Health" (1-800-528-7264), and "BlueCard PPO Access" (1-800-810-BLUE). There is also a "Nailing Address for Claims" section. On the right side, there is a "Blue Access for Members" login section with fields for "User Name:" and "Password:", a "Log In" button, and links for "Forgot my User Name" and "Forgot my Password". Below the login section is an "Attention" box with information about "Special Beginnings" for prenatal care.

¿Está por tener un bebé?

"Special Beginnings" es un programa voluntario para las participantes cubiertas que estén esperando un bebé. Este programa ayuda a las madres embarazadas y a sus bebés a tener un comienzo saludable, proporcionándoles educación prenatal y postnatal, una evaluación de riesgo del embarazo, materiales educativos y control de maternidad que va desde la gestación hasta los seis meses después de haber dado a luz. "Special Beginnings" coordina las actividades con el médico de la madre embarazada para proporcionarle servicios de administración del caso y ayudarle así a reducir las probabilidades de tener bebés de muy bajo peso al nacer y/o partos prematuros. El programa está disponible sin costo adicional. **Llame completamente gratis al 1-800-462-3275 para inscribirse o hacer preguntas.**

Aunque usted acuda a un médico no perteneciente a la red, aún podrá ahorrar dinero utilizando un médico de ParPlan

Blue Cross and Blue Shield of Texas tiene contratos con muchos médicos y hospitales que no pertenecen a la red. Estos proveedores aceptan las cantidades permitidas de Blue Cross and Blue Shield of Texas para los servicios cubiertos y no pueden cobrarle más. En la mayoría de los casos también envían los reclamos por usted. Busque a los médicos y hospitales en la página web de TRS-ActiveCare bajo la Guía de Proveedores ("Provider Locator"), seleccione Blue Cross and Blue Shield of Texas y después seleccione ParPlan.

Cómo funcionan los Planes ActiveCare 1, 2, 3 y PPO

Área de Servicio

En todo el Estado



BlueCross BlueShield of Texas



Servicio al Cliente

(866) 355-5999

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora Centro)

Si usted necesita...	Dentro de la Red: Sus costos de desembolso personal son más bajos si elige atención médica dentro de la red	Fuera de la Red: (Incluyendo ParPlan) Sus costos de desembolso personal son más altos si elige atención médica de fuera de la red <i>Los pagos para los servicios fuera de la red están limitados a la cantidad permitida según sea determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan la cantidad permitida. Usted es responsable por todos los cargos facturados por los proveedores que no sean de ParPlan que excedan la cantidad permitida.</i>
<p>Visitar a un médico o a un especialista <i>Un "especialista" no es un médico con práctica familiar, internista, Gineco/Obstetra o pediatra</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visite a cualquier médico general primario o especialista que pertenezca a la red • Efectúe el copago por consulta (<i>no se aplica a ActiveCare 1</i>) • Pague su coseguro o deducible • Su médico no puede cobrarle más de la cantidad permitida por los servicios cubiertos 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite a cualquier médico o especialista certificado • Pague por la consulta • Llame un reclamo y reciba el reembolso por la consulta menos cualquier coseguro y deducible • Sus costos estarán basados en las cantidades permitidas; el médico fuera de la red del cual usted recibe los servicios le puede requerir que pague cualquier gasto que exceda la cantidad permitida determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas
<p>Recibir cuidado médico preventivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visite a cualquier médico general primario o especialista que pertenezca a la red • Efectúe el copago de cuidado médico preventivo (<i>no se aplica para ActiveCare 1</i>) • Pague su coseguro o deducible • Su médico no puede cobrarle más de la cantidad permitida por los servicios cubiertos 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite a cualquier médico o especialista certificado • Pague por la consulta de cuidado médico preventivo. Envíe su reclamo y reciba el reembolso por la consulta menos cualquier coseguro y deducible • Sus costos estarán basados en las cantidades permitidas; el médico no perteneciente a la red del cual reciba usted servicios médicos puede que le requiera pagar cualquier cargo mayor a las cantidades permitidas, determinadas por Blue Cross and Blue Shield of Texas
<p>Recibir atención médica de emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llame al 911 o vaya inmediatamente a cualquier hospital o médico; usted recibirá beneficios de dentro de la red para la atención de emergencia • Efectúe su copago (<i>no se le cobra si es admitido al hospital</i>) • Pague su coseguro y deducible • Llame al número de autorización previa que se encuentra en su Tarjeta de Identificación, dentro de un plazo de 48 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Llame al 911 o vaya inmediatamente a cualquier hospital o médico; usted recibirá beneficios de dentro de la red para la atención de emergencia • Efectúe su copago (<i>no se le cobra si es admitido al hospital</i>) • Pague su coseguro y deducible • Llame al número de autorización previa que se encuentra en su Tarjeta de Identificación, dentro de un plazo de 48 horas
<p>Ingresar al hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su médico de la red preautorizará su admisión • Vaya a un hospital que pertenezca a la red • Pague su coseguro y deducible 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted, un familiar, su médico o el hospital deben llamar para obtener la autorización previa para su admisión • Vaya a cualquier hospital certificado • Pague su coseguro y deducible cada vez que le hospitalicen
<p>Recibir servicios de salud del comportamiento o para la dependencia de sustancias químicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primero llame al número de salud del comportamiento que se encuentra en su Tarjeta de Identificación, para obtener la autorización para toda la atención médica • Vea a un médico que pertenezca a la red o a un profesional de cuidado médico o vaya a cualquier hospital o instalaciones de la red • Pague su coseguro y deducible 	<ul style="list-style-type: none"> • Primero llame al número de salud del comportamiento que se encuentra en su Tarjeta de Identificación, para obtener la autorización para toda la atención médica • Vea a cualquier médico o profesional de cuidado médico certificado o vaya a cualquier hospital o instalaciones certificadas • Pague cualquier coseguro y deducible
<p>Enviar un reclamo</p>	<p>El proveedor presentará los reclamos por usted</p>	<p>Puede que usted mismo tenga que presentar el reclamo</p>
<p>Recibir medicinas recetadas</p>	<p>ActiveCare 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lleve su receta a una farmacia que pertenezca a la red o utilice el servicio de entrega por correo • Pague por el precio <i>reducido</i> de la medicina • Envíe un reclamo a Blue Cross and Blue Shield of Texas y reciba su reembolso por la medicina <i>menos</i> cualquier coseguro y deducible <p>ActiveCare 2 y ActiveCare 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lleve su receta a una farmacia que pertenezca a la red o utilice el servicio de entrega por correo • Efectúe el copago de la medicina recetada 	<p>ActiveCare 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lleve su receta a cualquier farmacia certificada • Pague el <i>total</i> del costo de la medicina • Presente un reclamo y reciba su reembolso por la medicina <i>menos</i> cualquier coseguro y deducible de ActiveCare 2 y 3 <p>ActiveCare 2 y ActiveCare 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lleve su receta a cualquier farmacia certificada • Presente un reclamo a Medco y reciba el reembolso de la cantidad que le hubiera sido cobrada por una farmacia de la red <i>menos</i> el copago requerido

Refiérase a su Folleto de Beneficios para más información.

Tipo de Servicio	ActiveCare 1	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Disposiciones Generales	No se requiere médico general primario	
Deducible (por año del plan)		
Personal—Usted paga	\$1,100	
Familiar—Usted paga	\$3,000	
Desembolso Personal Máximo (por año del plan)		
Personal—Usted paga	\$2,000 más el deducible	
Familiar—Usted paga	\$6,000 más el deducible	
Beneficio Máximo de por Vida		
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio		
Visitas al consultorio médico—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Inyecciones para alergias—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Cirugía menor en el consultorio—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Cirugía como paciente externo—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Cuidado de maternidad (sólo los cargos del médico; vea Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas para cargos a pacientes internos)—Usted Paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Visitas del médico a pacientes internos—Usted Paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Dispositivos Anticonceptivos—Usted Paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Cuidado Médico Preventivo		
Visitas al consultorio médico	<p>El plan paga 100% hasta los primeros \$500 por persona y por año del plan; los cargos restantes estarán sujetos al deducible y el coseguro</p> <p>Los servicios se limitan a una visita por persona y por año del plan; examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina y examen de la vista. Otros servicios incluyen exámenes de la bebé sano, vacunas, exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y prueba de osteoporosis</p>	<p>40% después del deducible</p> <p>Los servicios se limitan a una visita por persona y por año del plan: examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina y examen de la vista</p>
Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas		
Cargos de Hospital como Paciente Interno y otros cargos como Paciente Interno—Usted Paga	20% después del deducible (se requiere autorización previa)	40% después del deducible (se requiere autorización previa)
Cirugía de Paciente Externo—Usted Paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de Paciente Externo en Hospital/Instalaciones Médicas - Usted Paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Atención médica en la sala de emergencias—Usted Paga	20% después del deducible	



Área de Servicio
En Todo el Estado

Servicio al Cliente
1-(866) 355-5999
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora Centro)

medco®

ActiveCare 2		ActiveCare 3	
Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
No se requiere médico general primario		No se requiere médico general primario	
\$500		Ninguno	\$500
\$1,500		Ninguno	\$1,500
\$2,000 más el deducible y copagos		\$1,000 más copagos	\$3,000 más el deducible y copagos
\$6,000 más el deducible y copagos		N/A	N/A
Sin límite	Sin límite	Sin límite	\$1,000,000
\$25 de copago por médico primario \$35 de copago por especialista 20% después del deducible (cuando no se le factura la consulta)	40% después del deducible 40% después del deducible 40% después del deducible 40% después del deducible	\$20 de copago por médico primario \$30 de copago por especialista 20% (cuando no se le factura la consulta)	40% después del deducible 40% después del deducible 40% después del deducible 40% después del deducible
\$25 de copago por médico primario \$35 de copago por especialista (sólo por visita inicial; 20% por el parto después del deducible)	40% después del deducible	\$20 de copago por médico primario \$30 de copago por especialista (sólo por visita inicial; 20% por el parto después del deducible)	40% después del deducible
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
\$25 de copago por médico primario \$35 de copago por especialista (incluye todos los servicios de cuidado preventivo facturados con la visita al consultorio del médico de la red)	40% después del deducible Los servicios se limitan a una visita por persona y por año del plan: examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina y examen de la vista	\$20 de copago por médico primario \$30 de copago por especialista (incluye todos los servicios de cuidado preventivo facturados con la visita al consultorio del médico de la red)	40% después del deducible Los servicios se limitan a una visita por persona y por año del plan: examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina y examen de la vista
Los servicios se limitan a una visita por persona por año del plan; examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina y examen de la vista. Otros servicios incluyen exámenes del bebé sano, vacunas, exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y pruebas de osteoporosis		Los servicios se limitan a una visita por persona por año del plan; examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina y examen de la vista. Otros servicios incluyen exámenes del bebé sano, vacunas, exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y pruebas de osteoporosis	
20% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)	40% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	20% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	40% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)
20% después del deducible más \$100 de copago por visita	40% después del deducible más \$100 de copago por visita	20% más \$100 de copago por visita	40% más \$100 de copago por visita
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
20% después del deducible, más \$100 de copago (no se cobra el copago si se le hospitaliza)		20% después de \$100 de copago (no se cobra el copago si se le hospitaliza)	

Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Declaración de Cobertura para detalles más específicos sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones al final de esta guía de inscripción.

Tipo de Servicio	ActiveCare 1	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Disposiciones Generales	No se requiere médico general primario	
Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)		
Salud Mental	Se requiere autorización previa	Se requiere autorización previa
Instalaciones de paciente interno—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Máximo por año del plan	30 días	
Cargos del médico para paciente interno—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Máximo por año del plan	30 visitas	
Paciente externo/Consulta	20% después del deducible	40% después del deducible (máximo \$60 permitidos por visita)
Máximo por año del plan	30 visitas	
Dependencia a Sustancias Químicas	Máximo de dos series separadas de por vida	
Instalaciones médicas de paciente interno—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Cargos del médico para paciente interno—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Paciente externo—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Visita al consultorio médico—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Enfermedad Mental Grave		
Instalaciones médicos de paciente interno—Usted paga	Se requiere autorización previa 20% después del deducible	Se requiere autorización previa 40% después del deducible
Máximo por año del plan	45 días	
Cargos del médico para paciente interno—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Máximo por año del plan	45 días	
Paciente externo/consulta—Usted paga	20% después del deducible	40% después del deducible
Máximo por año del plan	60 visitas	
Medicinas Recetadas		
Deducible por medicinas (por persona, por año del plan)	Sujeto a un deducible de \$1,100 por año del plan	
Farmacia, Medicinas para Uso a Corto Plazo	Suministro hasta por 30 días	Suministro hasta por 30 días
Genérica—Usted paga	Usted paga 100% del costo descontado al momento de la compra y Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% después del deducible	Usted paga 100% al momento de la compra y Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% después del deducible
Marca Preferida—Usted paga		
Marca No Preferida—Usted paga		
Farmacia, Medicinas de Mantenimiento (después del segundo suministro)	Suministro hasta por 30 días	Suministro hasta por 30 días
Genérica—Usted paga	Usted paga 100% del costo descontado al momento de la compra y Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% después del deducible	Usted paga 100% al momento de la compra y Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% después del deducible
Marca Preferida—Usted paga		
Marca No Preferida—Usted paga		
Servicios por Correo Medco	Suministro hasta por 90 días	N/A
Genérica—Usted paga	Usted paga 100% del costo descontado al momento de la compra y Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% después del deducible	N/A
Marca Preferida—Usted paga		
Marca No Preferida—Usted paga		
Beneficio Máximo por Medicinas Recetadas por Año del Plan	Sin límite	Sin límite



Área de Servicio Servicio al Cliente
En Todo el Estado 1-(866) 355-5999
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora Centro)

ActiveCare 2		ActiveCare 3	
Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
No se requiere médico general primario		No se requiere médico general primario	
Se requiere autorización previa 20% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)	Se requiere autorización previa 40% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	Se requiere autorización previa 20% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	Se requiere autorización previa 40% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)
30 días		30 días	
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
30 visitas		30 visitas	
20% después del deducible	40% después del deducible (máximo \$60 permitidos por visita)	20%	40% después del deducible (máximo \$60 permitidos por visita)
30 visitas		30 visitas	
Máximo de dos series separadas de por vida		Máximo de dos series separadas de por vida	
20% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)	40% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	20% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	40% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
\$25 de copago por médico primario \$35 de copago por especialista	40% después del deducible	\$20 de copago por médico primario \$30 de copago por especialista	40% después del deducible
Se requiere autorización previa 20% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)	Se requiere autorización previa 40% después del deducible más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	Se requiere autorización previa 20% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan; se requiere autorización previa)	Se requiere autorización previa 40% más \$100 de copago por día (\$500 máximo de copago por admisión; \$1,500 máx. de copago por año del plan se requiere autorización previa)
45 días		Sin límite de vistas	
20% después del deducible	40% después del deducible	20%	40% después del deducible
45 visitas		Sin límite de vistas	
\$25 de copago por médico primario \$35 de copago por especialista (20% después del deducible por otros servicios)	40% después del deducible	\$20 de copago por médico primario \$30 de copago por especialista (20% por otros servicios)	40% después del deducible
60 visitas		Sin límite de vistas	
\$50		\$50	
Suministro hasta por 30 días \$10 de copago \$25 de copago* \$45 de copago*	Suministro hasta por 30 días Se le reembolsará la cantidad que le hubiera cobrado una farmacia de la red, menos el copago requerido	Suministro hasta por 30 días \$10 de copago \$25 de copago* \$40 de copago*	Suministro hasta por 30 días Se le reembolsará la cantidad que le hubiera cobrado una farmacia de la red, menos el copago requerido
Suministro hasta por 30 días \$15 de copago \$35 de copago* \$60 de copago*	Suministro hasta por 30 días Se le reembolsará la cantidad que le hubiera cobrado una farmacia de la red, menos el copago requerido	Suministro hasta por 30 días \$15 de copago \$35 de copago* \$55 de copago*	Suministro hasta por 30 días Se le reembolsará la cantidad que le hubiera cobrado una farmacia de la red, menos el copago requerido
Suministro hasta por 90 días \$20 de copago \$62.50 de copago* \$112.50 de copago*	N/A N/A	Suministro hasta por 90 días \$20 de copago \$62.50 de copago* \$100 de copago*	N/A N/A
Sin límite	Sin límite	Sin límite	Sin límite

*Si obtiene una medicina de marca cuando haya disponible un equivalente genérico, usted será responsable por efectuar el copago de la medicina genérica más la diferencia de costo entre la medicina de marca y la genérica. Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Folleto de Beneficios para detalles más específicos sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones que se encuentra al final de esta guía de inscripción.



Área de Servicio

85 Condados en Texas
("Panhandle", Oeste de
Texas y Centro de Texas)

Para ser elegible para esta cobertura de HMO, usted debe vivir, trabajar o residir en uno de los siguientes condados:

Andrews	Hutchinson
Armstrong	Jones
Bailey	Kent
Bell	King
Borden	Knox
Bosque	Lamb
Briscoe	Lampasas
Callahan	Limestone
Carson	Lipscomb
Castro	Loving
Childress	Lubbock
Cochran	Lynn
Coke	Martin
Coleman	McLennan
Collingsworth	Midland
Comanche	Mitchell
Coryell	Moore
Cottle	Motley
Crane	Nolan
Crosby	Ochiltree
Dallam	Oldham
Dawson	Parmer
Deaf Smith	Pecos
Dickens	Potter
Donley	Randall
Eastland	Reagan
Ector	Reeves
Falls	Roberts
Fisher	Runnels
Floyd	Scurry
Gaines	Shackelford
Garza	Sherman
Glasscock	Stephens
Gray	Stonewall
Hale	Swisher
Hall	Taylor
Hamilton	Terry
Hansford	Upton
Hartley	Ward
Haskell	Wheeler
Hemphill	Winkler
Hill	Yoakum
Hockley	

El sistema de asistencia personal de FirstCare Health Plans incorpora médicos privados y demás proveedores de asistencia médica, los cuales trabajan hombro a hombro para coordinar sus necesidades de asistencia médica y proporcionarle así asistencia médica de calidad a un precio razonable.

Usted tiene la opción de seleccionar entre un médico general primario participante (PCP), acceso directo a servicios de especialistas y cobertura para cuidados médicos preventivos de rutina.

Existe un copago de \$20 por consultas para cuidados médicos primarios; \$40 de copago por consultas a especialistas; \$20 de copago por servicios ginecológicos prestados por el PCP o bien por el Gineco/Obstetra. FirstCare Health Plans proporciona cobertura total de hospital y emergencia.

El beneficio de medicinas recetadas proporciona una amplia cobertura para las medicinas recetadas y le permite participar en los ahorros cuando usted y su médico deciden sobre ciertos medicamentos. Todas las medicinas cubiertas bajo este plan de beneficio están asignadas a uno de los cuatro niveles de copagos. Los copagos para farmacia son de \$15 para medicinas genéricas, de \$30 para medicinas de marca preferida, de \$50 para medicinas de marca no preferida y 20 por ciento para medicinas auto inyectables o de alguna otra alta tecnología para un suministro subsiguiente de hasta 30 días. Los medicamentos inyectables son aquellos reconocidos por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para la auto administración, sin importar la habilidad del participante para su auto administración (excluyendo medicamentos para diabéticos y suero para alergias). La receta médica o suministro subsiguiente reabastecidos por correo para un período de 90 días requerirán de un copago de entrega por correo. El copago para una entrega por correo es de \$45 por medicinas genéricas, \$90 por medicinas de marca preferida, \$150 por medicinas de marca no preferida y 20 por ciento por medicinas auto inyectables o de alguna otra alta tecnología. Existe un beneficio máximo anual de \$10,000 por persona para las medicinas recetadas.

Disposiciones Generales		Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios
Deducible (por año del plan)		
Personal—Usted paga		Ninguno
Familiar—Usted paga		Ninguno
Desembolso Personal Máximo (por año del plan)		
Personal—Usted paga		Dos veces el costo total de la cobertura del año del plan* (sin incluir farmacia)
Familiar—Usted paga		
Beneficio Máximo de por Vida		Sin límite
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio		
Visitas al consultorio del médico—Usted paga		\$20 de copago por médico primario; \$40 por especialista
Inyecciones para alergias—Usted paga		50% por suero; 50% por su administración
Cirugía menor efectuada en el consultorio—Usted paga		\$50 de copago
Cirugía como paciente externo—Usted paga		\$150 de copago
Cuidado de maternidad (sólo cargos del médico; vea Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas para cargos a pacientes internos)—Usted Paga		Sin copago por médico para cuidado prenatal, postnatal y de parto
Visitas del médico a pacientes internos—Usted Paga		\$0 de copago
Dispositivos anticonceptivos—Usted Paga		20%
Cuidado Médico Preventivo		
Visitas al consultorio del médico—Usted paga		\$20 de copago por consulta al médico general primario; \$40 por especialista (incluye todos los servicios cobrados por cuidado médico preventivo con una consulta a un médico perteneciente a la red)
		Los servicios se limitan a una visita por persona y por año del plan: examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina (sin copago). Otros servicios incluyen exámenes del bebé sano, vacunas, exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y \$50 de copago por exámenes para la osteoporosis



Servicio al Cliente

1-(800) 884-4901

De lunes a viernes

8 a.m. a 6 p.m.

(Hora Centro)

¿Qué hay de nuevo para el 2007-2008?

- Un copago de \$100 por sala de emergencia
- Un copago de \$100 por ambulancia
- Un copago de \$40 por una emergencia menor
- Un copago de \$15 por medicamento genérico, \$30 por medicamento de marca preferida, \$50 por medicamento de marca no preferida (comprados en farmacias)
- Un copago de \$45 por medicamento genérico, \$90 por medicamento de marca preferida, \$150 por medicamento de marca no preferida (comprados por correo)
- Un beneficio máximo de \$10,000 para medicinas recetadas por año del plan
- Un incremento aproximado del 7% en la prima del seguro

* Cantidad máxima por dependientes en categoría de cobertura:

Empleado solamente - \$8,616
Empleado y Cónyuge - \$21,360
Empleado e Hijo(s) - \$13,704
Empleado y Familia - \$21,432

** Si obtiene una medicina de marca cuando haya un equivalente genérico disponible, usted es responsable por el copago del genérico y además por el costo de la diferencia entre la medicina de marca y la genérica.

Disposiciones Generales

Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios

Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas

Cargos de hospital para paciente interno y demás cargos para paciente interno—Usted Paga	\$150 por día (máximo \$750 por admisión)
Paciente externo en hospital/instalaciones—Usted Paga	\$40 de copago
Cuidado médico en la sala de emergencias—Usted Paga	\$100 de copago (no se cobra si se le hospitaliza)
Servicios de atención de urgencia en instalaciones—Usted Paga	\$40 de copago

Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)

Salud Mental	
Instalaciones de paciente interno—Usted Paga	\$150 por día (máximo \$750 de copago por admisión)
Máximo por año del plan	15 días
Cargos del médico de paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago
Máximo por año del plan	15 visitas
Paciente externo/consulta—Usted Paga	\$40 de copago
Máximo por año del plan	20 visitas
Dependencia a Sustancias Químicas	Máximo de tres series de por vida
Instalaciones para pacientes internos—Usted Paga	\$150 por día (máximo \$750 por admisión)
Cargos del médico de paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago
Paciente externo—Usted Paga	\$40 de copago
Visita al consultorio médico—Usted Paga	\$40 de copago

Enfermedad Mental Grave

Instalaciones para pacientes internos—Usted Paga	\$150 por día (máximo \$750 de copago por admisión)
Máximo por año del plan	45 días
Cargos del médico de paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago
Máximo por año del plan	45 visitas
Paciente externo/consulta—Usted Paga	\$40 de copago
Máximo por año del plan	60 visitas

Medicinas Recetadas

Farmacia	Suministro hasta por 30 días
Genérica—Usted Paga	\$15 de copago
Marca Preferida—Usted Paga	\$30 de copago**
Marca No Preferida—Usted Paga	\$50 de copago**
Medicamentos auto inyectables y de alta tecnología	20%
Servicio de Entrega por Correo	Suministro hasta por 90 días
Genérica—Usted Paga	\$45 de copago
Marca Preferida—Usted Paga	\$90 de copago**
Marca No Preferida—Usted Paga	\$150 de copago**
Medicamentos auto inyectables y de alta tecnología	20%
Beneficio Máximo de Medicinas Recetadas por Año del Plan	\$10,000 por persona

Recursos Disponibles en Internet a través de FirstCare Health Plans

Para lograr fácil acceso, seleccione este enlace desde la página web de TRS-ActiveCare:

- Ver y actualizar su dirección
- Imprimir tarjetas provisionales
- Verificar el progreso de un reclamo
- Ver documentos del plan
- Solicitar tarjetas de identificación
- Cambiar su médico general primario (PCP)
- Verificar el progreso de una autorización
- Enviar un mensaje de correo electrónico al departamento de asistencia al cliente

Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Declaración de Cobertura para información más específica sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones al final de esta guía de inscripción.



Área de Servicio

18 Condados de Texas
(Oeste de Texas)

Para ser elegible para esta cobertura de HMO, usted debe vivir, trabajar o residir en uno de los siguientes condados:

Coke	McCulloch
Coleman	Menard
Concho	Reagan
Crockett	Runnels
Edwards	Schleicher
Iron	Sterling
Kimble	Sutton
Kinney	Tom Green
Mason	Val Verde

Legacy Health Solutions provee para las necesidades médicas de sus miembros por medio de un sistema personalizado de administración de la atención médica con médicos, enfermeras, personal médico e instalaciones médicas. El West Texas Shannon Medical Center, el cual le ha servido a la comunidad del oeste de Texas por los últimos 75 años le da base a este sistema de cuidado médico para nuestros miembros. Legacy Health Solutions ha ampliado su panel médico para ofrecerle a los miembros mayores opciones. Un pequeño copago al momento del servicio lo cubre todo. Las familias jóvenes encuentran muy atractivo el costo predecible de un HMO. El programa "El Copago lo Cubre" elimina el trabajo de tener que estimar los gastos médicos.

Legacy Health Solutions requiere que usted seleccione su médico general primario (PCP) quien le proveerá y coordinará su cuidado médico dentro de la red de Legacy. Usted puede elegir a un médico internista, familiar o a un pediatra como su PCP. Usted efectuará un copago de \$20 para una visita al consultorio médico de su médico general primario (PCP). Las mujeres pueden auto referirse a un Gineco/Obstetra y recibir los servicios del mismo por un copago de \$20. Usted también puede recibir atención médica en una de nuestras clínicas de atención de urgencia de la red por un copago de \$20.

Si necesita ver a un especialista, usted debe ser referido por su PCP. El copago para el especialista es de \$35. Hay algunas excepciones a la regla de ser referido a un especialista por el PCP. Los miembros pueden auto referirse a un oftalmólogo/optometrista, a un cirujano ortopedista o a un dermatólogo sin tener que ser visto primero por un PCP. El copago para especialista de \$35 aún se aplica.

La cobertura para medicinas recetadas es proporcionada por medio de Scott and White Prescription Services (SWPS, por sus siglas en inglés). Los copagos de farmacia para un suministro de 30 días son de \$8 para medicina genérica, \$20 para medicina de marca y para medicinas de formulario sin receta, \$200 o el 50% lo que sea menor. Usted tiene la opción de obtener un suministro de 90 días para medicinas de mantenimiento identificadas por do copagos a través del servicio de entrega por correo de SWPS. El formulario para el servicio de entrega por correo y la lista de medicinas se encuentran disponibles en www.tr.s.state.tx.s/trs-activecare. El beneficio de medicinas recetadas de Legacy Health Solutions tiene un máximo anual del plan de \$10,000 por persona.

Disposiciones Generales

Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios

Deducible (por año del plan)	
Personal—Usted paga	Ninguno
Familiar—Usted paga	Ninguno
Desembolso Personal Máximo (por año del plan)	
Personal—Usted paga	\$2,000
Familiar—Usted paga	\$6,000
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio	
Visitas al consultorio del médico—Usted paga	\$20 de copago por médico primario; \$35 por especialista
Inyecciones para alergias—Usted paga	\$20 de copago por médico primario; \$35 por especialista 50% por suero y administración
Cirugía menor efectuada en el consultorio—Usted paga	Incluido en el copago de la consulta
Cirugía como paciente externo—Usted paga	Incluido en el copago de paciente externo por hospital/instalaciones
Cuidado de maternidad—Usted paga	\$20 de copago por visita inicial; \$150/día, paciente interno Admisión (\$750 máximo de copago)
Visitas del médico a paciente interno—Usted paga	\$0 de copago
Dispositivos anticonceptivos—Usted paga	15%
Cuidado Médico Preventivo	
Visitas al consultorio del médico—Usted paga	\$20 de copago por consulta al médico general primario; \$35 por especialista
Examen de la vista rutinario (anual)	No se requiere copago adicional cuando es llevado a cabo durante una visita al consultorio (no cubre examen refractivo)
Exámenes de la audición	No se requiere copago adicional cuando son llevados a cabo durante una visita al consultorio
Laboratorio y radiografía	\$0 de copago
Inmunizaciones	Sin copago hasta los 6 años; \$20 de copago de 6 años a adultos
Mamografías rutinarias	Sin copago, junto con examen para el bienestar

No se cobra el copago por las primeras cinco visitas pediátricas del dependiente.

No se cobra el copago por la primera visita anual de adulto al consultorio.



Servicio al Cliente

1-(877) 410-2432

De lunes a viernes

7 a.m. a 7 p.m.

(Hora Centro)

¿Qué hay de nuevo para el 2007-2008?

- No habrá cambios al plan
- Habrá un incremento aproximado del 11% a la prima del seguro

Si obtiene una medicina de marca cuando haya un equivalente genérico disponible, usted es responsable por el copago del genérico y además por el costo de la diferencia entre la medicina de marca y la genérica.

Disposiciones Generales

Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios

Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas	
Cargos de hospital para paciente interno—Usted paga	\$150 por día (\$750 máximo de copago)
Otros cargos de paciente interno—Usted paga	Incluido en el copago anterior
Paciente externo en hospital/instalaciones—Usted paga	\$150 de copago
Atención en sala de emergencia dentro de las primeras 48 horas— Usted paga	\$100 de copago, no se cobra si se le hospitaliza, comuníquese con el plan dentro de un plazo de 24 horas
Atención de urgencia en instalaciones médicas—Usted paga	\$20 de copago
Servicios de Cuidado Médico Prolongado	
Instalaciones de enfermería especializada	\$150 por día; limitado a 90 días
Cuidado médico a domicilio	\$20
Hospicio	\$0 de copago
Otros Servicios Médicos	
Fisioterapia	
Visita al consultorio médico	\$30 de copago
Todos los demás servicios	Se requiere autorización previa/\$30 de copago
Cuidado Quiropráctico	
Visita al consultorio médico	\$25 de copago; limitada a \$1,000 por año
Todos los demás servicios	No cubiertos
Terapia de infusión en el hogar	20% más el copago de consulta
Aparatos auditivos	\$0 de copago (cubierto hasta \$500 por año)
Equipo médico durable	20%; hasta \$2,000 máximo
Prótesis	\$250 por prótesis (\$10,000 límite por cada incidente)
Servicios de ambulancia (terrestre o aérea)	Terrestre - \$50 / Aérea - 20%
Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)	
Salud mental	
Instalaciones de paciente interno— Usted paga	\$150 por día (\$750 máximo de copago) 15 días máx. por año
Cargos del médico de paciente interno— Usted paga	\$0 de copago
Paciente externo/consulta— Usted paga	\$35 por visita (limitado a 26 visitas por año)
Dependencia a sustancias químicas	
Instalaciones médicas de paciente interno—Usted paga	\$150 por día (\$750 máximo de copago) 3 series de tratamientos de por vida
Cargos del médico de paciente interno— Usted paga	\$0 de copago
Paciente externo— Usted paga	\$35 por visita limitado a 3 series de tratamientos de por vida
Visita al consultorio médico— Usted paga	\$35 por visita limitado a 3 series de tratamientos de por vida
Enfermedad Mental Grave	
Instalaciones de paciente interno— Usted paga	\$150 por día (\$750 máximo de copago) 45 días máx. por año
Cargos del médico de paciente interno— Usted paga	\$0 de copago
Paciente externo/consulta— Usted paga	\$35 por visitas (limitado a 60 visitas por año)
Medicinas Recetadas	
Farmacia	Suministro hasta por 30 días
Genérica—Usted paga	\$8 de copago
Marca Preferida—Usted paga	\$20 de copago
Marca No Preferida—Usted paga	\$200 o 50% del cargo, lo que sea menor
Servicio de Entrega por correo	Suministro hasta por 90 días
Genérica—Usted paga	\$16 de copago
Marca Preferida—Usted paga	\$40 de copago
Marca No Preferida—Usted paga	No disponible
Medicamentos auto inyectables y de alta tecnología	25% de los cargos
Beneficio Máximo de Medicinas Recetadas por Año del Plan	\$10,000 por persona

Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Declaración de Cobertura para información más específica sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones al final de esta guía de inscripción.



Área de Servicio

4 Condados de Texas
(Sur de Texas)

Para ser elegible para esta cobertura de HMO, usted debe vivir, trabajar o residir en uno de los siguientes condados:

Duvall
Jim Hogg
Webb
Zapata

Con los planes de Mercy Health Plans, usted y cada uno de sus dependientes selecciona un médico general primario (PCP) del directorio de proveedores del plan. Las mujeres pueden elegir un médico Gineco/Obstetra como su PCP para recibir servicios de cuidado médico por parte del mismo. Todas las visitas a un especialista requieren de una referencia médica, a excepción de las visitas efectuadas a Gineco/Obstetras, dermatólogos, cirujanos ortopédicos, optómetras y oftalmólogos (para exámenes anuales de la vista).

Existe un copago de \$10 por visita al consultorio de su médico general primario. Las visitas a la sala de emergencias como paciente externo se cubre con un copago de \$50. Si le hospitalizan no se le cobra el copago. No hay copagos para las radiografías de diagnóstico, mamografías y análisis de laboratorio. Los servicios y suministros cubiertos como paciente interno, el cuarto semiprivado (o privado si es médicamente necesario) o la Unidad de Cuidado Intensivo (ICU, por sus siglas en inglés) son cubiertos al 100% después de un deducible de \$500. No hay copagos para los servicios de cuidado de maternidad, hospital y médico (incluyendo la cesárea) después de un deducible de \$500.

La cobertura para medicinas recetadas se proporciona a través de la red de AdvancePCS. Los copagos para compras efectuadas en farmacias por suministros de hasta 30 días son de \$5 para medicamentos genéricos, \$20 para medicamentos de marca y \$35 para medicamentos de marca no preferida. Las recetas ordenadas por correo para un suministro hasta por 90 días de medicamentos de mantenimiento están también disponibles a través de las farmacias Walgreen. Hay un copago de \$10 para las medicinas genéricas, \$40 para las medicinas de marca y \$70 para las medicinas de marca no preferida. El máximo de beneficios del plan para las medicinas recetadas es de \$2,000 por persona.

Disposiciones Generales	Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios
Deducible (por año del plan)	
Personal–Usted paga	\$500 por año del plan por todas las admisiones de paciente interno
Familiar–Usted paga	Ninguno
Desembolso Personal Máximo (por año del plan)	
Personal–Usted paga	\$1,000 (sin incluir farmacia)
Familiar–Usted paga	\$2,000 (sin incluir farmacia)
Beneficio Máximo de por Vida	Sin límite
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio	
Visitas al consultorio del médico–Usted paga	\$10 de copago
Inyecciones para alergias–Usted paga	50% por el suero; Sin copago para la administración
Cirugía en el consultorio–Usted paga	\$0 de copago
Cirugía como paciente externo–Usted paga	\$0 de copago
Cuidado de maternidad (sólo cargos del médico; vea Servicios en el Hospital/Instalaciones para cargos a pacientes internos)–Usted Paga	Sin copago por visita al médico para cuidado prenatal, postnatal y parto
Visitas del médico a pacientes internos–Usted Paga	\$0 de copago
Dispositivos anticonceptivos–Usted Paga	\$10 por visita al consultorio médico
Cuidado Médico Preventivo	
Visitas al consultorio del médico–Usted paga	\$10 de copago por visita al consultorio médico (incluye todos los servicios de cuidado preventivo facturados con una visita al consultorio de un médico de la red)
	Los servicios están limitados a una visita por persona y por año del plan: Examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina (sin copago) y exámenes de la vista. Otros servicios incluyen exámenes del bebé sano, vacunas (sin copago hasta los 6 años), exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y sin copago por exámenes de osteoporosis



Servicio al Cliente

1-(956) 723-7667 o bien
1-(800) 617-3433
De lunes a viernes
8 a.m. a 5 p.m.
(Hora Centro)

¿Qué hay de nuevo para el 2007-2008?

- No habrá cambios al plan
- Habrá un incremento aproximado del 18% a la prima del seguro

Disposiciones Generales

Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios

Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas

Cargos de hospital para paciente interno y demás cargos para paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago, después del deducible
Paciente externo en hospital/instalaciones—Usted Paga	\$0 de copago
Cuidado médico en la sala de emergencias—Usted Paga	\$50 de copago (no se cobra si le hospitalizan por la misma condición en un plazo de 24 horas)
Servicios de atención de urgencia en instalac.—Usted Paga	\$25 de copago

Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)

Salud Mental	
Instalaciones de paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago, después del deducible
Máximo por año del plan	30 días
Cargos del médico para paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago
Máximo por año del plan	30 visitas
Paciente externo/consulta—Usted Paga	\$25 de copago
Máximo por año del plan	25 visitas
Dependencia a Sustancias Químicas	
Instalaciones para pacientes internos—Usted Paga	Se cubre como cualquier otra enfermedad
Cargos del médico para paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago, después del deducible
Paciente externo—Usted Paga	\$25 de copago
Visita al consultorio médico—Usted Paga	\$25 de copago

Enfermedad Mental Grave

Instalaciones para pacientes internos—Usted Paga	\$0 de copago, después de deducible
Máximo por año del plan	Sin límites de días
Cargos del médico para paciente interno—Usted Paga	\$0 de copago
Máximo por año del plan	Sin límites de visitas
Paciente externo/consulta—Usted Paga	\$25 de copago
Máximo por año del plan	Sin límites de visitas

Medicinas Recetadas

Farmacia	
Genérica—Usted Paga	Suministro hasta por 30 días
Marca Preferida—Usted Paga	\$5 de copago
Marca No Preferida—Usted Paga	\$20 de copago
Servicio de Entrega por Correo	\$35 de copago
Servicio de Entrega por Correo	
Genérica—Usted Paga	Suministro hasta por 90 días
Marca Preferida—Usted Paga	\$10 de copago
Marca No Preferida—Usted Paga	\$40 de copago
Máximo para el Beneficio de Medicinas Recetadas por Año del Plan	\$70 de copago
	\$2,000 por persona

Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Declaración de Cobertura para información más específica sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones al final de esta guía de inscripción.



Área de Servicio

32 Condados de Texas
(Centro de Texas)

Para ser elegible para esta cobertura de HMO, usted debe vivir, trabajar o residir en uno de los siguientes condados:

- | | |
|----------|------------|
| Austin* | Lampasas |
| Bastrop | Lee |
| Bell | Leon* |
| Blanco | Llano |
| Bosque | Madison |
| Brazos | McLennan |
| Burleson | Milam |
| Burnet | Mills |
| Caldwell | Robertson |
| Coryell | San Saba |
| Erath* | Somervell |
| Falls | Travis |
| Grimes | Walker |
| Hamilton | Waller* |
| Hays | Washington |
| Hill | Williamson |

* Los condados con cobertura parcial se explican a continuación:

Austin – Los códigos postales 77452, 77833, 78931 y 78944 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 77418, 78940 y 78950.

Erath – El código postal 76457 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 76401, 76433 y 76446

Leon – Los códigos postales 77855 y 77871 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 75833, 75850 y 77865.

Waller – El código postal 77445 en su totalidad. Porciones de los códigos postales 77423 y 77484.

El concepto interdisciplinario del equipo médico de Scott & White en cuanto al cuidado de la salud, le asegura a usted un diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo apropiados a través de nuestro completo sistema de atención médica. Se incluye una amplia cobertura médica, quirúrgica y hospitalaria así como para servicios preventivos, tales como los exámenes físicos de rutina, el cuidado del bebé sano y las vacunas.

Cuando usted se inscribe en el plan médico de Scott & White Health Plan, tendrá que seleccionar un médico general primario (PCP). Cada miembro de su familia puede seleccionar a un PCP diferente. Además de su PCP, las mujeres pueden seleccionar a un Gineco/Obstetra participante y pueden recibir servicios de Gineco/Obstetricia a través de dicho médico sin necesidad de ser referida. Existe un copago de \$25 para las consultas con su médico general primario o con un especialista.

El copago para una visita a la sala de emergencias es de \$100 y \$40 para una visita de atención de urgencia. Si le hospitalizan directamente desde la sala de emergencias en un plazo de 24 horas, no se le cobra el copago de la sala de emergencias. El copago para una estadía de paciente interno es de \$200 por día con un copago máximo de \$1,000. Este copago incluye todos los honorarios y servicios del médico utilizados durante su estadía.

El plan médico de Scott & White incluye la cobertura para beneficios de medicinas recetadas. A través de las farmacias de Scott & White Health Plan o farmacias participantes, usted podrá adquirir un suministro para 34 días o 100 unidades, lo que menos costoso, y se le cobrarán \$5 por medicamento genérico, \$25 por medicamento de marca o lo que resulte menos costoso entre \$50 o 50% para un medicamento alternativo de marca y más de \$50 o 50% para un medicamento sin receta no de formulario. Para recibir un suministro de 90 días, su receta médica deberá encontrarse en la lista de medicamentos de mantenimiento de Scott & White Health Plan Pharmacy y debe obtenerse a través de la farmacia por correo de Scott & White Health Plan o bien en una de las farmacias propiedad de Scott & White Health Plan, ubicadas en Bryan/College Station, Georgetown, Killen, Temple, Waco o Belton. El suministro de medicina genérica de mantenimiento le costará \$10 y el costo de las medicinas de marca es de \$50. Existe un plan de beneficio anual máximo de \$2,000 por persona para las medicinas recetadas.

Disposiciones Generales	Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios
Deducible (por año del plan)	
Personal–Usted paga	Ninguno
Familiar–Usted paga	Ninguno
Desembolso Personal Máximo (por año del plan)	
Personal–Usted paga	\$3,000 por persona y por año del plan (sin incluir farmacia)
Familiar–Usted paga	\$6,000 por persona y por año del plan (sin incluir farmacia)
Beneficio Máximo de por Vida	Sin límite
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio	
Visitas al consultorio del médico–Usted paga	\$25 de copago
Inyecciones para alergias–Usted paga	\$25 por ampolla
Cirugía en el consultorio–Usted paga	\$25 de copago
Cirugía como paciente externo–Usted paga	\$100 de copago
Cuidado de maternidad (sólo cargos del médico; vea Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas para cargos a pacientes internos)–Usted Paga	\$25 por visita (máximo \$300); Sin copago por cargos del médico para el parto
Visitas del médico a pacientes internos–Usted Paga	\$0 de copago
Dispositivos anticonceptivos–Usted Paga	\$25 de copago

Scott & White Health Plan



Servicio al Cliente

1-(800) 321-7947 o bien

1-(254) 298-3000

De lunes a viernes

8 a.m. a 5 p.m.

(Hora Centro)

¿Qué hay de nuevo para el 2007-2008?

- Copagos para medicamentos de especialidad para pacientes externos
 - Nivel 1 \$50
 - Nivel 2 (preferida) \$100
 - Nivel 3 (preferida - premium) \$250
 - Nivel 4 (no preferida) 50% (no cuenta para el máximo de desembolso personal)
- Copagos para medicinas recetadas
 - Marca preferida comprada en farmacia \$25
 - Marca preferida comprada por correo \$50
 - Medicamento sin receta no de formulario comprado en farmacia: Lo que resulte mayor entre \$50 o 50%
- Aumento aproximado del 3% en la prima del seguro

* Si se dispensa una medicina de marca, habiendo una genérica disponible, el participante pagará el 50% del costo

Disposiciones Generales

Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios

Cuidado Médico Preventivo

Visitas al consultorio del médico—Usted paga \$25 de copago por visita al consultorio (incluye todos los servicios de cuidado preventivo facturados junto con una visita al consultorio de un profesional médico de la red)

Los servicios se limitan a una visita por persona y por año del plan: Examen médico de rutina, examen gineco/obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina (sin copago) y exámenes de la vista. Otros servicios incluyen exámenes del bebé sano, vacunas (sin copago hasta los 7 años), exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y exámenes de osteoporosis

Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas

Cargos de hospital para paciente interno y otros cargos para paciente interno—Usted Paga \$200 por día (máximo \$1,000 por admisión)

Paciente externo en hospital/instalaciones—Usted Paga \$25 de copago

Cuidado médico en la sala de emergencias—Usted Paga \$100 de copago (no se cobra si le hospitalizan por la misma condición en un plazo de 24 horas)

Servicios de atención de urgencia en instalac.—Usted Paga \$40 de copago

Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)

Salud Mental

Instalaciones de paciente interno—Usted Paga 50% de los cargos
Máximo por año del plan 20 días

Cargos del médico para paciente interno—Usted Paga \$0 de copago

Máximo por año del plan 20 visitas

Paciente externo/consulta—Usted Paga 50% de los cargos

Máximo por año del plan 20 visitas

Dependencia a sustancias químicas Se cubre como cualquier otra enfermedad

Instalaciones para pacientes internos—Usted Paga \$200 por día (máximo \$1,000 por admisión)

Cargos del médico para paciente interno—Usted Paga \$0 de copago

Paciente externo—Usted Paga \$25 de copago

Visita al consultorio médico—Usted Paga \$25 de copago

Enfermedad Mental Grave

Instalaciones para pacientes internos—Usted Paga \$200 por día (máximo \$1,000 por admisión)

Máximo por año del plan 45 días

Cargos del médico para paciente interno—Usted Paga \$0 de copago

Máximo por año del plan 45 visitas

Paciente externo/consulta—Usted Paga \$25 de copago

Máximo por año del plan 60 visitas

Medicinas Recetadas

Farmacia Suministro hasta por 34 días

Genérica—Usted Paga \$5 de copago

Marca Preferida—Usted Paga \$25 de copago*

Si se trata de medicinas recetadas de formulario, lo que resulte menor entre \$50 o 50% de los cargos; si no es de formulario, lo que resulte mayor de \$50 o 50% de los cargos

Servicio de Entrega por Correo Suministro hasta por 90 días

Genérica—Usted Paga \$10 de copago

Marca Preferida—Usted Paga \$50 de copago*

Si se trata de medicinas recetadas de formulario, lo que resulte menor entre \$100 o 50% de los cargos; si no es de formulario, no está disponible

Medicamentos de Especialidad de Paciente Interno

Nivel 1 \$50 de copago

Nivel 2 (preferida) \$100 de copago

Nivel 3 (preferida premium) \$250 de copago

Nivel 4 (no preferida) 50% de los cargos; no cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal

Beneficio Máximo de Medicinas Recetadas por Año del Plan \$2,000 por persona (no se aplica para medicinas auto inyectables)

Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Declaración de Cobertura para información más específica sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones al final de esta guía de inscripción.

www.trs.state.tx.us/trs-activecare



Área de Servicio

4 Condados de Texas (El Valle)

Para ser elegible para esta cobertura de HMO, usted debe vivir, trabajar o residir en uno de los siguientes condados:

- Cameron
- Hidalgo
- Starr*
- Willacy

* El condado con cobertura parcial se explica a continuación:

Starr – Los códigos postales 78536, 78547, y 78548, en su totalidad.

El sistema de cuidado médico personalizado de Valley Baptist Health Plans, incorpora a médicos privados y a otros proveedores de cuidado médico quienes trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas y proporcionarle una atención médica de alta calidad a un precio razonable.

Tratándose de un plan médico local administrado localmente con más de 800 médicos y con cinco hospitales en el Valle de Río Grande, Valley Baptist Health Plans le ofrece un plan médico fácil de utilizar sin deducibles o formularios de reclamos.

Usted tiene la opción de elegir un médico general primario (PCP) para cada uno de los miembros de su familia. El médico general primario se puede elegir entre uno de los siguientes: Médicos con práctica familiar, de medicina general, pediatras o internistas. Las mujeres pueden elegir un Gineco/Obstetra y tener acceso inmediato a un Gineco/Obstetra designado para servicios relacionados a la mujer. Usted debe contar con la referencia adecuada de su médico para recibir servicios de parte de especialista. Existe cobertura para cuidados médicos preventivos así como de rutina.

Hay un copago de \$25 por consultas de cuidado médico primario; \$35 de copago por consulta de especialista; \$25 de copago por servicios ginecológicos prestados por un PCP; \$35 de copago por servicios proporcionados por un Gineco/Obstetra (si se trata de un Gineco/Obstetra designado no se requiere la referencia médica de su PCP). Valley Baptist Health Plans proporciona una amplia cobertura hospitalaria y de emergencia. Los servicios de emergencia se cubren en cualquier lugar dónde usted viaje cuando sean médicamente necesarios.

La cobertura para medicinas recetadas se proporciona utilizando el plan de tres niveles de copagos para medicinas recetadas. Para un suministro de 30 días, los copagos de farmacia son: \$15 por medicinas genéricas, \$25 por medicinas de marca y \$45 por medicinas de marca no preferida. Para suministros de 90 días a través del servicio de entrega por correo, los copagos son: \$30 por medicinas genéricas, \$50 por medicinas de marca y \$90 por medicinas de marca no preferida.

Disposiciones Generales	Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios
Deducible (por año del plan)	
Personal–Usted paga	Ninguno
Familiar–Usted paga	Ninguno
Desembolso personal máximo (por año del plan)	
Personal–Usted paga	\$3,000 máximo de copago por año del plan por hospitalizaciones
Familiar–Usted paga	\$6,000 máximo de copago por año del plan por hospitalizaciones
Beneficio Máximo de por Vida	Sin límite
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio	
Visitas al consultorio del médico–Usted paga	\$25 de copago por médico general primario \$35 por especialista
Inyecciones para alergias –Usted paga	\$25 por médico general primario; \$35 por especialista; Sin copago por visita al consultorio sólo para inyección; 50% de copago por suero
Cirugía menor en el consultorio–Usted paga	Incluido en el copago de la consulta
Cirugía para paciente externo–Usted paga	Incluido en el copago de paciente externo por hospital/instalaciones
Cuidado de maternidad (sólo cargos del médico; vea Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas para cargos a pacientes internos)–Usted paga	\$25 por médico general primario; \$35 por visita inicial a un especialista Sin copago después de la visita inicial
Visitas del médico a pacientes internos–Usted paga	\$0 de copago
Dispositivos anticonceptivos–Usted paga	\$25 por médico general primario; \$35 por especialista

Valley Baptist Health Plans



Servicio al Cliente

1-(800) 829-6440

De lunes a viernes

8 a.m. a 6 p.m.

(Hora Centro)

¿Que hay de nuevo para el 2007-2008?

- No habrá cambios al plan
- Habrá una reducción aproximada del 3% en la prima del seguro

* Si obtiene una medicina de marca, habiendo una genérica disponible, usted es responsable por el copago de la medicina genérica y además por el costo de la diferencia entre la medicina de marca y la genérica.

Disposiciones Generales

Se requiere un médico general primario para coordinar el cuidado médico y para que se paguen los beneficios

Cuidado Médico Preventivo

Visitas al consultorio del médico—Usted paga

\$25 de copago por visita al consultorio del médico general primario; \$35 de copago por visita al consultorio del especialista (incluye todos los servicios de cuidado preventivo facturados junto con una consulta a un médico dentro de la red)

Los servicios están limitados a una visita por persona por año del plan: Examen médico de rutina, examen Gineco/Obstétrico para el bienestar de la mujer sana, mamografía de rutina (sin copago) y examen de la vista. Otros servicios incluyen exámenes del bebé sano, vacunas (sin copago), exámenes de la audición y PSA, cáncer colorrectal y exámenes para la osteoporosis

Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas

Cargos del hospital como paciente interno y otros cargos como paciente interno—Usted paga

\$300 por día (máximo de \$1,500 por admisión)

Hospital/Instalaciones de paciente externo—Usted paga

\$250 de copago

Cuidado médico en la sala de emergencias—Usted paga

\$150 de copago (no se cobra si se le hospitaliza)

Servicios de cuidado urgente/instalaciones—Usted paga

\$25 de copago

Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)

Salud Mental

Instalaciones de paciente interno—Usted paga

\$300 por día (máximo de \$1,500 por admisión)

Máximo por año del plan

15 días

Cargos del médico para paciente interno—Usted paga

\$0 de copago

Máximo por año del plan

15 visitas

Paciente externo/consulta—Usted paga

\$25 de copago

Máximo por año del plan

20 visitas

Dependencia a sustancias químicas

Máximo de tres series de por vida

Instalaciones de paciente interno—Usted paga

\$300 por día (máximo de \$1,500 por admisión)

Cargos del médico para paciente interno—Usted paga

\$0 de copago

Paciente externo—Usted paga

\$25 de copago

Visita al consultorio médico—Usted paga

\$25 de copago

Enfermedad Mental Grave

Instalaciones para pacientes internos—Usted paga

\$300 por día (máximo de \$1,500 por admisión)

Máximo por año del plan

45 días

Cargos del médico para paciente interno—Usted paga

\$0 de copago

Máximo por año del plan

45 visitas

Paciente externo/consulta—Usted paga

\$25 de copago

Máximo por año del plan

60 visitas

Medicinas Recetadas

Farmacia

Suministro hasta por 30 días

Genérica—Usted paga

\$15 de copago

Marca Preferida—Usted paga

\$25 de copago*

Marca No Preferida—Usted paga

\$45 de copago*

Servicio de Entrega por Correo

Suministro hasta por 90 días

Genérica—Usted paga

\$30 de copago

Marca Preferida—Usted paga

\$50 de copago*

Marca No Preferida—Usted paga

\$90 de copago*

Beneficio de Medicinas Recetadas

Sin límite

Máximo por Año del Plan

Este es un resumen general de sus opciones del plan de TRS-ActiveCare. Por favor refiérase a su Declaración de Cobertura para información más específica sobre su plan médico. Por favor vea la sección titulada Limitaciones y Exclusiones al final de esta guía de inscripción.

Ejemplo 1 Es la Gripe.

Esteban visitó a su médico general primario quejándose de dolores en las articulaciones, fiebre y un malestar en el estómago. Los cargos del médico ascendieron a \$85. Usted puede ver lo que pagaría Esteban bajo cada una de las opciones médicas.

	ActiveCare 1	ActiveCare 2	ActiveCare 3	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Cuando los servicios sean proporcionados por un médico general primario				
Esteban Paga	\$85	\$25	\$20	\$20	\$20	\$10	\$25	\$25

ActiveCare 1: Esto supone que Esteban no ha satisfecho su deducible del año del plan, así que él debe pagar el cargo completo.

ActiveCare 2 y 3: Esteban efectuaría el copago por consulta a su médico (no se aplica ningún deducible al recibir servicios de un proveedor perteneciente a la red).

FirstCare Health Plans: Esteban efectúa el copago por consulta a su médico general primario.

Legacy Health Solutions: Esteban efectúa el copago por consulta a su médico general primario.

Mercy Health Plans: Esteban efectúa el copago por consulta a su médico general primario.

Scott & White Health Plan: Esteban efectúa el copago por consulta a su médico general primario.

Valley Baptist Health Plans: Esteban efectúa el copago por consulta a su médico general primario.

Ejemplo 2**Revascularización coronaria.**

Mario necesitó una revascularización coronaria.

Los cargos fueron:	Cirujano	\$ 8,000
	Anestesiólogo	3,600
	Total de cargos del hospital (cinco días)	19,300
		\$30,900

	ActiveCare 1	ActiveCare 2	ActiveCare 3	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Cuando los servicios sean proporcionados por un médico general primario				
Mario Paga	\$3,100	\$2,500	\$1,500	\$750	\$750	\$500	\$1,000	\$1,500

ActiveCare 1: Esto supone que Mario satisface su deducible a medida que se realizan los servicios y que a su vez los cargos facturados y las cantidades permitidas sean iguales. Si Mario utiliza proveedores de la red, sus gastos se determinan substrayendo su deducible del cargo total y multiplicando el porcentaje del coseguro ($\$30,900 - \$1,100 = \$29,800 \times .20 = \$5,960$). Debido a que el máximo de desembolso personal es de \$2,000, los gastos de Mario serán de \$3,100, incluyendo su deducible ($\$2,000 + \$1,100$).

ActiveCare 2: Esto supone que Mario satisface su deducible, a medida que se le prestan servicios médicos y que a su vez los cargos facturados y las cantidades permitidas sean iguales. Si Mario utiliza proveedores de la red, sus gastos se calculan substrayendo el deducible y el copago por hospitalización (\$100 diarios) del cargo total y multiplicando el porcentaje de coseguro ($\$30,900 - \500 de deducible - $\$500$ de copago = $\$29,900 \times .20 = \$5,980$). Debido a que el máximo de desembolso personal es de \$2,000, los gastos de Mario serán de \$3,000, incluyendo su deducible de \$500 y su copago de \$500 por hospitalización.

ActiveCare 3: Si Mario utiliza proveedores de la red, no hay ningún deducible del plan pero debe pagar \$100 por día y por hospitalización hasta por 5 días o \$500, así que sus gastos se determinan

multiplicando el costo total por el porcentaje del coseguro ($\$30,400 \times .20 = \$6,080$). Mario es responsable por pagar \$1,500 (\$1,000 de máximo de desembolso personal más \$500 de copago de hospital).

FirstCare Health Plans: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Mario será responsable por pagar \$150 por día y por hospitalización hasta por 5 días o \$750.

Legacy Health Solutions: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Mario será responsable por pagar \$150 por día y por hospitalización hasta por 5 días o \$750.

Mercy Health Plans: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Mario será responsable por pagar un deducible de \$500.

Scott & White Health Plan: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Mario será responsable por pagar \$200 por día y por hospitalización hasta 5 días o \$1,000.

Valley Baptist Health Plans: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Mario será responsable por pagar \$300 por día y por hospitalización hasta por 5 días o \$1,500.

Ejemplo 3 ¡Es un niño!

Linda tuvo un niño después de un embarazo sin complicaciones. (El ejemplo no incluye los cargos por el recién nacido.)

Los cargos fueron:

Nueve visitas al consultorio (\$80 por cada una) y el parto	\$3,000
Total de los cargos del hospital (dos días)	5,000
	\$8,000

	ActiveCare 1	ActiveCare 2	ActiveCare 3	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Cuando los servicios sean proporcionados por un médico general primario				
Linda Paga	\$2,480	\$2,180	\$1,220	\$300	\$320	\$500	\$625	\$635

ActiveCare 1: Esto supone que Linda satisface su deducible a medida que se realizan los servicios y que a su vez los cargos facturados y los permitidos sean iguales. Si Linda utiliza proveedores de la red, sus gastos se determinan substrayendo su deducible del cargo total y multiplicando el porcentaje del coseguro ($\$8,000 - \$1,100 = \$6,900 \times .20 = \$1,380$), después se le suma el deducible a la cantidad de coseguro ($\$1,100 + \$1,380 = \$2,480$).

ActiveCare 2: Esto supone que Linda haya satisfecho su deducible a medida que se realizan los servicios médicos y que a su vez los cargos facturados y las cantidades permitidas sean iguales. Si Linda utiliza proveedores de la red, sus gastos se calculan substrayendo su copago por visita al consultorio médico, copago por hospitalización y el deducible del cargo total y multiplicando el porcentaje de coseguro ($\$8,000 - \$25 - \$200 - \$500 = \$7,275 \times .20 = \$1,455$). Linda tendrá que pagar \$2,180 ($\$25 + \$200 + \$500 + \$1,455$).

ActiveCare 3: Si Linda utiliza proveedores de la red, sus gastos se calculan substrayendo sus copagos por visita al consultorio médico y hospitalización del cargo total y multiplicando el porcentaje de coseguro ($\$8,000 - \$20 - \$200 = \$7,780 \times .20 = \$1,556$). Linda será responsable por pagar \$1,220 (\$1,000 máximo de desembolso personal, más \$200 de copago de hospitalización y \$20 por visita al consultorio médico).

FirstCare Health Plans: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, no existe un copago por consulta para el cuidado de maternidad, sino que Linda debe pagar más bien \$150 por día (2 días = \$300) por su admisión al hospital como paciente interno.

Legacy Health Solutions: Al utilizar un proveedor de la red HMO para coordinar el cuidado médico, Linda podría pagar \$320 (\$20 de copago por la visita inicial al Gineco/Obstetra y $\$300 - 2 \times \150 por día, por su estadía en el hospital).

Mercy Health Plans: Al utilizar un proveedor de la red HMO para coordinar el cuidado médico, no existen copagos por la consulta pero hay un deducible de \$500 por cargos de hospital para el cuidado de maternidad.

Scott & White Health Plan: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Linda paga \$625 ($\$25 \times 9 = \225 por consultas y $\$400 - 2 \times \200 por día—por su estadía en el hospital).

Valley Baptist Health Plans: Al utilizar un proveedor de la red de HMO para coordinar el cuidado médico, Linda pagaría \$635 (\$35 de copago por la consulta inicial con un Gineco/Obstetra y $\$600 - 2 \times \300 por día—por su estadía en el hospital).

¿Qué Puede Usted Hacer para Mantener Bajos sus Costos?

- Utilice proveedores pertenecientes a la red
- Hable con su médico para entender mejor las opciones de tratamiento y los costos asociados a los mismos para asegurarse de que está recibiendo el mejor cuidado médico por su dinero
- Vaya a ver a su médico en lugar de ir a una sala de emergencias para condiciones que no sean de emergencia
- Hable con su médico acerca de la posibilidad de escoger medicinas genéricas cuando le sea posible, lo cual le ayudará a reducir sus costos de medicinas recetadas
- Hable con su médico para aprender más acerca de las diferentes formas de mantenerse saludable a través del ejercicio, comiendo una dieta balanceada, modificando su estilo de vida así como también acerca de otras medidas preventivas

El costo de su cobertura de TRS-ActiveCare se determina por los fondos disponibles tanto del estado como del distrito, así como por el plan médico que usted seleccione, incluyendo los deducibles, copagos, coseguro y sus contribuciones mensuales

El Capítulo 1581 del Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code) autoriza fondos de cobertura de TRS-ActiveCare para ayudar a los empleados de servicio activo que sean miembros de TRS; aquellos que contribuyan al Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas). Actualmente, se requiere que cada distrito/entidad contribuya al menos con \$150 mensuales por cada miembro activo de TRS para la cobertura. (Su distrito/entidad participante puede contribuir una cantidad mayor.) El estado contribuye actualmente con \$75 mensuales por cada miembro activo de TRS. Eso equivale a un mínimo de \$225 mensuales para ayudarle a usted a pagar por su cobertura médica. Su Administrador de Beneficios le proporcionará información sobre cualquier financiamiento adicional disponible.

Cómo Juntar los Fondos y Compartir el Costo de la Prima

Los empleados casados que sean miembros activos contribuyentes de TRS pueden "juntar" los fondos de su distrito local y del estado y utilizarlos contra el costo de la cobertura de TRS-ActiveCare. Si ambos cónyuges trabajan para una entidad participante, pueden juntar los fondos cuando:

- Uno de los empleados seleccione cobertura de empleado y cónyuge y el cónyuge rechace la cobertura; o bien
- Uno de los empleados seleccione cobertura de empleado y familia y el cónyuge rechace la cobertura.

Si ambos cónyuges trabajan para diferentes entidades participantes y desean juntar sus fondos, cada uno de los empleados y sus Administradores de Beneficios correspondientes deben llenar una *Solicitud para Compartir los Gastos de Prima* (Application to Split Premium) (disponible en la página web de TRS-ActiveCare). Este formulario se debe enviar a Blue Cross and Blue Shield of Texas juntamente con la *Solicitud de Inscripción y Formulario de Cambio*. Para la pareja que elija esta opción, el costo de cobertura se dividirá y se facturará entre los dos empleadores. (No será necesario llenar un formulario para compartir los gastos de prima si ambos empleados trabajan para el mismo distrito/entidad participante.)

Nota: Ambos distritos o entidades participantes deben tener la misma fecha de entrada en vigencia de la cobertura para que los empleados casados puedan compartir la prima, excepto en el siguiente caso: Si el empleado ya posee cobertura para el empleado y la familia y otra entidad participante contrata a su cónyuge, el cónyuge puede entonces rechazar la cobertura y llenar un formulario de *Solicitud para Compartir los Gastos de Prima* (Application to Split Premium) vigente el primer día del mes posterior a la fecha en que el cónyuge aparezca como empleado activo. Las solicitudes para compartir el gasto de prima deben firmarse y enviarse al Administrador de Beneficios dentro del período de inscripción del plan.





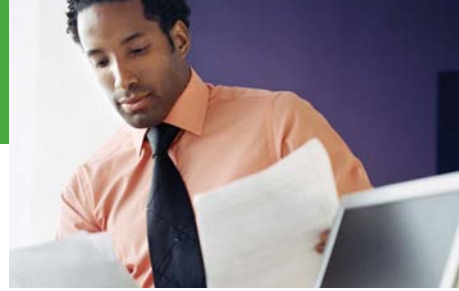
Año del Plan 2007-2008
Vigente desde el 1^o de Septiembre del 2007 hasta el 31 de agosto del 2008

	ActiveCare 1	ActiveCare 2	ActiveCare 3
Categoría de Cobertura	Costo Total*	Costo Total*	Costo Total*
Sólo Empleado	\$266.00	\$354.00	\$477.00
Empleado y Cónyuge	\$606.00	\$806.00	\$1,085.00
Empleado e Hijo(s)	\$424.00	\$564.00	\$760.00
Empleado y Familia	\$667.00	\$886.00	\$1,193.00

	FirstCare Health Plans	Legacy Health Solutions	Mercy Health Plans
Categoría de Cobertura	Costo Total*	Costo Total*	Costo Total*
Sólo Empleado	\$359.00	\$370.07	\$553.30
Empleado y Cónyuge	\$890.00	\$834.80	\$1,101.58
Empleado e Hijo(s)	\$571.00	\$585.46	\$1,041.29
Empleado y Familia	\$893.00	\$918.40	\$1,792.45

	Scott & White Health Plan	Valley Baptist Health Plans
Categoría de Cobertura	Costo Total*	Costo Total*
Sólo Empleado	\$351.48	\$357.30
Empleado y Cónyuge	\$827.76	\$800.30
Empleado e Hijo(s)	\$555.28	\$563.02
Empleado y Familia	\$862.10	\$879.02

*Cada mes, el distrito y el estado le proporcionan a los miembros en servicio activo y contribuyentes de TRS fondos para ser utilizados contra el costo de la cobertura de TRS-ActiveCare. Los fondos del estado están sujetos a las asignaciones de la Legislatura de Texas. Por favor comuníquese con su Administrador de Beneficios para determinar el costo de su cobertura.



Fecha de Inicio como Empleado de Servicio Activo: La fecha de inicio como empleado de servicio activo es la fecha en que el empleado de un distrito o entidad participante comienza a trabajar.

Cantidad Permitida: La cantidad máxima permitida para un servicio médico o suministro a través de los planes de ActiveCare 1, 2 y 3 (no corresponde a los planes de HMO). La cantidad permitida la determina Blue Cross and Blue Shield of Texas, basándose ya sea en el cargo cobrado por el mismo servicio por otros proveedores de la misma área geográfica con similar entrenamiento, experiencia e instalaciones o bien en las tarifas negociadas con proveedores que posean contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores que no pertenezcan a la red y que no sean de ParPlan, pueden cobrarle a usted directamente las cantidades que excedan de la cantidad permitida.

Administrador de Beneficios: La persona contratada por su distrito/entidad que haya sido designada para ayudar a los empleados a inscribirse en varios planes de beneficios y así como a efectuarle cambios a su cobertura.

Cuidado Médico del Comportamiento: Cualquier tratamiento o asesoría provista a una persona que padezca de cualquier problema de la salud mental o del abuso de sustancias ilegales.

Capítulo 1579, Código de Seguros de Texas: Este capítulo establece las leyes que rigen el Programa de TRS-ActiveCare. El programa fue establecido en el año 2001 y diseñado específicamente para tratar las necesidades de cuidado médico de los empleados de las escuelas públicas de Texas, creando un programa estatal de cuidado médico administrado por medio de TRS.

Capítulo 1581, Código de Seguros de Texas: Este capítulo trata los asuntos relacionados con el aporte financiero para el cuidado médico de los miembros en servicio activo y contribuyentes de TRS.

Copago: La cantidad establecida que usted paga por ciertos servicios médicos y medicinas recetadas al momento de recibir el servicio. Los copagos no se aplican a los deducibles o al máximo de desembolso personal para los planes de ActiveCare 1, 2 y 3. Los copagos se aplican al máximo de desembolso personal para los planes de HMO, a excepción de los copagos de farmacia.

Coseguro: El porcentaje de los gastos médicos que usted y el plan comparten. Por ejemplo, si la cantidad del coseguro de la red es "80/20" eso significa que el plan paga 80% y usted paga 20% de la cantidad permitida de los cargos elegibles. El coseguro se aplica a los planes ActiveCare 1, 2 y 3, y en la mayoría de los casos, no se aplica a los planes de HMO.

Deducible: La cantidad de los gastos de desembolso personal que debe pagar la persona cubierta por el servicio de cuidado médico obtenido antes de que comience a pagar por ello el plan de cuidado médico. Los planes de ActiveCare 1, 2 y 3 incluyen deducibles, pero no los planes de HMO.

Contribución del Distrito: Una cantidad determinada y pagada por su distrito mensualmente para compensar la cobertura de costos del plan personal.

Contribución del Empleado: La cantidad que el empleado cubierto paga por la cobertura a través del programa de TRS-ActiveCare después de haberse deducido cualquier contribución aplicable por parte del estado y el distrito. Esta cantidad se basa en el plan seleccionado y en la categoría de cobertura (empleado solamente, empleado y cónyuge, empleado e hijo(s) y empleado y familia).

Medicinas Genéricas: Son productos medicinales manufacturados y distribuidos después de haber caducado la patente del innovador de la medicina de marca. La medicina genérica deberá tener los mismos ingredientes activos, la misma potencia y fórmula de la dosis que su contraparte de marca. Las medicinas genéricas pueden tener un copago más bajo que las medicinas de marca.

Máximo de Por Vida: Esta cantidad indica el beneficio máximo que puede recibir una persona estando cubierta por TRS-ActiveCare. Esto se aplica solamente a los beneficios de fuera de la red con ActiveCare 3.

Farmacia de la Red: Una farmacia que haya entrado en un acuerdo con el plan médico para proporcionarle beneficios de medicinas recetadas a los participantes de TRS-ActiveCare.

Proveedor de la Red: Médicos, hospitales y demás proveedores contratados por la red.

Medicinas de Marca No Preferidas: Una medicina de alto costo, en cuyo caso el plan preferiría que el paciente eligiera más bien una de menor costo, terapéuticamente igual y que se considere como substituta.

Farmacias Fuera de la Red: Una farmacia que no ha entrado en un acuerdo con el plan médico para proporcionarle beneficios de medicinas recetadas a los participantes de TRS-ActiveCare.

Proveedores Fuera de la Red: Médicos, hospitales y demás proveedores no contratados por la red.

Máximo de Desembolso Personal: Si usted ha alcanzado el máximo de desembolso personal de su plan, el plan pagará entonces el 100% de cualquier gasto elegible por el resto del año del plan. Los copagos por visita al consultorio médico continúan aun cuando se haya alcanzado el máximo de desembolso personal. Los copagos no se aplican a los máximos de desembolso personal para los planes de ActiveCare 1, 2 y 3. Los copagos se aplican a los máximos de desembolso personal para los planes de HMO, a excepción de los copagos de farmacia.

Médicos de ParPlan e Instalaciones Médicas Contratadas: Los médicos participantes (de ParPlan) y las instalaciones médicas contratadas ofrecen servicios y ventajas de costos, acordando aceptar una cantidad permitida por servicios cubiertos, cuando usted recibe servicios de proveedores no pertenecientes a la red. Estos ellos pueden



también procesar sus reclamos. Al acudir a los médicos de ParPlan, usted recibirá el nivel de beneficios de fuera de la red. ParPlan se aplica a los planes de ActiveCare 1, 2, 3 y a los planes de PPO, pero no a los planes de HMO.

Autorización Previa: Ciertos tratamientos o servicios de Blue Cross and Blue Shield of Texas o de los Servicios de Salud del comportamiento INROADS requieren de aprobación por adelantado, tales como una admisión al hospital, cubierto por los planes de ActiveCare 1, 2 y 3, pero no por los planes de HMO.

Condición Preexistente: Cualquier condición física o mental para la cual una persona haya procurado o recibido cuidado, recomendación médica, tratamiento o diagnóstico durante los seis meses anteriores a la fecha de su inscripción. El embarazo no se considera una condición preexistente.

Medicinas de Marca Preferida: Una alternativa terapéutica que se considera como la medicina preferida para su plan. Estos medicamentos son recomendados como aceptables por la Farmacia y Comités Terapéuticos, basándose en tres criterios: Eficacia, seguridad y costo.

Medicinas Recetadas de Formulario: Una lista de medicinas que su plan prefiere que los médicos receten, basándose en su calidad y bajo costo. Esta lista se distribuye a los proveedores, farmacias y/o participantes del plan y ofrece pautas a seguir para obtener recetas médicas a un bajo costo.

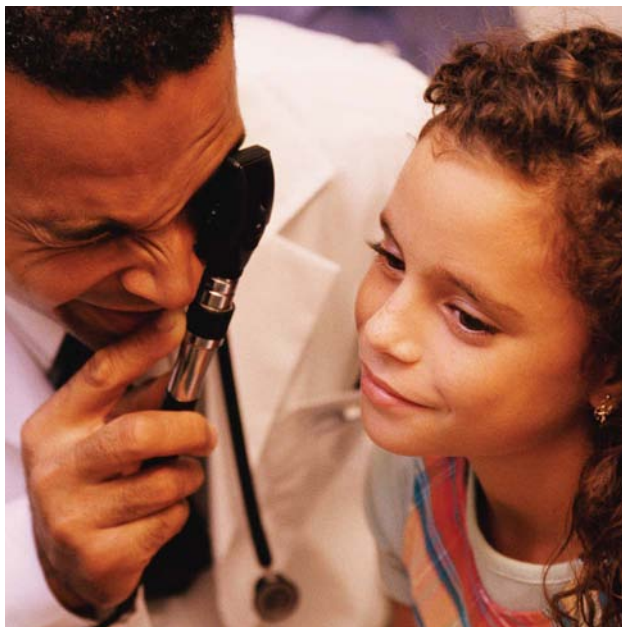
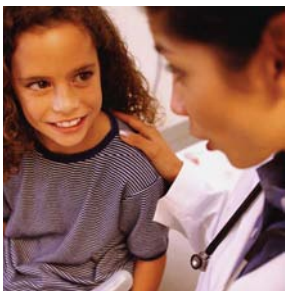
Médico General Primario (PCP): Un médico de medicina general, médico con práctica familiar, internista o pediatra responsable por proporcionar o coordinar todo el cuidado que usted reciba través de la red de HMO.

Referencia Médica: Cuando un proveedor determina que un paciente presenta una condición que requiere de la atención de un especialista, hace una recomendación médica o le remite para que vea a un especialista. No se requiere referencia médica para aquellos que estén inscritos en los planes de ActiveCare 1, 2 o 3. Sin embargo, bajo los planes de TRS-ActiveCare HMO, por lo general se requiere que su médico le remita antes de que pueda usted consultar a otro proveedor o especialista. Para más información, refiérase a su Evidencia de Cobertura de HMO.

Área de Servicio: El área geográfica en la cual el plan médico está autorizado por ley para prestar servicios.

Evento Especial de Inscripción: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 o HIPAA, por sus siglas en inglés) que pueda proporcionar un período de inscripción especial de treinta un días para personas y dependientes cuando haya una pérdida involuntaria de otra cobertura o cuando se agreguen dependientes adicionales. *Vea en línea el Folleto de Beneficios o la Declaración de Cobertura de HMO para más información sobre sus derechos dado el caso que usted tenga algún evento especial de inscripción.*

Aporte del Estado: Una cantidad de dinero determinada y pagada mensualmente por el estado de Texas para empleados elegibles a fin de compensar el costo de la cobertura del plan de TRS-ActiveCare de la persona.



Inscripción

P. ¿Cuándo empieza la cobertura y cuándo termina?

R. Las opciones del plan y categorías de dependientes cubiertos que usted elija durante los períodos de inscripción de primavera y verano permanecerán vigentes desde el 1° de septiembre del 2007 hasta el 31 de agosto del 2008. Sin embargo, para los empleados de los distritos o entidades que elijan formar parte de TRS-ActiveCare después del 1° de septiembre del 2007, la cobertura seleccionada no entrará en vigencia hasta que el distrito o entidad empiece a formar parte de TRS-ActiveCare. Por ejemplo, si su distrito o entidad deciden conservar sus coberturas actuales del plan de beneficio médico hasta el 31 de diciembre del 2007, sus opciones del plan bajo TRS-ActiveCare no entrarán en vigencia hasta el 1° de enero del 2008 y permanecerán vigentes hasta el 31 de agosto del 2008.

Empleados Recientemente Contratados: Los empleados recientemente contratados tienen 31 días después del primer día de empleo para seleccionar cobertura médica con TRS-ActiveCare. Los empleados recientemente contratados pueden elegir, como fecha de vigencia de su cobertura, su fecha de inicio en el trabajo (la fecha en que comienzan a trabajar), o el primer día del mes posterior a su fecha de inicio en servicio activo como la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

P. ¿Cómo se procesará la inscripción de TRS-ActiveCare?

R. Cada distrito/entidad participante deberá inscribir a sus propios empleados. Su Administrador de Beneficios puede proveerle a usted información sobre el lugar y fechas en que se llevarán a cabo dichas inscripciones.

P. ¿Puedo inscribir a mi cónyuge en un plan e inscribirme yo en otro?

R. No. Todos los dependientes cubiertos deben estar bajo la misma opción del plan que el empleado.

P. ¿Puede el empleado de un distrito participante rechazar la cobertura durante el período de inscripción e inscribirse posteriormente?

R. El empleado puede elegir cobertura durante el período inicial de inscripción o bien puede rechazarla. El empleado debe llenar las secciones 1, 2 y 9 de la *Solicitud de Inscripción y Formulario de*

Cambio si elige rechazar la cobertura. Es de anticiparse, pero no se garantiza, que habrá oportunidades de inscripción periódicas y a su vez una persona debe poder inscribirse debido a un evento de inscripción especial. Las personas que hayan rechazado cobertura previamente puede que estén sujetas a exclusiones de condiciones preexistentes. (Las exclusiones de condiciones preexistentes no se aplican a la cobertura de HMO.)

P. ¿Puede darse de baja una cobertura durante el año del plan?

R. A menos que se restrinja por participación en el "plan de cafetería" del Código de Ingresos Internos (Internal Revenue Code), Sección 125, el empleado puede dar de baja toda la cobertura o bien la cobertura para dependientes. Si se da de baja durante el año del plan, la persona no será elegible para reinscribirse en TRS ActiveCare hasta el siguiente período de inscripción. Puede que se apliquen exclusiones por condición preexistente. Nota: El empleado no puede elegir dar de baja la cobertura retroactivamente; se requiere una fecha de cancelación futura.

Gastos Médicos

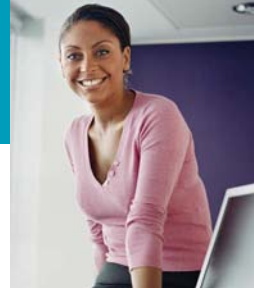
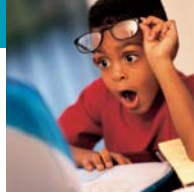
P. ¿Si mi distrito o entidad ha comenzado a participar recientemente en TRS-ActiveCare y yo he satisfecho mi deducible este año con mi compañía aseguradora actual, ¿tengo que cubrir otro deducible bajo mi opción del plan médico de TRS-ActiveCare?

R. Las cantidades acumuladas de deducibles y desembolsos personales de su plan médico anterior no pueden traspasarse a su opción del plan de TRS-ActiveCare. Esto se aplica además a cualquier gasto acumulado para el máximo de por vida.

P. ¿Existe alguna exclusión por condición preexistente?

R. Depende. Si se inscribe en ActiveCare cuando pasa a ser elegible inicialmente para cobertura, usted puede elegir cualquier opción para el año del plan 2007-2008, sin exclusiones por condición preexistente. Si usted no se inscribe durante su período de elegibilidad inicial o si se está cambiando de empleo y a la vez transfiriendo su cobertura de TRS-ActiveCare de un distrito/entidad participante a otra, podrían aplicarse exclusiones a la condición preexistente. Si usted ha rechazado previamente la cobertura, se





aplicará un período de espera de 12 meses para las condiciones preexistentes para ActiveCare 1, 2 y 3, pero no para la cobertura de HMO. No existen exclusiones de condición preexistente para la cobertura de HMO. Pueden utilizarse las coberturas acreditables anteriores para compensar un período de espera de condición preexistente, según lo provisto bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

P. ¿Qué sucedería si al inscribirme ya estoy bajo tratamiento y mi proveedor no pertenece a la red?

R. Si su distrito o entidad comienza a participar en TRS-ActiveCare por vez primera dentro del año del plan 2007-2008, los beneficios transitorios para el cuidado médico pueden estar disponibles cuando usted se inscriba en una de las opciones del plan médico. Si está embarazada o recibiendo tratamiento para una enfermedad grave, usted puede todavía ver a su proveedor fuera de la red por cierto tiempo y recibir beneficios de la red para servicios cubiertos. Visite la página web de TRS-ActiveCare para información sobre el cuidado transitorio para su plan de cuidado médico específico.

P. ¿Qué sucedería si no elijo un médico general primario (PCP) cuando me inscriba para la cobertura de HMO?

R. A usted se le asignará un médico general primario (PCP). Se le requerirá que utilice este PCP hasta que el plan médico reciba una petición de cambio de PCP por parte suya.

P. ¿Qué tipo de cobertura recibirá mi hijo si asiste a una universidad en otra ciudad?

R. La respuesta varía dependiendo de si tanto usted como su hijo se han inscrito en un plan PPO o HMO. PPO: Si está inscrito en ActiveCare 1, 2 o 3, su hijo quedará cubierto para el cuidado de emergencia o no de emergencia sin importar dónde viva. Su hijo recibirá el nivel más alto de beneficios al utilizar los proveedores de la red. Si su hijo utiliza proveedores no pertenecientes a la red para el cuidado médico, recibirá entonces un nivel inferior de beneficios para los cargos cubiertos. HMO: Su hijo quedará cubierto internacionalmente para el cuidado de emergencia. Para el cuidado de rutina, si asiste a una universidad ubicada en un área de servicio de la red HMO, su hijo puede elegir un médico general primario (PCP) de la comunidad donde se encuentre ubicado. Si su hijo reside fuera del área de servicio de la red HMO, puede elegir un médico general primario (PCP) en el área de servicio de los padres el cual coordinará las necesidades del cuidado médico del hijo dentro de la red.

P. ¿Cuento con cobertura médica al viajar fuera del estado?

R. La respuesta varía dependiendo de si está inscrito en un plan PPO o en un plan HMO. PPO: Si está inscrito en ActiveCare 1, 2 o 3, usted recibirá beneficios de la red cuando utilice proveedores de PPO pertenecientes a Blue Cross and Blue Shield (BCBS). Aunque puede elegir utilizar cualquier proveedor, usted recibirá beneficios a nivel de fuera de la red si utiliza un proveedor fuera de la red. Para ubicar proveedores de la red fuera de Texas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente. HMO: Usted tiene cobertura internacional para el cuidado de emergencia. Para todos los cuidados que no sean de emergencia, deberá acudir o contar con la referencia médica de su médico general primario.

Farmacia

P. ¿Necesito una nueva receta de mi médico al utilizar los servicios de farmacia por correo proporcionados por mi plan o aceptarán las órdenes actuales para reabastecer el suministro?

R. Usted deberá obtener una nueva receta de parte de su médico antes de que se le despache por correo un suministro inicial o subsiguiente. Su plan médico le proporcionará información adicional sobre cómo utilizar el beneficio del servicio de entrega por correo o farmacia antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

P. ¿Cómo puedo averiguar si mi medicamento se encuentra en la lista de medicinas preferidas?

R. Usted puede encontrar la lista de medicinas preferidas para el plan médico seleccionado en la página web o bien llamando al Departamento de Servicio al Cliente.

P. ¿Puedo recibir medicamentos de marca recetados por mi médico aún habiendo una medicina genérica disponible?

R. Sí, usted puede obtener medicamentos de marca si su médico especifica "sólo de marca" o "súrtase como se describe" en la receta médica. Sin embargo, puede que usted tenga que efectuar un copago adicional por la medicina genérica, dependiendo de la opción del plan que seleccione. Usted puede efectuar un pago parcial (o total) de la diferencia entre el costo de la medicina genérica y la de marca. Para más información, refiérase a los Resúmenes de Beneficios y Comparaciones de los Planes que aparecen en las páginas 14 a la 29 de esta guía.

P. ¿Cómo puedo saber si la medicina que estoy tomando se considera como medicamento de mantenimiento?

R. Los participantes del plan PPO pueden llamar al Departamento de Servicio al Cliente para determinar si su medicamento se considera como de mantenimiento. Usted puede obtener información adicional sobre la cobertura de medicinas y precios a través de la página web www.trs.state.tx.us/trs-activecare, o simplemente inscribiéndose en línea en www.medco.com, una vez que ya se haya inscrito en TRS-ActiveCare. Los participantes del plan HMO deberán llamar al número de Servicio al Cliente de su plan.

P. ¿Tendré un cargo de copago más bajo por el servicio de medicinas recetadas adquiridas por correo si se me despacha un suministro por menos de 90 días?

R. No, le corresponde el mismo copago al servicio por correo independientemente del número de días del suministro. Por ejemplo, una persona a quien se le envíe un suministro para 60 días de una medicina recetada, efectuará el mismo copago que una persona a quien se le envíe una medicina para un suministro de 90 días, suponiendo que el costo del medicamento no sea menor que el copago.

Importante: Esta lista no contiene todas las limitaciones y exclusiones. El Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare estará disponible en línea el 1º de septiembre del 2007. Si usted elige un HMO, la Declaración de Cobertura del mismo tendrá una lista completa y una descripción de la cobertura del plan, limitaciones y exclusiones. Para información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente correspondiente a su plan.

ActiveCare 1, 2 y 3

- Según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios o cualquier servicio o suministro de investigación o experimental.
- Cargos resultantes del incumplimiento en el seguimiento de las consultas con un médico u otro proveedor profesional, para completar cualquier formulario de seguro o adquisición de historiales médicos.
- Servicios o suministros para la vista, incluyendo pero no limitado a, ortópicos, entrenamiento de la vista, terapia de la vista, queratotomía radial, lentes de contacto o el ajuste de los mismos, anteojos, queratotomía fotoreflexiva y LASIK.
- Cirugía cosmética, de reconstrucción o plástica, excepto por lo indicado en el Folleto de Beneficios.
- Servicios dentales generales, incluyendo dispositivos dentales (excepto para dispositivos permitidos por lesiones accidentales, cubiertos bajo cirugía plástica).
- Cualquier gasto ya sea médico o quirúrgico incurrido para una cirugía dental excepto según lo descrito en su Folleto de Beneficios.
- Servicios o suministros para el cuidado rutinario de los pies, incluyendo zapatos ortóticos, plantillas o soportes para el arco del pie de cualquier tipo (excepto cuando se receten por diagnóstico o en relación con la diabetes).
- Servicios o suministros proporcionados para la obesidad o la reducción de peso excepto cuando se trate de un tratamiento médicamente necesario de obesidad mórbida según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas.
- Servicios o suministros proporcionados por lesiones sufridas como resultado de una guerra declarada o no o cualquier acto de guerra o mientras esté activo o en reserva para el servicio militar de cualquier país o autoridad internacional.
- Servicios o suministros proporcionados para tratamiento o servicios relacionados con la articulación temporomandibular (TMJ), excepto para el tratamiento de diagnóstico y quirúrgico médicamente necesarios.
- Servicios o suministros proporcionados en conexión con una enfermedad ocupacional o alguna lesión sufrida en el ámbito o transcurso de cualquier empleo, ya sea que se proporcione o puedan proporcionarse beneficios bajo la Compensación al Trabajador.
- Artículos para la conveniencia del paciente o su comodidad, según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas.
- Servicios dietéticos o nutricionales excepto para el programa de evaluación nutricional de un paciente interno proporcionada en y por un hospital y aprobado por Blue Cross and Blue Shield of Texas o las administración de servicios para diabéticos proporcionada por un médico y aprobada por Blue Cross and Blue Shield of Texas o un suplemento alimenticio médicamente necesario requerido para el tratamiento de la Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés).
- Servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del participante o después de la fecha del término de la cobertura.
- Cargos que no se facturarían si usted no tuviera seguro médico o cargos por los cuales usted no está legalmente obligado a pagar.
- Servicios o suministros proporcionados por una persona, entidad, instalaciones médicas u hospital no aprobado por Blue Cross and Blue Shield of Texas ya sea como proveedor de la red o fuera de la red.
- Cargos de habitación y alimentación durante una admisión al hospital para procedimientos de diagnóstico o de evaluación, a menos que Blue Cross and Blue Shield of Texas determine que la condición del paciente interno es médicamente necesaria.
- Terapia/consejería familiar y matrimonial, auto terapia o terapia como parte de un programa de capacitación.
- Servicios de viaje y alojamiento, ya sean o no recomendados o recetados, excepto los servicios de ambulancia.
- Servicios o suministros proporcionados, ya sea en preparación o en conjunción con una: Esterilización reversible (masculina o femenina); cirugía transexual, disfunción sexual, fertilización in vitro; o fertilización por medio de técnicas reproductivas extra-coitales, incluyendo, pero no limitado a, la inseminación artificial, inseminación intrauterina, capacitación del útero con una mayor potencia de ovulación, inseminación intraperitoneal directa, inseminación transuterina tubal, transferencia intrafalopial de gametos, transferencia pronuclear del estado del oocito, transferencia intrafalopial de cigotos y transferencia tubal del embrión.
- Aborto, a menos que la vida de la participante corra peligro de continuar con el embarazo, si hay un diagnóstico de anomalía fetal o si el embarazo ha sido causado por un acto criminal como la violación o el incesto.
- Procedimientos de trasplante que Blue Cross and Blue Shield of Texas considere experimental o bien de naturaleza investigativa.
- Servicios médicos sociales, consejería vocacional o por luto (excepto como parte de un plan de tratamiento en un hospicio preautorizado).
- Pruebas o tratamiento de sensibilidad al medio ambiente, ecología clínica o de alergias para paciente interno.
- Terapia de quelación excepto para el tratamiento del envenenamiento agudo con metales.
- Medicinas recetadas o cubiertas bajo un programa separado de medicinas recetadas con sus propias limitaciones y exclusiones. A continuación se ofrecen ejemplos, pero no se considera una relación completa de las categorías que se excluyen: Medicinas con prescripción médica no controladas; suministros de ostomía; sueros para alergias; productos sanguíneos o del plasma sanguíneo; contraceptivos implantables; medicinas experimentales; medicinas cuyo propósito único sea el de promover o estimular el crecimiento del cabello (por ejemplo, Rogaine o Propecia) o bien para propósitos cosméticos solamente (por ejemplo, Renova o Vaniqua); Retin-A/Avita para el uso de personas de 35 años de edad o más.
- Acupuntura, tracción intersegmental, electromiograma superficial (EMG), manipulación bajo anestesia y examen muscular a través de aparatos computarizados de cinesiología, tales como Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
- Cualquier servicio de terapia ocupacional que no consista en las tradicionales modalidades de la terapia física y que no sea parte de un programa de rehabilitación diseñado para restaurar la pérdida o deterioro de las funciones del cuerpo.

Importante: Esta lista no contiene todas las limitaciones y exclusiones. El Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare estará disponible en línea el 1° de septiembre del 2007. Si usted elige un HMO, la Declaración de Cobertura del mismo tendrá una lista completa y una descripción de la cobertura del plan, limitaciones y exclusiones. Para información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente correspondiente a su plan.

ActiveCare 1, 2 y 3 (continuación)

- Cualquier porción de un cargo específico por un servicio o suministro que exceda la cantidad permitida según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, excepto por los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no perteneciente a la red en una instalaciones médicas pertenecientes a la red dentro de un lapso de 48 horas después de haber ocurrido un accidente o emergencia médica.
- Cualquier servicio o suministro no definido específicamente como gasto elegible, a menos que lo haya aprobado previamente la administración de casos de Blue Cross and Blue Shield of Texas.
- Servicios o suministros por cuidados de custodia según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas.
- Servicios de telemedicina proporcionados por teléfono o fax.
- Servicios o suministros proporcionados por un miembro de la familia inmediata (cónyuge, hijo o por sí mismo).

FirstCare Health Plans

- Procedimientos cosméticos u otros de tipo reconstructivo.
- Cuidado dental completo.
- Cuidado de custodia para paciente externo e interno.
- Servicios médicos del cuidado mental para las condiciones específicas. La consejería matrimonial no considera como un servicio médico cubierto. Se excluyen las evaluaciones ordenadas por un tribunal así como el diagnóstico y tratamiento de condiciones mentales, a menos que la Declaración de Cobertura cubra de otra manera tales servicios.
- Procedimiento reversible para el tratamiento voluntario de la esterilización e infertilidad, a menos que se especifique en la Declaración de Cobertura.
- Todos y cada uno de los trasplantes de órganos, células y otros tejidos, a excepción de los indicados en la Declaración de Cobertura.
- Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o investigativos.
- Servicios de atención médica para cualquier lesión o enfermedad relacionada al trabajo, si hubiere disponible cualquier otra fuente de cobertura o reembolso.
- Medicamentos para uso doméstico y sin receta médica, excepto para su uso en el tratamiento de la diabetes.
- Suministros desechables o consumibles para pacientes externos (excepto el suministro de jeringas usadas en el tratamiento de la diabetes y alergias).
- Terminación del embarazo electiva y no terapéutica (abortos), incluyendo cualquier medicamento para inducir el aborto.
- Todos los procedimientos quirúrgicos para el ronquido y el apnea.
- Cargos por el parto normal de un bebé fuera del área de servicio de nuestro plan si el mismo ocurre dentro de un plazo de 30 días antes de la fecha término.
- Pruebas y terapia educacionales, incluyendo el tratamiento de deficiencias del aprendizaje, habilidades motoras o del lenguaje, desórdenes del comportamiento, servicios de naturaleza educacional o bien para la evaluación o capacitación vocacional.

- Tratamientos y evaluaciones requeridos por terceros.
- Anteojos (incluyendo anteojos y lentes de contacto recetados después de una cirugía de los ojos), lentes de contacto, a excepción del tratamiento del queratocono y cualquier otro artículo o servicio para la corrección de la vista, a menos que esté dispuesto así específicamente en la Declaración de Cobertura.
- Servicios proporcionados primordialmente con la intención de tratar la obesidad.
- Cirugía para el cambio del sexo y el tratamiento relacionado, incluyendo la terapia de hormonas y consejería médica o psicológica.
- Acupuntura, naturopatía, hipnoterapia y servicios proporcionados por practicantes de la cienciaología.
- Artículos para la comodidad o conveniencia en el hospital o en otras instalaciones médicas de paciente interno.
- Transporte, a excepción de la ambulancia terrestre o aérea, utilizados para traslado en caso de una emergencia médica o los servicios previamente aprobados para propósitos de transporte médico solamente.
- Si no se cubre un servicio bajo el plan, no lo cubriremos así como tampoco ningún servicio relacionado con el mismo.
- Servicio de consejería nutricional y planeamiento dietético, a menos que esté previamente aprobado.
- Medicamentos hormonales para el crecimiento para personas de 18 años o mayores. Sin embargo, se cubren los servicios previamente autorizados para el tratamiento de la deficiencia documentada de la hormona del crecimiento en niños para quienes no ha ocurrido el cierre del epitelio.
- Asesoramiento genético y prueba, excepto cuando el asesoramiento y la prueba genética prenatal sean médicamente necesarios.
- Servicios de retroalimentación biológica (Biofeedback) a excepción del tratamiento para la lesión cerebral aguda y para la rehabilitación de la lesión cerebral aguda.
- Implante de estimuladores neurológicos.
- Mastectomía para el alivio del dolor, para prevenir el cáncer del seno (excepto cuando se le haya diagnosticado previamente con cáncer del seno) o debido a cualquier afección o enfermedad con excepción del tratamiento del cáncer del seno.
- Terapia de masaje, a menos que estuviera asociada con una modalidad de la terapia física proporcionada por un terapeuta físico certificado.
- Equipo deportivo, unidades TENS para el alivio del dolor.
- Implantes cocleares y la reparación o reemplazo de aparatos auditivos debido al desgaste, pérdida o daño normal y baterías para los aparatos auditivos.
- Dispositivos ortóticos, a excepción del tratamiento de la diabetes y los descritos previamente en la Declaración de Cobertura.
- Terapia equina o hipotérmica.
- Mamoplastia reductiva.
- Tomografía por Rayos de Electrón (EBT).

Importante: Esta lista no contiene todas las limitaciones y exclusiones. El Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare estará disponible en línea el 1° de septiembre del 2007. Si usted elige un HMO, la Declaración de Cobertura del mismo tendrá una lista completa y una descripción de la cobertura del plan, limitaciones y exclusiones. Para información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente correspondiente a su plan.

FirstCare Health Plans (continuación)

- Medicamentos prescritos pero no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) a los cuales se hace referencia como medicinas utilizadas para indicaciones no autorizadas.
- Ciertos medicamentos están sujetos a limitaciones de suministro.
- Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa.
- No se cubrirán las medicinas de marca prescritas como medicinas preferidas habiendo disponible una genérica equivalente.
- Se excluyen las medicinas recetadas en conexión con cualquier tratamiento o servicio que no sea un beneficio cubierto o excluido.
- Se excluyen los productos para suprimir el apetito, dispositivos para dejar de fumar, medicamentos utilizados para mejoras cosméticas, micosis no complicada de las uñas y pérdida del cabello.
- No se cubre ninguna medicina recetada cuyo costo real sea más bajo que el copago requerido.
- Se excluyen las medicinas experimentales.
- Se excluyen las medicinas recetadas o el reabastecimiento de medicinas ya sean: Perdidas, robadas, dañadas, vencidas, derramadas o de otra manera extraviadas o maltratadas.
- Se excluyen los medicamentos prescritos para el tratamiento de la infertilidad.

Legacy Health Solutions

- Desastres mayores o epidemias.
- Circunstancias fuera control de Legacy Health Solutions o de los proveedores participantes.
- La continuidad del tratamiento en el caso de la terminación de los servicios de un médico general primario en particular.
- Proveedores no participantes, así como servicios y beneficios fuera del área.
- Servicios y suministros proporcionados en conexión con la corrección, ya sea manual o mecánica, de una luxación parcial de la espina dorsal.
- Órganos internos artificiales u órganos de animales.
- Acupuntura.
- Servicios de transporte por condiciones no sean de emergencia a menos que sean autorizados previamente.
- Terapia de retroalimentación biológica (Biofeedback), a excepción del tratamiento de tensión ordinaria y dolores de cabeza por contracción muscular o condiciones psicosomáticas.
- Sangre y derivados de la sangre, incluyendo la administración de la misma, cuando sean prescritas por un Proveedor Participante y que hayan sido determinadas como medicamento necesarias por Legacy Health Solutions.
- Cargos efectuados por no acudir a consultas médicas.
- Cargos efectuados por llenar cualquier formulario.

- Servicios o suministros proporcionados ya sea por: El empleador o por usted mismo, su cónyuge, un hijo(a), hermano(a) o ya sea por uno de sus padres o los de su cónyuge.
- Terapia de quelación, excepto cuando se utilice para el tratamiento del envenenamiento agudo con metales.
- Servicios incluyendo, pero no limitados a, Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos (AA/NA, por sus siglas en inglés), grupos de apoyo o educacionales y/u otros servicios enfocados principalmente en la prevención de la recaída del miembro del plan que haya completado su tratamiento y/o uno de los miembros de su familia.
- Ropa, zapatos y pañales, a menos que estén específicamente cubiertos por la Declaración de Cobertura de Legacy Health Solutions.
- Aparatos correctivos y auxiliares artificiales, incluyendo pero no limitados a aparatos de comunicación, pelucas, anteojos y lentes de contacto.
- Cirugía cosmética y otros servicios reconstructivos.
- Servicios o suministros proporcionados en conexión con el cuidado de custodia.
- Exámenes de diagnóstico para establecer la paternidad de un niño y pruebas para determinar el sexo de un niño aún no nacido.
- Cuidado dental, cirugía oral o tratamiento de los dientes o periodontio.
- Servicios y suministros que no sean los cubiertos bajo "servicios cubiertos", que sean determinados por Legacy health Solutions como de naturaleza educativa.
- Consultas a un ingeniero ambiental, aires acondicionados, humidificadores, deshumificadores, purificadores, ascensores y elevadores de sillas.
- Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o investigativos
- Servicios y suministros para la cirugía de la vista o proporcionados en conexión con la misma, tal como queratotomía radial y lasik, cuando el objetivo primordial sea el corregir la miopía (dificultad para ver de lejos), la hipermetropía (dificultad para ver de cerca) o el astigmatismo (visión borrosa).
- Vacuna para la influenza (Flu), incluyendo la vacuna para la influenza intranasal.
- Se excluye el cuidado rutinario del pie, tratamiento del pie plano y tratamiento de luxación parcial del pie. Los zapatos ortopédicos no están cubiertos, excepto si son parte integral de un aparato ortopédico para la pierna. Los copagos para los equipos de diabéticos cuentan hacia su máximo de desembolso personal.
- Consejería y prueba genética, excepto cuando es prescrito por un proveedor participante y autorizado por Legacy Health Solutions.
- Modificaciones o mejoras a la casa o automóvil. Se excluyen aun cuando sean necesarias para facilitar la instalación de servicios cubiertos o para facilitar la entrada o salida.
- Cuarto privado de hospital, a menos que se determine como medicamento necesario por Legacy Health Solutions.

Importante: Esta lista no contiene todas las limitaciones y exclusiones. El Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare estará disponible en línea el 1º de septiembre del 2007. Si usted elige un HMO, la Declaración de Cobertura del mismo tendrá una lista completa y una descripción de la cobertura del plan, limitaciones y exclusiones. Para información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente correspondiente a su plan.

Legacy Health Solutions (continuación)

- Vacunas provistas exclusivamente para viajes, empleo o escuela.
- Terapia de medicina para la infertilidad.
- Servicios o suministros provisto en conexión con cualquier procedimiento que incluya recolección, almacenamiento y/o manipulación de óvulos y espermias para fertilización.
- Cargos asociados con la copia o transferencia de expedientes médicos.
- Servicios y suministros proporcionados en conexión con incapacidades físicas relacionadas al servicio militar por las cuales el Miembro del plan tenga derecho legalmente a recibir servicios y para las cuales existan instalaciones razonablemente disponibles al Miembro del plan.
- Servicios cuyo objetivo primordial sea el tratar la obesidad.
- Medicamentos y suministros sin receta médica.
- Artículos para la comodidad personal no determinados como médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Exámenes físicos exclusivamente para viajes, empleo o escuela.
- Medicinas recetadas a menos que (i) sean provistas por un hospital durante una estancia hospitalaria (ii) relacionadas específicamente en los “servicios cubiertos” en la sección de Declaración de Cobertura de Legacy Health Solutions o bien (iii) que dichas medicinas estén cubiertas por una cláusula del contrato de grupo.
- Servicios y suministros proporcionados en conexión con condiciones que las leyes del estado o locales requieran que sean tratadas en instalaciones médicas públicas.
- Servicios de terapia proporcionados en la escuela.
- Ciertos servicios y suministros que sean considerados como innecesarios.
- Todos los servicios, medicamentos y/o suministros proporcionados en conjunción con el proceso del cambio de sexo.
- Cualquier servicio proporcionado en conexión con programas para dejar de fumar, a menos que esté cubierto por una cláusula del contrato de grupo.
- Rehabilitación vocacional.
- Procedimiento reversible para una cirugía previa con la intención de la esterilización permanente.
- Medicamentos no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para su uso en seres humanos o para la condición a ser tratada.
- Medicinas utilizadas para propósitos cosméticos, incluyendo pero no limitado a, medicinas prescritas para la pérdida del cabello y Retin-A, excepto para tratamiento del acné en personas de 25 años de edad o menores.
- Medicinas utilizadas para tratamientos o condiciones médicas no cubiertas por la Declaración de Cobertura y el Programa de Beneficios de su plan.
- Vitaminas, vitaminas prescritas (excepto vitaminas prenatales prescritas), suplementos dietéticos (excepto para fenilcetonuria u

otras enfermedades hereditarias), aparatos cosméticos, de la salud o la belleza.

- Cualquier receta ya sea inicial o de reabastecimiento despachada después de un año (1) de la fecha de la orden médica.
- Medicinas dadas o administradas a un miembro del plan durante una hospitalización ya sea como paciente interno o externo, en instalaciones médicas de cuidado extendido, instalaciones de cuidado de enfermería o cualquier otra institución similar que tenga instalaciones para administrar medicinas.
- Medicinas o medicamentos prescritos para una lesión o enfermedad ocupacional.
- Medicinas y medicamentos proporcionados por cualquier organización o agencia gubernamental a menos que sea una obligación legal incondicional en la sección del plan del miembro para pagar dichos gastos, excepto Medicaid.
- Medicinas recetadas o el reabastecimiento de medicinas recetadas tales como: Medicinas perdidas, robadas, dañadas, vencidas, derramadas o de otra manera extraviadas o maltratadas por el miembro del plan.
- Productos biológicos y/o biotécnicos.
- Productos para suprimir el apetito o cualquier otra medicina prescrita para la pérdida de peso.
- Medicinas cuyo principal propósito sea el de promover el mejoramiento de las actividades de la vida y no para el tratamiento de lesiones o enfermedades. Las medicinas para el mejoramiento de la vida, incluyen pero sin limitarse a, medicinas utilizadas para tratar la impotencia y la disfunción eréctil, Ritalen o medicamentos similares para adultos mayores de 18 años de edad.

Mercy Health Plans

- Servicios o suministros proporcionados por un hospital o instalaciones médicas administradas por una agencia gubernamental o cualquier otra agencia perteneciente al mismo.
- Servicios para revertir la esterilización quirúrgica voluntaria y los servicios de inseminación artificial o terapias de fertilización in vitro (a menos que estén cubiertos por un cláusula adicional).
- Servicios para operaciones para el cambio del sexo o cualquier otro servicio relacionado.
- Servicios cubiertos por la Compensación al Trabajador.
- Trasplantes experimentales de órganos.
- Cuidado médico, servicios y suministros por los cuales no se haya efectuado ningún cargo o por los cuales el participante, en ausencia de esta cobertura, no esté obligado legalmente a pagar.
- Servicios y suministros primordial o parcialmente destinados para el tratamiento de la obesidad o de la obesidad mórbida, incluyendo pero no limitado a, engrapado estomacal, el procedimiento de fijación maxilomandibular, globo gástrico o derivación gástrica (bypass gástrico).
- Todas las medicinas recetadas o no recetadas (incluyendo los medicamentos y dispositivos para contracciones) no recetados para su uso como paciente interno en un hospital participante, a menos que se especifique lo contrario en una cláusula adicional.
- Servicios para la fertilización in vitro.

Importante: Esta lista no contiene todas las limitaciones y exclusiones. Una vez que se haya inscrito en TRS-ActiveCare, usted recibirá un Folleto de Beneficios y Declaración de Cobertura, conteniendo una descripción completa de la cobertura del plan así como las limitaciones y exclusiones aplicables. Para información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Mercy Health Plans (continuación)

- Servicios de cuidados de custodia, cubriendo principalmente la asistencia prestada a una persona con actividades de la vida cotidiana así como los medicamentos para personas que estén postradas en cama.
- Pruebas o tratamientos de otra manera cubiertos bajo el acuerdo con el propósito de obtener o mantener cualquier licencia o examen requerido antes de involucrarse en las actividades recreativas o por orden judicial.
- Exámenes o tratamientos no cubiertos de otra manera por el acuerdo.
- Cargos que no cumplan con las definiciones del plan para servicios cubiertos o no descritos de otra manera como servicios cubiertos.
- Servicios proporcionados o solicitados por el/la participante, un familiar del participante, incluyendo su cónyuge, hermano, padre, hijo o cualquier persona que viva en el mismo lugar de residencia, aun si dicha persona es un proveedor participante.
- Servicios proporcionados en conexión con el tratamiento de callosidades, callos o uñas del pie.
- Servicios o suministros, incluyendo los aparatos ortóticos, zapatos ortopédicos y demás aparatos de soporte para los pies.
- Implantes dentales.
- Servicios de rehabilitación que se consideren de naturaleza educativa.
- Lesiones o enfermedades como resultado de cualquier acto bélico.
- Anteojos, lentes de contacto o el ajuste de los mismos.
- Cirugía cosmética o reconstructiva.
- Gastos de transporte, con excepción de los servicios de ambulancia.
- Vitaminas (con excepción de las vitaminas prenatales recetadas a una participante embarazada) que no esté hospitalizada, excepto las que sean médicamente necesarias y estén aprobadas.
- Terapias de masaje, homeopatía, acupuntura, ejercicios ortopédicos, remedios herbales y terapias "ayurvedic".

Scott & White Health Plan

- Las características sexuales alteradas, incluyendo las operaciones de cambio del sexo o cualquier servicio relacionado.
- Cualquier tipo de sangre, plasma y otros productos sanguíneos.
- La atención quiropráctica.
- Los procedimientos y tratamientos cosméticos y de reconstrucción efectuados para mejorar o modificar la apariencia del participante del plan, excepto por la reconstrucción de una mastectomía posterior a una cirugía por cáncer del seno.
- Cuidado de custodia o domiciliario.
- Cuidado dental.
- Abortos electivos, que no sean necesarios para preservar la vida de la participante del plan.

- Tratamiento o cirugía electivo.
- Tratamiento experimental o de investigación.
- Examen de tipo genético.
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, incluyendo cualquier medicamento cuyo propósito primario sea el tratamiento de la infertilidad.
- Los servicios o desórdenes de la salud mental se limitan a los descritos en su declaración de cobertura.
- Los beneficios o servicios no cubiertos.
- Costos por servicios que excedan los cargos razonables, usuales y acostumbrados.
- Los artículos utilizados para la comodidad personal.
- Los exámenes físicos y mentales efectuados por razones de empleo, licencias, seguro, propósitos educacionales o los servicios para programas de educación especial y el desarrollo que no sean médicamente necesarios.
- Los servicios para revertir la esterilidad quirúrgica voluntariamente efectuada, inseminación artificial o fertilización in vitro o bien las terapias de planificación familiar.
- Los servicios y terapias de rehabilitación se limitan a los recomendados por un médico participante o de referencia considerados como médicamente necesarios.
- El almacenamiento de fluidos y otras partes corporales.
- Medicinas recetadas que se llevará el paciente a casa.
- Trasplantes experimentales de órganos y los gastos relacionados con el donante o la obtención de los mismos y los órganos artificiales, como por ejemplo, corazón.
- El tratamiento recibido en instalaciones o instituciones médicas estatales o federales o los servicios o suministros proporcionados por el empleador o por una agencia o entidad gubernamental.
- La cirugía para corregir la visión, incluyendo la aplicación de rayos láser.
- Actos de guerra, insurrección, motín, desastres o epidemias.
- La cirugía para reducir peso.

Valley Baptist Health Plans

- Procedimientos cosméticos u otros de tipo reconstructivo.
- El cuidado dental completo.
- El cuidado de custodia para paciente externo e interno.
- Todos los procedimientos quirúrgicos para el ronquido y apnea.
- Servicios médicos para el cuidado mental para condiciones específicas. La consejería matrimonial no se considera como un servicio médico cubierto. Se excluyen las evaluaciones ordenadas por un tribunal, el diagnóstico y tratamiento para condiciones mentales excluidas a menos que la Declaración de Cobertura cubra de otra manera tales servicios.

Importante: Esta lista no contiene todas las limitaciones y exclusiones. Una vez que se haya inscrito en TRS-ActiveCare, usted recibirá un Folleto de Beneficios y Declaración de Cobertura, conteniendo una descripción completa de la cobertura del plan así como las limitaciones y exclusiones aplicables. Para información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Valley Baptist Health Plans (continuación)

- Procedimiento reversible para el tratamiento voluntario de la esterilización e infertilidad, a menos que se especifique en la Declaración de Cobertura.
- Todos y cada uno de los trasplantes de órganos, células y otros tejidos, a excepción de los indicados en la Declaración de Cobertura.
- Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o investigativos.
- Servicios de atención médica para cualquier lesión o enfermedad relacionada al trabajo, habiendo (o habiendo habido) disponible cualquier otra fuente de cobertura o reembolso.
- Suministros desechables o consumibles para pacientes externos (excepto el suministro de jeringas utilizadas en el tratamiento de la diabetes y alergias).
- Terminación del embarazo electiva y no terapéutica (abortos), incluyendo cualquier medicamento para inducir el aborto.
- Cargos por el parto normal de un bebé fuera del área de servicio de nuestro plan si el parto ocurre dentro de un plazo de 30 días antes de la fecha término.
- Pruebas y terapias educacionales, incluyendo el tratamiento para deficiencias del aprendizaje, habilidades motoras o del lenguaje, desórdenes del comportamiento o servicios que sean de naturaleza educativa o que sean para el examen o capacitación vocacional.
- Tratamientos y evaluaciones requeridos por terceros.
- Anteojos (incluyendo anteojos y lentes de contacto recetados después de una cirugía de los ojos), lentes de contacto, a excepción del tratamiento del queratocono y de cualquier otro artículo o servicio para la corrección de la vista, a menos que se disponga específicamente en la Declaración de Cobertura.
- Servicios proporcionados primordialmente con la intención de tratar la obesidad.
- Cirugía para el cambio del sexo y el tratamiento relacionado, incluyendo terapia hormonal y consejería médica o psicológica.
- Acupuntura, naturopatía, hipnoterapia y servicios médicos proporcionados por practicantes de la cienciaología.
- Artículos para la comodidad o conveniencia personal ya sea en el hospital o en otras instalaciones médicas de paciente interno.
- Transporte, a excepción de la ambulancia terrestre o aérea usada para el transporte en una emergencia médica o servicios aprobados previamente para propósitos de transporte médico solamente.
- Si un servicio no está cubierto bajo el plan, tampoco cubriremos ningún servicio relacionado con el mismo.
- Servicios de enfermeras particulares.
- Servicio de consejería nutricional y planeamiento dietético, a menos que esté previamente aprobado.
- Tratamiento de hormonas para el crecimiento para personas de 18 años o mayores. Sin embargo, el tratamiento de la deficiencia documentada de la hormona del crecimiento en los niños para quienes el cierre del epitelio no ha ocurrido, se cubre cuando los servicios estén previamente autorizados.
- Asesoramiento y prueba genética, excepto cuando el asesoramiento y la prueba genética prenatal sean médicamente necesarios.
- Servicios de retroalimentación biológica (Biofeedback) a excepción del tratamiento para la lesión cerebral aguda y para la rehabilitación de la lesión cerebral aguda.
- Implante de estimuladores neurológicos.
- Mastectomía para el alivio del dolor, para prevenir el cáncer del seno (excepto si se le ha diagnosticado previamente cáncer del seno) o debido a cualquier enfermedad con excepción del tratamiento del cáncer del seno.
- Terapia de masaje, a menos que estuviera asociada con una modalidad de terapia física proporcionada por un terapeuta físico certificado.
- Cordón elástico de resistencia para ejercicios.
- Reparación o reemplazo de aparatos auditivos debido al desgaste, pérdida o daño normal y las baterías para aparatos auditivos.
- Dispositivos ortóticos, a excepción del tratamiento de la diabetes y los descritos en la Declaración de Cobertura.
- Terapia equina o hipotérmica.
- Tomografía por Rayos de Electrón (EBT).
- Medicamentos recetados pero no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), a los cuales se hace referencia como medicinas utilizadas para indicaciones no autorizadas.
- Ciertos medicamentos están sujetos a limitaciones de suministro.
- Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa.
- No se cubrirán las medicinas de marca prescritas como medicinas preferidas habiendo disponible una genérica equivalente.
- Se excluyen las medicinas recetadas en conexión con cualquier tratamiento o servicio que no sea un beneficio cubierto.
- Se excluyen los productos para suprimir el apetito, dispositivos para dejar de fumar, medicamentos utilizados para mejoras cosméticas, micosis no compleja de las uñas y pérdida del cabello.
- Se excluyen las medicinas experimentales.
- Se excluyen las medicinas recetadas o reabastecimiento para sustituir medicinas perdidas, robadas, dañadas, vencidas, derramadas o de otra manera extraviadas o maltratadas.
- Se excluyen los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad.

Aviso General de Derechos de Inscripción Especial y Exclusiones de Condición Preexistente

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), se le requiere a su plan de seguro de grupo el proporcionarle este aviso explicándole los procedimientos de su plan médico de grupo para sus derechos de inscripción especial y las exclusiones de condiciones preexistentes impuestas.

- **Sus Derechos Especiales de Inscripción** – Si usted está rechazando la inscripción para usted mismo o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a que posea otra cobertura de seguro médico, es posible que en futuro usted pueda inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en este plan, considerando el que usted solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que su otra cobertura se termine. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a usted mismo y a sus dependientes, considerando que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento*, adopción o colocación en adopción.
- **Exclusiones de Condición Preexistente** – Bajo HIPAA, una “condición preexistente” es una condición en la cual un consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento haya sido recomendado y recibido dentro del período de los seis meses el cual termina en la fecha de inscripción en el plan médico (conocido como el período retroactivo). El tomar medicinas recetadas durante este período se considera como recibir tratamiento.

Puede que su plan no apruebe los beneficios para una condición preexistente durante el período de espera de 12 meses a partir de su fecha de inscripción. (Si usted no se inscribe en el tiempo adecuado, el período máximo de espera es de 12 meses a partir de la fecha en que la cobertura comience.) Una exclusión de condición preexistente no se aplica a un embarazo, a un nacimiento o a la adopción de un niño menor de 18 años que comenzará a ser cubierto dentro de los 31 días después del nacimiento* o adopción. Una condición genética sin asesoramiento, cuidado o tratamiento, no se considera como una condición preexistente.

El que exista una condición preexistente será determinado utilizando la información obtenida relacionada con el estado de salud individual antes de su fecha de inscripción. La fecha de inscripción individual sigue siendo la misma aún si la persona cambia de opciones de beneficios según lo permitido por las reglas del plan.

El período de espera de la condición preexistente se reduce por una cobertura acreditable (cobertura anterior bajo varios planes incluyendo, pero no limitado a: Planes médicos de grupo, pólizas médicas individuales, Medicare y Medicaid). Usted puede obtener certificados de cobertura acreditable de planes anteriores o aseguradoras de planes médicos. Si usted está en desacuerdo con la extensión de la cobertura acreditable determinada por TRS-ActiveCare, tiene el derecho de apelar tal determinación y proporcionar evidencia de cobertura acreditable.

Para mayor información, por favor póngase en contacto con su Administrador de Beneficios.

*Se aplican reglas especiales para los recién nacidos; refiérase a la página 9.

Notificación para la Elección de Exención de HIPAA

El Título 1 de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 o HIPAA, por sus siglas en inglés) impone ciertos requisitos para los planes médicos de grupo, incluyendo:

1. Las limitaciones al período de exclusión de una condición preexistente
2. Los períodos de inscripción especial para personas (y dependientes) que hayan perdido otra cobertura
3. Las prohibiciones contra la discriminación de participantes y beneficiarios individuales por razones de salud
4. Los estándares relacionadas con los beneficios para madres y recién nacidos
5. La paridad en la aplicación de ciertos límites a los beneficios de salud mental
6. La cobertura requerida para la cirugía de reconstrucción posterior a una mastectomía

HIPAA permite además que ciertos planes médicos de grupo, auto financiados y gubernamentales puedan exentarse de ciertas disposiciones contenidas en esta ley federal. Para el año del plan 2007-2008 que se inicia el 1° de septiembre del 2007 y que termina el 31 de agosto del 2008, el Sistema de Jubilación de Maestros de Texas

(Teacher Retirement System of Texas o TRS, por sus siglas en inglés) ha elegido exentar los planes TRS-ActiveCare 1, 2 y 3 de las disposiciones de HIPAA 2 y 3 anteriormente mencionadas. La elección puede renovarse en los próximos años del plan.

Cualquier uso de los períodos de inscripción especial o estado de la salud bajo TRS-ActiveCare serán definidos en los documentos del plan de TRS-ActiveCare, y no por los requisitos bajo HIPAA para el año del plan 2007-2008.

Esta decisión de TRS de hacer que los planes TRS-ActiveCare 1, 2 y 3 opten por no participar en ciertas disposiciones de HIPAA no se aplica a las cinco organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) que participan en TRS-ActiveCare para el año del plan 2007-2008. Éstos continuarán cumpliendo con todas las disposiciones de HIPAA, incluso las enumeradas en este aviso.

HIPAA requiere además que TRS-ActiveCare 1, 2 y 3 le proporcione a los empleados y dependientes cubiertos un “certificado de cobertura acreditable” cuando cesen su cobertura bajo TRS-ActiveCare 1, 2 o 3. No existe ninguna excepción a este requisito. El certificado proporciona evidencia de su cobertura bajo TRS-ActiveCare 1, 2 o 3, ya que si usted puede establecer la existencia de una cobertura anterior, podrá tener ciertos derechos a reducir o eliminar la exclusión de condiciones preexistentes o si usted se une a otro plan médico del empleador o si desea usted adquirir una póliza de seguro médico individual.

Beneficiarios de Medicare y Medicare Parte D

A partir del 1° de enero del 2006, un nuevo plan de medicinas recetadas de Medicare, titulado Medicare Parte D, proporciona ahora los beneficios de Medicare para medicinas recetadas a aquellos beneficiarios de Medicare que se inscriban en la Parte D. Medicare Parte D es un beneficio opcional y solamente está disponible para las personas que tengan Medicare Parte A y/o Parte B. La cobertura de TRS-ActiveCare continuará siendo su cobertura primaria; Medicare Parte D será secundaria. Sin embargo, el tipo de plan TRS-ActiveCare que usted posea, puede influir en su decisión para inscribirse o no en Medicare Parte D. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) administran a Medicare y a su vez un enlace a su página web se encuentra disponible en la página web de TRS-ActiveCare: www.trs.state.tx.us. Si usted o su dependiente están cubierto por TRS-ActiveCare y tiene por lo menos 65 años de edad, recibirá información adicional proporcionada por TRS acerca de Medicare Parte D (si está usted cubierto por ActiveCare 1, 2 y 3) o por su plan HMO antes de finalizar el año natural 2007.

