



**TRS-ActiveCare**  
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS



## **Folleto de Beneficios**

**Para Planes de ActiveCare 1, 2 y 3**

**En Vigencia**

**1° de septiembre de 2006**



# Tabla de Contenido

<b>Bienvenido</b>	<b>1</b>	<b>Cómo Funciona su Programa de Medicinas Recetadas</b>	<b>34</b>																																																																																																
<a href="#">Satisfaciendo Sus Necesidades de Cuidado Médico</a>	<a href="#">1</a>	<a href="#">ActiveCare 1</a>	<a href="#">34</a>																																																																																																
<a href="#">Importantes Números de Teléfono</a>	<a href="#">1</a>	<a href="#">ActiveCare 2 y ActiveCare 3</a>	<a href="#">34</a>																																																																																																
<b>Sus Beneficios de TRS-ActiveCare</b>	<b>3</b>	<a href="#">Formulario de Medicinas Recetadas</a>	<a href="#">35</a>																																																																																																
<a href="#">ActiveCare 1 Resumen de Beneficios</a>	<a href="#">3</a>	<a href="#">La Ventaja de los Medicamentos Genéricos</a>	<a href="#">40</a>																																																																																																
<a href="#">ActiveCare 2 Resumen de Beneficios</a>	<a href="#">7</a>	<a href="#">Exclusiones de los Beneficios de Farmacia</a>	<a href="#">40</a>																																																																																																
<a href="#">ActiveCare 3 Resumen de Beneficios</a>	<a href="#">11</a>	<a href="#">Limitaciones de Medicinas Recetadas</a>	<a href="#">40</a>																																																																																																
<b>Cómo Funciona Su Plan Médico</b>	<b>15</b>	<a href="#">Farmacia de Atención Especial</a>	<a href="#">40</a>																																																																																																
<a href="#">Comparación entre Proveedores de la Red y Proveedores de Fuera de la Red</a>	<a href="#">15</a>	<a href="#">Cómo Obtener el Abastecimiento de Sus Recetas</a>	<a href="#">41</a>																																																																																																
<a href="#">Requisitos de Autorización Previa</a>	<a href="#">18</a>	<b>Disposiciones del Plan</b>	<b>42</b>																																																																																																
<a href="#">Cómo Solicitar una Autorización Previa</a>	<a href="#">18</a>	<a href="#">Elegibilidad del Empleado</a>	<a href="#">42</a>																																																																																																
<a href="#">Cómo Solicitar o Reemplazar su Tarjeta de Identificación</a>	<a href="#">19</a>	<a href="#">Dependientes Elegibles</a>	<a href="#">42</a>																																																																																																
<a href="#">Cómo Tener Acceso al Programa de BlueCard fuera de Texas</a>	<a href="#">19</a>	<a href="#">Cambios y Eventos de Inscripción Especial</a>	<a href="#">43</a>																																																																																																
<a href="#">Qué Cubre el Plan Médico</a>	<a href="#">21</a>	<a href="#">Pérdida de la Cobertura</a>	<a href="#">44</a>																																																																																																
<ul style="list-style-type: none"><li><a href="#">Lesión Cerebral Adquirida</a></li></ul>	<a href="#">21</a>	<a href="#">Los Menores Dependientes por Orden Judicial</a>	<a href="#">45</a>	<a href="#">21</a>	<a href="#">Otros Dependientes por Orden Judicial</a>	<a href="#">45</a>	<a href="#">21</a>	<a href="#">Solicitud para Excepciones</a>	<a href="#">45</a>	<a href="#">22</a>	<a href="#">Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura</a>	<a href="#">46</a>	<a href="#">22</a>	<a href="#">Terminación de la Cobertura</a>	<a href="#">53</a>	<a href="#">22</a>	<a href="#">Continuación de la Cobertura de TRS-ActiveCare (COBRA)</a>	<a href="#">54</a>	<a href="#">22</a>	<a href="#">Cómo Presentar un Reclamo Médico</a>	<a href="#">55</a>	<a href="#">23</a>	<a href="#">Solicitud para la Reconsideración de la Determinación del Reclamo</a>	<a href="#">57</a>	<a href="#">23</a>	<a href="#">Subrogación, Reembolso y Disposición de Recuperación de Terceros</a>	<a href="#">58</a>	<a href="#">24</a>	<a href="#">Coordinación de Beneficios</a>	<a href="#">58</a>	<a href="#">24</a>	<b>Recursos en Internet</b>	<b>61</b>	<a href="#">25</a>	<a href="#">Características de la Página Web</a>	<a href="#">61</a>	<a href="#">25</a>	<a href="#">Blue Access</a>	<a href="#">61</a>	<a href="#">25</a>	<b>Glosario de Términos</b>	<b>63</b>	<a href="#">25</a>	<b>Notificaciones</b>	<b>66</b>	<a href="#">25</a>	<a href="#">Aviso General de los Derechos de Inscripción Especial y Exclusión de Condiciones Preexistentes</a>	<a href="#">66</a>	<a href="#">26</a>	<a href="#">Notificación de Prácticas de Confidencialidad</a>	<a href="#">66</a>	<a href="#">26</a>	<a href="#">Continuación de los Derechos de Cobertura Bajo COBRA</a>	<a href="#">70</a>	<a href="#">26</a>	<a href="#">Arreglos Financieros por Separado con Proveedores de Otros Planes de Blue Cross and Blue Shield</a>	<a href="#">73</a>	<a href="#">27</a>	<a href="#">Notificación de Salud y Cáncer de Mujeres</a>	<a href="#">74</a>	<a href="#">27</a>			<a href="#">28</a>			<a href="#">28</a>			<a href="#">28</a>			<a href="#">29</a>			<a href="#">29</a>			<a href="#">29</a>			<a href="#">29</a>			<a href="#">29</a>			<a href="#">30</a>			<a href="#">30</a>			<a href="#">30</a>			<a href="#">31</a>		

# Bienvenido

## Satisfaciendo Sus Necesidades de Cuidado Médico

TRS-ActiveCare les ayuda tanto a usted como a su familia en casos de enfermedades o lesiones. El plan cubre muchas necesidades de atención médica, incluyendo cuidado médico preventivo y visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internos y externos, salud del comportamiento, medicinas recetadas y mucho más.

Este folleto es una guía para sus beneficios médicos de TRS-ActiveCare. Incluye definiciones de los

términos que usted debería conocer e información detallada sobre su plan de TRS-ActiveCare. Se incluyen también recomendaciones sobre cómo utilizar el plan eficazmente, respuestas a preguntas que se hacen con frecuencia y también una amplia tabla de contenido para ayudarle a encontrar la información que necesite. Si tiene dudas o preguntas, sírvase llamar al Departamento de Servicio al Cliente al teléfono 1-866-355-5999, también pudiera referirse a la página web o ponerse en contacto con su [Administrador de Beneficios](#).

### Importantes Números de Teléfono

#### Departamento de Servicio al Cliente

1-866-355-5999

Lunes a Viernes

8 a.m. - 8 p.m. (Hora Centro)

#### Autorización Previa

1-800-441-9188

Lunes a Viernes

6 a.m. - 6 p.m. (Hora Centro)

#### INROADS® Salud del Comportamiento

1-800-528-7264

Lunes a Viernes

8 a.m. - 5 p.m. (Hora Centro)

#### Acceso a BlueCard PPO

1-800-810-BLUE (2583)

24 horas, los siete días a la semana

#### Página Web

[www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare)

Tanto las leyes y regulaciones de TRS como este Folleto de Beneficios o una versión en línea actualizada del Folleto de Beneficios que se encuentre en la página web de TRS, representan el estatuto oficial de TRS-ActiveCare sobre el programa de TRS ActiveCare, y substituye cualquier otro estatuto o representación hecha relacionada a TRS ActiveCare, sin tomar en cuenta la fuente de procedencia de ese estatuto o representación. En el caso de que cualquier información en este Folleto de Beneficios llegue al punto de no concordar con o contradecir las leyes y regulaciones de TRS, las leyes y regulaciones de TRS predominarán. TRS se reserva el derecho de hacer cambios al Folleto de Beneficios en cualquier momento que estime conveniente. Por lo general dichas enmiendas se verán reflejadas en una versión actualizada en línea del Folleto de Beneficios que aparecerá en la página web de TRS ([www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare)).



TRS-ActiveCare es administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una Compañía de Reserva Mutua, concesionaria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross and Blue Shield of Texas proporciona sólo servicios de pagos de reclamos y en ningún momento asume obligaciones ni riesgos financieros en lo que se refiere a reclamos. Los beneficios de medicinas recetadas los administra Medco Health Solutions, Inc. (Medco).

# Bienvenido

## Importante, lea esto primero...

- TRS-ActiveCare es un plan autofinanciado de cobertura médica, no una póliza de seguro. Eso significa que las primas recaudadas deben cubrir los costos de los beneficios utilizados. Es su dinero... gástelo sabiamente.
- Este plan **no** paga por todos los gastos médicos o de medicinas en que usted pueda incurrir. Usted podría ser responsable por una parte del costo, por lo tanto sea un consumidor bien informado. Lea este folleto cuidadosamente. Por favor refiérase a la página web o llame al Departamento de Servicio al Cliente si tiene preguntas o dudas antes de hacer decisiones sobre su cuidado médico.
- Usted **debe** llenar y presentar el formulario de inscripción dentro del lapso de tiempo determinado para agregar cobertura para recién nacidos y otros nuevos dependientes, **aún cuando usted ya tenga cobertura familiar o para menores**.
- Millares de medicinas recetadas están cubiertas por TRS-ActiveCare, pero **puede que se apliquen algunas exclusiones y limitaciones** bajo el plan TRS-ActiveCare. Consulte la página web o llame al Departamento de Servicio al Cliente para información más detallada con respecto a la cobertura de medicinas.
- Puede que para algunas de las medicinas se requiera una conversación entre su médico y Medco, el administrador de los beneficios de farmacia para TRS-ActiveCare. Usted puede consultar sobre muchas de estas medicinas en la página web de TRS-ActiveCare bajo la sección titulada "Prescription Management Programs (Programas de Administración de Medicinas Recetadas)" o bien llame al Departamento de Servicio al Cliente.
- En caso que usted utilice un proveedor que no pertenezca a la red, **sin tomar en cuenta las circunstancias**, puede que tenga que pagar más de lo usual de [deducible](#) y de [coseguro](#).
- Un gran número de zonas están atendidas por servicios de ambulancia que no poseen contrato con ninguna red de proveedores. Estos servicios frecuentemente cobran más de lo que paga TRS-ActiveCare, y por lo tanto usted será responsable por los cargos que excedan la [cantidad permitida](#) de Blue Cross and Blue Shield of Texas.
- Ya sea usted o su proveedor deberán presentar todos los reclamos para beneficios bajo TRS-ActiveCare y a su vez Blue Cross and Blue Shield of Texas deberá recibir los mismos, dentro de un lapso de 12 meses a partir de la fecha en la cual usted haya recibido los servicios o suministros. Los reclamos que no hayan sido presentados ni recibidos por Blue Cross and Blue Shield of Texas dentro de este período de 12 meses no serán considerados para pago de beneficios.
- **No dependa de otras personas para la administración de su cobertura.** Usted mismo es responsable por las decisiones que tome y por cumplir con las reglas del plan de TRS-ActiveCare. Si usted tiene preguntas o dudas, consulte la página web o llame al Departamento de Servicio al Cliente.
- Las apelaciones son procesadas por el Administrador de Quejas de TRS-ActiveCare y no por el Departamento de Seguros de Texas. Por favor recuerde que TRS-ActiveCare no es una póliza de seguro. Refiérase a la página [57](#) para más información sobre las apelaciones.
- **En caso de dudas, no haga ningún tipo de suposición.** Por favor refiérase a este folleto o llame al Departamento de Servicio al Cliente si usted tiene **cualquier** duda sobre su cobertura.

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 1 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<u>Deducible</u> (por <a href="#">año del plan</a> ) Personal \$1,050 Familiar \$3,000	Los pagos por servicios que no sean de la red, están limitados a la <a href="#">cantidad permitida</a> según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan las <a href="#">cantidades permitidas</a> . Usted es responsable por todos los cargos facturados por proveedores que no pertenezcan a ParPlan que excedan la <a href="#">cantidad permitida</a> .	
<u>Desembolso Personal Máximo</u> (por <a href="#">año del plan</a> ; no incluye <a href="#">deducibles</a> , los <a href="#">copagos</a> o cualquier cargo que exceda la <a href="#">cantidad permitida</a> ) Personal \$2,000 Familiar \$6,000		
Beneficios máximos de por vida	Sin Límites	
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio		
Visitas al consultorio médico (incluye la mayoría de las inyecciones, radiografías y análisis de laboratorio para diagnóstico) Inyecciones para alergias Dispositivos anticonceptivos Cirugía en el consultorio Cirugía como paciente externo Cuidado de maternidad (sólo los honorarios del médico; vea Servicios en <a href="#">Hospital</a> o Instalaciones médicas para cargos a pacientes internos) Visitas del médico a pacientes internos	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cuidado Médico Preventivo		
Al utilizar médicos que pertenezcan a la red, los beneficios se pagan al 100% hasta los primeros \$500 por persona y por <a href="#">año del plan</a> ; los cargos restantes estarán sujetos a <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> . No se requiere un <a href="#">copago</a> para cuidado médico preventivo, pero los servicios cubiertos bajo este beneficio deben ser facturados por el médico como "cuidados preventivos." Las visitas de cuidado médico preventivo, dentro y fuera de la red, se limitan a un examen médico por <a href="#">año del plan</a> para niños de dos años de edad o mayores; un examen GINECO/OBSTÉTRICO para el bienestar de la mujer por <a href="#">año del plan</a> ; y una mamografía de rutina por <a href="#">año del plan</a> . Ve la página <a href="#">29</a> para más información.		
Visitas al consultorio del médico (incluyen análisis de laboratorio, radiografías y vacunas) Examen de rutina de la vista (uno por <a href="#">año del plan</a> ) Exámenes de la audición	Primeros \$500: el plan paga 100% Demás cargos: después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 1 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Cuidado Médico Preventivo (continuación)</b>		
Análisis de laboratorio y radiografías (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)	Primeros \$500: el plan paga 100%	
Vacunas (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)	Demás cargos: después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Mamografías de rutina (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
<b>Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas</b>		
Servicio de paciente interno en el <a href="#">hospital</a> (cuarto semiprivado, alojamiento y comida o unidad de cuidados intensivos: se requiere autorización previa)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cirugía como paciente externo		
Servicio de paciente interno en el <a href="#">hospital</a> o Instalaciones médicas		
Atención en la sala de <a href="#">emergencias</a> dentro de las 48 horas siguientes al accidente o a la <a href="#">emergencia</a> médica	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	
Atención en la sala de <a href="#">emergencias</a> para todas las demás condiciones médicas	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
<b>Servicios de Cuidado Médico Prolongado (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para convalecientes (\$10,000 máximo por <a href="#">año del plan</a> ; hasta \$7,000 pueden ser de fuera de la red)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cuidado médico en el hogar (\$10,000 máximo por <a href="#">año del plan</a> ; hasta \$7,000 pueden ser de fuera de la red)		
Hospicio (\$20,000 máximo de por vida; hasta \$14,000 pueden ser de fuera de la red)		

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 1 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Otros Servicios Médicos</b>		
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio del médico</li> <li>• Todos los demás servicios</li> </ul>	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Atención de quiropráctico (hasta \$1,500 por <a href="#">año del plan</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio</li> <li>• Todos los demás servicios</li> </ul>		
Terapia de Infusión en el Hogar (requiere autorización previa)		
Aparatos auditivos (se paga hasta \$1,000 por período de 36 meses)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	
Equipos médicos durables	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Prótesis		
Servicios de ambulancia (terrestres o aéreas)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80% de la <a href="#">cantidad permitida</a> ; usted paga el 20% restante más cualquier cargo que exceda la <a href="#">cantidad permitida</a> facturada por los proveedores que no pertenezcan a la red	
<b>Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Substancias Químicas)</b>		
<b>Salud Mental (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos (hasta 30 días por <a href="#">año del plan</a> )	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cargos del médico de paciente interno (hasta 30 visitas por <a href="#">año del plan</a> )		
Paciente externo/Visitas al consultorio (hasta 30 visitas por <a href="#">año del plan</a> ; fuera de la red limitado a \$60 permitidos por visita)		
<b>Dependencia a Substancias Químicas (se requiere autorización previa para todos los servicios) (máximo de dos series separadas de por vida)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cargos del médico de paciente interno		
Paciente externo		
Visitas al consultorio del médico		

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 1 Resumen de Beneficios		Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	<p>Los pagos por servicios que no sean de la red, están limitados a la <a href="#">cantidad permitida</a> según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan las <a href="#">cantidades permitidas</a>. Usted es responsable por todos los cargos facturados por proveedores que no pertenezcan a ParPlan que excedan la <a href="#">cantidad permitida</a>.</p>
<b>Enfermedades Mentales Graves (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos (hasta 45 días por <a href="#">año del plan</a> )	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Atención del médico a paciente interno (hasta 45 visitas por <a href="#">año del plan</a> )		
Paciente externo		
Visitas al consultorio del médico (hasta 60 visitas por <a href="#">año del plan</a> )		
<b>Medicinas Recetadas</b>		
<a href="#">Deducible</a> de Medicinas Recetadas (por persona, por <a href="#">año del plan</a> )	Sujeto a \$1,050 de <a href="#">deducible</a> por <a href="#">año del plan</a> para todos los beneficios de medicinas recetadas y médicos	
Farmacia: Medicina a Corto Plazo (suministro hasta por 30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricas</li> <li>• De marca preferida</li> <li>• De marca no preferida</li> </ul>	Usted paga 100% del precio descontado al momento de la compra y después que satisfaga el <a href="#">deducible</a> Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% a usted (Debe presentar un reclamo para recibir el reembolso)	Usted paga 100% del precio total al momento de la compra y después de que satisfaga el <a href="#">deducible</a> Blue Cross and Blue Shield of Texas le reembolsará 80% a usted (Debe presentar un reclamo para recibir el reembolso)
Farmacia: Medicina de Mantenimiento (suministro hasta por 30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricas</li> <li>• De marca preferida</li> <li>• De marca no preferida</li> </ul>		
Servicio de Farmacia de Entrega por Correo (suministro hasta por 90 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricas</li> <li>• De marca preferida</li> <li>• De marca no preferida</li> </ul>		

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 2 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<u>Deducible</u> (por <u>año del plan</u> ) Personal \$500 Familiar \$1,500	Los pagos por servicios que no sean de la red, están limitados a la <u>cantidad permitida</u> según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan las <u>cantidades permitidas</u> . Usted es responsable por todos los cargos facturados por proveedores que no pertenezcan a ParPlan que excedan la <u>cantidad permitida</u> .	
<u>Desembolso Personal Máximo</u> (por <u>año del plan</u> ; no incluye <u>deducibles</u> , <u>copagos</u> o cualquier cargo que exceda la <u>cantidad permitida</u> ) Personal \$2,000 Familiar \$6,000		
Beneficios máximos de por vida	Sin Límites	
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio		
Visitas al consultorio médico (incluye la mayoría de las inyecciones, radiografías de uso diagnóstico y análisis de laboratorio cuando se realizan durante una visita al consultorio)	\$25 de <u>copago</u> por médico primario \$35 de <u>copago</u> por especialista	
Radiografías y exámenes de laboratorio de diagnóstico (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
Inyecciones contra alergias (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)	Después del <u>deducible</u> el plan paga 80%; usted paga 20%	
Dispositivos anticonceptivos (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		Después del <u>deducible</u> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <u>cantidad permitida</u>
Cirugía en el consultorio		
Cirugía como paciente externo		
Cuidado de maternidad (sólo los honorarios del médico; vea Servicios en <u>Hospital</u> o Instalaciones médicas para cargos a pacientes internos)	\$25 de <u>copago</u> por médico primario \$35 de <u>copago</u> por especialista (sólo para la visita inicial; para el parto después del <u>deducible</u> el plan paga 80% y usted paga 20%)	
Visitas del médico a pacientes internos	Después del <u>deducible</u> el plan paga 80%; usted paga 20%	

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 2 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Cuidado Médico Preventivo</b>		
<p>El <a href="#">copago</a> por visita al consultorio médico incluye todos los servicios de cuidado médico preventivo facturados con una visita al consultorio por un médico de la red. Los servicios de dentro de la red facturados sin una visita al consultorio médico serán pagados al 80%. Los servicios cubiertos bajo este beneficio deben ser facturados por un médico de "cuidados preventivos." Las visitas de cuidado médico preventivo, dentro o fuera de la red, se limitan a un examen médico por <a href="#">año del plan</a> para niños mayores de dos años; un examen GINECO/OBSTÉTRICO del bienestar de la mujer por <a href="#">año del plan</a> y una mamografía de rutina por <a href="#">año del plan</a>. Vea la página <a href="#">29</a> para más información.</p>		
Visitas al consultorio del médico (incluyen análisis de laboratorio, radiografías y vacunas)	<p>\$25 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$35 de <a href="#">copago</a> por especialista</p>	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a></p>
Examen de rutina de la vista (uno por <a href="#">año del plan</a> )		
Exámenes de la audición		
Análisis de laboratorio y radiografías (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)	<p>El plan paga 80%; usted paga 20% (No se cobra el <a href="#">deducible</a>)</p>	
Vacunas (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
Mamografías de rutina (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
<b>Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas</b>		
Servicio de paciente interno en el <a href="#">hospital</a> (cuarto semiprivado, alojamiento y comida o unidad de cuidados intensivos: se requiere autorización previa)	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%</p>	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a></p>
Cirugía como paciente externo		
<a href="#">Hospital</a> o Instalaciones médicas para pacientes externos		
Atención en la sala de <a href="#">emergencias</a> dentro de las 48 horas siguientes al accidente o a la <a href="#">emergencia</a> médica	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%</p>	
Atención en la sala de <a href="#">emergencias</a> para todas las demás condiciones	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%</p>	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a></p>

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 2 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Servicios de Atención Prolongada (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para convalecientes (\$10,000 máximo por <a href="#">año del plan</a> ; hasta \$7,000 pueden ser de fuera de la red)		
Cuidado médico en el hogar (\$10,000 máximo por <a href="#">año del plan</a> ; hasta \$7,000 pueden ser de fuera de la red)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Hospicio (\$20,000 máximo de por vida; hasta \$14,000 pueden ser de fuera de la red)		
<b>Otros Servicios Médicos</b>		
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio del médico</li> <li>• Todos los demás servicios</li> </ul>	\$25 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$35 de <a href="#">copago</a> por especialista Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Atención de quiropráctico (hasta \$1,500 por <a href="#">año del plan</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio del médico</li> <li>• Todos los demás servicios</li> </ul>	\$35 de <a href="#">copago</a> por especialista Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Terapia de infusión en el hogar (requiere autorización previa)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Aparatos auditivos (se paga hasta \$1,000 por período de 36 meses)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	
Equipos médicos durables	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Prótesis		
Servicios de ambulancia (terrestres o aéreas)	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80% de la <a href="#">cantidad permitida</a> ; usted paga el 20% restante más cualquier cargo que exceda la <a href="#">cantidad permitida</a> facturada por los proveedores que no pertenezca a la red	
<b>Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Sustancias Químicas)</b>		
<b>Salud Mental (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos (hasta 30 días por <a href="#">año del plan</a> )		
Cargos del médico de paciente interno (hasta 30 visitas por <a href="#">año del plan</a> )	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Paciente externo/consultorio médico (hasta 30 visitas por <a href="#">año del plan</a> ; fuera de la red limitado a \$60 permitidos por visita)		

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 2 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Dependencia a Substancias Químicas (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b> (máximo de dos series separadas de por vida)		
Instalaciones médicas para pacientes internos	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cargos del médico de paciente interno		
Paciente externo		
Visitas al consultorio del médico	\$25 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$35 de <a href="#">copago</a> por especialista	
<b>Enfermedades Mentales Graves (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos (hasta 45 días por <a href="#">año del plan</a> )	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Atención del médico a paciente interno (hasta 45 visitas por <a href="#">año del plan</a> )		
Paciente externo		
Visitas al consultorio del médico (hasta 60 visitas por <a href="#">año del plan</a> )	\$25 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$35 de <a href="#">copago</a> por especialista	
<b>Medicinas Recetadas*</b>		
<a href="#">Deducible</a> de Medicinas Recetadas (por persona, por <a href="#">año del plan</a> )	\$50	
Farmacia: Medicina a Corto Plazo (suministro hasta por 30 días) • Genéricas • De marca preferida • De marca no preferida	\$10 de <a href="#">copago</a> \$25 de <a href="#">copago</a> \$45 de <a href="#">copago</a>	A usted se le reembolsará a través de Medco por la cantidad que le cobraría una farmacia de la red menos el <a href="#">copago</a> requerido (Debe presentar un reclamo para recibir el reembolso)
Farmacia: Medicina de Mantenimiento (después del segundo abastecimiento; suministro hasta por 30 días) • Genéricas • De marca preferida • De marca no preferida	\$15 de <a href="#">copago</a> \$35 de <a href="#">copago</a> \$60 de <a href="#">copago</a>	
Servicio de Farmacia de Entrega por Correo (suministro hasta por 90 días) • Genéricas • De marca preferida • De marca no preferida	\$20 de <a href="#">copago</a> \$62.50 de <a href="#">copago</a> \$112.50 de <a href="#">copago</a>	No se Aplica

\* Si usted obtiene un medicamento de marca cuando haya disponible un equivalente genérico, tendrá que pagar el [copago](#) de la medicina genérica más la diferencia del precio entre el medicamento de marca y el genérico. Esta cantidad no cuenta hacia el [deducible](#) de medicinas recetadas de \$50.

**Nota:** Un especialista es un médico diferente al médico familiar, internista, Gineco/Obstetra o pediatra.

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 3 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<u>Deducible</u> (por <u>año del plan</u> ) Personal Familiar	Ninguno Ninguno	Los pagos por servicios que no sean de la red, están limitados a la <u>cantidad permitida</u> según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan las <u>cantidades permitidas</u> . Usted es responsable por todos los cargos facturados por proveedores que no pertenezcan a ParPlan que excedan la <u>cantidad permitida</u> . \$500 \$1,500
<u>Desembolso Personal Máximo</u> (por <u>año del plan</u> ; no se incluyen <u>deducibles</u> , <u>copagos</u> ni cualquier cargo que exceda la <u>cantidad permitida</u> ) Personal Familiar	\$1,000 No se Aplica	\$3,000 No se Aplica
Beneficios máximos de por vida	Sin Límites	\$1,000,000
Servicios Prestados por un Médico y Laboratorio		
Visitas al consultorio médico (incluye la mayoría de las inyecciones, radiografías y análisis de laboratorio para diagnóstico cuando se realizan durante una visita al consultorio médico)	\$20 de <u>copago</u> por médico primario \$30 de <u>copago</u> por especialista	Después del <u>deducible</u> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <u>cantidad permitida</u>
Radiografías y exámenes de laboratorio de diagnóstico (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)	El plan paga 80%; usted paga 20%	
Inyecciones contra alergias (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
Dispositivos anticonceptivos (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
Cirugía en el consultorio médico		
Cirugía como paciente externo		
Cuidado de maternidad (sólo los honorarios del médico; vea Servicios en <u>Hospital</u> o Instalaciones médicas para cargos a pacientes internos)	\$20 de <u>copago</u> por médico primario \$30 de <u>copago</u> por especialista (sólo para la visita inicial; para el parto, el plan paga 80% y usted paga 20%)	
Visitas del médico a pacientes internos	El plan paga 80%; usted paga 20%	

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 3 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Cuidado Médico Preventivo</b>		
<p>El <a href="#">copago</a> por visita al consultorio médico incluye todos los servicios de cuidado médico preventivo facturados con una visita al consultorio por un médico de la red. Los servicios de dentro de la red facturados sin una visita al consultorio médico serán pagados al 80%. Los servicios cubiertos bajo este beneficio deben ser facturados por un médico de "cuidados preventivos." Las visitas de cuidado médico preventivo, dentro o fuera de la red, se limitan a un examen médico por <a href="#">año del plan</a> para niños mayores de dos años; un examen GINECO/OBSTÉTRICO del bienestar de la mujer por <a href="#">año del plan</a> y una mamografía de rutina por <a href="#">año del plan</a>. Vea la página <a href="#">29</a> para más información.</p>		
Visitas al consultorio del médico (incluyen análisis de laboratorio, radiografías y vacunas)	<p>\$20 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$30 de <a href="#">copago</a> por especialista</p>	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a></p>
Examen de rutina de la vista (uno por <a href="#">año del plan</a> )		
Exámenes de la audición		
Análisis de laboratorio y radiografías (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)	<p>El plan paga 80%; usted paga 20%</p>	
Vacunas (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
Mamografías de rutina (cuando no se factura la visita al consultorio médico o los servicios son proporcionados fuera del consultorio médico)		
<b>Servicios en Hospital o Instalaciones Médicas</b>		
Servicio de paciente interno en el <a href="#">hospital</a> (cuarto semiprivado, alojamiento y comida o unidad de cuidados intensivos: se requiere autorización previa; \$1,500 de <a href="#">copago</a> máximo por <a href="#">año del plan</a> para los beneficios combinados de dentro y fuera de la red)	<p>Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 80%; usted paga 20%</p>	<p>Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a> después del <a href="#">deducible</a></p>
Cirugía como paciente externo	<p>Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por visita, el plan paga 80%; usted paga 20%</p>	<p>Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por visita, el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a> después del <a href="#">deducible</a></p>
<a href="#">Hospital</a> o Instalaciones médicas para pacientes externos	<p>El plan paga 80%; usted paga 20%</p>	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a></p>
Atención en la sala de <a href="#">emergencias</a> dentro de las 48 horas siguientes al accidente o a la <a href="#">emergencia</a> médica	<p>Después de \$100 de <a href="#">copago</a>, el plan paga 80%; usted paga 20% (no se cobra el <a href="#">copago</a> si es internado)</p>	
Atención en la sala de <a href="#">emergencias</a> para todas las demás condiciones	<p>Después de \$100 de <a href="#">copago</a>, el plan paga 80%; usted paga 20% (no se cobra el <a href="#">copago</a> si es internado)</p>	<p>Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a></p>

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 3 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Servicios de Atención Prolongada (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para convalecientes (\$10,000 máximo por <a href="#">año del plan</a> ; hasta \$7,000 pueden ser de fuera de la red)	El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Cuidado médico en el hogar (\$10,000 máximo por <a href="#">año del plan</a> ; hasta \$7,000 pueden ser de fuera de la red)		
Hospicio (\$20,000 máximo de por vida; hasta \$14,000 pueden ser de fuera de la red)		
<b>Otros Servicios Médicos</b>		
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio del médico</li> <li>• Todos los demás servicios</li> </ul>	\$20 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$30 de <a href="#">copago</a> por especialista El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Atención de quiropráctico (hasta \$1,500 por <a href="#">año del plan</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio del médico</li> <li>• Todos los demás servicios</li> </ul>	\$30 de <a href="#">copago</a> por especialista El plan paga 80%; usted paga 20%	
Terapia de Infusión en el Hogar (requiere autorización previa)	El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Aparatos auditivos (se paga hasta \$1,000 por período de 36 meses)	El plan paga 80%; usted paga 20%	
Equipos médicos durables	El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Servicios de ambulancia (terrestres o aéreas)	El plan paga 80% de la <a href="#">cantidad permitida</a> ; usted paga el 20% restante más cualquier cargo que exceda la <a href="#">cantidad permitida</a> facturada por los proveedores que no pertenezca a la red	
<b>Salud del Comportamiento (Salud Mental y Dependencia a Substancias Químicas)</b>		
<b>Salud Mental (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos (hasta 30 días por <a href="#">año del plan</a> ; \$1,500 de <a href="#">copago</a> máximo por <a href="#">año del plan</a> para los beneficios combinados de dentro y fuera de la red)	Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 80%; usted paga 20%	Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a> después del <a href="#">deducible</a>
Cargos del médico de paciente interno (hasta 30 visitas por <a href="#">año del plan</a> )	El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Paciente externo/Visitas al consultorio médico (hasta 30 visitas por <a href="#">año del plan</a> ; fuera de la red limitado a \$60 permitidos por visita)		

## Sus Beneficios de TRS-ActiveCare

ActiveCare 3 Resumen de Beneficios	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)	
Disposiciones Generales	Dentro de la Red	
<b>Dependencia a Substancias Químicas (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b> (máximo de dos series separadas de por vida)		
Instalaciones médicas para pacientes internos (\$1,500 de <a href="#">copago</a> máximo por <a href="#">año del plan</a> para los beneficios combinados de dentro y fuera de la red)	Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 80%; usted paga 20%	Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a> después del <a href="#">deducible</a>
Cargos del médico de paciente interno	El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Paciente externo	\$20 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$30 de <a href="#">copago</a> por especialista	
Visitas al consultorio del médico		
<b>Enfermedades Mentales Graves (se requiere autorización previa para todos los servicios)</b>		
Instalaciones médicas para pacientes internos (\$1,500 de <a href="#">copago</a> máximo por <a href="#">año del plan</a> para los beneficios combinados de dentro y fuera de la red)	Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 80%; usted paga 20%	Después de \$100 de <a href="#">copago</a> por día (\$500 máximo de <a href="#">copago</a> por admisión), el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a> después del <a href="#">deducible</a>
Atención del médico a paciente interno	El plan paga 80%; usted paga 20%	Después del <a href="#">deducible</a> el plan paga 60%; usted paga 40% de la <a href="#">cantidad permitida</a>
Paciente externo		
Visitas al consultorio del medico	\$20 de <a href="#">copago</a> por médico primario \$30 de <a href="#">copago</a> por especialista	
<b>Medicinas Recetadas*</b>		
<a href="#">Deducible</a> de Medicinas Recetadas (por persona, por <a href="#">año del plan</a> )	\$50	
Farmacia: Medicina a Corto Plazo (suministro hasta por 30 días) • Genéricas • De marca preferida • De marca no preferida	\$10 de <a href="#">copago</a> \$25 de <a href="#">copago</a> \$45 de <a href="#">copago</a>	A usted se le reembolsará a través de Medco por la cantidad que le cobraría una farmacia de la red menos el <a href="#">copago</a> requerido (Debe presentar un reclamo para recibir el reembolso)
Farmacia: Medicina de Mantenimiento (después del segundo abastecimiento; suministro hasta por 30 días) • Genéricas • De marca preferida • De marca no preferida	\$15 de <a href="#">copago</a> \$35 de <a href="#">copago</a> \$55 de <a href="#">copago</a>	
Servicio de Farmacia de Entrega por Correo (suministro hasta por 90 días) • Genéricas • De marca preferida • De marca no preferida	\$20 de <a href="#">copago</a> \$62.50 de <a href="#">copago</a> \$100 de <a href="#">copago</a>	No se Aplica

\* Si usted obtiene un medicamento de marca cuando haya disponible un equivalente genérico, tendrá que pagar el [copago](#) de la medicina genérica más la diferencia del precio entre el medicamento de marca y el genérico. Esta cantidad no cuenta hacia el [deducible](#) de medicinas recetadas de \$50.

**Nota:** Un especialista es un medico diferente al medico familiar, internista, Gineco/Obstetra o pediatra.

# Cómo Funciona Su Plan Médico

Comparación entre Proveedores de la Red y Proveedores de Fuera de la Red		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)
Si usted necesita...	Usted paga una cantidad de desembolso personal más bajo si elige recibir cuidado médico dentro de la red	El pago por los servicios que no sean de la red, está limitado a la <a href="#">cantidad permitida</a> según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan la <a href="#">cantidad permitida</a> . Usted es responsable por todos los cargos facturados por proveedores no pertenecientes a ParPlan que excedan de la <a href="#">cantidad permitida</a> .
Visitar a un médico o a un especialista. <i>Un "especialista" es cualquier médico que no sea un médico familiar, internista, GINECO/OBSTETRA o pediatra</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite a cualquier médico o especialista que pertenezca a la red</li> <li>• Abone el <a href="#">copago</a> de visita al consultorio médico (no se aplica para ActiveCare 1)</li> <li>• Pague su <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a></li> <li>• Su médico no puede cobrar más de las <a href="#">cantidades permitidas</a> por los servicios cubiertos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite a cualquier médico o especialista certificado</li> <li>• Pague por la visita al consultorio médico</li> <li>• Presente el reclamo y reciba el reembolso por la visita, menos cualquier <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a></li> <li>• Sus costos serán basados en las <a href="#">cantidades permitidas</a>; el médico no perteneciente a la red departe de quien usted haya recibido servicios, puede requerirle que pague cualquier cargo mayor a la <a href="#">cantidad permitida</a> determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas</li> </ul>
Recibir cuidado médico preventivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite a cualquier médico o especialista que pertenezca a la red</li> <li>• Abone el <a href="#">copago</a> de cuidado médico preventivo (si corresponde)</li> <li>• Pague su <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a></li> <li>• Su médico no puede cobrar más de las <a href="#">cantidades permitidas</a> por los servicios cubiertos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite a cualquier médico o especialista certificado</li> <li>• Pague por la visita al consultorio médico</li> <li>• Presente el reclamo y reciba el reembolso por la visita, menos cualquier <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a></li> <li>• Sus costos serán basados en las <a href="#">cantidades permitidas</a>; el médico no perteneciente a la red departe de quien usted haya recibido servicios, puede requerirle que pague cualquier cargo mayor a la <a href="#">cantidad permitida</a> determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas</li> </ul>
Recibir atención de <a href="#">emergencia</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al 911 o diríjase a cualquier <a href="#">hospital</a> o médico inmediatamente; usted recibirá los beneficios dentro de la red para atención de <a href="#">emergencia</a></li> <li>• Pague cualquier <a href="#">copago</a> (no se cobra si es internado)</li> <li>• Pague su <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a> (refiérase a atención de <a href="#">emergencia</a> en la página 24)</li> <li>• Llame al número de autorización previa en su tarjeta de identificación dentro de las primeras 48 horas</li> </ul>	
Ser internado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su médico de la red autorizará previamente su admisión</li> <li>• Diríjase al <a href="#">hospital</a> de la red</li> <li>• Pague el <a href="#">coseguro</a> y el <a href="#">deducible</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted, un miembro de su familia, su médico o el <a href="#">hospital</a> deben solicitar la autorización previa de su admisión</li> <li>• Diríjase a cualquier <a href="#">hospital</a> certificado</li> <li>• Pague su <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a> cada vez que usted sea internado</li> <li>• Sus costos serán basados en las <a href="#">cantidades permitidas</a>; el médico no perteneciente a la red departe de quien usted haya recibido servicios, puede requerirle que pague cualquier cargo mayor a la <a href="#">cantidad permitida</a> determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas</li> </ul>

# Cómo Funciona Su Plan Médico

Comparación entre Proveedores de la Red y Proveedores de Fuera de la Red		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red (Incluyendo ParPlan)
Si usted necesita...	Usted paga una cantidad de desembolso personal más bajo si elige recibir cuidado médico dentro de la red	El pago por los servicios que no sean de la red, está limitado a la <a href="#">cantidad permitida</a> según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los proveedores de ParPlan aceptan la <a href="#">cantidad permitida</a> . Usted es responsable por todos los cargos facturados por proveedores no pertenecientes a ParPlan que excedan de la <a href="#">cantidad permitida</a> .
Recibir servicios de salud del comportamiento o servicios de dependencia a sustancias químicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primero llame al número de salud del comportamiento en su Tarjeta de Identificación para autorizar toda atención médica</li> <li>• Vea a un médico que pertenezca a la red o a un profesional de la salud, o vaya a cualquier <a href="#">hospital</a> o instalaciones médicas dentro de la red</li> <li>• Pague <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al número de salud del comportamiento en su tarjeta de identificación primero para autorizar toda atención médica</li> <li>• Vea a un médico o a un profesional de la salud certificado, o dirijase a cualquier <a href="#">hospital</a> o instalación certificada</li> <li>• Pague el <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a></li> <li>• Sus costos serán basados en las <a href="#">cantidades permitidas</a>; el médico que no pertenezca a la red depende de quien usted haya recibido servicios, puede requerirle que pague cualquier cargo mayor a la <a href="#">cantidad permitida</a> determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas</li> </ul>
Presentar un reclamo	Los reclamos serán presentados a nombre suyo	Puede que usted necesite presentar el reclamo usted mismo
Recibir medicinas recetadas	<p><b>ActiveCare 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleve la receta a una farmacia de la red o utilice el servicio de entrega por correo</li> <li>• Pague el precio reducido de la medicina</li> <li>• Presente un reclamo a Blue Cross and Blue Shield of Texas y reciba el reembolso por la medicina menos su <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a></li> </ul> <p><b>ActiveCare 2 y 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleve la receta a una farmacia de la red o utilice el servicio de entrega por correo</li> <li>• Pague el <a href="#">deducible</a> y el <a href="#">copago</a> de medicina recetada requerido</li> </ul>	<p><b>ActiveCare 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleve la receta a cualquier farmacia certificada</li> <li>• Pague el precio total de la medicina</li> <li>• Presente un reclamo a Blue Cross and Blue Shield of Texas y reciba el reembolso por la medicina menos su <a href="#">coseguro</a> y <a href="#">deducible</a></li> </ul> <p><b>ActiveCare 2 y 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleve la receta a cualquier farmacia certificada</li> <li>• Presente un reclamo a Medco y reciba el reembolso por la cantidad que hubiera sido cobrada por una farmacia de la red menos el <a href="#">deducible</a> y el <a href="#">copago</a> de medicina recetada requerido</li> </ul>

## Cómo Funciona Su Plan Médico

### ¿Qué es un proveedor de ParPlan?

Los proveedores de ParPlan han acordado aceptar la [cantidad permitida](#) por Blue Cross and Blue Shield of Texas y/o las tarifas negociadas para servicios cubiertos. Cuando se utilicen proveedores de ParPlan usted queda cubierto al nivel de fuera de la red, y en la mayoría de los casos, no tendrá que presentar sus propios reclamos. Sin embargo, usted tampoco será responsable por cualquier cantidad facturada que exceda la [cantidad permitida](#), a menos que usted tenga un acuerdo especial con su proveedor por servicios no cubiertos.

### ¿Qué sucede si utiliza un proveedor que no pertenezca a la red?

Cuando usted recibe atención por parte de un médico u [hospital](#) de la red, su Plan PPO de TRS-ActiveCare paga una porción más grande de su costo de atención médica que los que paga por servicios de proveedores no pertenecientes a la red. Cuando usted recibe atención fuera de la red, todavía tiene cobertura, pero puede que usted tenga que pagar un costo más alto, incluyendo cualquier cargo que exceda la [cantidad permitida](#) de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Por ejemplo, con ActiveCare 2, si un médico no perteneciente a la red cobra \$100 por un servicio que está cubierto y la [cantidad permitida](#) de Blue Cross and Blue Shield of Texas es de \$80, suponiendo que su [deducible](#) ya se satisfizo, usted pagaría \$52 ( $\$80 \times 40\%$  de [coseguro](#) = \$32 + los \$20 que exceden la [cantidad permitida](#)). En este ejemplo, si se ha utilizado un médico de la red, usted pagaría \$16 ( $\$80 \times 20\%$  de [coseguro](#)).

### ¿Qué sucede si no se encuentra disponible atención médica por parte de un proveedor de la red?

Si la atención médica por parte de un proveedor de la red no se encuentra disponible, según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas y si Blue Cross and Blue Shield of Texas preautoriza su visita a un proveedor que no pertenezca a la red **antes de la visita**, se pagarán beneficios de dentro de la red. De otro modo, se pagarán beneficios de fuera de la red y se tendrá que presentar de nuevo el reclamo para revisión y ajuste, en caso de que sea apropiado.

**Nota:** Aun si es aprobado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, los proveedores que no pertenezcan a la red a los cuales se les haya pagado al nivel de los que pertenezcan a la red, pueden enviarle una factura por cualquier saldo por cargos que sobrepasen la [cantidad permitida](#) por servicios cubiertos. Usted es responsable por dichos cargos, los cuales pueden ser substanciales. Por ejemplo, si un médico no perteneciente a la red factura \$10,000 por un servicio cubierto y la [cantidad permitida](#) por Blue Cross and Blue Shield of Texas es de \$4,000, suponiendo que su [deducible](#) ha sido satisfecho, usted pagaría \$6,800 ( $\$4,000 \times 20\%$  de [coseguro](#) preautorizado de la red = \$800 + los \$6,000 que exceden la [cantidad permitida](#)).

### ¿Necesita ubicar un médico u [hospital](#) de la red o de ParPlan?

Vaya a [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare) y haga clic en "Medical Benefits" (Beneficios Médicos), y después en "Provider Locator" (Localizador de Proveedores). Usted siempre puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-355-5999 para confirmar el estado dentro de la red de estos.

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Requisitos de Autorización Previa

TRS-ActiveCare requiere aprobación por adelantado (autorización previa) de Blue Cross and Blue Shield of Texas o de INROADS Behavioral Health Services para algunos de los servicios. La autorización previa establece por adelantado (o dentro de las 48 horas siguientes a una [hospitalización de emergencia](#)) la [necesidad médica](#) de ciertos cuidados y servicios cubiertos por TRS-ActiveCare. La autorización previa asegura que no se negarán cuidados y servicios basados en la [necesidad médica](#). Sin embargo, la autorización previa no garantiza el pago de beneficios. Estos últimos están siempre sujetos a otros requisitos aplicables, tales como condiciones preexistentes, limitaciones y exclusiones, pago de primas y elegibilidad al momento en que se proporcionen los cuidados y servicios médicos.

Los siguientes tipos de servicios requieren autorización previa:

- Todas las hospitalizaciones;
- Tratamiento de todas las enfermedades mentales, dependencia química y enfermedad mental seria;
- Los cuidados prolongados, tales como en instalaciones médicas para convalecientes, por medio de la atención de cuidado médico en el hogar o a través de un hospicio; y
- Terapia de infusión en el hogar.

La atención deberá tener también autorización previa si usted o su médico desean:

- Prolongar su estancia en el [hospital](#) más allá de los días aprobados (usted o su médico deberán llamar para solicitar una extensión antes de que concluya su estancia aprobada); o bien
- Transferirle a otras instalaciones médicas o de una a otra unidad especializada dentro de las mismas.

**Nota:** Usted debe solicitar autorización previa para utilizar un proveedor fuera de la red para recibir los beneficios a nivel de la red. **La Autorización Previa para los servicios por [necesidad médica](#) no garantiza los beneficios a nivel de la red.** Aun si es aprobado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, los proveedores que no pertenezcan a la red que hayan recibido pagos al nivel de la red pueden facturar por cargos que excedan la [cantidad permitida](#) por servicios cubiertos de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Usted es responsable por dichos cargos, los cuales pueden ser substanciales. Por ejemplo si un médico no perteneciente a la red factura \$10,000 por

un servicio cubierto y la [cantidad permitida](#) por Blue Cross and Blue Shield of Texas es de \$4,000, suponiendo que su [deducible](#) ha sido satisfecho, usted pagaría \$6,800 (\$4,000 x 20% de [coseguro](#) preautorizado de la red = \$800 + los \$6,000 que exceden la [cantidad permitida](#)).

### ¿Qué sucede si los servicios no se autorizan por adelantado?

Blue Cross and Blue Shield of Texas revisará la [necesidad médica](#) de su tratamiento antes de la determinación final de los beneficios. Si el tratamiento o servicio no es [medicamento necesario](#), los beneficios serán denegados. Hay una penalidad de \$250 por el hecho de no obtener autorización previa para una admisión [medicamento necesaria](#) a un [hospital](#) que no pertenezca a la red. La penalización se deducirá de cualquier pago de beneficios que sea pagadero por la admisión. La penalización se considera adicional al [deducible](#) y al [desembolso personal máximo](#).

## Cómo Solicitar una Autorización Previa

**Servicios Médicos:** Los proveedores de la red se encargarán de obtener la autorización previa por usted.

*Si no utiliza un proveedor de la red para su atención médica, usted tendrá la responsabilidad de obtener la autorización previa, llamando a Blue Cross and Blue Shield of Texas al teléfono 1-800-441-9188.* (El número de teléfono para la autorización previa aparece también en su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare). Esta llamada telefónica es muy importante. Usted recibirá una penalización de \$250 por no obtener autorización previa para una admisión [medicamento necesaria](#) a un [hospital](#) que no sea de la red. Podrán llamar tanto usted, como su proveedor o un miembro de su familia. La llamada deberá efectuarse de lunes a viernes entre las 6 a.m. y las 6 p.m. (Hora Centro). Las llamadas que se hagan después de las horas de oficina, los fines de semana o en días de fiesta, se grabarán y serán contestadas el siguiente día hábil.

### ¿Existe algún límite para la autorización previa de [hospitalizaciones](#)?

Todas las admisiones como paciente interno deberán recibir autorización previa al menos dos días hábiles antes de la hospitalización, o bien, en el caso de una [emergencia](#), dentro de las 48 horas siguientes a la admisión.

**Los cuidados de salud mental, dependencia química y enfermedad mental seria:** La autorización previa para los cuidados de salud mental, dependencia química y enfermedad mental seria

## Cómo Funciona Su Plan Médico

deberán ser obtenidos de parte de INROADS Behavioral Health Services, llamando al teléfono **1-800-528-7264** entre las 8 a.m. y las 5 p.m. (Hora Centro). Se necesitará una autorización previa para los cuidados de salud mental, dependencia química y enfermedad mental seria, recibidos tanto dentro como fuera de la red, ya sea como paciente interno o externo.

### Cómo Solicitar o Reemplazar su Tarjeta de Identificación

Para solicitar tarjetas adicionales o reemplazar las perdidas o dañadas, llame al Departamento de Servicio al Cliente al teléfono 1-866-355-5999 o vaya a "Blue Access for Members" a través de la página web de TRS-ActiveCare para ordenar las tarjetas de identificación en línea. No se cobra por las tarjetas de identificación.

### Cómo Tener Acceso al Programa de BlueCard fuera de Texas



Sus beneficios viajan con usted. Su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare muestra el logotipo de Blue Cross and Blue Shield y de PPO impresos en el dibujo de una maleta que les indica a los proveedores que usted forma parte del programa de BlueCard. Esto quiere decir que usted y sus dependientes cubiertos pueden utilizar los proveedores de la red de Blue Cross and Blue Shield en todo el país. Siga estos pasos para recibir el nivel de beneficios (más alto) de la red que ofrece su plan, mientras esté de viaje o lejos de su hogar:

1. Si usted se encuentra fuera de Texas y necesita atención médica, refiérase a su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare y llame a BlueCard Access al teléfono 1-800-810-BLUE (2583) para obtener información sobre los médicos y [hospitales](#) de la red que se encuentren más cercanos a usted.
2. Aunque los proveedores de la red fuera de Texas pueden obtener autorización previa para los servicios que lo requieran (tales como las [hospitalizaciones](#)), es a fin de cuentas su responsabilidad el obtener dicha autorización previa, llamando al número apropiado que aparece en la parte posterior de su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare.
3. Cuando usted llegue al consultorio médico o al [hospital](#), presente su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare y el médico o el [hospital](#) verificarán su elegibilidad y la información de cobertura.
4. Después que usted reciba atención médica, el proveedor de la red presentará los reclamos por usted.
5. Usted tendrá la responsabilidad de pagar cualquier cantidad aplicable de [deducible](#), [copago](#) o [coseguro](#), además de los cargos por servicios no cubiertos. Los proveedores de BlueCard han aceptado las [cantidades permitidas](#) por el Plan de Blue Cross and Blue Shield para servicios cubiertos y no le enviarán a usted ninguna factura por saldos por cualquier costo que exceda la [cantidad permitida](#).

Para mayor información, vea la nota en la página [73](#) relacionado a otros arreglos de financiamiento por separado entre Blue Cross and Blue Shield of Texas y los proveedores.

## Cómo Funciona Su Plan Médico

### ¿Proporciona TRS-ActiveCare beneficios para servicios médicos fuera de los Estados Unidos?

Sí. Por medio del programa BlueCard Worldwide, usted tiene acceso a [hospitales](#) en casi todos los continentes y a una amplia gama de servicios de asistencia médica cuando viaje o viva fuera de los Estados Unidos. BlueCard Worldwide proporciona los siguientes servicios:

- Ubicación de proveedores
- Información de cómo ser referido médicamente
- Observación médica
- Transferencias cablegráficas y correo internacional
- Traducciones
- Verificación de coberturas
- Cambio de divisas

Si usted necesita ubicar a un médico u [hospital](#) o requiere asistencia médica, sírvase llamar a BlueCard Access al teléfono (800) 810-BLUE (2583) o llame por cobrar al (804) 673-1177, 24 horas al día, los siete días de la semana. Un coordinador de asistencia médica, conjuntamente con un profesional médico, efectuarán los arreglos para su hospitalización, en caso de ser necesario. Se aplicarán beneficios de la red para la atención como paciente interno en [hospitales](#) de BlueCard Worldwide.

En caso de [emergencia](#), vaya directamente al [hospital](#) más cercano.

Llame a Blue Cross and Blue Shield of Texas para obtener autorización previa en caso de ser necesario. (Refiérase al número de teléfono en la parte posterior de su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare. El número de teléfono para la autorización previa es distinto al que se proporciona en la parte superior para BlueCard Access).

En la mayoría de los casos, no tendrá que pagar la atención de paciente interno por adelantado en los [hospitales](#) de BlueCard Worldwide. El [hospital](#) presentará su reclamo. Sin embargo, usted será responsable por los gastos usuales de desembolso personal (servicios no cubiertos, [deducible](#), [copago](#) y [coseguro](#)).

Si usted no utiliza un proveedor de BlueCard Worldwide para su atención médica, tendrá que pagarle al médico u [hospital](#) al momento de recibir el servicio. Usted deberá llenar entonces un formulario de reclamo internacional y enviarlo a BlueCard Worldwide Service Center. El formulario de reclamo se puede obtener en línea en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare). Los beneficios de fuera de la red se aplicarán para los gastos cubiertos.

Recuerde que las facturas de proveedores extranjeros son diferentes a las facturas en los Estados Unidos. Es posible que no contengan el nombre y la dirección del proveedor, además de otros datos necesarios. Es muy importante que llene por completo el formulario de reclamo de BlueCard Worldwide y que adjunte sus facturas del proveedor extranjero. Cualquier información omitida retrasará el procesamiento de los reclamos.

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Qué Cubre el Plan Médico

TRS-ActiveCare cubre los gastos médicos indicados a continuación. Los servicios cubiertos pueden estar sujetos a otras limitaciones del plan.

Refiérase al Resumen de Beneficios específicos para el plan TRS-ActiveCare que haya escogido en las páginas 3-14 de este folleto para obtener información más detallada, incluyendo el [copago](#), [deducible](#) y [coseguro](#) que sean aplicables.

### Lesión Cerebral Adquirida

Los beneficios por gastos elegibles hechos para el tratamiento [médicamente necesario](#) de una lesión cerebral adquirida, se determinarán sobre las mismas bases que para el tratamiento de cualquier otra condición médica. Los gastos elegibles incluyen servicios neuroconductuales, neurofisiológicos y neuropsicológicos y las pruebas o los tratamientos psicofisiológicos como resultado de una lesión cerebral adquirida y que se relacionen con la misma.

### ¿Cuál es la [cantidad permitida](#)?

Los servicios médicos cubiertos se pagan de conformidad con la cantidad permitida por Blue Cross and Blue Shield of Texas. Dicha cantidad es la máxima que pagará TRS-ActiveCare por un servicio o suministro médico. La cantidad permitida es determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas y se basa en las tarifas negociadas con los proveedores; Blue Cross and Blue Shield of Texas valora los mismos servicios por proveedores de la misma zona geográfica que tengan preparación, experiencia, e instalaciones médicas similares; o cualquier otra fuente reconocida. Para las cirugías múltiples hechas a un mismo paciente y en el mismo día, la cantidad permitida será la del procedimiento con la cantidad permitida más alta, más la mitad de la cantidad permitida para cada una de las otras cirugías efectuadas. **Usted será responsable por cualquiera de los cargos facturados por un proveedor fuera de la red que exceda la cantidad permitida.**

**Excepción:** Si usted recibe tratamiento médico por un proveedor que no pertenezca a la red en un [hospital](#) perteneciente a la red durante las primeras 48 horas de su [emergencia](#), los beneficios serán pagados al nivel de la red basados en la cantidad facturada en vez de la cantidad permitida. Los servicios de ambulancia serán limitados a la cantidad permitida.

### Atención Médica para Alergias

Se proporciona cobertura para pruebas y tratamiento para la atención médica de alergias que sea [médicamente necesaria](#). Las inyecciones contra alergias no se consideran como vacunas para los fines

de beneficios de cuidado médico preventivo de TRS-ActiveCare.

### Servicios de Ambulancia

TRS-ActiveCare proporciona cobertura para servicios de ambulancias profesionales de transporte terrestre local o transporte de ambulancia aéreo, al momento de una [emergencia](#) o cuando Blue Cross and Blue Shield of Texas lo determine como [médicamente necesario](#). No hay beneficios disponibles para servicios de ambulancia, a menos que el paciente sea transportado al [hospital](#) más cercano que esté equipado y con el personal necesario para tratar tal condición médica. El pago por los servicios de ambulancia será limitado a la [cantidad permitida](#). Muchas zonas están atendidas por servicios de ambulancia que no poseen contrato con ninguna red de proveedores. Estos servicios frecuentemente cobran más que lo que paga TRS-ActiveCare. **Usted será responsable por los cargos que excedan la [cantidad permitida](#) de Blue Cross and Blue Shield of Texas.**

### ¿Qué quiere decir [médicamente necesario](#)?

Los suministros y servicios se cubren sólo si son [médicamente necesarios](#). Esto significa que los servicios y suministros deben:

- Ser esenciales y proporcionados para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica
- Ser apropiados para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica
- Proporcionarse en el ambiente o el modo apropiado que se requieran para una condición médica
- Estar dentro de las normas de prácticas generalmente aceptadas de atención médica tal y como las determine Blue Cross and Blue Shield of Texas, y también
- Los suministros o niveles de servicios más económicos que sean apropiados para un tratamiento médico seguro y eficaz.

Los cargos [médicamente necesarios](#) no incluyen los de:

- Un servicio o suministro que se proporcione sólo por conveniencia
- Pruebas repetidas que no sean necesarias, aunque las ordene un médico
- Servicios de naturaleza [experimental](#), de [investigación](#) o educación, o bien
- Todos los demás servicios y suministros no cubiertos.

La necesidad médica es determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas. La determinación de una necesidad médica no garantiza el pago a menos que el servicio esté cubierto por el plan de TRS-ActiveCare. Las decisiones con respecto a la necesidad médica son regidas por las normas médicas actuales, las cuales pueden ser obtenidas visitando [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare).

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Tratamiento de Dependencia a Substancias Químicas (se requiere autorización previa)

La dependencia a sustancias químicas se refiere al abuso, dependencia psicológica o física o la adicción al alcohol o a sustancias controladas. Todos los tratamientos por dependencia a sustancias químicas tanto para paciente interno como externo, dentro o fuera de la red, deberán recibir autorización previa.

Existe un límite máximo de dos series separadas de tratamiento por dependencia a sustancias químicas de por vida. Una serie de tratamientos se considera como un programa planeado, estructurado y organizado para fomentar una condición libre de dependencia química. Tal programa puede incluir diferentes instalaciones médicas o modalidades, tales como desintoxicación, rehabilitación y/o tratamiento como paciente interno, hospitalización parcial o tratamiento intenso como paciente externo o bien una serie de dichos niveles de tratamientos sin que exista una interrupción terapéutica. Se considera que una serie ha sido completada una vez que se le haya dado de alta al [participante](#) por consejo médico o cuando el [participante](#) no cumpla materialmente con el programa de tratamiento durante un período de 30 días.

El tratamiento de dependencia a sustancias químicas como paciente interno se deberá proporcionar en [instalaciones para el tratamiento del abuso de sustancias químicas](#). Los beneficios para la administración médica en un [hospital](#) de intoxicaciones agudas, que pongan la vida en peligro (toxicidad), estarán disponibles sobre la misma base que cualquier otra enfermedad.

## Atención de Quiropráctico

TRS-ActiveCare paga beneficios por servicios (incluyendo terapia ocupacional) y suministros proporcionados por o bajo la dirección de un Médico Quiropráctico. Existe un beneficio máximo de \$1,500 por persona, por [año del plan](#).

## Cirugía Estética, Reconstructiva o Plástica

Para la cirugía estética, reconstructiva o plástica, TRS-ActiveCare cubre sólo los servicios siguientes siempre y cuando sean [médicamente necesarios](#):

- Tratamiento para la corrección de defectos debido a lesiones producidas por un accidente mientras estén cubiertos por TRS-ActiveCare. (La condición de que el accidente ocurra mientras el [participante](#) esté cubierto por TRS-ActiveCare, no se aplica a los miembros recientemente inscritos ni a los nuevos contratados.)

- Cirugía reconstructiva después de una cirugía por cáncer.
- Tratamiento y cirugía para corregir defectos congénitos de recién nacidos
- Cirugía para corregir defectos congénitos de un menor dependiente (que no sea un recién nacido) menor de 19 años de edad. Esto no incluye cirugía de los senos.
- Reconstrucción del seno al cual se le haya efectuado una mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica; prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo linfedemas en todas las etapas de la mastectomía.
- Cirugía reconstructiva de un dependiente menor de 19 años de edad por anomalías craneofaciales, para mejorar las funciones o tratar de crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades de desarrollo, traumas, tumores, infecciones o enfermedades
- Mamoplastía reductiva.

Los beneficios por gastos que sean elegibles serán los mismos que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad, como se muestra en el Resumen de Beneficios para el plan específico de TRS-ActiveCare que usted haya escogido.

## Servicios Dentales y Cirugía Oral Cubierta

TRS-ActiveCare **no** es un plan dental. Usted debe hablar con su empleador con respecto a cobertura dental. Puede que ellos ofrezcan tal cobertura o que la pongan a la disposición de los empleados. TRS-ActiveCare no cubre los servicios dentales en general, incluyendo la extracción de una muela del juicio impactada o no impactada.

Cuando sea [médicamente necesario](#) según lo determine Blue Cross and Blue Shield of Texas y lo prescriba su médico, la cobertura para cirugía se limita a:

- Escisión de neoplasmas no relacionados con los dientes, incluyendo tumores y quistes benignos, y todas las lesiones y los crecimientos tumorales malignos y premalignos;
- Incisión y drenaje de abscesos faciales;
- Cirugías que involucren las glándulas y los conductos salivales y cirugías de los senos accesorios que no tengan relación con la dentadura;
- Tratamiento quirúrgico y de diagnóstico de afecciones de la articulación temporomandibular (incluyendo la quijada y la articulación craneomandibular), que se

## Cómo Funciona Su Plan Médico

- deba a un accidente, trauma, defectos congénitos y del desarrollo o bien a una condición patológica;
- Servicios proporcionados a un recién nacido para tratamiento o corrección de un defecto congénito;
  - Corrección de daños ocasionados a dientes naturales sanos y a tejidos de apoyo causados exclusivamente por lesiones externas y violentas debido a accidentes, si tal accidente se produce mientras el [participante](#) esté cubierto por TRS-ActiveCare. (La condición de que el accidente ocurra mientras el [participante](#) esté cubierto por TRS-ActiveCare, no se aplica a los miembros recientemente inscritos ni a los nuevos contratados.) Los servicios deberán ser proporcionados dentro de los 24 meses siguientes a la fecha del accidente. No se considerará que una lesión sufrida al morder o masticar sea accidental; y
  - La cirugía ortognática.

Las instalaciones médicas y los servicios relacionados, cuando sean [médicamente necesarios](#), se cubren para [participantes](#) que no puedan someterse a tratamiento en un consultorio médico dental o con anestesia local, debido a alguna razón física, mental o médica bien documentada (se requiere autorización previa). **No se cubren los servicios dentales relacionados.**

### Servicios para el Manejo de la Diabetes

TRS-ActiveCare cubre los gastos asociados con el tratamiento de la diabetes para personas a las que se le diagnostique diabetes dependiente o no de la insulina, niveles elevados de glucosa en la sangre inducidos por el embarazo u otro estado médico asociado con los niveles altos de glucosa en la sangre. Se cubre lo siguiente:

- **Equipos y Suministros para Diabéticos**
  - **Cubiertos por sus Beneficios Médicos:** Bombas de insulina y accesorios necesarios, dispositivos de infusión y aparatos podiátricos para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes. Se cubren también los agentes orales que no necesiten prescripción médica.
  - **Cubiertos por sus Beneficios de Farmacia:** Insulina, monitores de glucosa en la sangre (hasta por \$100 al año), tiras de análisis para monitores de glucosa en la sangre, tiras de análisis para lectura visual y de orina, lancetas y dispositivos para ellas, análogos de la insulina, dispositivos de ayuda para inyecciones, jeringas y estuches de glucagón de emergencia.

- **Programas de Adiestramiento para la Autoatención de la Diabetes (Cubiertos por sus Beneficios Médicos):**

- Entrenamiento adicional proporcionado después del diagnóstico inicial de la diabetes para el cuidado y la administración de dicha condición, incluyendo consejos nutricionales y el uso apropiado de los equipos y suministros para la diabetes;
- Entrenamiento adicional proporcionado después de que haya sido diagnosticado un cambio importante de los síntomas o una afección que requiera modificaciones del programa de autoatención; y
- Entrenamiento según se justifique por el desarrollo de nuevos tratamientos y nuevas técnicas para el cuidado de la diabetes.

### Manejo de Enfermedades

TRS-ActiveCare proporciona programas voluntarios de manejo de enfermedades, designados específicamente para quienes han sido diagnosticados con asma, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria arterial, síndrome metabólico (alta presión arterial, alto colesterol), dolor en la región inferior de la espalda o enfermedad renal en su etapa terminal. Al inscribirse en uno de los programas, usted recibirá valiosa información acerca de su condición, sin costo alguno para usted.

Los programas para el manejo de enfermedades trabajan junto con su plan de salud, su médico y usted para ayudarle a identificar la mejor forma de manejar su condición más eficientemente. El inscribirse en un programa, puede ayudarle a:

- Disminuir la intensidad y frecuencia de sus síntomas
- Mejorar sus habilidades de auto manejo
- Reducir su absentismo laboral
- Enriquecer su calidad de vida

La revisión de los reclamos y de la información farmacéutica, la autorización previa antes de una hospitalización o el ser referido por un médico, son algunos de los factores que ayudan a determinar si el programa de manejo de enfermedades es adecuado para usted. Blue Cross and Blue Shield of Texas le notificará a su médico enviándole una carta si considera que usted podría beneficiarse si se inscribe en un programa.

Cada programa está dirigido a sus necesidades específicas, basándose en la severidad de su condición,

## Cómo Funciona Su Plan Médico

complicaciones y factores de riesgo. Si la severidad de su condición es ligera usted recibirá:

- Cobertura para pruebas de evaluación preventiva
- Envíos por correo según la temporada del año de material educativo relacionado con su condición
- Llamadas anuales para instarle a cumplir con su tratamiento médico
- Herramientas instructivas que le ayudan a manejar mejor su condición

Si los síntomas de su condición son de moderados a severos, su programa será diseñado para proporcionarle:

- Una planificación personalizada de auto manejo
- Un horario regularmente supervisado por enfermeras registradas
- Acceso las 24 horas por teléfono a una enfermera especializada
- Una biblioteca con tópicos relacionados a su condición, disponible por teléfono todo el día
- Asistencia para obtener equipo médico duradero, cubierto bajo su plan de salud
- Visitas de cuidado médico en el hogar y servicios sociales de consultoría en caso de ser necesarios

### Equipo Médico Duradero

TRS-ActiveCare cubre el alquiler (o la compra, a discreción de Blue Cross and Blue Shield of Texas) de suministros terapéuticos y equipo de rehabilitación requeridos para usos terapéuticos, tales como una silla de ruedas estándar, muletas, andador, inodoro portátil, cama tipo de hospital, máquina de succión, respirador artificial u otro tipo de equipo similar.

Los equipos para aliviar el dolor o proporcionarle al paciente comodidad (por ejemplo, entablillados o bragueros de venta al público, acondicionadores de aire, humidificadores, deshumectantes, purificadores de aire, equipo de ejercicios físicos y tina para terapia termal, protección de higiene personal y terapia a domicilio con cama de presión de aire) **no** se cubren, aun cuando los prescriba un médico.

### Servicio Médico de Emergencia

Su plan de TRS-ActiveCare cubre las emergencias médicas en cualquier lugar que se presenten. En caso de [emergencia](#), llame al 911 o bien vaya a la sala de emergencias más cercana. Si usted recibe tratamiento de parte de un proveedor que pertenezca a la red en un [hospital](#) de la red durante las primeras 48 horas de su [emergencia](#), los beneficios serán pagados al nivel de la

red basados en la cantidad facturada en vez de la [cantidad permitida](#). Los pagos por servicios de ambulancia serán limitados a la [cantidad permitida](#) según sea determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas.

- **Atención como paciente interno:** Si se le admite a un [hospital](#) de la red, los proveedores participantes obtendrán autorización previa para su [hospitalización](#) y usted recibirá el nivel de beneficios de la red. Si se le admite a un [hospital](#) que no pertenezca a la red, la [hospitalización](#) deberá ser autorizada dentro de las 48 horas siguientes, llamando al teléfono 1-800-441-9188. Si no se obtiene previa autorización para la [hospitalización](#) a un hospital que no pertenezca a la red, habrá una penalización de \$250, y los beneficios se pagarán al nivel de fuera de la red. Si la admisión a un [hospital](#) que no pertenezca a la red era [médicamente necesaria](#) y se debió a algún accidente o [emergencia](#), usted podrá contactar a Blue Cross and Blue Shield of Texas para apelar la decisión original y solicitar el pago de beneficios al nivel de la red.
- **Atención como paciente externo:** Los beneficios de la red estarán disponibles para un tratamiento recibido dentro de las primeras 48 horas después de un accidente o una [emergencia](#) médica (incluso en instalaciones que no pertenezcan a la red). El tratamiento que haya sido en instalaciones que no pertenezcan a la red después de las 48 horas siguientes de haber ocurrido un accidente o una [emergencia](#) médica se pagará al mismo nivel de beneficios de fuera de la red.

### ¿Qué es una [emergencia](#)?

Una [emergencia](#) es la aparición repentina de una afección médica que se manifieste por medio de síntomas severos suficientemente serios, incluyendo dolor intenso, los cuales harían que una persona prudente que posea conocimientos promedio sobre la medicina y la salud, considere que la afección, la enfermedad o la lesión de la persona afectada sea de naturaleza tal que la falta de atención inmediata pudiera dar como resultado:

- Que la salud de la persona corriese grave peligro
- Que se produjera una incapacitación grave de las funciones corporales
- Serio deterioro de cualquier órgano o parte del cuerpo
- Una desfiguración grave, o bien
- En el caso de una mujer embarazada, un serio peligro para la salud del feto.

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Planificación Familiar

Los servicios cubiertos incluyen:

- Inserción y retiro de un dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés)
- Adaptación de un diafragma
- Vasectomía
- Ligadura de trompas
- Inserción o retiro de un dispositivo de control natal implantado bajo la piel.

Los anticonceptivos orales y otros artículos que requieran receta médica, como parches anticonceptivos, Estring y Seasonal, se incluyen en los beneficios de medicinas recetadas de TRS-ActiveCare.

## Aparatos Auditivos

Existen beneficios disponibles para aparatos auditivos, incluyendo adaptaciones y moldes hasta un máximo de \$1,000 por un período de 36 meses. Los aparatos auditivos se deberán pagar por adelantado y los reclamos por gastos cubiertos se deberán presentar a Blue Cross and Blue Shield of Texas para su reembolso.

TRS-ActiveCare no cubre reemplazos por pérdida, daños o defectos de funcionamiento. No se cubren las baterías ni las reparaciones de los aparatos auditivos.

## Cuidado Médico en el Hogar (requiere autorización previa)

TRS-ActiveCare cubre los suministros y servicios [médicamente necesarios](#) proporcionados en el hogar del paciente durante la visita de una agencia de cuidado médico en el hogar, como parte del plan de cuidado médico en el hogar que haya sido por un médico. La cobertura incluye:

- Atención de enfermería esporádica o a tiempo parcial proporcionada por una enfermera registrada (RN) o bien vocacional con licencia (LVN)
- Servicios de cuidado médico en el hogar a tiempo parcial o en forma esporádica para cuidado del paciente
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla (logopedia) y respiratoria, proporcionados por un terapeuta con licencia, y
- Suministros y equipos proporcionados rutinariamente por la agencia de cuidado médico en el hogar.

No se proporcionan beneficios de cuidado médico en el hogar para comidas de entrega a domicilio, trabajadores sociales o servicios de ama de casa, transportación o

servicios proporcionados primordialmente para [atención de custodia](#).

## Terapia de Infusión en el Hogar (requiere autorización previa)

TRS-ActiveCare cubre la administración de fluidos, nutrición o medicamentos (incluyendo todos los aditivos y la quimioterapia) por infusión intravenosa o gastrointestinal (entérica) o por inyección intravenosa en el hogar. La terapia de infusión en el hogar incluye:

- Medicamentos y soluciones intravenosas
- Servicios de compuestos farmacéuticos y suministro
- Todo los equipos y suministros adicionales necesarios para administrar la terapia definida
- Servicios de entrega a domicilio
- Entrenamiento del paciente y la familia, y
- Servicios de enfermería.

No se cubren los productos de venta al público que no requieren receta, incluyendo las fórmulas nutricionales estándar para la terapia de nutrición entérica.

## Atención de Hospicio (requiere autorización previa)

TRS-ActiveCare cubre servicios proporcionados por un hospicio para pacientes reclusos en ese tipo de centro o en el hogar propio debido a alguna enfermedad o lesión terminal que requiera servicios especializados de atención médica.

Se cubren los siguientes servicios para atención de hospicio en el *hogar*:

- Atención de enfermería esporádica o a tiempo parcial, proporcionada por una enfermera registrada (RN) o vocacional con licencia (LVN)
- Servicios de cuidado médico en el hogar, a tiempo parcial o esporádico, para cuidado del paciente
- Terapia respiratoria, del habla (logopedia) y fisioterapia proporcionada por terapeutas con licencia, y
- Servicios de ama de casa y consejería, incluyendo consejería para luto o pérdida de un familiar.

*Instalaciones médicas* de hospicio cubiertas:

- Toda la atención habitual de enfermería proporcionada por una enfermera registrada (RN) o vocacional con licencia (LVN)
- Alojamiento y comida y todos los servicios, suministros y equipo de rutina proporcionados por las instalaciones médicas de hospicio
- Servicios de terapia del habla (logopedia), respiratoria y fisioterapia proporcionados por terapeutas con licencia; y

## Cómo Funciona Su Plan Médico

- Servicios de consejería proporcionados de modo rutinario por las instalaciones médicas de hospicio, incluyendo consejería para luto o pérdida de un familiar.

### **Hospitalización (requiere autorización previa)**

TRS-ActiveCare cubre alojamiento y comida (hasta la tarifa de cuarto semiprivado del [hospital](#)), atención general de enfermería y otros servicios y suministros del [hospital](#). No cubre artículos personales tales como teléfonos y renta de televisores.

### **Servicios de Infertilidad**

Se cubren las pruebas por problemas de infertilidad. También se proporciona cobertura para medicinas recetadas para la fertilidad bajo los beneficios de medicamentos de receta de TRS-ActiveCare.

**Nota:** No se cubren los servicios o suministros proporcionados para la fertilización in vitro y la inseminación artificial, o bien como preparación o relacionado con los mismos. Vea otras exclusiones adicionales en la página [31](#).

### **Servicios de Análisis de Laboratorio y Radiografías**

Se cubrirán los procedimientos, servicios y materiales de laboratorio y radiográficos cuando los ordene un proveedor, incluyendo radiografías de diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, análisis de laboratorio y radiología terapéutica que sean [medicamente necesarios](#).

Los proveedores que pertenezcan a la red tienen la responsabilidad de enviar a los pacientes a laboratorios que también pertenezcan a la red, centros de radiografías y de resonancias nucleares o a un departamento para pacientes externos de un [hospital](#) de la red para servicios [medicamente necesarios](#) de laboratorios y radiografías que no estén disponibles en el consultorio médico del proveedor. Sin embargo, deberá recordarle siempre a su proveedor que usted recibirá un nivel más elevado de beneficios ofrecido bajo su plan, al utilizar proveedores de la red.

Si no se haya disponible la atención médica por parte de un proveedor que pertenezca a la red, según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas y si Blue Cross and Blue Shield of Texas autoriza previamente su visita a un proveedor que no pertenezca a la red **antes de la visita**, se pagarán los beneficios de la red. De otro modo, se pagarán beneficios de fuera de la red y se tendrá que presentar el reclamo nuevamente para revisión y ajuste, en caso de que sea apropiado. Si se utiliza un proveedor que no pertenezca a la red, el [participante](#) será responsable de pagar los gastos que sobrepasen la [cantidad permitida](#).

En algunas situaciones, un proveedor o una instalación enviará los resultados de análisis de laboratorios y radiografías a un radiólogo o patólogo para su interpretación profesional. Puesto que los [participantes](#) tienen poco o ningún control sobre estas transferencias, todas las interpretaciones profesionales de análisis de laboratorio y radiografía se pagarán al nivel de beneficios de la red, tanto si los lleva a cabo un proveedor perteneciente o no a la red. Sin embargo, si se utiliza un proveedor que no pertenezca a la red, el [participante](#) será responsable de pagar los gastos que sobrepasen la [cantidad permitida](#).

**¿Qué sucede si los procedimientos de laboratorio y radiografías se llevan a cabo fuera del consultorio del médico, o si las pruebas de laboratorio y radiografías son enviadas a otro lugar para su interpretación?**

**ActiveCare 1:** Si los servicios de análisis de laboratorio y radiografías que se lleven a cabo fuera del consultorio del médico son para cuidado preventivo, se pagarán al 100% de la [cantidad permitida](#) hasta un máximo de \$500 por [año del plan](#), cuando se utilicen médicos que pertenezcan a la red. Los cargos que excedan la cantidad máxima de \$500 quedarán sujetos a [deducible](#) y [coseguro](#) (el plan paga 80%; usted paga 20%). Los servicios de laboratorio y radiografías llevados a cabo debido a diagnósticos que no sea de cuidado preventivo estarán sujetos también a [deducible](#) y [coseguro](#).

**ActiveCare 2:** Para servicios de análisis de laboratorio y radiografías efectuados fuera del consultorio de médico, el plan paga 80% de la [cantidad permitida](#) y usted paga 20% por los servicios cubiertos que utilicen médicos que pertenezcan a la red para cuidado médico preventivo. Los servicios de laboratorio y radiografías llevados a cabo debido a diagnósticos que no sea de cuidado preventivo estarán sujetos también a [deducible](#) y [coseguro](#).

**ActiveCare 3:** Para servicios de análisis de laboratorio y radiografías efectuados fuera del consultorio de médico, el plan paga 80% de la [cantidad permitida](#) y usted paga 20% por los servicios cubiertos que utilicen médicos que pertenezcan a la red.

**¿Se cubren a los especialistas tales como anesthesiólogos, radiólogos y patólogos que no pertenezcan a la red al nivel de beneficios de dentro de la red si el [hospital](#) o el cirujano pertenecen a la red?**

Estos servicios se pagarán al nivel de beneficios de la red. Sin embargo, el pago por servicios fuera de la red está limitado a la [cantidad permitida](#) de Blue Cross and Blue Shield of Texas, y usted será responsable por cualquier cargo facturado por el proveedor, los cuales excedan la [cantidad permitida](#), excepto por servicios de atención de [emergencias](#) (refiérase a la página [24](#)).

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Cuidado de Maternidad

TRS-ActiveCare cubre los gastos relacionados con maternidad para empleadas y dependientes cubiertos.

La atención de maternidad incluye diagnóstico de embarazo, atención pre y postnatal y el parto (incluyendo parto por cesárea). TRS-ActiveCare cubre la atención de paciente interno para la madre y el recién nacido en instalaciones de atención médica durante un mínimo de 48 horas, después de un parto vaginal sin complicaciones, y durante un mínimo de 96 horas, después de una cesárea sin complicaciones.

Los gastos de [hospital](#) como paciente interno incurridos por la madre por el parto no incluirán cargos por cuidados de rutina del recién nacido sano que ocurran durante la [hospitalización](#) de la madre por el motivo del parto. Estos cargos se considerarán como gastos del recién nacido y quedarán sujetos a las disposiciones de beneficios y los beneficios máximos que se describen en el Resumen de Beneficios del plan específico de TRS-ActiveCare que se haya escogido.

**Nota:** TRS-ActiveCare incluye un programa prenatal completo, gratuito y voluntario, conocido como – Special Beginnings – el cual ayuda a las madres a tener un mejor cuidado de sí mismas y su recién nacido. El programa evalúa el nivel de riesgo del embarazo y proporciona llamadas de seguimiento por parte de una enfermera obstétrica con experiencia, desde el embarazo hasta las seis semanas después del parto. Para inscribirse o para cualquier pregunta relacionada con el programa, sírvase llamar sin costo alguno al: 1-800-462-3275.

¿Cómo se cubren los cargos del médico por motivo del cuidado de maternidad?

**ActiveCare 1:** El cuidado de maternidad está sujeto al [deducible](#) y [coseguro](#) correspondiente.

**ActiveCare 2 y ActiveCare 3:** Usted paga el [copago](#) de su primera visita al consultorio médico. Durante todo el período de su embarazo, pagará su [deducible](#) y [coseguro](#) aplicable.

¿Cómo cubre TRS-ActiveCare a un recién nacido?

Para agregar la cobertura de un recién nacido, usted debe firmar, fechar y enviar un *Formulario de Solicitud de Inscripción y Cambios* a su [Administrador de Beneficios](#) en un plazo de 60 días a partir de la fecha de nacimiento. No obstante, usted tendrá hasta un año después de la fecha de nacimiento del recién nacido para agregarlo a la cobertura si usted tiene cobertura de empleado y familia o de empleado e hijos con TRS-ActiveCare al momento del nacimiento del recién nacido

y al momento de la inscripción. Si la solicitud es presentada después del período de inscripción para el recién nacido, la solicitud para agregar cobertura será denegada aun si no se efectuara cambio alguno a la prima.

TRS-ActiveCare automáticamente proporciona cobertura para el recién nacido de un empleado cubierto por los primeros 31 días después de la fecha de nacimiento, pero esta cobertura termina aménos que el recién nacido sea añadido a la cobertura del empleado.

Los nietos recién nacidos no se cubren automáticamente. Si es elegible, el nieto se deberá agregar a la cobertura del empleado para recibir beneficios. Un nieto elegible deberá residir principalmente en el hogar del empleado y ser dependiente suyo para fines del impuesto federal sobre la renta.

## Atención de la Salud Mental (requiere autorización previa)

TRS-ActiveCare cubre cargos de atención mental de pacientes internos y externos para:

- El diagnóstico o tratamiento de un síntoma, enfermedad, trastorno o una afección (como lo define la American Psychiatric Association en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association* o cualquier otro sistema de codificación de diagnóstico utilizado por Blue Cross and Blue Shield of Texas) sea o no la causa de la enfermedad, trastorno o la afección de naturaleza u origen físico, químico o mental.
- El diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, afección, enfermedad o trastorno por un proveedor o cualquier persona que trabaje bajo la supervisión de un proveedor, cuando los gastos elegibles sean:
  - Por psicoterapia individual
  - Psicoanálisis
  - Pruebas psicológicas y sus evaluaciones
  - Administración o supervisión de medicamentos psicotrópicos
  - Visitas en el [hospital](#) o consultas en alguna instalación que proporcione ese tipo de atención
- Tratamiento electroconvulsivo
- Medicamentos psicotrópicos (cubiertos por sus beneficios de farmacia)

Toda la atención de la salud mental ya sea como paciente interno o externo, o de dentro o fuera de la red deberá tener autorización previa. Consulte el Resumen de Beneficios del plan de TRS-ActiveCare que usted

## Cómo Funciona Su Plan Médico

haya escogido para ver las limitaciones por día o de visitas que se aplican.

La atención [médicamente necesaria](#) de la salud mental en [instalaciones médicas de tratamiento psiquiátrico de día](#), en una [unidad o instalaciones de estabilización de crisis](#) o en un [centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes](#), en lugar de hospitalización, se considerará como gastos de [hospital](#) en una instalación de la salud mental. Cada día completo de atención de la salud mental en [instalaciones médicas de tratamiento psiquiátrico de día](#), en una [unidad o instalaciones de estabilización de crisis](#) o en un [centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes](#) contará como medio día de atención como paciente interno cuando se calculen las limitaciones del [año del plan](#).

### Pruebas de Evaluación de Recién Nacidos para Detectar Incapacidades Auditivas

TRS-ActiveCare cubre las pruebas de evaluación para detectar pérdidas de la audición desde el nacimiento hasta la fecha en que el bebé tenga 30 días de nacido (a menos que el retraso sea [médicamente necesario](#)) y la atención necesaria de seguimiento de diagnóstico que seleccione con las pruebas de evaluación, desde el nacimiento hasta la fecha en que el menor tenga 24 meses de edad.

### Transplantes de Órganos y Tejidos (requiere autorización previa)

Se cubren los transplantes de órganos y tejidos (médula ósea, córnea, corazón, corazón y pulmón, riñón, riñón y páncreas, hígado o pulmón) y los servicios y suministros relacionados si:

- El transplante no es de naturaleza [experimental o de investigación](#)
- Se usan órganos o tejidos humanos donados
- El receptor o el donante es [participante](#) de TRS-ActiveCare
- El procedimiento de transplante es autorizado previamente
- El receptor satisface todos los criterios establecidos por Blue Cross and Blue Shield of Texas en sus pautas de normas médicas por escrito, y
- El receptor satisface todos los protocolos establecidos por el [hospital](#) en el que se lleve a cabo el transplante.

Los servicios y suministros cubiertos comprenden:

- La evaluación de órganos o tejidos, incluyendo, entre otros, la determinación de las pruebas de compatibilidad

- La extracción de órganos y tejidos de donantes fallecidos
- La preparación y el transporte de órganos y tejidos donados

Los servicios y suministros no cubiertos por TRS-ActiveCare son:

- Gastos de viaje del donante vivo o del receptor
- La búsqueda de donantes vivos potenciales y las pruebas de compatibilidad de los mismos
- Los gastos relacionados con la preservación de vida con fines de donación de órganos o tejidos
- La adquisición de órganos o tejidos
- Gastos médicos tanto del receptor como del donante que no sea un [participante](#) bajo TRS-ActiveCare

### Aparatos Ortóticos

TRS-ActiveCare cubre bragueros ortopédicos (o sea, un aparato ortopédico utilizado para sostener, alinear o retener partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluyendo bragueros rígidos de espalda, pierna o cuello; enyesados para el tratamiento de cualquier parte de las piernas, brazos, hombros, caderas o la espalda; corsés especiales para cirugía y de espalda; vendajes, curas, bragueros y entablillados prescritos, dirigidos o aplicados por un médico y que tengan diseño a la medida, con el fin de ayudar al funcionamiento de alguna articulación.

Algunos de los artículos no cubiertos incluyen, pero no se limitan a, dispositivos ortodónticos u odontológicos de otros tipos (excepto a lo permitido debido a lesión por accidente bajo cirugía oral cubierta en la página [22](#)); entablillados o vendajes proporcionados por un médico en un ambiente no [hospitalario](#) o adquiridos sin necesidad de receta médica para sujeción de esguinces y distensiones; calzado ortopédico que sea una parte separable de un braguero cubierto; zapatos especiales, hechos a la medida, conformados o moldeados, inserciones de zapatos diseñados para soportar el arco o efectuar cambios del pie; o bien, alineación de pies, soportes de arcos, medias elásticas y bandas elásticas.

**Nota:** Se cubren los dispositivos ortóticos para pies para el tratamiento de la diabetes.

El mantenimiento y las reparaciones a los aparatos ortóticos como resultado de accidentes, mal uso o maltrato son responsabilidad del [participante](#).

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Servicios de Instalaciones Médicas para Pacientes Externos

TRS-ActiveCare cubre los siguientes servicios proporcionados por una instalación independiente o un departamento de [hospital](#) para pacientes externos, cuando sean [medicamento necesarios](#):

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Diálisis
- Servicios de rehabilitación
- Cirugía como paciente externo

## Cuidado Médico Preventivo

TRS-ActiveCare promueve el cuidado médico preventivo y el mantenimiento de una buena salud. Los servicios cubiertos bajo este beneficio deben ser facturados por el proveedor como "cuidado médico preventivo". Los beneficios de cuidado médico preventivo incluyen pero no se limitan a:

- Exámenes médicos de rutina (*limitados a un examen médico por [año del plan](#) para personas de dos años de edad o mayores y un examen de cuidado médico preventivo de la mujer por [año del plan](#)*)
- Mamografías de rutina (*una por [año del plan](#)*)
- Vacunas (*las inyecciones para alergias no se consideran vacunas*)
- Exámenes del niño sano
- Exámenes de la vista (*uno por [año del plan](#)*)
- Exámenes de la audición
- Exámenes de Antígeno Específico de la Próstata (PSA)
- Exámenes de evaluación de cáncer colorrectal
- Exámenes de evaluación de osteoporosis
- Exámenes de evaluación de densidad ósea
- Colonoscopia rutinaria

## Servicios Profesionales

Los servicios cubiertos deben ser [medicamento necesarios](#) según sea determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas y proporcionados por un médico con licencia u otro proveedor de la salud cubierto. Vea la lista a continuación. Los beneficios para servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones se hayan disponibles como paciente interno o externo, o bien en el consultorio de un proveedor.

## Dispositivos Prostéticos

TRS-ActiveCare proporciona cobertura para dispositivos artificiales [medicamento necesarios](#), incluyendo extremidades u ojos, bragueros o dispositivos

prostéticos u ortopédicos similares, que reemplacen el total o una parte de:

- Un órgano o extremidad que le falte a la persona (incluyendo tejidos contiguos), o bien,
- La pérdida permanente o el mal funcionamiento de un órgano del cuerpo (excluyendo dispositivos odontológicos y el reemplazo de lentes para cataratas)

Para los fines de esta definición, una peluca o un peluquín no se consideran que sean un dispositivo prostético.

El mantenimiento y las reparaciones a los dispositivos prostéticos como resultado de un accidente, mal uso o mal trato, serán responsabilidad del [participante](#).

## ¿A quiénes se considera como proveedores de atención médica autorizados?

TRS-ActiveCare proporciona beneficios para servicios provistos sólo por los siguientes proveedores:

- Médico
- Osteópata
- Podiatra
- Psicólogo
- Ayudante de psicólogo que trabaja bajo la supervisión de un Doctor en Psicología
- Oftalmólogo
- Quiropráctico
- Dentista
- Audiólogo Certificado
- Patólogo Licenciado en el Habla y Lenguaje
- Trabajador Social Certificado
- Dietista Certificado
- Consejero Profesional Certificado
- Persona Certificada para Instalar Dispositivos y Dispensadores para la Audición
- Consejero Certificado Especializado en Dependencia a Substancias Químicas
- Terapeuta Ocupacional Certificado
- Fisioterapeuta con Licencia
- Asistente de Cirujano con Licencia
- Enfermera Práctica Avanzada (APN)
- Asistente Médico (PA)
- Primer Asistente de Enfermería (NFA)

## Servicios de Rehabilitación (Terapias del Habla (Logopedia), Ocupacional y Fisioterapia)

TRS-ActiveCare cubre los servicios de rehabilitación y físicos y terapias del habla (logopedia), ocupacional y fisioterapia que sean [medicamento necesarios](#), satisfagan o sobrepasen las metas de tratamiento para un [participante](#) y se proporcionan como paciente interno

## Cómo Funciona Su Plan Médico

o externo o bien en el consultorio médico del proveedor. Para una persona incapacitada físicamente, las metas del tratamiento pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o bien la prevención o retraso de la progresión del deterioro.

### Enfermedades Mentales Graves (requiere autorización previa)

Se proporcionarán beneficios para el tratamiento de enfermedades mentales graves sobre las mismas bases que para otras afecciones. Las enfermedades mentales graves son los siguientes males psiquiátricos, tal y como los define la American Psychiatric Association en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association*:

- Trastornos bipolares (*hipomaniacos, maniacos, depresivos y una combinación de los mismos*)
- Depresión en la niñez y la adolescencia
- Trastornos depresivos mayores (*episodio único o recurrente*)
- Trastornos obsesivos compulsivos
- Paranoia y otros trastornos sicóticos
- Trastornos penetrantes del desarrollo
- Trastornos afectivos esquizoide (*bipolares o depresivos*)
- Esquizofrenia

La atención [médica necesaria](#) para enfermedades mentales graves en [instalaciones psiquiátricas de tratamiento de día](#), en [unidad o instalaciones de estabilización de crisis](#) o en un [centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes](#), en lugar de la hospitalización, se considerará como gastos [hospitalarios](#) para pacientes internos en instalaciones de la salud mental. Cada día completo de atención de la salud mental en [instalaciones psiquiátricas de tratamiento de día](#), en una [unidad o instalaciones de estabilización de crisis](#) o en un [centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes](#) contará como medio día de atención como paciente interno cuando se calculan las limitaciones del [año del plan](#).

### Instalaciones Médicas para Convalecientes (requiere autorización previa)

TRS-ActiveCare cubre la atención en instalaciones médicas para convalecientes y paga beneficios para:

- Alojamiento y comida hasta la tarifa de cuarto semiprivado

- Servicios, suministros y equipo médico de rutina proporcionados por las instalaciones médicas para convalecientes
- Atención de enfermería general proporcionada por una enfermera registrada (RN) o vocacional con licencia (LVN)
- Servicios de terapia del habla (logopedia), ocupacional, respiratoria y fisioterapia proporcionados por un terapeuta certificado.

### Atención Médica durante el Período de Transición

*La atención médica durante el período de transición se proporciona solamente a los miembros recientes a partir de la fecha en que el distrito o entidad empiece a participar en TRS-ActiveCare; la atención provisional no se proporciona a los nuevos contratados.*

Si usted es un dependiente cubierto y está sometido a un procedimiento de tratamiento médico al momento de la inscripción en ActiveCare 1, 2 o 3, y su médico **no** pertenece a la red de PPO, podría solicitar la atención médica continuada con su médico actual por un período de tiempo determinado. Los beneficios de la atención médica durante el período de transición pueden estar disponibles si usted está recibiendo tratamiento por cualquiera de las siguientes condiciones por parte de un médico que no pertenezca a la red:

- Embarazo (*tercer trimestre o alto riesgo*)
- Recientemente diagnosticado con cáncer
- Enfermedad incurable
- Reciente ataque cardíaco
- Otros cuidados agudos que estén siendo proporcionados

Los beneficios de la atención médica durante el período de transición están sujetos a aprobación. Para solicitar beneficios de cuidado provisional, llene el *Formulario de Solicitud de Cuidado Provisional* disponible por medio de su [Administrador de Beneficios](#) o en la página web. Las instrucciones para enviar la solicitud a Blue Cross and Blue Shield of Texas se encuentran en dicho formulario. Si la atención provisional es aprobada, usted o su actual dependiente cubierto pueden continuar recibiendo atención médica del médico no perteneciente a la red y recibir beneficios al nivel de la red del plan de TRS-ActiveCare seleccionado. Si la atención provisional solicitada es denegada, usted puede continuar recibiendo atención médica de su médico actual, pero los beneficios serán pagados al nivel de fuera de la red.

*Si su médico pertenece a la red, usted no tiene que llenar el Formulario de Solicitud de Cuidado Provisional.*

# Cómo Funciona Su Plan Médico

## Lo Que El Plan Médico No Cubre

Además de las limitaciones y exclusiones establecidas en la descripción de la sección titulada Qué Cubre el Plan Médico, que comienza en la página [21](#), TRS-ActiveCare no cubre gastos médicos para lo siguiente:

- Los servicios o suministros que no sean [medicamente necesarios](#) o cualquier servicio o suministro [experimental o de investigación](#), según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas
- Los cargos incurridos debido al incumplimiento de una visita programada con un médico u otro proveedor profesional, o ya sea por formularios o historial médico
- Los servicios y suministros de la vista, incluyendo, pero no limitado a, ortópticas, entrenamiento y terapia ocular, queratotomía radial, lentes de contacto o su adaptación, anteojos, queratotomía fotorrefractora y LASIK
- Cirugía estética, reconstructiva o cirugía plástica a excepción de lo establecido para éstas en la página [22](#)
- Servicios odontológicos generales, incluyendo aparatos dentales (excepto aparatos según lo permitido debido a lesión por accidente bajo cirugía oral cubierta en la página [22](#))
- Cualquier gasto incurrido por artículos médico/quirúrgicos para cirugías dentales excepto según lo permitido en la página [22](#)
- Servicios o suministros para la atención de rutina de los pies, incluyendo ortótica del calzado, plantillas o inserciones en el calzado de cualquier tipo (excepto cuando se prescriban por diagnóstico de diabetes o relacionado con esta enfermedad)
- Servicios o suministros proporcionados para la reducción de la obesidad o la pérdida de peso, excepto para el tratamiento [medicamente necesario](#) de la obesidad mórbida, según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas
- Servicios o suministros proporcionados para lesiones sufridas como resultado de una guerra, declarada o no, o cualquier acto bélico o mientras se esté prestando servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional
- Servicios o suministros proporcionados para el tratamiento o servicios relativos a la articulación temporomandibular (TMJ), excepto tratamientos de diagnóstico y quirúrgicos que sean [medicamente necesarios](#)
- Servicios o suministros proporcionados con relación a alguna enfermedad ocupacional o alguna lesión sufrida en el ámbito y en el curso de cualquier empleo, aunque los beneficios puedan ser pagados o no por Compensación al Trabajador
- Artículos para la conveniencia o comodidad del paciente, según lo determinado por Blue Cross and Blue Shield of Texas.
- Servicios y suministros dietéticos y nutricionales excepto cuando se trate de un programa de evaluación de la nutrición de un paciente interno, proporcionado en el [hospital](#) o por un [hospital](#) y aprobado por Blue Cross and Blue Shield of Texas, o bien, servicios de administración para diabéticos que proporcione un médico y tengan la aprobación de Blue Cross and Blue Shield of Texas, o un suplemento nutricional [medicamente necesario](#) requerido para el tratamiento de la Fenilcetonuria (PKU)
- Servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de entrada en vigencia o después del término de la cobertura del [participante](#)
- Cargos que no se facturarían si no tuviera cobertura médica o los que no se le requiera legalmente que pague
- Servicios o suministros proporcionados por una persona, entidad o instalaciones o por un [hospital](#) que no haya sido aprobado por Blue Cross and Blue Shield of Texas tanto como proveedores pertenecientes como no pertenecientes a la red
- Cargos por alojamiento y comida durante una [hospitalización](#) para procedimientos de diagnóstico o evaluación, a menos que Blue Cross and Blue Shield of Texas determine que la condición de paciente interno sea [medicamente necesaria](#)
- [Terapia o asesoramiento matrimonial o familiar](#), autoterapia o terapia que se considere parte de un entrenamiento
- Servicios de viaje y alojamiento, ya sea que hayan sido o no recomendados o prescritos, con excepción de los servicios de ambulancia
- Servicios o suministros proporcionados en preparación, en conjunto con o para: reversión de la esterilización (masculina o femenina); cirugía transexual; disfunción sexual; fertilización in vitro;

## Cómo Funciona Su Plan Médico

fomento de la fertilidad por medio de tecnologías reproductivas extracoitales, incluyendo, pero sin limitarse a, inseminación artificial, inseminación intrauterina, realce de capacitación de superovulación uterina, inseminación intraperitoneal directa, inseminación transuterina en las trompas, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de oocitos en estado pronuclear, transferencia intrafalopiana de cigotos y transferencia de embriones a las trompas

- Aborto, a menos que la vida de la [participante](#) corra peligro si continua el embarazo o si hay alguna anomalía fetal diagnosticada o que el embarazo se deba a algún acto delictivo, tal como violación o incesto
- Procedimientos de trasplante que Blue Cross and Blue Shield of Texas considere como [experimental](#) o de [investigación](#)
- Servicios sociales médicos, consejería para luto o pérdida de un familiar (excepto como parte de un plan de tratamiento en un hospicio que tenga autorización previa) o consejería vocacional
- Pruebas o tratamientos de sensibilidad ambiental, ecología clínica o alergia como paciente interno
- Terapia de quelación, excepto para el tratamiento de envenenamientos agudos de metales
- Medicinas recetadas o fármacos que estén cubiertos en un programa separado de medicinas recetadas con sus propias exclusiones y limitaciones
- Acupuntura, videofluoroscopia, tracción intersegmental, electromiograma de superficie (EMG, por sus siglas en inglés), manipulación bajo anestesia y pruebas de músculos por medio de máquinas computarizadas de cinesiología, tales como Isostation, Digital Myograph y Dynatron
- Cualquier servicio de terapia ocupacional que no consista en modalidades tradicionales de fisioterapia y que no forme parte de un programa de rehabilitación diseñado para restaurar funciones corporales perdidas o dañadas
- Cualquier porción de un cargo por servicios o suministros que exceda la [cantidad permitida](#), según lo determinado Blue Cross and Blue Shield of Texas, excepto para servicios de [emergencia](#) provistos por un proveedor fuera de la red en instalaciones médicas de la red dentro de las 48 horas siguientes a un accidente o [emergencia](#) médica (refiérase a la página [24](#))
- Cualquier servicio o suministro no definido específicamente como gasto permitido, excepto que esté aprobado a través de la administración de casos por Blue Cross and Blue Shield of Texas
- Servicios o suministros por [atención de custodia](#), según lo determinado Blue Cross and Blue Shield of Texas
- Servicios de [telemedicina](#) proporcionados por teléfono o fax
- Servicios o suministros proporcionados por un miembro familiar cercano (cónyuge, hijo, o por uno mismo)
- Cualquier producto que no requiera prescripción médica

## Cómo Funciona Su Plan Médico

### ¿Qué se considera como condiciones médicas preexistentes?

Las condiciones médicas preexistentes son las condiciones médicas para las que usted o su dependiente hayan recibido consejos médicos, diagnósticos, atención o para los que se les haya recomendado o hayan recibido tratamiento durante los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura de TRS-ActiveCare.

Si usted o uno de sus dependientes tiene alguna condición médica preexistente antes de que se inicie su cobertura médica, TRS-ActiveCare podrá denegar el pago de beneficios por dicha condición médica hasta que hayan estado cubiertos durante 12 meses por TRS-ActiveCare.

La disposición de condiciones médicas preexistentes no se aplica en los siguientes casos:

- Un recién nacido (se aplican reglas especiales para recién nacidos; refiérase a la página [27](#) para más información)
- Una persona cubierta durante 12 meses bajo una [cobertura acreditable](#)
- Embarazos
- Condiciones que se deban a violencia doméstica
- Información general sin un diagnóstico para una condición médica específica.

Todos los demás términos, disposiciones, limitaciones y exclusiones se aplican a todos los empleados y dependientes cubiertos, incluso cuando no se aplique una exclusión por condición médica preexistente por las razones anteriores.

### ¿Tiene la cobertura de TRS-ActiveCare limitaciones o exclusiones por condiciones médicas preexistentes?

Para las personas que se inscriban por primera vez (aquellos empleados y dependientes elegibles que se inscriban cuando TRS-ActiveCare se haga disponible por primera vez a través del distrito/entidad participante) y nuevos contratados, no existen exclusiones de condición médica preexistente siempre y cuando se inscriba al momento de ser elegible por primera vez para cobertura. Si usted no se inscribe durante su período inicial de elegibilidad, un período de exclusión de condición médica preexistente de 12 meses se aplicará si usted elige cobertura durante un período de inscripción del plan futuro o debido a un [evento de inscripción especial](#). Si usted rechaza la cobertura durante cualquier período de inscripción del plan en el cual ActiveCare 1, 2 o 3 se le haya ofrecido, un período de exclusión de condición médica preexistente de 12 meses se aplicará si usted elige cobertura en el futuro. Un certificado de [cobertura previa acreditable](#) puede ser utilizado para compensar un período de exclusión de condición médica preexistente según lo previsto bajo la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Ley de 1996 [HIPPA]). No existen exclusiones de condición médica preexistente para cobertura de HMO.

## Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

Los beneficios de farmacia para ActiveCare 1 son administrados por Blue Cross and Blue Shield of Texas; los beneficios de farmacia para ActiveCare 2 y ActiveCare 3 son administrados por Medco Health Solutions, Inc. (Medco).

### ActiveCare 1

#### Servicios de Farmacia de Venta al Público

Las farmacias de venta al público participantes aceptarán su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare y le cobrarán el precio negociado de Medco hasta un suministro máximo de 30 días de su receta. A usted se le exigirá el pago completo cuando reciba su medicamento y presente un formulario de reclamo a Blue Cross and Blue Shield of Texas para reembolso. El plan manejará esto como un reclamo médico y pagará los beneficios después que usted cumpla con el [deducible](#).

Su servicio de farmacia de venta al público es más conveniente cuando usted necesite una medicina por un **corto período**. Por ejemplo, si usted necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las muchas farmacias que participan en el programa de TRS-ActiveCare y recibir su medicina el **mismo día**. Usted puede ahorrar dinero utilizando las farmacias de la red que participan con Medco para sus recetas de corto plazo.

#### Servicio de Farmacia de Entrega por Correo de Medco (Medco By Mail)

Usted puede recibir un **suministro de 90 días** de medicinas que están cubiertas por el plan, al usar el Servicio de Farmacia de Entrega por Correo de Medco. A usted se le exigirá el pago completo cuando reciba su medicamento y presente un formulario de reclamo a Blue Cross and Blue Shield of Texas para reembolso. El plan manejará esto como un reclamo médico y pagará los beneficios después que usted cumpla con el [deducible](#).

El Servicio de Entrega por Correo de Medco le ofrece conveniencia y un ahorro potencial de costos. Si usted necesita medicinas en una forma continua o a largo plazo, tales como las que necesitaría para tratar el asma o la diabetes, puede pedirle al médico que le recete para un **suministro hasta por 90 días** que serán entregados a través del servicio de entrega por correo, más los reabastecimientos de hasta un año.

### ActiveCare 2 y ActiveCare 3

Hay un [deducible](#) de \$50 por persona, por [año del plan](#) por medicinas recetadas.

#### Servicios de Farmacias de Venta al Público

Su servicio de farmacia de venta al público es más conveniente cuando usted necesite una medicina por un **corto período**. Por ejemplo, si usted necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las muchas farmacias que participan en el programa de TRS-ActiveCare y recibir su medicina el **mismo día**.

#### Medicinas de Largo Plazo y de Servicio de Farmacia de Entrega por Correo de Medco (Medco By Mail)

El obtener sus medicinas recetadas de largo plazo a través de entrega por correo puede significar importantes ahorros para usted. Si usted no utiliza el servicio de entrega por correo de Medco para sus medicinas recetadas a largo plazo, puede que usted tenga que pagar más por estos medicamentos.

**El servicio trabaja de la siguiente manera:** Las primeras dos veces que usted compre sus medicinas recetadas de largo plazo en una farmacia de venta al público participante, usted satisfará su [copago](#) usual de farmacia de venta al público. Después de esto, pagará un costo más alto por sus medicinas recetadas de largo plazo.

Con el Servicio de Entrega por Correo de Medco, usted puede recibir un suministro hasta por 90 días de su medicina recetada y abonar un sólo [copago](#). Sin embargo, si usted abastece su medicina recetada en una farmacia, es posible que tenga que pagar una cantidad más alta por ese mismo suministro de 90 días (tres abastecimientos de 30 días). Por favor refiérase a las tablas en la página [36](#) para las cantidades de [copago](#). Si usted necesita medicamentos en una forma continua o a largo plazo, tales como las que necesitaría para tratar el asma o la diabetes, puede pedirle al médico que le recete para un **suministro hasta por 90 días** que le serán enviados a través del servicio de entrega por correo, más los reabastecimientos de hasta un año. Cuando utiliza el servicio de Medco por correo, para un reabastecimiento de menos de 90 días de medicina recetada, todavía se aplica el [copago](#) total por la orden completa.

## Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

Usted deberá continuar obteniendo todas sus medicinas de corto plazo, tales como antibióticos, en una farmacia y pagar el [copago](#) usual.

**Nota:** Ciertos medicamentos de largo plazo no están sujetos a las condiciones mencionadas anteriormente. Los suministros para la diabetes y la insulina, por ejemplo, pueden ser adquiridos al precio de venta al público sin un aumento en el [copago](#), en el tercer abastecimiento o los subsecuentes. Puede encontrarse en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare) una lista de las medicinas que *están* sujetas a las condiciones mencionadas anteriormente.

### Formulario de Medicinas Recetadas

Los planes ActiveCare 2 y ActiveCare 3 incluyen un formulario, el cual es una lista de medicamentos que indica si estos son preferidos o no. Cada medicamento tiene la aprobación de la Administración para el Control de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y los revisa además un grupo independiente de médicos y farmacéuticos para determinar su seguridad y eficacia. TRS-ActiveCare fomenta el uso de medicamentos preferidos tomados de dicha lista como ayuda para controlar los costos crecientes de las medicinas recetadas.

## Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

**Copagos** de Beneficio de Farmacia de ActiveCare 2 (después de \$50 de [deducible](#) por persona, por [año del plan](#))

Medicinas a corto plazo (tales como antibióticos)				
		Usted paga	Usted paga	Usted paga
Dónde	Cuándo	Medicina genérica	Medicina de marca preferida	Medicina de marca no preferida
Farmacia de venta al público participante	En cualquier momento que una medicina sea recetada para uso a corto plazo	\$10 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$25 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$45 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días
Servicio de Entrega por Correo de Medco	No es aconsejable para medicinas a corto plazo	No es aconsejable para medicinas a corto plazo	No es aconsejable para medicinas a corto plazo	No es aconsejable para medicinas a corto plazo
Medicinas a largo plazo (son las que usted toma por tres meses o más, tales como las utilizadas para tratar la presión arterial alta o el colesterol alto)				
		Usted paga	Usted paga	Usted paga
Dónde	Cuándo	Medicina genérica	Medicina de marca preferida	Medicina de marca no preferida
Farmacia de venta al público participante	Las primeras 2 veces que usted compre cada medicina recetada	\$10 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$25 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$45 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días
Farmacia de venta al público participante	Comenzando con la 3 <sup>era</sup> vez que usted compre cada medicina recetada	\$15 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$35 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$60 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días
Servicio de Entrega por Correo de Medco	En cualquier momento que usted compre una medicina recetada	\$20 por receta abastecida para un suministro hasta por 90 días	\$62.50 por receta abastecida para un suministro hasta por 90 días	\$112.50 por receta abastecida para un suministro hasta por 90 días

### ActiveCare 2

- Si obtiene una medicina de marca cuando un equivalente genérico esté disponible, usted es responsable por el [copago](#) de la medicina genérica más la diferencia del costo entre la medicina de marca y la medicina genérica.
- Cuando utiliza el servicio de entrega por correo de Medco para surtir una receta completa para un suministro menor a los 90 días, todavía se aplica el [copago](#) total para tal pedido.
- **Recuerde:** Usted deberá continuar **comprando las medicinas de corto plazo, tales como antibióticos, en una farmacia participante.**
- Para informarse con respecto al [copago](#) para farmacias fuera de la red, refiérase a los Resúmenes de Beneficios de las páginas [3](#) a la [14](#).
- Si usted necesita más información, visite [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare), o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-355-5999; seleccione la opción "2" para servicios al miembro, después seleccione la opción "1" para obtener información sobre los beneficios de medicinas recetadas.

# Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

**Copagos** de Beneficio de Farmacia de ActiveCare 3 (después de \$50 de [deducible](#) por persona, por [año del plan](#))

Medicinas a corto plazo (tales como antibióticos)				
		Usted paga	Usted paga	Usted paga
Dónde	Cuándo	Medicina genérica	Medicina de marca preferida	Medicina de marca no preferida
Farmacia de venta al público participante	En cualquier momento que una medicina sea recetada para uso a corto plazo	\$10 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$25 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$40 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días
Servicio de Entrega por Correo de Medco	No es aconsejable para medicinas a corto plazo	No es aconsejable para medicinas a corto plazo	No es aconsejable para medicinas a corto plazo	No es aconsejable para medicinas a corto plazo
Medicinas a largo plazo (son las que usted toma por tres meses o más, tales como las utilizadas para tratar la presión arterial alta o el colesterol alto)				
		Usted paga	Usted paga	Usted paga
Dónde	Cuándo	Medicina genérica	Medicina de marca preferida	Medicina de marca no preferida
Farmacia de venta al público participante	Las primeras 2 veces que usted compre cada medicina recetada	\$10 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$25 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$40 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días
Farmacia de venta al público participante	Comenzando con la 3 <sup>era</sup> vez que usted compre cada medicina recetada	\$15 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$35 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días	\$55 por receta abastecida para un suministro hasta por 30 días
Servicio de Entrega por Correo de Medco	En cualquier momento que usted compre una medicina recetada	\$20 por receta abastecida para un suministro hasta por 90 días	\$62.50 por receta abastecida para un suministro hasta por 90 días	\$100 por receta abastecida para un suministro hasta por 90 días

## ActiveCare 3

- Si obtiene una medicina de marca cuando un equivalente genérico esté disponible, usted es responsable por el [copago](#) de la medicina genérica más la diferencia del costo entre la medicina de marca y la medicina genérica.
- Cuando utiliza el servicio de entrega por correo de Medco para surtir una receta completa para un suministro menor a los 90 días, todavía se aplica el [copago](#) total para tal pedido.
- **Recuerde:** Usted deberá continuar comprando las medicinas de corto plazo, tales como antibióticos, en una farmacia participante.
- Para informarse con respecto al [copago](#) para farmacias fuera de la red, refiérase a los Resúmenes de Beneficios de las páginas [3](#) a la [14](#).
- Si usted necesita más información, visite [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare), o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-355-5999; seleccione la opción "2" para servicios al miembro, después seleccione la opción "1" para obtener información sobre los beneficios de medicinas recetadas.

¿Pueden utilizarse [copagos](#) de medicinas recetadas para satisfacer el [deducible](#) del [año del plan](#) y su [desembolso personal máximo](#)?

ActiveCare 1: Sí. El costo de sus medicinas recetadas se aplicará a su [deducible](#) y a su [desembolso personal máximo](#) del [año del plan](#) médico.

ActiveCare 2 y ActiveCare 3: No. Sus [copagos](#) por medicinas recetadas no se aplicarán al [deducible](#) ni al [desembolso personal máximo](#) del [año del plan](#) médico. Existe un [deducible](#) por separado de \$50 por persona, por [año del plan](#), por medicinas recetadas, el cual debe ser satisfecho antes de que se apliquen los [copagos](#).

# Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

## ActiveCare 2 y ActiveCare 3: Forma de Aplicar el [Deducible](#) de Medicinas Recetadas

**Ejemplo 1:** Cuando el costo del reclamo es menor al [deducible](#) de \$50

	Costo Total	<a href="#">Deducible</a> Correspondiente	Usted Paga	<a href="#">Deducible</a> Restante
Primer Abastecimiento	\$18	\$18	\$18	\$32
Segundo Abastecimiento	\$29	\$29	\$29	\$3
Tercer Abastecimiento	\$101	\$3	\$3 + <a href="#">copago</a>	\$0

**Ejemplo 2:** Cuando el costo del reclamo es mayor al [deducible](#) de \$50

	Costo Total	<a href="#">Deducible</a> Correspondiente	Usted Paga	<a href="#">Deducible</a> Restante
Primer Abastecimiento	\$100	\$50	\$50 + <a href="#">copago</a>	\$0
El Próximo Abastecimiento	\$100	\$0	<a href="#">copago</a>	\$0

- Una vez que usted haya satisfecho el [deducible](#), deberá abonar el [copago](#) correspondiente
- El miembro paga la diferencia del costo entre la medicina de marca y el equivalente genérico y no se aplica al [deducible](#)

### Obtenga la información que necesite en línea.

Visite el enlace a Medco a través de la página web [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare) para comparar los costos de las medicinas genéricas y las de marca, calcular los ahorros al ordenar por correo, obtener acceso a información sobre medicamentos y mucho más. Las personas que visitan por primera vez la página web deben tomar un minuto para registrarse para obtener acceso a todos los beneficios de la misma. Asegúrese de tener su número de identificación y un número de receta reciente a mano al registrarse.

### ¿Cuál es la diferencia entre medicinas a largo y corto plazo?

Las medicinas a largo plazo son aquellas que usted toma de forma continua (tres meses o más), tales como las que se utilizan para tratar la presión arterial alta y el colesterol alto. Las medicinas a corto plazo incluyen antibióticos y otros medicamentos que usted toma por períodos cortos. Usted puede ver una lista de medicinas a largo plazo (o de mantenimiento) en el enlace de Medco en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare).

### ¿Cuánto tiempo se tardan en llegar mis medicamentos si utilizo el Servicio de Entrega por Correo de Medco?

Las órdenes que envíe por correo por primera vez a Medco le serán entregadas en un período de siete a 11 días después de que usted envíe la orden. Si su médico envía su receta por fax, usted recibirá sus medicamentos en un período de cinco a ocho días después de que el médico envíe la orden por fax.

### ¿Qué sucede si necesito hablar con un farmacéutico?

Sólo llame al número gratis 1-866-355-5999, seleccione la opción "2" para servicios al miembro y después seleccione la opción "1" para obtener información sobre los beneficios de medicinas recetadas. Los farmacéuticos registrados de Medco están disponibles para consultas sobre medicamentos 24 horas al día, siete días a la semana.

### ¿Puedo todavía utilizar una farmacia de venta al público participante?

Sí. Usted debe ir a una farmacia de venta al público participante para los medicamentos que usted tome a corto plazo, por ejemplo antibióticos y usted pagará su [copago](#) de farmacia participante. Si usted lo prefiere, puede continuar recibiendo medicinas a largo plazo a través de una farmacia participante. Sin embargo, usted pagará más por cada medicina a largo plazo en una farmacia participante después que abastezca su receta por segunda vez.

### ¿Qué sucede si combino diferentes medicamentos?

Las medicinas recetadas que usted recibe a través de Medco, así como las que se compran de una farmacia participante, son examinadas para potenciales reacciones entre medicamentos. Si Medco alguna vez tuviese alguna duda o pregunta sobre su receta, un farmacéutico de Medco contactará a su médico antes de dispensarle dicho medicamento. Si su médico decide cambiar la receta, Medco le enviará tanto a usted como a su médico una carta de notificación.

### ¿Qué sucede si estoy cubierto por TRS-ActiveCare y poseo una tarjeta de descuento de Medicare para medicinas?

**ActiveCare 1:** Usted no puede utilizar su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare y su tarjeta de descuento de Medicare para la misma receta. Escoja la tarjeta que le ofrezca el mejor descuento para su receta. Para aprovechar mejor sus ahorros utilizando su tarjeta de TRS-ActiveCare, usted debe utilizar las farmacias participantes de Medco. Sin tener en cuenta la tarjeta que utilice, usted pagará 100% del costo al momento de la compra y le será reembolsado un 80% después de que haya cumplido con su [deducible](#). Presente sus reclamos a Blue Cross and Blue Shield of Texas.

**ActiveCare 2 y 3:** Usted no puede utilizar su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare y su tarjeta de descuento de Medicare para la misma receta. En una farmacia participante de Medco, usted abona su [copago](#) aplicable con su tarjeta de TRS-ActiveCare o el costo de descuento de la receta si prefiere utilizar su tarjeta de descuento de Medicare. Si usted utiliza cualquiera de las tarjetas en una farmacia fuera de la red, pagará el 100% del costo al momento de la compra y le será reembolsada la cantidad que hubiera sido cobrada por una farmacia de la red menos el [copago](#) requerido. Presente sus reclamos de tarjetas de descuentos de Medicare y los reclamos de una farmacia fuera de la red a Medco.

### Beneficiarios de Medicare y Medicare Parte D

A partir del 1° de enero del 2006, un nuevo plan de Medicare para medicinas recetadas, llamado Medicare Parte D, proporcionará los beneficios de Medicare para medicinas recetadas a aquellos beneficiarios de Medicare que se inscriban en la Parte D. La Parte D de Medicare es un beneficio opcional y está disponible solamente para personas que tengan Medicare ya sea Parte A o Parte B. La cobertura de TRS-ActiveCare continuará siendo su cobertura principal; Medicare Parte D será secundaria. Sin embargo, su plan de TRS-ActiveCare puede influir en su decisión de inscribirse o no en la Parte D de Medicare. Los planes de TRS-ActiveCare 1, 2 y 3 se consideran como [cobertura acreditable](#) de acuerdo a las pautas de CMS para los años del plan 2006-2007. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) administran Medicare y usted puede hallar un enlace a su página web en la página web de TRS-ActiveCare [www.trs.state.tx.us](http://www.trs.state.tx.us). *Si usted o su dependiente están cubiertos por TRS-ActiveCare y tienen por lo menos 65 años de edad, recibirán información adicional sobre Medicare Parte D de parte de TRS antes de que termine el año natural 2006.*

# Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

## La Ventaja de los Medicamentos Genéricos

**Importante:** *Tanto para las órdenes por correo como para las farmacias de venta al público, si obtiene una medicina de marca cuando un equivalente genérico está disponible, usted es responsable por el [copago](#) del genérico más la diferencia del costo entre la medicina de marca y la medicina genérica.*

Los medicamentos genéricos pueden tener nombres poco familiares, pero son seguros y eficaces. Puede estar seguro de que los medicamentos genéricos y sus equivalentes de marca:

- Tienen los mismos **ingredientes activos** y
- Se fabrican de acuerdo con los mismos estrictos reglamentos federales.

Los medicamentos genéricos pueden tener diferencias de color, tamaño o forma, pero la FDA requiere que tengan la misma potencia, pureza y calidad que las medicinas de marca.

Las recetas abastecidas con medicamentos genéricos tienen con frecuencia **[copagos](#) más bajos**. Por consiguiente, es posible que logre obtener los mismos beneficios para la salud a un costo más bajo. Usted debería **preguntarle a su médico o farmacéutico si hay disponible una versión genérica de su medicamento y si sería apropiada para usted**. Al utilizar un medicamento genérico, usted recibirá un medicamento de gran calidad que podrá reducir sus gastos.

## Exclusiones de los Beneficios de Farmacia

Los siguientes son ejemplos, pero no una lista completa, de categorías que se excluyen:

- Medicamento con recetas no controladas
- Suministros de ostomía
- Sueros contra alergias
- Productos de sangre o plasma
- Anticonceptivos implantables
- Medicamentos [experimentales](#)
- Medicamento cuyo único fin es el de promover o estimular el crecimiento del cabello (tales como Rogaine y Propecia) o sólo con fines estéticos (como Renova y Vaniqua)
- Retin-A/Avita para uso por personas de 35 años de edad o más

**Nota:** Otras medicinas pueden ser excluidas bajo el plan. Para saber si su medicina está excluida bajo el plan de TRS-ActiveCare, siga los enlaces en la página web de Medco en "Medical Pharmacy Benefits"

(Beneficios de Medicinas de Farmacia) en la página [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare). Ahí podrá usted buscar la medicina por su nombre (se requiere que se registre por Internet).

## Limitaciones de Medicinas Recetadas

Bajo la ley estatal TRS puede requerir una autorización previa antes de que algunas medicinas sean autorizadas bajo TRS-ActiveCare. Algunas medicinas o algunos tipos de medicinas terapéuticas pueden tener limitaciones basadas en las pautas clínicas aceptadas, limitaciones de dosis, estándares de atención recomendados y los límites de estabilidad de caducidad de la medicina.

Consulte la página web de [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare) para una lista actualizada de las medicinas controladas de este tipo. Estos programas incluyen:

- **Autorización Previa Tradicional:** Ciertos medicamentos requieren revisión y autorización por parte de su médico antes de que sean dispensados.
- **Autorización Previa Automatizada:** Ciertos medicamentos requieren revisión y autorización por parte de su médico, si usted tiene una receta por más de la cantidad o dosis usualmente permitida del medicamento en cierto período de tiempo, o en casos que no se encuentre evidencia de terapia previa por etapas.
- **Cantidad Dispensada por Episodio:** Fija los límites de la cantidad dispensada por [copago](#) en unas cuantas categorías de medicinas.
- **Mejor Utilización de la Dosis:** Programa voluntario que busca educar a pacientes y médicos a cómo aprovechar mejor la dosificación de múltiples medicamentos de baja potencia a una potencia más alta donde sea clínicamente apropiado.

## Farmacia de Atención Especial

El servicio de Farmacia de Atención Especial de Medco está diseñado para ayudarle a cumplir las necesidades particulares y los desafíos de utilizar ciertos medicamentos, muchos de los cuáles requieren inyección o manejo especial. Si usted está tomando un medicamento especializado de farmacia, será elegible para recibir servicios adicionales cuando abastezca sus recetas especializadas usando el Servicio de Entrega por Correo de Medco. Estos servicios adicionales incluyen:

- Apoyo y guía de enfermeras y farmacéuticos de Medco que están entrenados en estos medicamentos,

## Cómo Funciona Su Programa de Medicinas Recetadas

- sus efectos secundarios y las condiciones tratadas por estos
- Entrega inmediata de todos sus medicamentos recetados especializados
- Suministros suplementarios, tales como agujas y jeringas que sean requeridos para administrar el medicamento, sin ningún cargo adicional

- La programación de los reabastecimientos y la coordinación de los servicios con los proveedores de atención en el hogar, administradores de casos, y médicos u otros profesionales de atención médica

### Cómo Obtener el Abastecimiento de Sus Recetas Farmacias de Venta al Público

El surtido de recetas a corto plazo puede ser rápido y sencillo cuando se utilice una de nuestras farmacias de venta al público de la red. Éstas últimas aceptarán su tarjeta de identificación y le cobrarán el [copago](#) apropiado cuando obtenga el abastecimiento de una receta cubierta por TRS-ActiveCare. **Para determinar si una farmacia dada participa en TRS-ActiveCare:**

- Pregúntele al farmacéutico
- Visite la Internet en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare) y utilice el localizador de farmacias en línea
- Llame al teléfono 1-866-355-5999 y utilice nuestro localizador automático de farmacias

### Servicio de Entrega por Correo de Medco

Mediante el Servicio de Farmacia de Entrega por Correo:

- Sus medicamentos los proporciona una farmacia de entrega por correo y **los envía a su domicilio.**
- Los medicamentos se envían mediante entregas estándar **sin costo adicional para usted.** (Hay disponibles envíos rápidos por un cargo adicional).
- Usted podrá ordenar y mantenerse al tanto de sus pedidos a través del enlace de Medco en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare), o bien, hacer su pedido por teléfono llamando al número gratis de Medco, 1-800-473-3455.
- Los farmacéuticos certificados están disponibles a todas horas para consultas sobre medicamentos.

Hay dos maneras fáciles para comenzar la entrega por correo de Medco.

#### 1<sup>era</sup> Opción — Envíe su receta por correo:

**1<sup>er</sup> Paso:** Pídale a su médico una nueva receta para un suministro hasta por 90 días, más reabastecimientos de hasta 1 año (según sea apropiado). Asegúrese de tener a mano un suministro por dos semanas mientras espera que llegue su medicina ordenada por correo.

**2<sup>do</sup> Paso:** Envíe por correo la nueva receta utilizando el formulario y el sobre de Medco. Los formularios están disponibles en la página web de TRS en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare), o usted puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-355-5999, seleccione la opción "2" para servicios al miembro, después seleccione la opción "1" para obtener información sobre los beneficios de medicinas recetadas. Usted puede pagar por su orden de entrega por correo a través de su tarjeta de crédito, cheque o con un giro postal. Su medicina llegará en un período de siete a 11 días después de haberse recibido su orden.

#### 2<sup>da</sup> Opción — Haga que su médico envíe su receta por fax:

**1<sup>er</sup> Paso:** Siga el 1er paso en la sección de envío por correo indicada anteriormente

**2<sup>do</sup> Paso:** Proporcionele a su médico su número de identificación (el cual se encuentra en su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare) y pídale que llame al 1-888-327-9791 para recibir instrucciones sobre cómo utilizar el servicio de fax de Medco. Usted recibirá la factura en una fecha posterior. Su medicina llegará en un período de cinco a ocho días después de haberse recibido la orden por fax de su médico.

# Disposiciones del Plan

## Elegibilidad del Empleado

### ¿Quién puede inscribirse en TRS-ActiveCare?

Para ser elegible para TRS-ActiveCare, una persona deberá estar empleada en una entidad participante. Después, tendrá que responder a las preguntas que siguen:

- (1) ¿Es la persona un miembro activo y contribuyente de TRS?
- (2) ¿Está la persona empleada para trabajar por diez horas programadas regularmente cada semana?

Si la respuesta es sí a *cualquiera* de estas preguntas, entonces el empleado será elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare *a menos que*, además:

- Esté recibiendo cobertura de atención médica como empleado o jubilado bajo la Ley Estatal General de Beneficios de Seguros para Empleados Universitarios (State University Employees Uniform Insurance Benefits Act). Ejemplo: Un empleado que tenga cobertura de UT Select como empleado de la Universidad de Texas (the University of Texas System).
- Esté recibiendo cobertura médica como empleado o jubilado bajo la Ley de Beneficios de Grupo de Empleados de Texas (Texas Employees Group Benefits Act). Ejemplo: Un empleado que tenga cobertura de HealthSelect como empleado de ERS.
- Sea un jubilado de TRS que reciba o haya rechazado cobertura bajo TRS-Care, incluyendo un jubilado que haya regresado a trabajar.\*

**Nota:** Aunque una persona jubilada, un funcionario de educación superior o un empleado del estado puede que no esté cubierto como **empleado** de una entidad participante, él o ella podrá tener cobertura como **dependiente** de un empleado elegible.

Los empleados cubiertos como dependientes por un programa de educación superior o del estado, pueden también estar cubiertos bajo TRS-ActiveCare como empleados.

\* Si un empleado de TRS jubilado ha regresado a trabajar y nunca ha sido elegible para TRS-Care, será elegible para cobertura de TRS-ActiveCare siempre y cuando la persona jubilada cumpla con todos los requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare.

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

Los maestros, personal administrativo, substitutes permanentes, conductores de transportes escolares, bibliotecarios, guardias de tránsito escolar, empleados de cafetería y estudiantes de escuela secundaria o universitarios tendrán derecho a la cobertura, a condición de que no se apliquen excepciones, siempre que sean empleados, no voluntarios y miembros activos y contribuyentes de TRS o estén empleados durante diez horas o más por semana. Los verdaderos substitutes de guardia, contratistas independientes y voluntarios no se consideran como empleados y, por consiguiente, no son elegibles para la cobertura de TRS-ActiveCare.

## Dependientes Elegibles

Usted podrá inscribir también a sus dependientes elegibles al mismo tiempo que usted se inscriba para la cobertura. Un dependiente elegible incluye:

- El cónyuge (incluyendo el cónyuge en unión libre [common law marriage])
- Un hijo soltero (incluyendo divorciado) menor de 25 años de edad, como por ejemplo:
  - Hijo legítimo o adoptado
  - Hijastro
  - Un menor bajo su cuidado personal
  - Un menor bajo la tutela legal del empleado
- Un menor en una relación regular de padre e hijo con el empleado, quiere decir:
  - El menor reside primordialmente en la casa del empleado;
  - El empleado proporciona por lo menos el 50% del sustento del menor;
  - Ninguno de los padres biológicos del menor reside en esa misma casa; y
  - El empleado tiene el derecho legal de tomar decisiones respecto a la atención médica de tal menor
- Un nieto soltero cuya residencia primaria sea el hogar del empleado y que sea dependiente de éste último para los fines del impuesto federal sobre la renta.
- Un hijo soltero de un empleado cubierto, sin importar su edad, puede ser elegible para una cobertura como dependiente si es retrasado mental o tiene alguna incapacidad física de tal magnitud que haga que sea dependiente del empleado en forma regular según lo determinado por TRS y que el menor satisfaga otros requisitos según lo determinado por TRS.

**Nota:** Los hermanos de un empleado que sean mayores de 25 años de edad o sus padres, no se

## Disposiciones del Plan

consideran como hijos del empleado y no cumplen con la definición de un dependiente elegible. **Es una violación de la ley el seleccionar cobertura médica para una persona no elegible para tal cobertura. Tales violaciones podrían traer como resultado el juicio y/o expulsión del plan por hasta un período de cinco años.**

Si un empleado y su cónyuge trabajan para una entidad o distrito participante, el cónyuge podrá tener cobertura como empleado o como dependiente de un empleado elegible. Sólo uno de los padres podrá inscribir hijos dependientes para cobertura.

Un hijo soltero (menor de 25 años de edad), empleado en una entidad participante y que sea un miembro contribuyente de TRS no podrá recibir cobertura como dependiente bajo la cobertura de TRS-ActiveCare de sus padres. Dicho hijo deberá recibir cobertura como **empleado** de la entidad participante. Si tal hijo no es un miembro contribuyente de TRS, podrá recibir cobertura como dependiente.

### Hijos Solteros (Incluyendo Divorciados) Menores de 25 Años de Edad

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

Esta misma norma se aplica a los hijos que obtengan la anulación de su matrimonio y que cumplan los otros requisitos de elegibilidad de TRS-ActiveCare.

**El empleado será responsable por cualquier aumento en la prima como resultado de la inscripción del hijo.**

### Cambios y [Eventos de Inscripción Especial](#)

Usted podrá inscribirse a sí mismo o cambiar a sus dependientes cubiertos durante el [año del plan](#) si tiene un [evento de inscripción especial](#), como por ejemplo:

- Usted contrae matrimonio (el inicio de una unión libre no es considerado como un [evento de inscripción especial](#), a menos que exista un certificado de unión libre registrado con una agencia del gobierno federal o estatal autorizada)
- Usted se divorcia (si el divorcio da como resultado la pérdida de otra cobertura)

- Le nace un hijo, adopta a un menor o un menor es colocado con usted para adopción de tal forma que usted tenga la obligación legal de mantener a dicho menor
- Un menor se casa o cumple los 25 años de edad
- Un tribunal le ordene que le proporcione cobertura médica a un menor (no se aplica a la cobertura ordenada por un tribunal para los hijos de un cónyuge o un ex-cónyuge. En ese particular, no podrá usted inscribirse para obtener cobertura para empleados por existir tal orden judicial en su contra.)
- Usted pierde involuntariamente otra cobertura de seguro médico (y usted originalmente había rechazado la cobertura de TRS-ActiveCare por escrito, debido a la cobertura bajo otro plan de beneficios médicos), o bien
- Un dependiente elegible pierde involuntariamente otra cobertura de seguro médico (y usted originalmente había rechazado la cobertura de TRS-ActiveCare por escrito debido a la cobertura bajo otro plan de beneficios médicos). El dependiente puede ser inscrito sólo si usted ya posee cobertura de TRS-ActiveCare.

**Nota:** La terminación voluntaria de otras coberturas, como por ejemplo la cancelación de cobertura debido a un cambio en la prima o los beneficios, incluyendo sobrecargos por cónyuge o restricciones a la cobertura, no son [eventos de inscripción especial](#) bajo HIPAA.

El cambio en la cobertura deberá ser acorde con el cambio de estado civil. Por ejemplo, si usted se casa podrá pasar de cobertura de empleado solo 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 dependiente se deberán efectuar dentro de los 31 días siguientes al [evento de inscripción especial](#).** (Se aplican reglamentos especiales a los recién nacidos; refiérase a la página [27](#) para más información.) Si usted no solicita los cambios apropiados durante el período especial de inscripción que aplique, no se podrán realizar los cambios hasta el siguiente período de inscripciones del plan, o bien, si es aplicable, otro [evento de inscripción especial](#). Puede que se aplique un período de exclusión de condición médica preexistente. Refiérase a la tabla de Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura en la página [46](#) para mayor información sobre los [eventos de inscripción especial](#),

## Disposiciones del Plan

cuándo comienza la cobertura y cuándo debe pagarse la prima.

Aun si usted tiene un [evento de inscripción especial](#), un cambio de empleo a otro distrito o entidad participante o había dejado el empleo y ahora ha sido contratado de nuevo por su mismo distrito o entidad, **no podrá hacerle ningún cambio al plan durante el [año del plan](#)** a menos que sea específicamente permitido por las reglas de TRS.

**Nota:** El período de elección de COBRA es aparte del período(s) de inscripción de TRS. Por ejemplo, usted tiene 60 días para elegir cobertura de COBRA con un empleador previo, pero debe elegir cobertura de TRS-ActiveCare dentro de los 31 días siguientes a la pérdida de cobertura.

### ¿Pueden agregarse dependientes durante el [año del plan](#)?

Un empleado puede agregar dependientes elegibles durante el [año del plan](#) si tiene un cambio en su situación familiar que sea elegible o un [evento de inscripción especial](#). Tales acontecimientos incluyen lo siguiente: un matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo o bien la pérdida de cobertura de otro plan de grupo. La modificación de la cobertura deberá ser acorde con el cambio de su situación familiar. Por ejemplo, si un empleado contrae matrimonio, la categoría de la cobertura podrá cambiar de empleado solo a empleado y cónyuge.

### Pérdida de la Cobertura

La pérdida de la cobertura **no** califica como un [evento de inscripción especial](#) a menos que:

- Usted o su(s) dependiente(s) hayan perdido otra cobertura debido a que ya no es elegible,
- Usted o su(s) dependiente(s) hayan elegido terminar la otra cobertura médica de grupo debido a que el empleador dejó de hacer **todas** las contribuciones a la prima, **o**
- Usted y/o su(s) dependiente(s) hayan agotado la continuación de su cobertura de COBRA

Las siguientes razones por las cuales usted haya terminado su cobertura **no califican** como [eventos de inscripción especial](#):

- Un aumento en el pago de la prima
- Una *reducción* en la contribución del empleador a la prima
- Cualquier otra terminación de cobertura voluntaria incluyendo la falta de pago de su prima
- Cualquier sobrecargo adicional reducción de beneficios por cobertura del cónyuge
- Cualquier reducción de beneficios tales como un aumento en el [deducible](#) o un cambio en la coordinación de beneficios

Si usted presenta un *Formulario de Inscripción y Cambio* debido a la "pérdida de cobertura," su solicitud original será revisada para verificar que la cobertura ha sido rechazada (en la sección 9) debido a otra cobertura. **Si no llenó la sección 9 o si no existe una solicitud, usted debe proporcionarle a su [Administrador de Beneficios](#) una prueba de cobertura (como un certificado de [cobertura acreditable](#)) en lugar de un rechazo de cobertura en la solicitud de inscripción.** Si usted no presenta dicha documentación, su solicitud de agregar cobertura será denegada.

**Nota:** TRS-ActiveCare considera la pérdida de una de las siguientes coberturas como un [evento de inscripción especial](#):

- Medicare
- Medicaid
- CHIP (Programa de Seguro Médico para Niños)
- HIPP
- Cobertura individual cuando no esté bajo el control de la persona. Por ejemplo: La compañía de seguros se declara en bancarrota, la compañía de seguros cesa de prestar sus servicios en el estado o bien la compañía de seguros cancela el paquete de cobertura

## Disposiciones del Plan

### Los Menores Dependientes por Orden Judicial

Si el distrito o entidad recibe una orden judicial o notificación nacional de sostén médico a menores, el cual indique que el empleado debe proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente, ese hijo al cual se refiere el mandato judicial quedará automáticamente inscrito como dependiente **a partir de la fecha en que el distrito o entidad reciba una notificación de tal orden judicial o una notificación nacional de sostén médico a menores (National Medical Support Notice)**. Una orden judicial a cualquier persona que no sea el empleado no obliga al plan a proporcionar cobertura de dependiente.

Una orden judicial o notificación nacional de sostén médico a menores no se considera como un [evento de inscripción especial](#) para un empleado. A falta de una orden judicial o notificación, las normas regulares de elegibilidad y [eventos de inscripción especial](#) se aplican a los menores dependientes recientemente agregados a la familia de un empleado, si estos son inscritos en el plazo de los 31 días siguientes al cambio de situación en la familia, por ejemplo, los hijastros se mudan al hogar del empleado, o la pareja contrae matrimonio.

Si usted no está cubierto por TRS-ActiveCare al momento en que el distrito o entidad reciba la orden judicial o notificación, su menor(es) dependiente(s) por orden judicial quedarán automáticamente inscritos para recibir cobertura según lo indicado anteriormente, pero usted no puede inscribirse para recibir cobertura de empleado hasta el siguiente período de inscripción. Si solamente se agrega un menor a la cobertura, al menor

se le proporcionará un número de identificación personal y se le cargará al empleado la prima de empleado solo. Si el empleado añade más de un hijo, al menor de estos se le proporcionará un número de identificación personal. Los demás hijos aparecerán como dependientes y se le cargará al empleado la prima de empleado e hijos.

Si el distrito o entidad recibe una orden judicial o una notificación nacional de sostén médico a menores para agregar a su hijo(s) dependientes a la cobertura, los menores pueden ser agregados a su plan actual de TRS-ActiveCare si usted está cubierto. Pero si usted no está cubierto, debe seleccionar un plan para los menores dependientes cubiertos.

### Otros Dependientes por Orden Judicial

Una orden judicial para que usted le proporcione cobertura a un ex-cónyuge no obliga al plan a proporcionar cobertura de dependiente. Un ex-cónyuge no es elegible para cobertura de TRS-ActiveCare, a menos que dicho ex-cónyuge ya esté cubierto como [participante](#) de continuación de COBRA.

#### Solicitud para Excepciones

El *Formulario de Inscripción y Cambio* presentado a su [Administrador de Beneficios](#) después del período de inscripción aplicable será rechazado. Usted puede enviarle una solicitud por escrito a TRS para una excepción: TRS-ActiveCare, 1000 Red River Street, Austin, TX 78701. Estas solicitudes serán revisadas de acuerdo a los méritos de cada caso.

## Disposiciones del Plan

### Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura

La fecha de entrada en vigencia es la fecha en que comienza la cobertura de TRS-ActiveCare para un [participante](#) en particular.

Vea la tabla a continuación para ayudarle a determinar la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
Su distrito o entidad comienza a participar por primera vez en TRS-ActiveCare después del 1º de septiembre del 2006 y usted se inscribe para cobertura durante las inscripciones de primavera o verano...	1º de septiembre del 2006	1º de septiembre del 2006	No
Su distrito o entidad comienza a participar en TRS-ActiveCare después del 1º de septiembre del 2006 y usted se inscribe para cobertura...	La fecha en que el distrito o entidad comienza a participar por primera vez en TRS ActiveCare	La misma fecha que la fecha de entrada en vigencia de su cobertura <i>Bajo ninguna circunstancia entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de la fecha de entrada en vigencia suya</i>	No
Usted se inscribe para cobertura durante el periodo de inscripciones del 2006-2007 y habiendo rechazado originalmente la cobertura bajo TRS-ActiveCare...	1º de septiembre del 2006	1º de septiembre del 2006	Sí ( <i>a menos que se inscriba en una opción de HMO</i> )
Un nuevo contratado en una nueva posición cubierta por TRS, que sea un miembro de TRS para su fecha de inicio de trabajo, se inscribe para cobertura dentro de los 31 días siguientes a la fecha de inicio de trabajo...	Sus opciones son: (1) su fecha de inicio de trabajo, o (2) el primero día del mes siguiente de su fecha de inicio de trabajo  <i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i>  <i>Los nuevos contratados deben escoger la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a su fecha de inicio de trabajo</i>	La misma fecha que la fecha de entrada en vigencia de su cobertura  <i>Bajo ninguna circunstancia entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de la fecha de entrada en vigencia suya</i>	No

## Disposiciones del Plan

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
<p>Un nuevo contratado en una posición sin cobertura de TRS que esté programado regularmente para trabajar 10 horas o más por semana en su fecha de inicio de trabajo se inscribe para cobertura dentro de los 31 días siguientes a la fecha de inicio de trabajo...</p>	<p>Sus opciones son:            (1) su fecha de inicio de trabajo, o            (2) el primero día del mes siguiente de su fecha de inicio de trabajo  <i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i>  <i>Usted debe escoger la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de elegibilidad</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigencia de su cobertura  <i>Bajo ninguna circunstancia entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de la fecha de entrada en vigencia suya</i></p>	<p>No</p>
<p>Usted se encuentra en una posición no cubierta por TRS, trabajando menos de 10 horas regularmente programadas a la semana y es contratado para trabajar en una posición cubierta por TRS y se inscribe para cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de llegar a ser un empleado elegible...</p> <p><i>Nota: Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, trabaja regularmente 10 horas o más a la semana y rechaza la cobertura, no podrá elegir cobertura en una fecha posterior durante el <a href="#">año del plan</a> si cambia su estado a ser miembro de TRS. (El que su estado de miembro de TRS cambie no se considera como un evento de inscripción.)</i></p>	<p>Sus opciones son:            (1) su fecha de inicio de trabajo, o            (2) el primero día del mes siguiente de su fecha de inicio de trabajo  <i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i>  <i>Usted debe escoger la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de elegibilidad</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigencia de su cobertura  <i>Bajo ninguna circunstancia entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de la fecha de entrada en vigencia suya</i></p>	<p>No</p>
<p>Usted se encuentra en una posición no cubierta por TRS, trabajando menos de 10 horas regularmente programadas a la semana y comienza a trabajar 10 horas regularmente programadas o más por semana y se inscribe para cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha en que comienza a ser empleado elegible...</p>	<p>Su elección de:            (1) Su fecha de elegibilidad, o            (2) el primer mes posterior a su fecha de elegibilidad  <i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i>  <i>Usted debe escoger la fecha de entrada en vigencia de la cobertura dentro de los 31 días después de la fecha de elegibilidad</i></p>	<p>La misma fecha que su fecha de entrada en vigencia de la cobertura  <i>De ninguna forma entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de su fecha de entrada en vigencia</i></p>	<p>No</p>

## Disposiciones del Plan

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
<p>Usted está inscrito en un HMO aprobado y deja de ser elegible debido a que ya no reside o trabaja en el área de servicio de tal HMO, se puede inscribir en otro HMO aprobado (si es aplicable) o en ActiveCare 1, 2 o 3 en el plazo de los 31 días siguientes de haber dejado de ser elegible...</p>	<p>El primer día del mes siguiente a la fecha del evento</p>	<p>La misma fecha que su fecha de entrada en vigencia de la cobertura <i>De ninguna forma entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de su fecha de entrada en vigencia</i></p>	<p>No</p>
<p>Usted regresa del servicio militar y se inscribe (o se re-inscribe) en TRS-ActiveCare en el plazo de los 31 días siguientes a su fecha de inicio de trabajo...</p> <p><i>Si usted regresa al empleo activo en el mismo <a href="#">año del plan</a> y elige re-inscribirse en TRS-ActiveCare, debe seleccionar la misma opción de plan en la cual estaba previamente inscrito.</i></p>	<p>Su elección de: (1) Su fecha de elegibilidad, o (2) el primer mes posterior a su fecha de elegibilidad</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p> <p><i>Usted debe escoger la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a su fecha de inicio de trabajo</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del empleado</p> <p><i>De ninguna forma entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de su fecha de entrada en vigencia</i></p>	<p>No</p>
<p>Usted regresa de un permiso no remunerado para ausentarse del trabajo y se inscribe (o re-inscribe) para cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de inicio de trabajo...</p> <p><i>Si usted regresa al empleo activo en el mismo <a href="#">año del plan</a> y elige re-inscribirse en TRS-ActiveCare, debe seleccionar la misma opción de plan en la cual estaba previamente inscrito.</i></p>	<p>Su elección de: (1) Su fecha de elegibilidad, o (2) el primer mes posterior a su fecha de elegibilidad</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p> <p><i>Usted debe escoger la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en el plazo de los 31 días siguientes a su fecha de inicio de trabajo</i></p>	<p>La misma fecha que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del empleado</p> <p><i>De ninguna forma entrará en vigencia la cobertura del dependiente antes de su fecha de entrada en vigencia</i></p>	<p>No</p>

## Disposiciones del Plan

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
<p>Como empleado cubierto usted tiene un recién nacido y elige efectuar una inscripción, debe efectuarla dentro de los 60 días siguientes a la fecha de nacimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) sólo a su recién nacido, o</li> <li>(2) sólo a su cónyuge, o bien</li> <li>(3) a su cónyuge y a su recién nacido</li> </ol> <p><i>No pueden ser agregados otros dependientes durante este período</i></p> <p><i>Usted no puede agregar al cónyuge que ya esté cubierto por TRS-ActiveCare</i></p> <p><i>Nota: Usted tiene hasta un año después de la fecha de nacimiento del recién nacido para agregarlo a la cobertura si posee cobertura de empleado y familia o de empleado e hijos con TRS-ActiveCare al momento del nacimiento y al momento de la inscripción.</i></p>		<p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>Si sólo está inscribiendo al recién nacido, no se le cobra la prima el primer mes natural siempre y cuando la fecha de nacimiento no sea el primer día del mes</i></p> <p><i>Si está inscribiendo sólo a su cónyuge o a un recién nacido y al cónyuge, se le cobra la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p>	<p>No <i>(para el recién nacido)</i></p> <p>Sí <i>(para el cónyuge, a menos que se inscriba en una opción de HMO)</i></p>
<p>Como empleado elegible, pero no cubierto, usted tiene un recién nacido y elige inscribirse dentro de los 60 días siguientes a la fecha de nacimiento, puede inscribir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) sólo a usted mismo, o</li> <li>(2) usted y a su cónyuge, o</li> <li>(3) usted y a su recién nacido, o bien</li> <li>(4) usted, su cónyuge, y a su recién nacido</li> </ol> <p><i>No pueden ser agregados otros dependientes durante este período</i></p> <p><i>Usted no puede agregar al cónyuge que ya esté cubierto por TRS-ActiveCare</i></p>	<p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p>	<p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p>	<p>No <i>(para el recién nacido)</i></p> <p>Sí <i>(para el empleado y el cónyuge, a menos que se inscriba en una opción de HMO)</i></p>

## Disposiciones del Plan

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
<p>Como empleado cubierto, usted adopta un hijo y elige inscribirlo en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de adopción o a la fecha en la cual le entreguen el menor a ser adoptado, puede inscribir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) sólo a su hijo adoptado, o</li> <li>(2) sólo a su cónyuge, o bien</li> <li>(3) su cónyuge y a su hijo adoptado</li> </ol> <p><i>No pueden ser agregados otros dependientes durante este período.</i> <i>Usted no puede agregar al cónyuge que ya esté cubierto por TRS-ActiveCare</i></p>		<p>La fecha de adopción o la fecha en la cual le sea entregado el menor a ser adoptado</p> <p><i>Si sólo está inscribiendo al menor adoptado, no se le cobra la prima por el primer mes natural siempre y cuando la fecha de nacimiento no sea el primer día del mes</i></p> <p><i>Si está inscribiendo sólo a su cónyuge o a un menor adoptado y a su cónyuge, la prima se le cobra por el mes completo</i></p>	<p>No <i>(para el menor adoptado)</i></p> <p>Sí <i>(para el cónyuge, a menos que se inscriba en una opción de HMO)</i></p>
<p>Como empleado elegible, pero no cubierto, usted adopta un hijo y elige inscribirse, debe hacerlo dentro de los 31 días siguientes a la fecha de adopción o a la fecha en la cual le entreguen al niño a ser adoptado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) sólo a usted mismo, o</li> <li>(2) usted y a su cónyuge, o</li> <li>(3) usted y a su hijo adoptado, o bien</li> <li>(4) usted, su cónyuge, y a su hijo adoptado</li> </ol> <p><i>No pueden ser agregados otros dependientes durante este período</i> <i>Usted no puede agregar al cónyuge que ya esté cubierto por TRS-ActiveCare</i></p>	<p>La fecha de adopción o la fecha en la cual le sea entregado el menor a ser adoptado</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p>	<p>La fecha de adopción o la fecha en la cual le sea entregado el menor a ser adoptado</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p>	<p>No <i>(para el menor adoptado)</i></p> <p>Sí <i>(para el empleado y el cónyuge, a menos que se inscriba en una opción de HMO)</i></p>
<p>Usted llega a ser el tutor legal de un menor dependiente elegible y decide inscribirlo, debe hacerlo en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha en que la tutela legal le sea otorgada...</p>		<p>La fecha en que la tutela le sea otorgada</p> <p><i>La prima no se le cobra por el primer mes natural si la fecha de la notificación no es el primer día del mes</i></p>	<p>Sí <i>(a menos que se inscriba en una opción de HMO)</i></p>

## Disposiciones del Plan

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
<p>Como empleado cubierto, su hijo dependiente elegible por orden judicial queda automáticamente inscrito en TRS-Active Care una vez que la entidad reciba la orden judicial o la notificación nacional de sostén médico a menores...</p> <p><i>Una orden judicial a favor del cónyuge de un empleado cubierto no obliga al plan a proporcionar cobertura de dependiente.</i></p>		<p>La fecha en que la entidad participante reciba la orden judicial o notificación nacional de sostén médico a menores</p> <p><i>La prima no se le cobra por el primer mes natural si la fecha de la notificación no es el primer día del mes</i></p>	<p>Sí (a menos que se inscriba en una opción de HMO)</p>
<p>Como empleado elegible pero no cubierto, su hijo dependiente elegible por orden judicial queda automáticamente inscrito en TRS-Active Care una vez que la entidad reciba la orden judicial o la notificación nacional de sostén médico a menores...</p> <p><i>Una orden judicial o una notificación nacional de sostén médico a menores no es un <a href="#">evento de inscripción especial</a> para el empleado</i></p>		<p>La fecha en que la entidad participante reciba la orden judicial o notificación nacional de sostén médico a menores</p> <p><i>Se le cobrará la prima por el mes completo en el cual comience la cobertura</i></p>	<p>Sí (a menos que se inscriba en una opción de HMO)</p>
<p>Usted agrega a un nieto recién nacido elegible u a otro recién nacido que tenga una relación familiar de padre-hijo con usted en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de nacimiento ...</p>		<p>La fecha de nacimiento del recién nacido</p> <p><i>La prima no se le cobra por el primer mes natural si la fecha de nacimiento no es el primer día del mes</i></p>	<p>No</p>
<p>Usted agrega a un nieto elegible u a otro menor que tenga una relación familiar de padre-hijo con usted en el plazo de los 31 días después de haberle notificado a la entidad de que el menor califica como dependiente...</p>		<p>El primer día del mes después de la fecha en que la entidad participante reciba notificación de que el menor califica como dependiente</p>	<p>Sí (a menos que se inscriba en una opción de HMO)</p>
<p>Como empleado elegible usted contrae matrimonio y elige en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha del matrimonio inscribir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) sólo a su cónyuge</li> <li>(2) los hijos elegibles de su cónyuge o bien</li> <li>(3) su cónyuge y a los hijos elegibles de su cónyuge</li> </ol> <p><i>Usted no puede agregar al cónyuge que ya esté cubierto por TRS-ActiveCare</i></p>		<p>El primer día del mes después de la fecha del matrimonio</p>	<p>Sí (a menos que se inscriba en una opción de HMO)</p>

## Disposiciones del Plan

Si ...	Su fecha de entrada en vigencia es...	La fecha de entrada en vigencia de su dependiente elegible es...	Se aplica la exclusión de condición médica preexistente...
<p>Como empleado elegible pero no cubierto usted contrae matrimonio y elige en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha del matrimonio inscribir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) sólo a usted mismo, o</li> <li>(2) usted y a su cónyuge, o</li> <li>(3) usted y a los hijos elegibles de su cónyuge, o bien</li> <li>(4) usted, su cónyuge, y a los hijos elegibles de su cónyuge</li> </ol> <p><i>No pueden ser agregados otros dependientes durante este período</i>  <i>Usted no puede agregar al cónyuge que ya esté cubierto por TRS-ActiveCare</i></p>	El primer día del mes después de la fecha del matrimonio	El primer día del mes después de la fecha del matrimonio	Sí ( <i>a menos que se inscriba en una opción de HMO</i> )
Como empleado cubierto, su hijo dependiente menor de 25 años de edad se divorcia (u obtiene la anulación de su matrimonio) y usted elige inscribirlo dentro de los 31 días siguientes a la fecha del divorcio (o la anulación)...		El primer día del mes después de la fecha del divorcio (o la anulación)	Sí ( <i>a menos que se inscriba en una opción de HMO</i> )
Usted efectúa cambios a la cobertura debido a otros <a href="#">eventos de inscripción especial</a> en el plazo de los 31 días siguientes al evento que origine el cambio...	El primer día del mes después de la fecha del evento	El primer día del mes después de la fecha del evento	Sí ( <i>a menos que se inscriba en una opción de HMO</i> )

### Notifique prontamente a su [Administrador de Beneficios](#) que:

- Dé por terminada la cobertura de TRS-ActiveCare cuando un hijo contraiga matrimonio o cumpla 25 años de edad, o bien
- Dé por terminada la cobertura de TRS-ActiveCare de su cónyuge después del divorcio.

Cuando se dé por terminada la cobertura, no habrá beneficios disponibles para gastos incurridos después de la terminación. Si usted recibe beneficios a los cuales no tenga derecho, se le solicitará reembolso.

Acuérdese también de notificarle al Administrador de Beneficios si usted o sus dependientes cubiertos tienen un cambio de dirección.

# Disposiciones del Plan

## Terminación de la Cobertura

Su cobertura de empleado de TRS-ActiveCare terminará:

- El último día del mes en el cual su empleo concluya
- El último día del mes en el cual usted sea expulsado del programa de TRS-ActiveCare
- El último día del mes en el cual usted ya no sea elegible para la cobertura de TRS-ActiveCare (tales como la fecha de jubilación de TRS)
- Cuando usted cese de pagar las contribuciones de primas requeridas
- El último día del mes de su ingreso al servicio militar, naval o aéreo activo, excepto según lo prevea la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de las Fuerzas Armadas de 1994 (USERRA) u otra ley aplicable
- El último día del mes en el cual se vence la elegibilidad para la continuación de cobertura de COBRA,
- Incumplimiento del pago de todas las primas por parte de una entidad participante por un período de al menos 90 días, o
- Cuando sea concluido el programa de TRS-ActiveCare.

La cobertura de un dependiente terminará:

- Cuando termine la cobertura del empleado
- El último día del mes en el cual deje de ser dependiente elegible (por ejemplo, la cobertura de cónyuge concluirá en el caso de que se divorcie)
- Si un dependiente pasa a ser elegible como empleado y que sea un miembro contribuyente activo de TRS de una entidad participante
- El último día del mes de su ingreso al servicio militar, naval o aéreo activo, excepto según lo prevea la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de las Fuerzas Armadas de 1994 (USERRA) u otra ley aplicable
- El último día del mes en el cual se vence la elegibilidad para la continuación de cobertura de COBRA, o bien
- Cuando usted cese de pagar las contribuciones de primas requeridas para la cobertura del dependiente.

¿Es posible renunciar a la cobertura durante el [año del plan](#)?

Amenos que haya alguna restricción debido a la participación en algún plan cafetería de la Sección 125 del Código de Ingresos Internos, un empleado podrá renunciar a toda la cobertura o eliminar la cobertura de dependientes en cualquier momento. En caso de que renuncie a la cobertura, durante el [año del plan](#), la persona no será elegible para reinscribirse en TRS-ActiveCare hasta el siguiente período de inscripciones aun si ocurre un [evento de inscripción especial](#). Pueden aplicarse exclusiones de condición médica preexistente. **Nota:** Usted no puede elegir rechazar la cobertura retroactivamente, se requiere de una fecha de cancelación futura.

¿Cuándo es que un menor dependiente deja de ser elegible para cobertura?

La cobertura para un menor dependiente termina al final del mes en el cual el hijo cumpla 25 años de edad o contraiga matrimonio, según lo que ocurra primero, a menos que sea elegible como dependiente incapacitado soltero. Un hijo soltero que sea menor de 25 años de edad, que esté empleado por una entidad participante y sea un miembro contribuyente de TRS, no puede recibir cobertura como dependiente en la cobertura de TRS-ActiveCare de sus padres. La cobertura termina al final del mes previo al mes en el cual el hijo llega a ser un miembro contribuyente de TRS. Refiérase a la página [55](#) de este folleto para obtener información sobre cómo solicitar la cobertura de COBRA o de continuación para el dependiente.

Si usted tiene un dependiente incapacitado soltero que cumpla 25 años de edad, puede ser elegible para cobertura de dependiente ya bien si es retardado mental o físicamente incapacitado a tal punto de que sea dependiente de usted de una forma regular y que cumpla con otros requisitos según son determinados por TRS. Usted (y el médico de su dependiente) deben llenar un formulario de *Declaración de Incapacidad del Hijo Dependiente* para proporcionar una prueba satisfactoria de la incapacidad y de la dependencia. El formulario debe ser presentado dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que el hijo cumpla los 25 años de edad. Para evitar cualquier diferencia en la cobertura, el formulario debe ser presentado y aprobado al final del mes en el cual el hijo cumpla los 25 años de edad. (Los hermanos de un empleado que sean mayores de 25 años de edad o sus padres, no se consideran como hijos del empleado y no cumplen con la definición de un dependiente elegible.)

## Disposiciones del Plan

### Continuación de la Cobertura de TRS-ActiveCare (COBRA)

La Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA, por sus siglas en inglés), promulgada por el 99° Congreso, dispone que cuando los empleados y los dependientes cubiertos pierdan su elegibilidad para una cobertura de un plan médico de grupo, debido a alguno de los acontecimientos que se indican a continuación, podrán elegir continuar la participación en un plan médico de grupo. La cobertura continua podrá permanecer en vigencia durante un período máximo ya sea de 18, 29 o 36 meses, dependiendo de la razón por la cual haya terminado la cobertura.

#### ¿Qué pasaría si un empleado o dependiente cubierto pasara a formar parte del servicio militar?

Si usted pasa a formar parte del servicio militar activo a tiempo completo, puede continuar con la cobertura de TRS-ActiveCare mientras esté con permiso de trabajo sin goce de salario. Los empleados bajo licencia militar sin goce de salario serán tratados de la misma manera que otros empleados con permiso para ausentarse del trabajo sin goce de salario de acuerdo con los requisitos de la entidad

participante para obtener la categoría de permiso para ausentarse del trabajo sin goce de salario, por un período que no exceda los seis meses.

Una persona que haya elegido cobertura el 9 de diciembre del 2004 o antes, puede elegir el continuar la cobertura médica bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de las Fuerzas Armadas (USERRA) con el plan de su empleador por un período máximo de cobertura de 18 meses. Una persona que haya elegido cobertura el 10 de diciembre del 2004 o después, puede elegir bajo USERRA, el continuar la cobertura médica bajo el plan de su empleador por un período máximo de cobertura de 24 meses. En la mayoría de las circunstancias, tanto el período de cobertura bajo COBRA como bajo USERRA serán concurrentes durante los primeros 24 meses. La cobertura debe ser elegida por parte de USERRA o de COBRA, pero no por ambas.

Una vez que usted regrese como empleado activo y cumpla con los requisitos de elegibilidad, puede inscribirse nuevamente para cobertura de TRS-ActiveCare dentro de un plazo de 31 días. Si usted regresa como empleado activo dentro del mismo [año del plan](#) y elige inscribirse nuevamente en TRS-ActiveCare, debe seleccionar la misma opción del plan en la cual había estado inscrito anteriormente. No se aplican condiciones preexistentes.

Eventos que Califican para la Continuación de 18 Meses	Eventos que Califican para la Continuación de 29 Meses	Eventos que Califican para la Continuación de 36 Meses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El dejar de ser elegible debido a la reducción de horas de trabajo del empleado</li> <li>• Abandono voluntario del empleo incluyendo jubilación (temprana o por incapacidad)</li> <li>• Despido del empleado por recortes de personal,</li> <li>• Despido del empleado, excepto cuando se deba a una mala conducta grave, o</li> <li>• Incumplimiento del pago de todas las primas por parte de una entidad participante por un período de al menos 90 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de cobertura del empleado o dependiente, si la Administración de Seguro Social determina que está incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días después de que concluya el empleo o se reduzcan las horas de trabajo</li> </ul> <p><i>Para recibir los 11 meses adicionales de la continuación de cobertura de COBRA, usted debe notificar a su administrador del plan (Health Care Service Corporation/ Blue Cross and Blue Shield of Texas) de la decisión de la Administración del Seguro Social (SSA) y dentro de un período de 60 días después de la carta de decisión de SSA y antes del final del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción de un empleado</li> <li>• Divorcio o separación legal de un empleado, a condición de que el cónyuge estuviera previamente inscrito como <a href="#">participante</a> cubierto</li> <li>• El empleado llega a ser elegible para Medicare, dejando a los dependientes sin cobertura médica de grupo (como en el caso de un empleado que llegue a los 65 años de edad, se jubile e inicie su cobertura de Medicare), o bien,</li> <li>• Hijos que pierdan la cobertura debido a disposiciones del plan (por ejemplo, al llegar a la edad máxima)</li> </ul>

## Disposiciones del Plan

### Elegibilidad

Los empleados y dependientes cubiertos por TRS-ActiveCare el día anterior al evento que califique son elegibles para la continuación de la cobertura. Los dependientes no inscritos anteriormente *no podrán* elegir que se inicie la cobertura.

**Nota:** Los empleados **no podrán efectuar cambios al plan** durante el [año del plan](#), aún si cambian de miembro activo a COBRA, excepto según lo provisto en las leyes y normas de TRS.

### Cómo Hacer la Solicitud para COBRA

Cuando concluya su cobertura de grupo, usted o sus dependientes cubiertos tendrán 60 días para escoger la continuación de la cobertura por medio de COBRA. Usted, su cónyuge o hijo dependiente deberán primeramente notificar a su [Administrador de Beneficios](#) de su distrito o entidad. A continuación, se le proporcionará información sobre sus derechos de COBRA, incluyendo formularios e información general sobre la opción de continuación. **Cualquier correspondencia o materiales que le sean enviados a usted por parte del administrador del plan, al domicilio más actualizado que exista en los expedientes del administrador del plan, se da por hecho que usted los recibió.** La cobertura se hará retroactiva hasta la fecha del evento que califique y se deberán pagar todas las primas atrasadas antes de que entre en vigencia la cobertura, a menos que sea provisto de otro modo bajo las leyes de COBRA y sus regulaciones. Usted tendrá 45 días contados a partir de la fecha de su primera factura para efectuar el primer pago de su prima, pero no se verificará la cobertura ante los proveedores hasta que se reciba el pago.

### Terminación de la Cobertura de COBRA

La cobertura de COBRA o de continuación terminará si:

- Caduca el período de continuación de beneficios de COBRA
- No se pagan primas dentro de los 30 días de la fecha de pago a menos que sea aprobada alguna excepción por TRS
- Un [participante](#) de COBRA queda cubierto por otro plan médico de grupo ya sea como empleado, cónyuge o dependiente, a menos que una exclusión de condición médica preexistente impida que el [participante](#) quede cubierto por una condición médica específica bajo otro plan médico de grupo

- Un [participante](#) de COBRA llega a tener derecho a (inscrito en) los beneficios de Medicare, o bien
- TRS-ActiveCare no proporciona ya cobertura médica de grupo para empleados de educación pública.

### ¿Cuál es el costo de la cobertura de COBRA?

Cualquier persona elegible que escoja continuar su cobertura deberá pagar las tarifas de primas totales para empleados activos más honorarios administrativos adicionales de un 2%. Si califica para la extensión de 11 meses de incapacidad, se le puede cobrar a una persona un cargo de hasta 150% de la tasa de la prima total por los 11 meses adicionales de la cobertura de COBRA. Los beneficios para los [participantes](#) de COBRA serán los mismos que para los empleados activos. Las tarifas estarán basadas en las de los empleados activos. Si hay algún cambio en los beneficios o las tarifas de TRS-ActiveCare, los [participantes](#) de COBRA recibirán los nuevos beneficios y se les cobrará la nueva tarifa.

### ¿Quién administra la cobertura de COBRA?

La facturación y el procesamiento de aceptabilidad para la cobertura de COBRA los administrará la Health Care Service Corporation. Blue Cross and Blue Shield of Texas es una División de la Health Care Service Corporation. Si tiene alguna duda respecto a la cobertura de COBRA o de continuación, sea tan amable de llamar al teléfono **1-888-541-7107**.

### Cómo Presentar un Reclamo Médico

Usted o su proveedor deberán presentar todos los reclamos y a su vez Blue Cross and Blue Shield of Texas deberá haber recibido todos los reclamos, para obtener los beneficios de TRS-ActiveCare dentro del plazo de 12 meses a la fecha en que haya recibido los servicios o suministros. Los reclamos no presentados y a su vez no recibidos por Blue Cross and Blue Shield of Texas dentro de dicho período de doce meses no se tomarán en consideración para el pago de beneficios.

### ¿Quién presenta los reclamos?

Cuando usted reciba tratamiento o atención médica de un proveedor de la red (o que no pertenezca a la red y que sea proveedor de ParPlan), no tendrá que presentar los reclamos. El proveedor enviará directamente los reclamos a Blue Cross and Blue Shield of Texas por usted.

Puede requerírsele que presente sus propios reclamos cuando reciba tratamientos o atención médica de un proveedor que no pertenezca a la red y que no sea de

## Disposiciones del Plan

ParPlan. En el momento en que se le proporcionen los servicios, pregunte si el proveedor presentará los reclamos por usted.

Los pagos de beneficios se efectuarán directamente a la red o a los proveedores contratados cuando facturen a Blue Cross and Blue Shield of Texas. Los acuerdos por escrito entre Blue Cross and Blue Shield of Texas y otros proveedores pueden requerir que los

pagos se efectúen directamente a ellos. Sin embargo, si los pagos de beneficios son por reclamos de proveedores sin acuerdos por escrito con Blue Cross and Blue Shield of Texas, Blue Cross and Blue Shield of Texas podrá decidir pagarle ya sea a usted o al proveedor. Si usted recibe algún pago de Blue Cross and Blue Shield of Texas, será su responsabilidad ajustar su cuenta con su proveedor.

Si lo permiten las leyes, cualquier beneficio disponible para usted, si no han sido pagados al momento de su fallecimiento, se lo pagaremos a su cónyuge sobreviviente como beneficiario. Si no existe un cónyuge sobreviviente, entonces los beneficios se abonarán al cuerpo de su herencia.

Para presentar un reclamo médico, siga los siguientes pasos:	
1 Obtenga un formulario de reclamo	Los formularios de reclamo están disponibles por medio de su <a href="#">Administrador de Beneficios</a> o puede descargar un formulario de reclamo de la página web en <a href="http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare">www.trs.state.tx.us/trs-activecare</a> . Utilice un formulario de reclamo por separado para cada persona; no combine los gastos de diferentes miembros de la familia en un mismo formulario de reclamo.
2 Llene el formulario de reclamo	Incluya toda la información solicitada en el formulario de reclamo. Cualquier dato omitido, sobre todo los que se indican a continuación, darán motivo a demoras en el procesamiento de su reclamo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del paciente</li> <li>• Numero de identificación del subscriber incluyendo el prefijo alfa (ISD)</li> <li>• El domicilio correcto</li> <li>• Diagnóstico (<i>preferiblemente el indicado por su proveedor en una factura desglosada</i>)</li> <li>• Fecha de la lesión, enfermedad o el embarazo</li> <li>• Si el paciente tiene o no otra cobertura de seguro médico de grupo</li> </ul>
3 Adjunte una factura desglosada	Adjunte una factura desglosada al formulario de reclamo. La factura desglosada deberá incluir la siguiente información importante para el pronto procesamiento de su reclamo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y dirección del proveedor que proporcione los servicios o suministros</li> <li>• Fecha de servicio</li> <li>• Tipo de servicio</li> <li>• Cargos por cada servicio</li> <li>• Nombre del paciente</li> <li>• Diagnóstico</li> </ul> Conserve para sus archivos una copia del formulario de reclamo y las facturas desglosadas.
4 Envíe por correo el formulario de reclamo y las facturas desglosadas	Sírvase enviar el formulario de reclamo y las facturas desglosadas a: Blue Cross and Blue Shield of Texas, P.O. Box 660044, Dallas, TX 75266-0044. (La dirección aparece también en el formulario.) No envíe el formulario de reclamo a TRS. Eso sólo retrasaría el proceso.
5 Usted recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) después que se procese el reclamo	El EOB confirmará si los gastos están cubiertos por TRS-ActiveCare y si son elegibles para pago. Si es así, usted o el proveedor recibirá un cheque. Si se rechaza su reclamo, la Explicación de Beneficios indicará las razones para ello. <i>Usted deberá presentar y a su vez Blue Cross and Blue Shield of Texas deberá recibir los reclamos por gastos en el plazo de los 12 meses posteriores a la fecha en que se hayan incurrido los gastos.</i>

**Debe llevar consigo su tarjeta de Identificación de TRS-ActiveCare para ayudar a los proveedores a presentar sus reclamos.**

# Disposiciones del Plan

## Recepción de Reclamos

Un reclamo no se considerará como recibido para su procesamiento hasta que Blue Cross and Blue Shield of Texas de hecho reciba el reclamo en la dirección apropiada y con toda la información requerida. Si el reclamo no está completo, Blue Cross and Blue Shield of Texas lo devolverá. En los reclamos que requieran más información para un procesamiento apropiado, Blue Cross and Blue Shield of Texas podrá ponerse en contacto ya sea con usted o con su proveedor para obtener los datos adicionales. El reclamo se procesará una vez que Blue Cross and Blue Shield of Texas reciba toda la información requerida.

## Interpretación de Disposiciones de TRS-ActiveCare

TRS tiene la autoridad y potestad plenas y completas para tomar las decisiones relacionadas a las disposiciones del plan de TRS-ActiveCare y determinar cualquier asunto sobre elegibilidad y beneficios.

Blue Cross and Blue Shield of Texas ha recibido de TRS plena autoridad para determinar si:

- Los servicios, atención, tratamiento o suministros son [médicamente necesarios](#)
- Una cirugía es estética o reconstructiva
- Los cargos son aceptables
- Una cirugía, tratamiento médico, servicios o medicamentos son [experimentales o de investigación](#)

## Revisión de Determinaciones de Reclamos

**Procesamiento de Reclamos:** Cuando se presenta correctamente un reclamo y a su vez es recibido por Blue Cross and Blue Shield of Texas, se procesará para determinar si se pagarán beneficios y en qué cantidad. Blue Cross and Blue Shield of Texas tiene la autoridad y potestad necesarias para interpretar y determinar beneficios de conformidad con las disposiciones de TRS-ActiveCare. Algunos reclamos requieren más tiempo para su procesamiento porque necesitan información no proporcionada en ellas como, por ejemplo, historiales médicos o reportes de procedimientos quirúrgicos.

**Si un Reclamo se Paga en Parte o se Deniega:** A veces, se podrá denegar el pago total o parcial de un reclamo. Existen muchas razones por las cuales se puede denegar un reclamo o no pagarlo por completo. Lea primeramente la Explicación de Beneficios y

después revise este folleto para así ver si comprende las razones de la determinación. Las decisiones con respecto a la [necesidad médica](#) son regidas por las normas médicas actuales, las cuales pueden ser obtenidas visitando [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare). Si usted posee información adicional que considere que pudiera cambiar la decisión de pago, sírvase llamar al Departamento de Servicio al Cliente al teléfono 1-866-355-5999 o escribir a Blue Cross and Blue Shield of Texas P.O. Box 660044, Dallas, TX 75266-0044 para solicitar una revisión de la decisión.

## Solicitud para la Reconsideración de la Determinación del Reclamo

Usted tiene todo el derecho de solicitar y obtener una revisión completa y justa de cualquier determinación relacionada a un reclamo, cualquier determinación con respecto a la solicitud de autorización previa para hospitalización, autorización previa de atención prolongada y terapia de infusión en el hogar o cualquier otra determinación hecha por el plan respecto a sus beneficios de TRS-ActiveCare.

Si usted considera que se le hayan negado incorrectamente sus beneficios parcial o totalmente y desea obtener una revisión de la determinación de tales beneficios, deberá:

1. Llamar al Departamento de Servicio al Cliente al (1-866-355-5999) o enviar por correo una solicitud por escrito para que Blue Cross and Blue Shield of Texas reconsidere su caso. La solicitud deberá contener su nombre, el nombre del [participante](#), sus números de grupo e identificación y el reclamo en particular que desea que se revise.
2. La solicitud por escrito deberá contener sus dudas y comentarios sobre la determinación y usted deberá presentar toda la información adicional (especialmente la información médica) relevante al caso y el porqué considera que la determinación tomada es incorrecta.

Blue Cross and Blue Shield of Texas revisará su reclamo basándose en los comentarios, preguntas y la información recibida en la solicitud de revisión, junto a cualquier otra información disponible para ello.

Se le notificará por escrito la decisión de Blue Cross and Blue Shield of Texas y las razones para tal decisión, en el plazo de los 60 días posteriores a la fecha Blue Cross and Blue Shield of Texas haya recibido su solicitud. Si usted no está de acuerdo con la decisión de Blue Cross and Blue Shield of Texas basada en la [necesidad médica](#),

## Disposiciones del Plan

puede solicitar una segunda revisión médica por parte de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

En caso de que su Solicitud de Reconsideración sea denegada por Blue Cross and Blue Shield of Texas, usted todavía podrá apelar al Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas) (su patrocinador del plan) a la siguiente dirección:

**TRS-ActiveCare Grievance Administrator  
Teacher Retirement System of Texas  
1000 Red River Street  
Austin, TX 78701**

La apelación a TRS se deberá presentar por escrito e ir acompañada por los documentos justificativos. Por favor incluya un número de teléfono para comunicarnos con usted en horas hábiles. Su apelación por escrito se deberá enviar y ser franqueada por correo o que TRS la reciba en el plazo de los 60 días a partir de la fecha de la carta de Blue Cross and Blue Shield of Texas dándole a conocer la decisión sobre su Solicitud de Reconsideración. Al recibir una apelación por escrito, TRS le dará a conocer los procedimientos que se encuentren a su disposición bajo las Normas y Leyes de TRS.

### Subrogación, Reembolso y Disposición de Recuperación de Terceros

**Cuándo se Aplica esta Disposición:** Si usted, su cónyuge, uno de sus dependientes o cualquier persona que reciba beneficios bajo este plan médico se lesiona y tiene derecho a recibir dinero de cualquier fuente, incluyendo pero no limitado a la responsabilidad de cualquier tercero o un seguro de automóvil y beneficios de conductores no asegurados o con seguro insuficiente, los beneficios proporcionados o que vaya a proporcionar TRS-ActiveCare serán secundarios, no primarios, y se pagarán sólo si usted coopera plenamente con los términos y condiciones de TRS-ActiveCare.

Como condición para recibir beneficios de TRS-ActiveCare, el empleado o la persona cubierta acuerda en que la aceptación de beneficios es una notificación constructiva de esta disposición en su totalidad y acepta reembolsarle al plan el 100% de los beneficios proporcionados sin reducción de honorarios de abogados, costos, negligencia comparativa, límites de recuperabilidad o responsabilidad u otras cosas. Si el empleado o la

persona cubierta contrata los servicios de un abogado, se comprometen a contratar a alguno que no afirme las Doctrinas de Fondo Común o Integración Plena. El reembolso será inmediato en cuanto se cobre cualquier suma o sumas recuperadas, sin tomar en cuenta su suficiencia legal, financiera o de otra índole. Si la persona lesionada es un menor, cualquier cantidad recuperada por él, su fideicomisario, tutor, padre u otro representante, quedará sujeta a esta disposición sin tomar en cuenta la ley del estado o si el representante del menor tiene acceso o control a cualquier fondo recuperado.

El empleado o la persona cubierta acepta firmar documentos requeridos por TRS-ActiveCare, incluyendo, pero sin limitarse a, los acuerdos de reembolso y/o subrogación que el plan o sus agentes puedan solicitar. Además, el empleado o la persona cubierta acuerda proporcionar cualquier información solicitada por el plan o su(s) agente(s). El incumplimiento o rechazo de la ejecución de tales convenios o de proporcionar información no le impedirá al plan ejercer sus derechos de subrogación u obtención de un reembolso completo. Cualquier compensación o recuperación que se reciba se deberá considerar primeramente al reembolso de gastos médicos pagados por el plan. Cualquier cantidad que exceda el 100% del reembolso al plan se podrá dividir entre el empleado o la persona cubierta y su abogado, si es aplicable. El empleado o la persona cubierta acuerda no emprender ninguna acción que perjudique de ningún modo los derechos del plan.

Si se hace necesario que el plan aplique esta disposición, iniciando cualquier acción contra el empleado o la persona cubierta, estos últimos aceptan pagar los honorarios y costos de abogados del plan asociados a la acción, sea cual sea el resultado de ésta última.

TRS tiene la autoridad total de interpretación de los términos de esta disposición en forma completa y se reserva el derecho a hacer cambios si lo considera necesario.

Si el empleado o la persona cubierta no inicia ninguna acción para recuperar cualquier cantidad de dinero de cualquier fuente, el empleado o persona cubierta acuerda permitirle al plan que inicie su propia acción legal para obtener el reembolso.

### Coordinación de Beneficios

TRS-ActiveCare incluye una disposición de Coordinación de Beneficios (COB), la cual determina cómo se pagarán beneficios cuando usted o su dependiente esté cubierto

## Disposiciones del Plan

por más de un plan médico de grupo. Cuando tenga otra cobertura médica de grupo (por ejemplo, mediante el empleador de su cónyuge), sus beneficios de TRS-ActiveCare se podrán combinar con otros para pagar cargos cubiertos (incluyendo medicinas recetas bajo ActiveCare 1). La disposición de COB elimina los pagos duplicados por los mismos gastos médicos. TRS-ActiveCare puede coordinar beneficios para el programa de medicinas recetadas bajo los planes ActiveCare 2 y ActiveCare 3. La Coordinación de Beneficios no se aplica a ninguna póliza personal que usted pueda tener.

Bajo la disposición de COB, el plan que paga primero se denomina primario. El secundario cubre por lo común la diferencia entre los beneficios del plan primario y los cargos cubiertos. Cuando un plan no tenga una disposición de COB, se considerará siempre como primario y pagará primero en todos los casos. Los pagos de COB no siempre ascienden al 100% de los cargos.

### Cómo determinar cuál plan es primario

Las siguientes reglas se aplican en el orden en el cual aparecen hasta que se solucione la situación.

- El plan sin disposición de COB se considera primario. Si los dos planes tienen disposiciones de COB, entonces el plan que cubra al paciente como empleado y no como dependiente será el primario.
- Si un menor está cubierto por los planes de ambos padres, el plan de uno de los padres cuyo cumpleaños sea primero en el año natural será primario. Si los dos padres tienen el mismo cumpleaños, será primario el que haya cubierto a uno de ellos durante más tiempo. Si el otro plan no tiene esta disposición respecto a los cumpleaños, las reglas de dicho plan determinarán el orden de beneficios.
- Los menores dependientes de padres divorciados o separados recibirán pagos de beneficios en este orden del plan:
  - El padre que tenga la patria potestad
  - El padrastro que tenga la patria potestad
  - El padre sin la patria potestad

El padre que tenga la responsabilidad financiera de sufragar los gastos de atención médica del menor bajo orden judicial se considerará como primario. El plan del otro padre será considerado como secundario.

En el caso en que se comparta la patria potestad, sin requisitos específicos para proporcionar gastos de atención médica, se aplicará la regla de cumpleaños que se describió anteriormente.

- El plan que cubre a la persona como empleado activo (o a tal dependiente del empleado) se considerará primario sobre el plan que cubre al empleado despedido por recorte de personal o jubilado (o a tal dependiente del empleado). Si ambos planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica.
- El plan que cubre a una persona como empleado activo (o a tal dependiente del empleado) se considerará primario sobre el plan que cubre al empleado (o a tal dependiente del empleado) bajo COBRA o continuación de la cobertura. Si ambos planes no están de acuerdo con el orden de los beneficios, esta regla no se aplica.

Si no se aplican ninguna de estas reglas, el plan que haya cubierto a la persona durante más tiempo será el primario. *Se aplican reglas especiales cuando usted esté cubierto por TRS-ActiveCare y Medicare.* En general, TRS-ActiveCare será el plan primario si es usted un empleado activo o dependiente de un empleado activo, y Medicare será secundario. Pueden aplicarse reglas especiales a [participantes](#) con Enfermedad Renal en su Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Para todos los participantes de TRS-ActiveCare sin ESRD:

- Participantes de TRS-ActiveCare cubiertos por las Partes A y/o B de Medicare *antes* de que se produzca un evento elegible de COBRA: Se considerará a Medicare como la cobertura primaria y a la cobertura de continuidad COBRA, obtenida a través de TRS-ActiveCare, se le considerará como secundaria.

Se dará por *terminada* la cobertura de continuidad COBRA de TRS-ActiveCare para participantes una vez que éstos hayan quedado cubiertos por las Partes A y/o B de Medicare *posteriormente* a la fecha en la cual se haya producido el evento elegible de COBRA.

### ¿Cómo se coordinan los beneficios para un recién nacido dentro de los primeros 31 días después del nacimiento?

Un recién nacido está automáticamente cubierto durante los primeros 31 días después de la fecha de su nacimiento. El plan del padre cuya fecha de nacimiento sea primero en el año natural es primario. Vea la página [27](#) para información relacionada a la inscripción de recién nacidos.

## Disposiciones del Plan

### ¿Cómo se pagan los beneficios de COB?

TRS-ActiveCare pagará la diferencia entre la [cantidad permitida](#) y los beneficios pagados por el plan primario, sin sobrepasar la cantidad que TRS-ActiveCare hubiera pagado en ausencia de cualquier otra cobertura. Usted o su proveedor debe enviar los reclamos por beneficios bajo TRS-

ActiveCare en el plazo de los 12 meses siguientes contados a partir de la fecha en la cual usted haya recibido los servicios o suministros. Los reclamos que no hayan sido presentados y a su vez recibidos por Blue Cross and Blue Shield of Texas dentro de un período de 12 meses, no serán considerados para ser pagados como beneficios.

### ¿Cómo se determina el plan primario para propósitos de COB entre un esposo y su esposa?

En la tabla siguiente se muestra cómo se determina el plan primario para el cónyuge, cuando los dos planes tengan una disposición de Coordinación de Beneficios (COB). La tabla supone que ambos cónyuges son empleados activos y no tienen cobertura de COBRA.

Si el empleado cubierto por TRS-ActiveCare es:	...y el otro plan lo patrocina:	...y los gastos son para:	...entonces el plan TRS-ActiveCare será:
El esposo	El empleador de la esposa	El esposo	Primario
El esposo	El empleador de la esposa	La esposa	Secundario
La esposa	El empleador del esposo	El esposo	Secundario
La esposa	El empleador del esposo	La esposa	Primario

## Recursos en Internet

### Características de la Página Web

Usted podrá tener acceso a información útil y formularios administrativos de las páginas web de Blue Cross and Blue Shield of Texas y Medco por medio de TRS-ActiveCare en [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare). Blue Cross and Blue Shield of Texas y Medco son responsables únicos de la exactitud y la seguridad de la información mantenida en o por mediación de sus páginas web.

En la siguiente tabla se indican las características de los recursos en línea disponibles a los [participantes](#) de

TRS-ActiveCare. Para tener acceso a la información por Internet, vaya a [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare), seleccione Medical and Pharmacy Benefits (Beneficios Médicos y de Farmacia) y después seleccione la página web del plan. Muchos de los tópicos solicitados más frecuentemente se encuentran directamente en la página principal de TRS-ActiveCare. El diseño de la página web y su contenido están sujetos a cambio en cualquier momento.

Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas, TRS)		
ActiveCare 1, ActiveCare 2 y ActiveCare 3 Blue Cross and Blue Shield of Texas y Medco		
Beneficios Médicos	Beneficios Médicos	Beneficios de Farmacia
Provider Locator (Localizador de Proveedor) Frequently Asked Questions (Preguntas Frecuentes) Enrollment Guide (Guía de Inscripción) Enrollment Application and Change Form (Formulario de Solicitud de Inscripción y Cambios) Application Tutorial (Tutoría para Llenar la Solicitud)	Provider Finder (Localizador de Proveedor) Enrollment Guide (Guía de Inscripción) Plan Comparison Tutorial (Tutoría para la Comparación de Planes) Forms (Formularios) Benefits Booklet (Folleto de Beneficios) Medical Policies (Normas Médicas) Healthy Living Information (Información de Cómo Vivir Sanamente) Blue Access for Members (vea reclamos) Contact Information (Información de Contacto)	Pharmacy Benefits (Beneficios de Farmacia) Retail Pharmacy Locator (Localizador de Farmacia de Venta al Público) Drug Name Search (Búsqueda de Medicina por Nombre) Copays ( <a href="#">Copagos</a> ) What are Possible Alternatives (Posibles Alternativas) Preferred Drug List (Lista de Medicinas Preferidas) View Formulary Alternatives (Vea las Medicinas de Formulario Alternativas) Maintenance Drug List (Lista de Medicinas de Mantenimiento) Mail Order Forms (Formularios de Pedidos por Correo) Online Refills (Reabastecimiento en Línea) Savings Adviser (Consejos de Ahorro)

### Blue Access for Members (registro obligatorio)

Con Blue Access for Members, usted podrá:

- Verificar el estado de los reclamos médicos
- Confirmar quién tiene cobertura bajo su plan

- Ver e imprimir un historial de reclamos detallado e información (Explicación de Beneficios)
- Optar por no recibir copias impresas de su Explicación de Beneficios
- Localizar un médico dentro de la red que cumpla con sus necesidades

## Recursos en Internet

- Registrarse para recibir notificaciones por correo electrónico sobre la actividad de nuevos reclamos
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación o su reemplazo o bien imprimir una tarjeta de identificación provisional

### Cómo acceder Blue Access for Members

1. Vaya a [www.trs.state.tx.us/trs-activecare](http://www.trs.state.tx.us/trs-activecare)
2. Seleccione el enlace titulado "Blue Access for Members"

Para registrarse para Blue Access for Members, usted necesitará su número de identificación de grupo y de miembro, que se encuentran en su tarjeta de identificación de TRS-ActiveCare. Después del proceso de confirmación, se le pedirá crear un nombre y contraseña que usted utilizará para todas las futuras visitas a Blue Access for Members.

Utilice Blue Access for Members de 6 a.m. to 3 a.m. (Hora Centro), 7 días a la semana.

### Recursos de Investigación En Línea Sobre la Salud y el Bienestar Personal

Mediante el servicio de Blue Access for Members, usted y su familia tendrán acceso a recursos de investigación en línea, en los cuales encontrarán información práctica y útil. Por ejemplo, usted podrá investigar condiciones médicas específicas y recibir consejos sobre cómo iniciar un programa de ejercicios o sobre cómo dejar de fumar o perder peso. Y ahora, usted podrá tomar también la **Evaluación de Riesgo de Salud (Health Risk Assessment o HRA, por sus siglas en inglés)**, una herramienta confidencial que le ayuda a aprender más sobre sus riesgos de salud individual.

Una vez conectado a Blue Access for Members, haga clic en la pestaña "My Health" ("Mi Salud") y seleccione el enlace "Take the HRA Now!" ("¡Tome la Evaluación HRA ahora mismo!") Siga las instrucciones para contestar las preguntas de la evaluación, utilizando información sobre asuntos relacionados con su estilo de vida como, por ejemplo, su historial médico personal y familiar, asuntos médicos para damas y caballeros, el uso del tabaco y alcohol y hábitos de ejercicio físico. Una vez terminada la evaluación, usted recibirá inmediatamente una respuesta en línea sobre posibles problemas médicos y cómo tratarlos. Si está de acuerdo en compartir sus resultados con Blue Cross and Blue Shield of Texas, usted recibirá aún más ayuda e información.

## Glosario de Términos

Estas definiciones se aplican a todos los beneficios de TRS-ActiveCare, a menos que se limiten específicamente.

**Administrador de Beneficios:** La persona que trabaja para un distrito o entidad la cual puede asistir a los empleados a inscribirse en varios beneficios del plan y a efectuar cambios a sus coberturas.

**Admisión al Hospital (Hospitalización):** El período entre el ingreso a un hospital como paciente en cama y el momento de ser dado de alta. Si se admite a un paciente en un hospital y se le da de alta dentro de un período de 24 horas, pero queda recluido como paciente en cama en un acomodo de cama durante su período de estancia en el hospital, la hospitalización se deberá considerar como una admisión al hospital.

*Paciente en cama* significa una hospitalización en un acomodo en cama situado en una sección de un hospital que esté diseñada, atendida y administrada para proporcionar atención hospitalaria aguda, a corto plazo sobre la base de 24 horas; el término no incluye la reclusión en una sección de un hospital diseñada, atendida y administrada para proporcionar atención institucional a largo plazo como residente.

**Año del Plan:** El año del plan para TRS-ActiveCare comienza el 1° de septiembre y concluye el 31 de agosto.

**Atención de Custodia:** Servicios y suministros, incluyendo alojamiento y comida y otros servicios institucionales, que se proporcionen primordialmente para ayuda en actividades de la vida cotidiana y para mantener la vida y/o la comodidad de pacientes sin esperanzas razonables de cura ni mejoramiento de una lesión o enfermedad. La atención de custodia incluye cuidados que no son parte necesaria de un tratamiento médico para la recuperación y deberán incluir, pero no limitarse a, el asistir a la persona a caminar, bañarse, vestirse, comer, preparar dietas especiales y tomar medicamentos.

**Cantidad Permitida:** La cantidad permitida es la cantidad máxima que será pagada por TRS-ActiveCare por un servicio o suministro médico, excepto para tratamiento de emergencia por un proveedor que no pertenezca a la red, en instalaciones médicas de la red dentro de las primeras 48 horas de la emergencia (refiérase a la página [24](#)). La cantidad permitida es determinada por Blue Cross and Blue Shield of Texas y está basada en cualquier cargo efectuado por el mismo servicio por parte de proveedores en la misma área

geográfica con entrenamiento similar, experiencia e instalaciones médicas o tarifas negociadas con proveedores que hayan sido contratados por Blue Cross and Blue Shield of Texas.

**Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes:** Una institución con licencia apropiada y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la Asociación Americana de Servicios Psiquiátricos para Niños y/o es aprobada por Blue Cross and Blue Shield of Texas o por INROADS Behavioral Health Services como centro de tratamiento residencial para proporcionar ciertos servicios de cuidado de la salud mental para niños y adolescentes con trastornos emocionales.

**Cobertura Acreditable:** Cobertura médica anterior bajo diversos planes, incluyendo, pero sin limitarse a, planes médicos de grupo, pólizas médicas individuales, Medicare y Medicaid.

**Copago:** La cantidad establecida que usted paga por ciertos servicios médicos y medicinas recetadas al momento de recibirlos. Los copagos no se aplican a los deducibles ni al desembolso personal máximo.

**Coseguro:** La porción que le corresponde a un participante de los servicios y suministros cubiertos, sin contar el deducible ni los copagos. Por lo común es un porcentaje de la cantidad permitida. Por ejemplo: si la cantidad de coseguro es de "80/20", eso querrá decir que TRS-ActiveCare pagará el 80% y usted el 20% de la cantidad permitida para los cargos elegibles.

**Deducible:** Los gastos de desembolso personal que deben ser pagados por la persona por los servicios de atención médica que recibe cobertura antes de que empiecen a ser pagaderos por el plan médico.

**Desembolso Personal Máximo:** Su parte correspondiente de los gastos elegibles hechos durante un año del plan, excluyendo el deducible y los copagos (médicos y de medicinas recetadas). Después de que llegue al desembolso personal máximo, TRS-ActiveCare pagará el 100% de la cantidad permitida para cargos cubiertos durante el resto del año del plan. Los deducibles y copagos no aplican para los máximos de desembolso personal. **Los cargos facturados y las penalizaciones por autorización previa exceden la cantidad permitida de Blue Cross and Blue Shield of Texas y tampoco se aplica el máximo de desembolso personal.**

## Glosario de Términos

**Emergencia:** Una emergencia es la aparición repentina de una condición médica que se manifieste por medio de síntomas agudos y que sean suficientemente severos, incluyendo el dolor intenso, que haría que una persona prudente que posea conocimientos promedio de medicina y de salud, considere que la condición médica, enfermedad o lesión de la persona sea de naturaleza tal que la falta de atención inmediata pudiera dar como resultado:

- Que la salud de la persona corriese grave peligro
- Que se produjera una incapacitación grave de las funciones corporales
- Serio deterioro de cualquier órgano o parte del cuerpo
- Una desfiguración grave, o bien
- En el caso de una mujer embarazada, un serio peligro a la salud del feto.

TRS-ActiveCare cubre emergencias médicas donde sea que ocurran. En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana. Si usted es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital de la red durante las primeras 48 horas de su emergencia, los beneficios serán pagados al nivel de la red, basados en la cantidad facturada en lugar de la cantidad permitida. Los servicios de ambulancia serán pagados hasta la cantidad permitida.

**Evento de Inscripción Especial:** Es un evento definido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA) que puede proporcionar un período de inscripción especial para personas y dependientes cuando haya una pérdida de otra cobertura o se obtengan dependientes adicionales.

**Experimental o de Investigación:** Un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico se considera como experimental o de investigación si:

- El medicamento o dispositivo no ha recibido la aprobación de la Administración para el Control de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (U. S. Food and Drug Administration) tanto para su comercialización, seguridad y eficacia al momento en que se proporcione el medicamento o dispositivo; o
- El medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico o el documento de consentimiento del paciente con conocimiento de causa usado con ellos, los haya revisado y aprobado el Consejo de Revisiones Institucionales (Institutional Review Board) de las instalaciones médicas de tratamiento u otro grupo que desempeñe funciones

similares o si alguna ley federal requiere esa revisión y aprobación; o

- Existen evidencias fidedignas de que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico sea objeto de análisis clínicos en curso de fase I, II o III o bajo estudio para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o bien,
- Existen evidencias fidedignas que demuestren que el consenso de opiniones de los expertos respecto al medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad y eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

*Evidencias fidedignas*, tal como se usa en esta definición, significará sólo informes y artículos impresos en publicaciones médicas y científicas autorizadas; el o los protocolos por escrito utilizados por las instalaciones médicas de tratamiento o los de otra institución que estudie substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o bien, el consentimiento informado por escrito usado por la institución de tratamiento o por otra que estudie substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Aunque un médico u otro proveedor de atención médica pueda haber prescrito un tratamiento y que los servicios o suministros se hayan proporcionado como terapia de último recurso, tales servicios o suministros se podrán considerar todavía como experimentales o de investigación dentro de esta definición.

**Fecha de Inicio de Trabajo:** La fecha de inicio de trabajo es la fecha en que el empleado de una entidad o un distrito participante comienza a laborar.

**Hospital:** Una instalación de atención aguda a corto plazo que:

- Tenga una licencia apropiada como hospital del estado en el cual se encuentre situado y que satisfaga las normas establecidas para la concesión de dicha licencia y que esté certificado ya sea por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o como hospital proveedor bajo Medicare
- Se dedique primordialmente a proporcionar servicios de diagnóstico y terapéuticos a pacientes internos con

## Glosario de Términos

fines de diagnóstico, tratamientos y cuidados de personas lesionadas y enfermas, por o bajo la supervisión de médicos a cambio de remuneraciones de sus pacientes

- Tenga departamentos organizados de medicina y cirugía mayor y mantenga registros clínicos de todos los pacientes
- Proporcione servicios de enfermería las 24 horas, atendidos por o bajo la supervisión de una enfermera registrada
- Tenga un plan de revisión de utilización del hospital, y
- No sea, excepto en forma transitoria, instalaciones de convalecencia, asilo de ancianos, hogar de atención de custodia, balneario de salud, centro de vacaciones, sanatorio, lugar de descanso, sitio para ancianos, lugar para el tratamiento de la dependencia a sustancias químicas, hospicio, ni un lugar que proporcione atención de rehabilitación.

**Instalaciones Médicas de Tratamiento Psiquiátrico de Día:** Una institución con licencia apropiada y acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica como instalación de tratamiento psiquiátrico ambulatorio para proporcionar servicios de cuidado de salud mental a los participantes, durante períodos que no sobrepasen ocho horas en cualquier lapso de 24 horas.

El tratamiento se deberá proporcionar en lugar de hospitalización y recibir la certificación por escrito del médico a cargo.

**Instalaciones para el Tratamiento del Abuso de Sustancias Químicas:** Una institución que proporciona un programa para el tratamiento de la dependencia a sustancias químicas, siguiendo un plan de tratamiento por escrito aprobado y supervisado por un médico afiliado a un hospital bajo acuerdo

contractual con un sistema establecido para la transferencia de pacientes.

Cualquier instalación de este tipo deberá tener licencia, certificación o aprobación como centro de tratamiento de la dependencia a sustancias químicas de una agencia estatal apropiada y tener acreditación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica.

**Participante:** Una persona que está inscrita en TRS-ActiveCare.

**Telemedicina:** Se considera el uso interactivo de audio, video u otros medios electrónicos (excluyendo teléfono o fax) para proporcionar atención médica. El término incluye el uso de medios electrónicos para diagnóstico, consultoría, tratamiento, transferencia de datos médicos y enseñanza médica.

**Terapia Matrimonial y Familiar:** Incluye servicios profesionales de terapia para personas, familias o parejas de casados, individualmente o en grupos, e incluye la aplicación profesional de teorías y técnicas de sistemas familiares para proporcionarles servicios de terapia a dichas personas. El término incluye la evaluación y resolución de disfunciones cognoscitivas, afectivas, conductuales o relacionales dentro del contexto del matrimonio o los sistemas familiares. TRS-ActiveCare **no** proporciona cobertura para terapias matrimoniales y familiares.

**Unidad de Estabilización de Crisis:** Una institución que posea una licencia apropiada y que se encuentre acreditada como unidad o instalación de estabilización de crisis, para proporcionar servicios de atención de salud mental a personas que presenten una crisis psiquiátrica, aguda y comprobable, de proporciones que vayan de moderadas a graves.

## Notificaciones

### Aviso General de los Derechos de Inscripción Especial y Exclusión de Condiciones Preexistentes

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA), se requiere que su grupo del plan médico le proporcione esta notificación explicándole los procedimientos de su grupo del plan médico para sus derechos de inscripción especial y la imposición de exclusiones de condición preexistente.

- **Notificación de Sus Derechos de Inscripción Especial** – Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge), porque tienen otra cobertura de seguro médico, podrán inscribirse en el futuro en este plan, usted y sus dependientes, a condición de que solicite la inscripción dentro de los 31 días siguientes a la conclusión de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted mismo y a sus dependientes, a condición de que solicite la inscripción dentro de los 31 días siguientes a la fecha de matrimonio, nacimiento\*, adopción o colocación para adopción.

- **Exclusiones de Condición Preexistente** – Bajo HIPAA, una "condición médica preexistente" es una condición médica para la cual se le haya recomendado y proporcionado consejos médicos, diagnósticos, atención o tratamiento dentro del período de seis meses que concluya en la fecha de inscripción en un plan médico (el período previo a la inscripción). El tomar medicinas recetadas durante el período previo a la inscripción, significa estar recibiendo tratamiento.

Su plan puede denegar beneficios para una condición médica preexistente durante un período de espera de 12 meses el cual comenzará a partir de la fecha de su inscripción. (Si usted no se inscribe a tiempo, el período máximo de espera será de 12 meses a partir de la fecha en que comience la cobertura). No se aplica exclusión alguna por condición médica preexistente para un embarazo o un recién nacido o bien un menor adoptado de menos de 18 años de edad, que quede cubierto dentro de los 31 días siguientes al nacimiento\* o la adopción. Una afección genética sin consejos, atención ni tratamiento no es una condición médica preexistente.

La presencia de una condición médica preexistente se determinará utilizando información obtenida que se relacione con el estado de salud de una persona antes de su fecha de inscripción. La fecha de inscripción de una persona continúa siendo la misma aun si cambia de opciones del paquete de beneficios según es permitido por las reglas del plan.

El período de espera por una condición médica preexistente se reduce mediante una [cobertura acreditable](#) (cobertura anterior bajo varios planes, incluyendo, pero sin limitarse a, planes médicos de grupo, pólizas para medicinas individuales, Medicare y Medicaid). Usted podrá obtener un certificado de [cobertura acreditable](#) de parte de un patrocinador de algún plan anterior o un emisor de seguros médicos. En caso de que no esté de acuerdo con la duración de la [cobertura acreditable](#) determinada por TRS-ActiveCare, usted tendrá derecho a apelar dicha determinación y a proporcionar pruebas adicionales de [cobertura acreditable](#).

*Para obtener más información al respecto póngase en contacto con su [Administrador de Beneficios](#).*

*\* Se aplican reglas especiales a los recién nacidos cubiertos por TRS-ActiveCare; refiérase a la [página 27](#) para más información.*

### Notificación de Prácticas de Confidencialidad

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y revelar la información médica sobre usted y cómo podrá tener acceso a tal información.

**Tenga la bondad de revisarla con cuidado.**

Las leyes federales requieren que el Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (Teacher Retirement System of Texas, TRS) proteja la confidencialidad de su información médica. Su información médica protegida es la que:

- **Le identifica a usted;** e
- **Incluye datos creados o recibidos por TRS sobre:**
  - Su estado de salud pasado, presente o futuro;
  - La atención médica que usted reciba; o
  - El pago de tal atención médica.

**La fecha de entrada en vigencia de esta notificación es el 14 de abril del 2003.** Las leyes de Texas hacen que sean confidenciales sus datos de miembro, incluyendo su información médica protegida.

## Notificaciones

Por consiguiente, TRS no cambiará el modo en que protege su información.

A partir del 14 de abril del 2003, se aplicarán automáticamente los nuevos derechos y otros términos de esta notificación. **Usted no tendrá que hacer nada para obtener protección de confidencialidad para su información médica.**

Las leyes federales requieren que TRS le proporcione esta notificación sobre sus prácticas de confidencialidad y sus deberes legales con respecto a su información médica protegida. En esta notificación se explica cómo, cuándo y por qué TRS utiliza y revela su información médica protegida. Por ley, TRS debe seguir las prácticas de confidencialidad que se describen en la notificación de confidencialidad más corriente.

TRS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de confidencialidad y los términos de esta notificación en cualquier momento. Los cambios entrarán en vigor para toda su información protegida sobre la salud que conserve TRS. Si TRS lleva a cabo algún cambio importante que afecte lo que contiene esta notificación, TRS le enviará por correo una notificación dentro de los 60 días siguientes al cambio. Esta notificación se encuentra en la página web de TRS y TRS colocará cualquier notificación nueva en dicha página web, en [www.trs.state.tx.us](http://www.trs.state.tx.us).

### Cómo Puede Utilizar y Revelar TRS Su Información Médica Protegida

#### Algunas Utilizaciones y Revelaciones No Requieren Su Permiso Por Escrito

TRS podrá utilizar y revelar su información médica protegida **sin** su permiso por escrito (una autorización) por las razones siguientes:

- **Para tratamiento.** TRS no participa directamente en la toma de decisiones sobre qué tipo de tratamiento médico usted debería recibir. Además, TRS no mantiene sus registros médicos al corriente. Sin embargo, TRS podrá revelar su información médica protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, TRS podrá revelar su información médica protegida si su médico le pide a TRS que revele la información a otro médico como ayuda para su tratamiento.
- **Para pagos.** He aquí dos ejemplos de cómo puede utilizar o revelar su información médica protegida con fines de pagos. TRS o uno de sus asociados de negocios, los cuales se analizan a continuación, puede

utilizar o revelar su información para preparar una factura por servicios médicos para usted u otra persona o compañía que tenga la responsabilidad de efectuar el pago correspondiente. En la factura se podrá incluir información que le identifique, los servicios médicos que haya recibido y la razón de por qué recibió dichos servicios. El segundo ejemplo es el que TRS o sus asociados de negocios podrán utilizar o revelar su información médica protegida para cobrar sus pagos de primas.

- **Para operaciones de atención médica.** TRS puede proporcionar su información médica protegida a sus contadores, abogados, consultores y otros, con el fin de asegurarse de que TRS esté cumpliendo las leyes que se le apliquen. Por ejemplo, su información médica protegida se podrá proporcionar a personas que examinen la calidad de atención médica que usted haya recibido. Otro ejemplo de operaciones de atención médica podría ser que TRS utilice y comparta esta información para administrar sus propios negocios y llevar a cabo sus actividades administrativas.
- **A usted o su representante personal.** TRS podrá proporcionarle su información médica protegida a usted, a una persona que le represente o que tenga autorización suya o bien a cualquier otra persona que usted le indique por escrito a TRS que esté actuando a nombre suyo. Con este fin, una persona actuará a nombre suyo al participar en su atención médica o el pago por ella.
- **Cuando las leyes federales, estatales o locales, los procedimientos judiciales o administrativos o la aplicación de las leyes requieran una revelación.** Por ejemplo, TRS podrá revelar su información médica protegida:

- A una agencia federal o estatal del cumplimiento de la ley que solicite la información para fines de cumplimiento de la misma;
- Al Fiscal General de Texas (Texas Attorney General) para el cobro de pagos de manutención de niños o para garantizar la cobertura de atención médica para su hijo;
- Como respuesta a una citación (o un emplazamiento), si el Director Ejecutivo de TRS determina que tendrá usted una oportunidad razonable de contestar dicha citación;
- A una entidad del gobierno, empleador o una persona que actúe por cuenta de un empleador,

## Notificaciones

hasta donde TRS necesite revelar la información para el desempeño de sus propios negocios; y

- Si lo requieren las leyes federales, estatales o locales.
- **Para funciones específicas del gobierno.** En determinadas situaciones, TRS podrá revelar información médica protegida de personal militar y veteranos de guerra. Además, TRS podrá revelar información médica protegida con fines de seguridad nacional, tales como la protección del presidente de los Estados Unidos o para llevar a cabo operaciones de inteligencia.
- **Asociados de negocios.** TRS tiene contratos con compañías (asociados de negocios) que colaboran en sus negocios de facilitación de cobertura de atención médica. Por ejemplo, varias compañías colaboran con TRS en los programas TRS-ActiveCare: Blue Cross y Blue Shield of Texas, Medco Health Solutions, Inc., y Gabriel, Roeder, Smith & Company. TRS puede revelar su información médica protegida a sus asociados de negocios, de modo que puedan prestar los servicios que TRS les haya pedido que realicen. Sin embargo, para proteger su información médica, TRS exige que esas compañías sigan las mismas reglas que se establecen en esta notificación.
- **Ejecutor o administrador.** TRS podrá revelar su información médica protegida al ejecutor o administrador de su patrimonio.
- **Beneficios relacionados con la salud.** TRS o uno de sus asociados de negocios pueden ponerse en contacto con usted para proporcionar recordatorios de citas. También podrán ponerse en contacto con usted para darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos que le puedan ser de interés a usted.

### Todas las Demás Utilizaciones y Revelaciones Requieren su Autorización Previa por Escrito

Para cualquier otra utilización o revelación de su información médica protegida, TRS deberá contar con su permiso por escrito (autorización). Usted podrá cancelar (revocar) su permiso por escrito en cualquier momento. La revocación de su permiso por escrito no afectará alguna utilización o revelación de su información médica protegida que TRS haya efectuado ya sobre la base de su permiso por escrito.

## Sus Derechos

### • Usted Tiene Derecho a Solicitar Límites Sobre las Utilizaciones y las Revelaciones de su Información Médica Protegida

Usted podrá solicitar que TRS limite los modos en los que utiliza y revela su información médica protegida. TRS tomará en consideración su petición, pero no tiene la obligación de aceptarla. Si TRS acepta su petición, pondrá el acuerdo por escrito y lo respetará a menos que necesite usted un tratamiento de emergencia, y la información que usted pidió que fuera limitada se necesite para tratarle por una emergencia. Usted no tiene el derecho a limitar las utilizaciones y revelaciones que TRS tenga la obligación legal de llevar a cabo.

### • Derecho a Escoger Cómo TRS le Envió a Usted la Información Médica Protegida

Usted podrá solicitar que TRS le envíe la información a una dirección alternativa (por ejemplo, la dirección de su lugar de trabajo, en lugar de su domicilio) o por medios alternativos (por ejemplo, mediante un servicio de mensajerías en lugar del correo) sólo en el caso de que el no cambiar de dirección o el modo en que TRS se comunique con usted pueda ponerle en peligro físico. Usted deberá hacer esta petición por escrito. Deberá especificar dónde y cómo será posible ponerse en contacto con usted. TRS deberá aceptar su propuesta sólo si:

- Usted le comunica claramente a TRS que el envío de la información a su domicilio habitual o del modo acostumbrado podría ponerle en peligro físico; y
- Usted le proporciona a TRS una dirección distinta específica o medios alternativos definidos para enviarle a usted información médica protegida.

### • Derecho a Ver y Obtener Copias de su Información Médica Protegida

Usted podrá examinar u obtener copias de su información médica protegida que posea TRS o que uno de los asociados de negocios guarde a nombre de TRS. Deberá hacer esta petición por escrito. Si su información médica protegida no está archivada en TRS y TRS tiene conocimiento de dónde se mantiene, le indicará a dónde deberá dirigirse para pedir ver y obtener copias de su información.

Si pide copias de su información protegida sobre la salud, TRS podrá cobrarle por cada página copiada, por la mano de obra necesaria para hacer las copias de la información y por franqueo postal en el caso de que pida que se le envíen dichas copias por correo. En

## Notificaciones

lugar de proporcionar la información protegida sobre la salud que pida usted, TRS podrá darle un resumen o una explicación de los datos, pero sólo si acepta por adelantado a:

- Recibir un resumen o una explicación en lugar de información médica protegida; y
- Pagar el costo de preparación del resumen o la explicación del mismo.

Los cargos por el resumen o la explicación se agregarán a cualquier cargo por copiado, mano de obra y franqueo postal que pueda requerir TRS. Si el total de los cargos sobrepasan \$40, TRS se lo hará saber por adelantado. Usted podrá retirar o cambiar su petición en cualquier momento.

### • Derecho a Obtener una Lista de Utilizaciones y Revelaciones por TRS de su Información Médica Protegida

Usted tiene el derecho a obtener una lista de las utilizaciones y revelaciones por TRS de su información médica protegida. Por ley, no se le requiere a TRS que cree una lista que incluya utilizaciones o revelaciones:

- Para llevar a cabo tratamientos, pagos o procedimientos médicos;
- Para usted o su representante personal;
- Porque haya dado usted su permiso;
- Para fines de seguridad nacional o inteligencia;
- Para personal correccional y del cumplimiento de la ley; o bien
- Antes del 14 de abril del 2003.

TRS responderá a su petición dentro de los 60 días siguientes a su recepción. TRS podrá prorrogar esa fecha límite una vez por un período adicional de 30 días. Si TRS prorroga su tiempo de respuesta, TRS le indicará por escrito las razones del retraso y la fecha en la que le proporcionará la lista. Ésta última incluirá:

- La fecha de la revelación o utilización;
- La persona o entidad que recibió la información médica protegida;
- Una descripción de la información revelada; y
- Porqué TRS usó o reveló dicha información.

En el caso de que TRS haya revelado su información médica protegida porque usted le dio a TRS un permiso por escrito para hacerlo, en lugar de indicarle porqué TRS reveló la información, TRS le entregará una copia de su permiso por escrito.

Usted podrá obtener gratuitamente una lista de revelaciones cada 12 meses. Si usted pide más de una lista durante un período de 12 meses, TRS podrá cobrarle por la preparación de dicha lista, incluyendo los cargos de copiado, mano de obra y franqueo postal para el envío por correo de cada lista adicional. Estos cargos serán los mismos que se permiten bajo la Ley de Información Pública de Texas (Texas Public Information Act). TRS le dará a conocer los cargos que le cobrará por adelantado. Usted podrá retirar o cambiar su petición en cualquier momento.

### • Derecho a Corregir o Actualizar su Información Médica Protegida

Si usted cree que existe algún error en su información médica protegida o que falta alguna porción importante de ella, podrá pedirle a TRS que corrija o añada la información de que se trate. Usted deberá solicitar la corrección o adición por escrito. En su carta deberá indicarle a TRS lo que usted cree que está equivocado y porqué. TRS responderá a su petición dentro de los 60 días siguientes a su recepción. TRS puede prorrogar la fecha límite una vez por 30 días adicionales. Si TRS prolonga su tiempo de respuesta, deberá indicarle por escrito las razones del retraso y la fecha en que le dará su respuesta.

Debido a la tecnología utilizada para almacenar información y las leyes que requieren que TRS las retenga en su texto original, es posible que TRS no pueda cambiar ni borrar información, aun cuando sea incorrecta. Si TRS decide que debe corregir o agregar información, añadirá la información correcta adicional a su registro y pondrá una nota indicando que la nueva información toma el lugar de la antigua. Ésta última podrá conservarse en su registro. TRS le indicará que la información se ha corregido o agregado. TRS también le dará a conocer a sus asociados de negocios que necesiten saberlo los cambios de su información médica protegida.

TRS rechazará su petición si no está por escrito o si no tiene una razón por la que la información esté equivocada o incompleta. Además, TRS rechazará su petición si la información protegida sobre la salud:

- Está correcta y completa;
- No la creó TRS; o bien,
- No forma parte de los registros de TRS.

TRS le enviará el rechazo por escrito. En éste último se indicarán las razones por las que se denegó su petición y se le explicará su derecho a enviarle a TRS una

## Notificaciones

declaración por escrito de las razones por las que no esté de acuerdo con el rechazo efectuado por TRS. En el rechazo de TRS se le indicará también cómo presentarle una queja a TRS o a la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de la Salud. (Secretary of the Department of Health and Human Services). Si le envía a TRS una declaración por escrito de las razones por las que no esté de acuerdo con el rechazo, TRS podrá presentarle una respuesta por escrito a su declaración. TRS le proporcionará una copia de cualquier réplica.

Si presenta una declaración por escrito de desacuerdo con el rechazo, TRS deberá incluir su petición de enmienda, su declaración de desacuerdo por escrito y cualquier réplica cuando TRS revele la información médica protegida que haya pedido que se cambie. TRS podrá decidir proporcionar un resumen de dicha información con una revelación de la información médica protegida que haya pedido que se cambie. Aun cuando no le envíe a TRS una declaración por escrito explicando por qué no está de acuerdo con el rechazo, usted podrá pedir que su petición y el rechazo por TRS se anexas a todas las revelaciones futuras de la información médica protegida que desee que se cambie.

- **Derecho a Recibir Esta Notificación**

Cuando lo solicite, usted podrá recibir una copia impresa de esta notificación.

- **Derecho a Presentar una Queja**

Si considera que TRS ha violado sus derechos de confidencialidad con respecto a su información médica protegida, podrá presentarle una queja por escrito al Funcionario de Confidencialidad de TRS (TRS Privacy Officer), enviándosela por correo a:

**Privacy Officer**

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

**Todas las quejas deberán estar por escrito.**

Usted también podrá enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), U.S. Department of Health and Human Services: Region VI, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202, FAX (214) 767-0432, y por correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov. Finalmente, podrá enviar por correo una queja a Texas Office of the

Attorney General (Oficina en Texas del Fiscal General) a: P.O. Box 12548, Austin, Texas, 78711-2548, o bien, por teléfono al: (800) 806-2092. TRS no ejercerá represalias contra usted si presenta una queja.

### **Más Información**

Si desea obtener más información sobre esta notificación, cómo ejercer sus derechos o cómo presentar una queja, tenga la bondad de ponerse en contacto con TRS Telephone Counseling Center (Centro de Asesoramiento por Teléfono de TRS), al número: 1-800-223-8778. Los usuarios de TDD (teléfono para personas con impedimentos auditivos) deberán llamar al teléfono: 1-800-841-4497. Hay también información adicional en la página web de TRS en: [www.trs.state.tx.us](http://www.trs.state.tx.us).

## **Continuación de los Derechos de Cobertura Bajo COBRA**

### **Introducción**

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente ha empezado a estar cubierto bajo TRS-ActiveCare, su plan médico de grupo por parte de su empleador (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de sus derechos a una continuación de cobertura de COBRA, la cual es una extensión temporal de cobertura bajo el Plan. **Este aviso general explica la continuación de cobertura de COBRA, cuándo empieza a estar disponible para usted y su familia y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla.**

El derecho de continuación de cobertura con COBRA, fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura de COBRA, puede estar disponible para usted cuando pierda de algún modo su cobertura médica de grupo.

Para información adicional acerca de sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, usted deberá revisar el Folleto de Beneficios de TRS-ActiveCare o ponerse en contacto con el Administrador del Plan llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-355-5999.

### **¿Qué es la Continuación de Cobertura de COBRA?**

La continuación de cobertura de COBRA, es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura pudiera en otras circunstancias terminar debido a un evento de vida conocido como un "evento

## Notificaciones

calificador.” Los eventos específicos que califican están relacionados más adelante en esta notificación.

Después de un evento que califique la continuación de la cobertura de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario que califique.” Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden empezar a ser beneficiarios que califiquen si se pierde la cobertura bajo el Plan debido a un evento que califique. Bajo el Plan, los beneficiarios que califiquen y que elijan la continuación de la cobertura de COBRA, deben pagar por la continuación de la cobertura de COBRA.

**Si usted es un empleado**, empezará a ser un beneficiario que califique si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos que califiquen:

- Sus horas de empleo se han reducido;
- Su elegibilidad o empleo terminan por cualquier razón que no sea un comportamiento inadecuado; o
- Su entidad participante deja de pagar todas las primas al menos por 90 días.

**Si usted es cónyuge de un empleado**, será un beneficiario que califique si pierde la cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos que califiquen:

- Su cónyuge fallece;
- Las horas de trabajo de su cónyuge disminuyen;
- La elegibilidad de su cónyuge o su empleo terminan por cualquier razón que no sea un comportamiento inadecuado;
- Su cónyuge se inscribe en los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas);
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge; o
- La entidad de su cónyuge deja de pagar todas las primas al menos por 90 días.

**Sus hijos dependientes** comenzarán a calificar como beneficiarios si pierden la cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los eventos que califiquen:

- El padre-empleado fallece;
- Las horas del padre-empleado se reducen;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea un comportamiento inadecuado;
- El padre-empleado empieza a tener derecho a Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente;

- El hijo deja de ser elegible para cobertura bajo el Plan como un “hijo dependiente”; o
- La entidad participante del padre-empleado, deja de pagar todas las primas al menos por 90 días.

### ¿Cuándo está Disponible COBRA?

- El Plan ofrece la continuación de la cobertura de COBRA para beneficiarios que califiquen solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que un evento que califique ha ocurrido. Cuando el evento que califique es la terminación del empleado o la reducción de horas del empleado, la muerte del empleado, en el caso del retiro de la cobertura médica del empleador, el comienzo de un procedimiento de bancarrota con respecto al empleador o que el empleado empiece a tener derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificarle al Administrador del Plan del evento calificador.

### Usted Debe Dar Aviso de Algunos Eventos que Califiquen

Para todos los otros eventos que califiquen (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o un hijo dependiente que pierda la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarle al Administrador del Plan en el plazo de los 60 días siguientes a lo que ocurra último (1) la fecha en la cual el evento calificador ocurra o (2) la fecha en que la cobertura se pierda como resultado del evento que califique. Póngase en contacto con su empleador y/o Administrador de COBRA para los procedimientos a seguir para este aviso, incluyendo una descripción de cualquier información requerida o documentación.

### ¿Cómo se Proporciona la Cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba aviso de que un evento que califique ha ocurrido, la continuación de la cobertura de COBRA será ofrecida a cada uno de los beneficiarios que califiquen. Cada beneficiario que califique tendrá un derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. El empleado cubierto puede elegir la continuación de la cobertura de COBRA a nombre del cónyuge y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA a nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de cobertura temporal. Cuando el evento que califica es la muerte del empleado o el empleado comienza a tener derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o

## Notificaciones

separación legal o la pérdida de la elegibilidad como hijo dependiente, la continuación de cobertura de COBRA tiene una duración de 36 meses.

Cuando el evento que califique sea la terminación del empleado, hay una reducción de las horas del empleado de su trabajo o que la entidad participante deja de pagar todas las primas al menos por 90 días o que el empleado empieza a tener derecho a los beneficios de Medicare 18 meses antes del evento que califique, la continuación de la cobertura de COBRA para los beneficiarios que califiquen que no sea el empleado, tendrá una duración hasta de 36 meses antes de la fecha en que tenga derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto empieza a tener derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la cual su empleo termina, la continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge o hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en que tenga derecho a Medicare, la cual es igual a 28 meses después de la fecha del evento que califica (36 meses menos 8 meses). Por otro lado, cuando el evento que califica es la terminación del empleo, reducción de las horas del empleado o que la entidad participante deje de pagar todas las primas al menos por 90 días, la continuación de la cobertura de COBRA generalmente dura por sólo un total de 18 meses. Hay dos formas en las cuales este período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA puede ser extendido.

### **Extensión por Incapacidad por un Período de 18 Meses de Continuación de la Cobertura**

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto bajo el Plan está incapacitado y usted notifica al Administrador del Plan en el plazo de tiempo especificado en esta sección en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo total de 29 meses. Los 11 meses de extensión de la cobertura pueden estar disponibles si alguno de los beneficiarios que califican es determinado como incapacitado por la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés.). La incapacidad tiene que empezar antes de los 60 días de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura. Cada beneficiario que califique que haya elegido la continuación de la cobertura, tendrá derecho a 11 meses de extensión de la incapacidad si uno de ellos

califica. Cada beneficiario que califique, recibirá un cargo de hasta el 150% del costo correspondiente por los 11 meses adicionales de la cobertura de COBRA.

Si la SSA determina que un beneficiario que califica está incapacitado, la SSA le enviará a esa persona una carta titulada "Administración del Seguro Social y Jubilados, Notificación de Reconocimiento de Seguro de Incapacidad y Sobrevivientes." Usted debe enviar una copia de esta carta dentro de los 60 días a partir de la fecha de la determinación y antes de la terminación de los 18 meses de la cobertura de COBRA a Health Care Service Corporation, el administrador del plan de COBRA a la dirección que aparece a continuación. También si la SSA determina que el beneficiario que califique ya no está incapacitado, usted debe notificar al Plan sobre esto dentro de los 30 días posteriores a la determinación de SSA, enviando una copia de la determinación a Health Care Service Corporation a la siguiente dirección.

Health Care Service Corporation  
P.O. Box 1180  
Marion, IL 62959-7680

### **Extensión por un Período de 18 meses para la Continuación de la Cobertura debido a un Segundo Evento que Califique**

Si su familia tiene otro evento que califique mientras está recibiendo la continuación de la cobertura de COBRA de 18 meses, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses si se proporciona un aviso oportuno del Segundo evento que califica al Plan. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de la cobertura si el empleado o el ex empleado fallece, comienza a tener derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente o si los hijos dependientes dejan de ser elegibles bajo el Plan como hijos dependientes, pero sólo si el evento hubiera sido la causa de la pérdida de la cobertura del cónyuge o del hijo dependiente bajo el Plan siendo que el primer evento que califica no ocurriera.

### **¿Cuándo No Está Disponible COBRA?**

La continuación de la cobertura de COBRA puede ser que no esté disponible para usted, su cónyuge y/o sus hijos si:

## Notificaciones

- Usted o su [Administrador de Beneficios](#) no notifican a Blue Cross and Blue Shield of Texas en el plazo de los 60 días siguientes al evento que califica, o
- Su cobertura de TRS-ActiveCare fue cancelada debido a que usted dejó de hacer las contribuciones de primas requeridas, o
- Usted voluntariamente rechaza la cobertura de TRS-ActiveCare para usted y su cónyuge o hijo(s), o
- La terminación de su empleo se debe a un comportamiento inadecuado por parte de usted; o bien
- Cualquier otra razón bajo las leyes y regulaciones de COBRA.

### Si Tiene Dudas o Preguntas

Las dudas o preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA, deberá dirigirlos a su Administrador del Plan. Para más información acerca de sus derechos bajo ERISA incluyendo COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes que afecten los planes médicos de grupo, póngase en contacto con la Oficina del Distrito o la Oficina Regional más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (EBSA, por sus siglas en inglés) en su área o visite la página web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas de EBSA del Distrito o Regionales, se encuentran disponibles en la página web de EBSA.)

### Mantenga a Su Plan Informado de los Cambios de Domicilio

Para poder proteger los derechos de su familia, usted deberá mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en el domicilio de los miembros de su familia. Usted deberá también conservar una copia para sus archivos de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

**Cualquier correspondencia o materiales que le sean enviados a usted por parte del administrador del plan, al domicilio más actualizado que exista en los expedientes del Administrador del Plan, se da por hecho que usted los recibió.**

### Información de Contacto del Plan

Health Care Service Corporation es la parte responsable de administrar su cobertura de continuación de COBRA. La dirección es:

Health Care Service Corporation  
P.O. Box 1180  
Marion, IL 62959-7680

Usted puede también ponerse en contacto con el Administrador del Plan, llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-355-5999.

## Arreglos Financieros por Separado con Proveedores de Otros Planes de Blue Cross and Blue Shield

### BlueCard

Por este medio, Blue Cross and Blue Shield le está informando que los Planes de Blue Cross and Blue Shield fuera del estado de Texas ("Host Blue") puede que tengan contratos similares a los descritos anteriormente con ciertos proveedores ("Host Blue Providers") en su área de servicio.

Cuando usted reciba servicios de cuidado médico a través de BlueCard fuera del estado de Texas y de parte de un proveedor que no esté bajo contrato con Blue Cross and Blue Shield, la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos será calculada como la más baja de:

- Los cargos facturados por sus servicios cubiertos, o
- El precio negociado que Host Blue le pase a Blue Cross and Blue Shield.

Frecuentemente, "el precio negociado" consistirá en un sencillo descuento que refleje el precio actual pagado por Host Blue. Algunas veces sin embargo, es un precio estimado el que determina el aumento o reducción del precio actual para reflejar pagos agregados de acuerdo, retenciones o cualquier otro arreglo de pago contingente y transacciones no reclamadas con su proveedor de cuidado médico o con un grupo de proveedores específicos. Los precios negociados pueden también ser cargos facturados reducidos para reflejar un ahorro promedio esperado con su proveedor de cuidado de salud o con un grupo específico de proveedores. El precio negociado puede también tener cargos facturados reducidos para reflejar un promedio esperado de ahorros con su proveedor de servicios de cuidado médico o con un grupo específico de proveedores. El precio que refleja ahorros promedio puede resultar en grandes variaciones (mayores o menores) en el precio actual pagado que será el precio estimado. El precio negociado también será ajustado en el futuro para corregir los precios anteriores que hayan sido sobrestimados o subestimados. Sin

## Notificaciones

embargo la cantidad que usted paga es considerada el precio final.

Los estatutos en algunos estados pueden requerir que Host Blue utilice una base para calcular su responsabilidad para los servicios cubiertos que no reflejan todos los ahorros realizados o esperados a realizar en un reclamo particular o para agregar un sobrecargo. Cualquier estatuto de estado debería determinar el método de cálculo de su responsabilidad que difiere del método usual de BlueCard mencionado arriba o requerir un sobrecargo, Blue Cross and Blue Shield calculará entonces su responsabilidad por cualquier servicio de cuidado médico cubierto de acuerdo con el estatuto del estado correspondiente en vigencia al momento de recibir su servicio de cuidado médico.

### Notificación de Salud y Cáncer de Mujeres

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 requiere esta notificación. Esta ley se encuentra vigente para aniversarios de año del plan el

21 de octubre de 1998 o después. Este beneficio puede estar ya incluido como parte de su cobertura.

En el caso de una persona cubierta que reciba beneficios bajo su plan en relación con una mastectomía y que escoja una reconstrucción del seno, se le proporcionará una cobertura de un modo determinado mediante consulta del médico a cargo y la paciente para:

1. Reconstrucción del seno en el que se efectuó la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
3. Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Los [deducibles](#) y las cantidades de [coseguro](#) serán las mismas que las que se aplican a otros servicios médicos cubiertos de modo similar, tales como las cirugías y las prótesis.