



INSCRIPCIÓN ANUAL

2025-26



BlueCross BlueShield
of Texas

espanol.bcbstx.com/trsactivecare

BIENVENIDO A LA INSCRIPCIÓN ANUAL 2025-2026 DE TRS-ACTIVECARE

Desde los llanos del norte de Texas hasta la costa del golfo, TRS-ActiveCare tiene todo lo que usted necesita. Blue Cross and Blue Shield of Texas es la única compañía aseguradora a nivel estatal en Texas que es propiedad de los clientes. Además, tiene más médicos locales en sus redes de proveedores que cualquier otra aseguradora. Los texanos crearon TRS-ActiveCare para los texanos, y creemos en lo siguiente:

El cuidado de la salud es personal. Una talla no sirve para todos. TRS-ActiveCare incluye muchos beneficios y herramientas que le permiten hacer que su plan de cobertura sea realmente suyo.

El cuidado de la salud debe ser sencillo. No tiene por qué ser difícil. TRS-ActiveCare hace que su plan de cobertura sea fácil de usar y comprender.

La atención médica debe ser fácil de obtener. Dicen que todo es más grande en Texas, incluyendo nuestras redes de proveedores de TRS-ActiveCare. ¡Eso significa que puede obtener la atención que necesita, cuando la necesite y donde se encuentre!





ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR

Como parte de su cobertura, usted tiene acceso a especialistas en beneficios. Estos especialistas, llamados “**guías personales de la salud**”, pueden ayudarle a aprovechar su plan de cobertura al máximo sin costo adicional. Llame al **1-866-355-5999** o use el chat en la **aplicación móvil BCBSTX** para solicitar asistencia en las siguientes situaciones:

- para hacer preguntas sobre el plan de cobertura y los beneficios de medicamentos recetados;
- para buscar proveedores dentro de la red;
- para elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés);
- para coordinar los servicios médicos de transición.

Consulte a su administrador de beneficios si tiene preguntas sobre TRS-ActiveCare. Ellos pueden brindarle información sobre lo que su empleador paga por sus primas.

Visite espanol.bcbstx.com/trsactivecare para obtener más información sobre los planes de cobertura y los beneficios para el período 2025-2026.

NECESITA SABER LO SIGUIENTE:

Debe inscribirse o negar la cobertura en los siguientes casos:

- si es elegible por primera vez;
- si está haciendo un cambio de plan de cobertura o si está agregando o eliminando dependientes;
- si no quiere cobertura para el período 2025-2026.

Tendrá el mismo plan de cobertura que el del año pasado si usted no se inscribe en un plan diferente o si no niega la cobertura.


Si solicita el plan TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y no elige a un PCP, nosotros le asignaremos uno.

Si estaba asegurado con un plan TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ el año pasado y no lo cambió este año, seguirá teniendo el mismo PCP. Sin embargo, puede cambiar su PCP en cualquier momento.

Ingrese en www.bcbstx.com/trsactivecare/doctors-and-hospitals y siga los pasos para cambiar su PCP.

ÍNDICE

Bienvenido a la inscripción anual 2025-2026 de TRS-ActiveCare	2
Estamos aquí para ayudar	3
Conozca los términos	5
Novedades y cambios	6
Elija el plan de cobertura adecuado para usted	8
Resumen de los planes TRS-ActiveCare.....	9
Lista de verificación de inscripción.....	11
Elija un PCP para una mejor salud	12
Cómo encontrar y elegir un PCP durante la inscripción anual	13
Aspectos destacados del plan TRS-ActiveCare	16
Coberturas para medicamentos recetados	20
Tabla de comparación del plan TRS-ActiveCare	24
Comprenda el deducible familiar y los gastos máximos de bolsillo	26
Ejemplos de costos de TRS-ActiveCare	28
Revisión clínica recomendada.....	34
Requisitos de participación.....	35
Consultas virtuales de TRS Virtual Health	36
Herramientas y recursos de salud y bienestar de TRS-ActiveCare	38
Ahorre dinero con el programa de recompensas Member Rewards.....	44
Planes regionales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	45
Recursos de bienestar HMO.....	46
¿Sabe a dónde acudir para recibir atención médica?	48
Inscripción y elegibilidad	50
Inscripción en el plan TRS-ActiveCare	53
Contactos y recursos	55
Avisos importantes	56
Costo de la cobertura.....	66



CONOZCA LOS TÉRMINOS

Coseguro: la parte que debe pagar por los servicios después de alcanzar el deducible. Suele ser un porcentaje de los costos; por ejemplo, usted paga el 20% mientras que el plan de cobertura cubre el 80% de los costos.

Copago: el monto fijo que usted paga por un servicio médico al momento de recibirlo. La cantidad puede variar según el tipo de servicio.

Deducible: el monto anual que usted paga por servicios médicos antes de que su plan de cobertura comience a pagar.

Emergencia: un cambio repentino e inesperado en la condición física o mental de una persona que necesita atención médica inmediata, que podría provocar lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud de la persona (incluyendo el fallecimiento);
- discapacidad grave de las funciones del cuerpo;
- disfunción grave de una parte del cuerpo u órgano;
- desfiguración grave;
- peligro grave a la salud del feto.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que es el equivalente genérico de un medicamento de marca publicado en la lista de medicamentos (formulary, en inglés) de su plan de cobertura y que cuesta menos que el medicamento de marca.

Gasto máximo de bolsillo de (MOOP): el monto máximo que paga cada año por costos médicos. Después de alcanzar su MOOP, el plan de cobertura pagará el 100% de los costos permitidos para servicios incluidos.

Revisión clínica recomendada: cuando necesita la aprobación de BCBSTX antes de que se pague el costo de ciertos servicios o medicamentos.

Prima: el monto mensual que paga por la cobertura de servicios médicos.

Servicios de atención médica preventiva: atención médica de rutina, como pruebas de detección, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

Proveedor de atención primaria: el proveedor de servicios médicos representado por las siglas PCP en inglés, que usted elige para que sea su proveedor primario. En algunos planes de cobertura, su PCP coordina toda su atención médica, incluidas las admisiones al hospital y referencias a especialistas. No todos los planes de cobertura requieren un PCP, pero siempre se recomienda tener uno.

Referencia (referido): una autorización escrita por el PCP para recibir atención de un proveedor de servicios médicos, especialista o centro diferente dentro de la red.

Especialista: un proveedor de servicios médicos cuya práctica se limita a una determinada rama de la medicina, como procedimientos específicos, categorías de edades, sistemas del cuerpo o ciertos tipos de enfermedades.



NOVEDADES Y CAMBIOS

Novedades de programas y servicios:

El programa de recompensas Member Rewards se está expandiendo para incluir más que centros y procedimientos. Ahora también puede obtener recompensas por seleccionar médicos de alto desempeño para su atención médica.

Planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+:

- A partir del 1 de septiembre de 2025, los siguientes servicios ya no requerirán de una referencia:
 - consultas dermatológicas,
 - exámenes de la vista (de rutina y diagnósticos),
 - consultas de terapia física.
- ¡NUEVO! El programa Airrosti Remote Recovery le brinda servicios de terapia física diseñados para aliviar dolores y malestares comunes sin costo adicional.



ELIJA EL PLAN DE COBERTURA ADECUADO PARA USTED

Consejos para elegir su plan de cobertura

Es importante elegir un plan de cobertura adecuado para usted y su familia. Responda algunas preguntas simples y siga estos pasos, podrá ayudar a que la decisión sea más fácil.

1. Revise sus necesidades de atención médica para tener una idea de cómo usará su plan de cobertura.
 - ¿Usted y su familia están sanos en general y necesitan principalmente atención médica preventiva?
 - ¿Usted o un miembro de su familia está manejando una condición de salud continua?
 - ¿La condición de salud continua requiere de consultas frecuentes con el médico?
 - ¿Usted o un miembro de su familia está tomando medicamentos recetados caros o medicamentos especializados?
 - ¿Tiene planes de formar una familia?
 - ¿Sus médicos preferidos están dentro de la red?

2. Compare los aspectos de la red de cada plan de cobertura para determinar cuál se adapta mejor a sus necesidades.

Plan de cobertura	¿Necesita un PCP?	¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	¿Este plan de cobertura incluye medicamentos especializados?	¿Tiene cobertura fuera de la red?	¿Este plan de cobertura funciona con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés)?
TRS-ActiveCare Primary	Sí	Sí**	Sí	No*	No
TRS-ActiveCare Primary+	Sí	Sí**	Sí	No*	No
TRS-ActiveCare HD	No, pero se recomienda tener uno.	No	Sí	Sí, pero pagará más por la atención que reciba fuera de la red.	Sí

* En caso de enfermedad o lesiones que pongan en peligro la vida, debe llamar al 911 o dirigirse inmediatamente al centro de emergencias más cercano. Los servicios de emergencias tienen el nivel de cobertura como servicios dentro de la red.

** Las consultas dermatológicas, exámenes de la vista (tanto de rutina como de diagnóstico) y las consultas de terapia física no requieren de una referencia de su PCP.

3. Compare los costos de cada plan de cobertura, incluyendo las primas, los deducibles, los copagos y el coseguro.

Las primas no son los únicos costos que debe considerar. Un plan de cobertura con primas más bajas podría tener un deducible más alto, por lo que usted tendrá que pagar más de su bolsillo antes de que su cobertura médica comience a pagar.

Un plan de cobertura con primas más caras podría tener un deducible y copagos más económicos, lo que significa que sus costos pueden ser más predecibles.

Plan de cobertura	Primas	Deducible	Copagos	Coseguro	Tipo de red
TRS-ActiveCare Primary	más económicas	de rango medio	Sí, antes de alcanzar el deducible	Después de alcanzar el deducible	Red estatal
TRS-ActiveCare Primary+	más alto	más económicas	Sí, antes de alcanzar el deducible	Después de alcanzar el deducible	Red estatal
TRS-ActiveCare HD	de rango medio	más alto	No, usted paga todos los costos hasta que alcance el deducible.	Después de alcanzar el deducible	Red nacional

4. Compare los aspectos esenciales de cada plan de cobertura para asegurarse de que entiende qué servicios incluye y cómo funciona.



RESUMEN DE LOS PLANES TRS-ACTIVECARE

Planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+

Estos son planes de cobertura dirigidos por los médicos. El PCP cuida su salud y coordina la atención médica con otros proveedores de servicios médicos. Su PCP es su defensor de la salud.

Ellos pueden:

- ayudarle a mantenerse al día con su atención médica preventiva;
- encargarse de la mayoría de las condiciones de salud y procedimientos médicos sencillos;
- ayudarle a evitar costos médicos innecesarios;
- referirle a especialistas de calidad dentro de la red cuando lo necesite.

Uno de estos planes de cobertura podría ser adecuado para usted si:

- Usted o un miembro de la familia tienen una enfermedad crónica, como diabetes o una enfermedad cardíaca que puede necesitar consultas frecuentes al médico.
- Usted o un miembro de la familia tienen un factor de riesgo, como presión arterial alta, que requiere de cuidados especiales.
- Usted desea que un médico administre activamente la atención médica de su familia y coordine su atención con otros proveedores.
- Usted desea que los copagos sean predecibles para poder calcular sus gastos médicos.

Estos planes de cobertura comparten muchos de los mismos beneficios y aspectos:

- Copagos bajos por consultas médicas y medicamentos genéricos antes de alcanzar el deducible.
- Deducibles combinados para servicios médicos y de farmacia y gastos máximos de bolsillo.
- Sin cargo para los laboratorios de diagnóstico en el consultorio de su médico o en un laboratorio independiente dentro de la red.
- Atención médica preventiva con cobertura al 100%.
- Copagos bajos para las consultas virtuales de TRS Virtual Health.
- Requiere un PCP.
- Necesita una referencia de su PCP para consultas a especialistas.*
- Amplia red estatal sin límites regionales.
- Flexibilidad para ofrecer cobertura fuera de la red para dependientes que vivan fuera del estado.
- Costos compartidos predecibles con copagos fijos.
- Cobertura de medicamentos recetados, incluida la cobertura para medicamentos especializados.

* Las consultas dermatológicas, exámenes de la vista (tanto de rutina como de diagnóstico) y las consultas de terapia física no requieren de una referencia de su PCP.

Estos planes de cobertura difieren en el monto que paga por las primas, el coseguro, los deducibles y los gastos máximos de bolsillo.

PLAN DE COBERTURA	COSEGURO	DEDUCIBLES	GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO	COPAGOS
TRS-ActiveCare Primary	30% después de alcanzar el deducible	Por persona: \$2,500 Por familia: \$5,000	Por persona: \$8,050 Por familia: \$16,100	Proveedor de atención primaria (PCP): \$30 Especialista: \$70
TRS-ActiveCare Primary+	20% después de alcanzar el deducible	Por persona: \$1,200 Por familia: \$2,400	Por persona: \$6,900 Por familia: \$13,800	PCP: \$15 Especialista: \$70

Plan TRS-ActiveCare HD

Este plan de cobertura tiene un deducible alto. Funciona con una cuenta de ahorros para gastos médicos, tiene cobertura fuera de la red, una red nacional, y coseguro en lugar de copagos. Debe alcanzar su deducible antes de tener cobertura fuera de la red o para solo pagar el coseguro.

Este plan de cobertura podría ser adecuado para usted si:

- usted o los miembros de la familia no tienen ninguna condición de salud crónica;
- no espera tener muchas consultas médicas;
- quiere tener la libertad de elegir cualquier proveedor de servicios médicos, incluso si está fuera de la red;
- vive en Texas, pero solicita atención de proveedores de servicios médicos en otro estado.

Aspectos de este plan de cobertura:

- deducible alto;
- debe cumplir con su deducible antes de que su plan de cobertura comience a pagar;
- no requiere un PCP;
- no necesita una referencia para consultas a especialistas;
- amplia red nacional con cobertura fuera de Texas;
- cobertura fuera de la red;
- cobertura de medicamentos recetados, incluida la cobertura para medicamentos especializados;
- funciona con una cuenta de ahorros para gastos médicos.

Con este plan de cobertura no tiene copagos. Su coseguro, los deducibles y los gastos máximos de bolsillo son diferentes si recibe atención dentro de la red o fuera de la red.

TRS-ACTIVECARE HD	COSEGURO	DEDUCIBLES	GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO
Dentro de la red	30% después de alcanzar el deducible	Por persona: \$3,300 Por familia: \$6,600	Por persona: \$8,300 Por familia: \$16,600
Fuera de la red	50% después de alcanzar el deducible	Por persona: \$6,600 Por familia: \$13,200	Por persona: \$20,500 Por familia: \$41,000



LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Durante la inscripción anual, piense en cómo usa los servicios médicos y si su plan de cobertura sigue siendo adecuado para usted y su familia. ¿Tiene alguna cirugía programada? ¿Tiene planes de formar una familia? ¿Está por casarse?

Compare los beneficios y los costos de cada plan de cobertura antes de tomar una decisión. La siguiente lista de verificación puede ayudarle a recordar los aspectos que debe tener en cuenta mientras revisa la Guía de inscripción anual.

Inscripción anual

Las fechas de inscripción varían. Consulte con su empleador.

- ✓ Entienda las diferencias entre los distintos tipos de planes de cobertura.
- ✓ Distinga cuáles planes requieren un PCP.
- ✓ Entienda los montos que pagará por las primas mensuales, los copagos, el coseguro y los deducibles.
- ✓ Asegúrese de que los médicos y hospitales que prefiere estén dentro de la red del plan de cobertura que elija.
- ✓ Comprenda que acudir a proveedores de servicios médicos fuera de la red le costará más o simplemente no tendrá cobertura.
- ✓ Conozca sus gastos máximos de bolsillo anuales.
- ✓ Conozca cuáles son los exámenes preventivos y la atención médica que ofrece el plan de cobertura sin costo.
- ✓ Recuerde que una vez que se inscriba, no podrá cambiar de plan durante el año del plan de cobertura (del 1 de septiembre de 2025 al 31 de agosto de 2026), a menos que tenga un evento especial de inscripción (consulte las páginas 56-57).



ELIJA UN PCP PARA UNA MEJOR SALUD

El PCP desempeña un papel importante en cuidar de su salud y mantener bajos sus costos de bolsillo. Los planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+ requieren que usted elija un PCP. Incluso si no se inscribe en uno de estos planes de cobertura, le recomendamos que elija un PCP para que supervise su atención médica.

Un PCP se hará cargo de lo siguiente:

- se encargará de su atención médica de rutina y preventiva;
- controlará las enfermedades crónicas y elaborará un plan médico;
- comprende su historial médico, preferencias de tratamiento, medicamentos y estilo de vida;
- lo referirá con un especialista si necesita una consulta y coordinará su atención con otros proveedores de servicios médicos, para que siempre acuda a proveedores dentro de la red.

Además de mejorar su salud, la relación con su PCP podría beneficiar su vida a diario. Puede ayudarle con lo siguiente:

- **menos días de enfermedad**, ya que se hará los chequeos regulares y estará pendiente de su atención preventiva;
- **gastos médicos más bajos**, porque todos los planes de cobertura cubren los exámenes anuales y la atención médica preventiva al 100%;
- **tranquilidad**, al saber que su PCP puede verlo, tener una consulta virtual o que usted puede llamar para obtener una receta el mismo día que comience a sentirse enfermo;
- **beneficiarse de la conveniencia**, porque su historial médico y los datos de su seguro ya están archivados en el consultorio de su PCP.

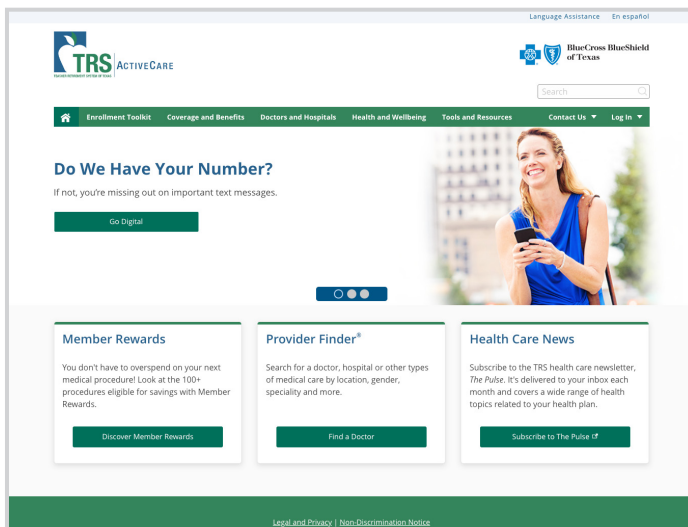
Recuerde que, si solicita cobertura en TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y si consulta a un proveedor de servicios médicos que no sea su PCP o a un especialista sin tener una referencia de su PCP*, **el plan de cobertura negará sus reclamaciones**, incluso si el proveedor de servicios médicos participa dentro de la red. Esto significa que usted pagará el costo total por la atención recibida.

* Las consultas dermatológicas, exámenes de la vista (tanto de rutina como de diagnóstico) y las consultas de terapia física no requieren de una referencia de su PCP.

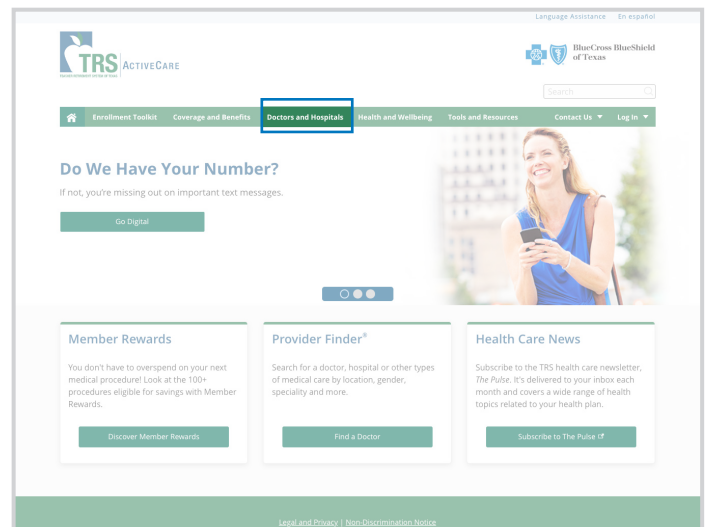
CÓMO ENCONTRAR Y ELEGIR UN PCP DURANTE LA INSCRIPCIÓN ANUAL

Si usted tuvo TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ el año pasado, el área de selección de un PCP de la solicitud de inscripción tendrán el nombre de un médico que utilizó en el pasado. Si está conforme con ese médico, no tiene que hacer nada. Sin embargo, si quiere cambiar su PCP, siga las instrucciones que se muestran a continuación. Un guía personal de la salud (PHG, en inglés) también puede brindarle ayuda. Llame a un PHG los siete días de la semana al **1-866-355-5999**.

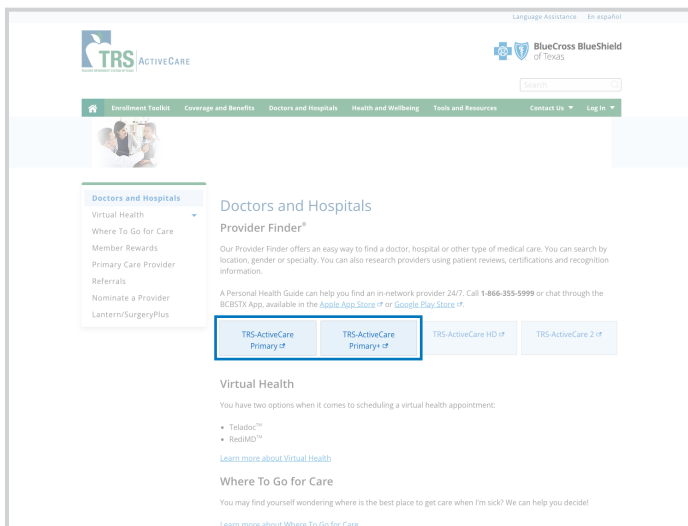
Si va a inscribirse en el plan TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+, haga lo siguiente:



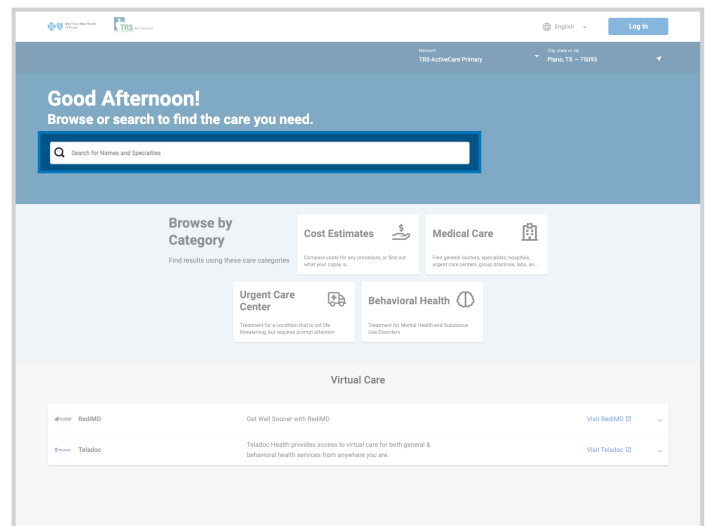
1. Ingrese en espanol.bcbstx.com/trsactivecare.



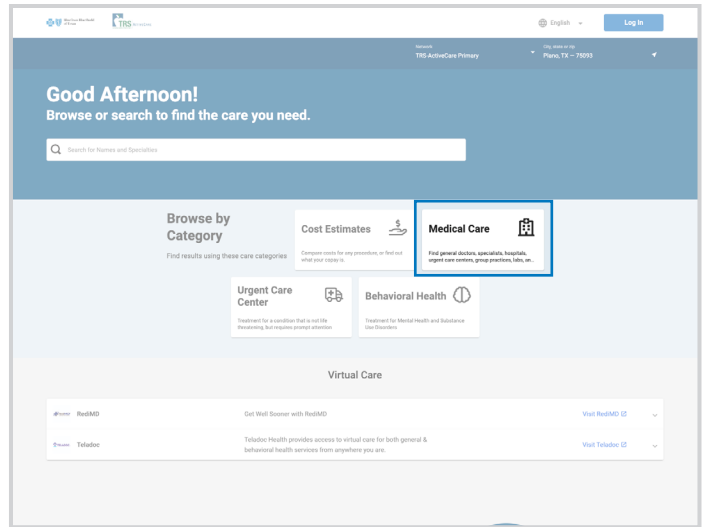
2. Haga clic en **Médicos y hospitales**.



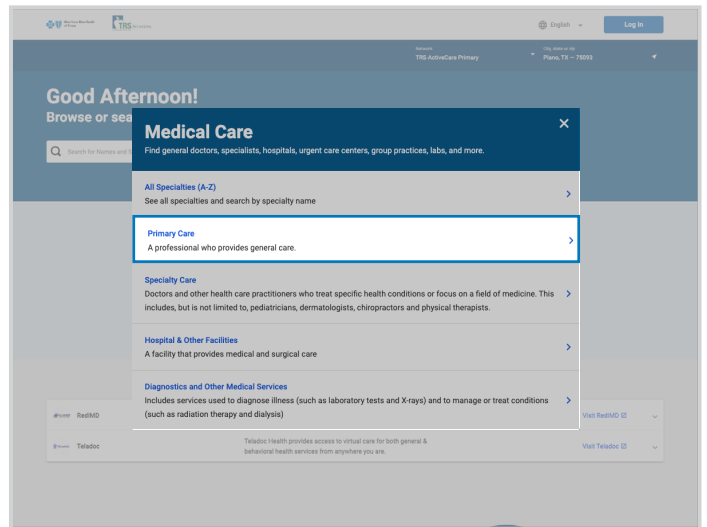
3. Luego, haga clic en **TRS-ActiveCare Primary** o **TRS-ActiveCare Primary+**.



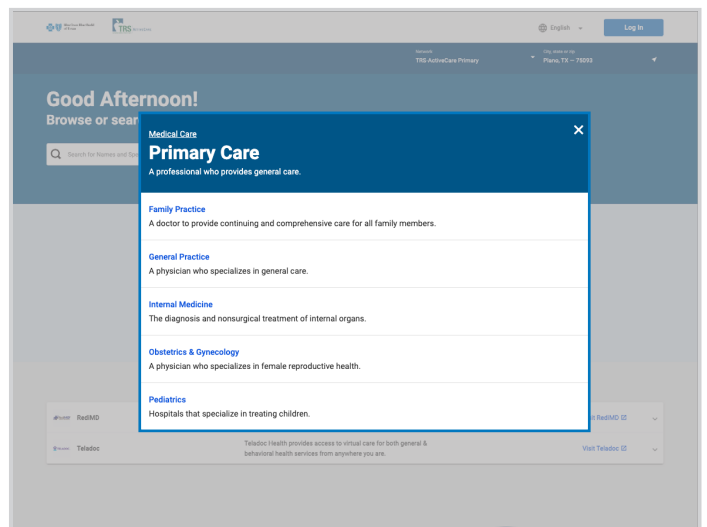
4. Si ya sabe el nombre del PCP que desea elegir, búsquelo por **nombre y especialidades**.



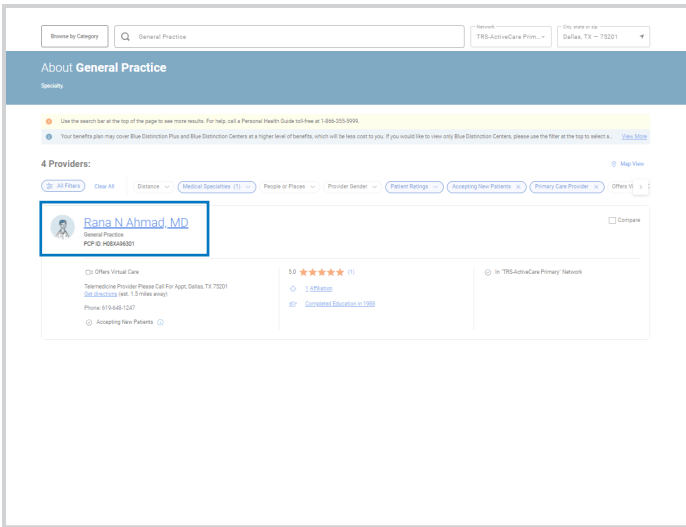
5. Si no tiene a un PCP en mente, seleccione **Explorar por categoría** y, luego, **Atención médica**.



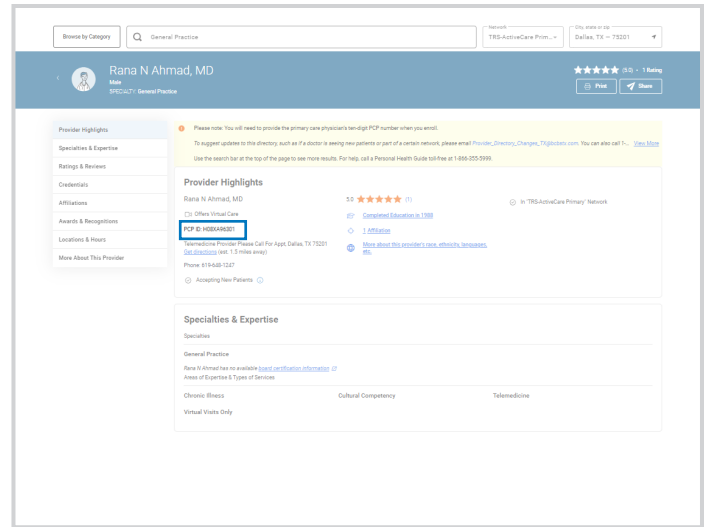
6. Después seleccione **Atención médica básica**.



7. Para limitar su búsqueda, elija **Medicina para la familia**, **Medicina General**, **Medicina interna**, **Ginecología y obstetricia** o **Pediatría**.



8. Elija un **PCP** de la lista de proveedores de servicios médicos y haga clic en **su nombre**.



9. Encuentre los **10 dígitos del número de identificación del PCP** en la parte superior de la página en **Puntos importantes del proveedor**. Necesita el número de identificación del PCP para su solicitud de inscripción.

Consejos importantes:

- Debe elegir un PCP para cada miembro de la familia que tenga cobertura.
- Todos los miembros de la familia pueden elegir al mismo PCP o cada uno puede tener un PCP diferente.
- Si no elige a un PCP, nosotros le asignaremos uno. Siempre puede cambiarlo después, pero le recomendamos elegir a un PCP que sea el adecuado para usted y su familia.

Cambiar de PCP después de la inscripción anual

Después del 1 de septiembre, usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Llame a un PHG al **1-866-355-5999** para que le ayuden a encontrar, elegir y cambiar de PCP. O visite **espanol.bcbstx.com/trsactivecare** para iniciar sesión en Blue Access for MembersSM (BAMSM), y cambiar su PCP. Si usted cambia su PCP luego del 1 de septiembre, el cambio comenzará el primer día del próximo mes. Si necesita que el cambio comience antes, llame a un PHG para que lo asista.

Los PHG están disponibles los siete días de la semana.



ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN TRS-ACTIVECARE

TRS-ActiveCare Primary

Este plan de cobertura dirigido por el médico tiene costos mensuales bajos, con un copago de \$30 para recibir atención médica primaria y sin copagos para consultas virtuales de TRS con RediMD™. También es compatible con el programa de recompensas Member Rewards, que le permite obtener crédito para futuros costos médicos o de farmacia al reducir los copagos o coseguro. Tiene primas mensuales más bajas y copagos más bajos por consultas médicas *antes* de alcanzar el deducible, para que pueda reducir sus costos de bolsillo lo antes posible. Además, con este plan de cobertura debe elegir un PCP. El PCP lo ayudará a evitar costos médicos innecesarios y lo referirá a especialistas de calidad. Cuenta con una amplia red estatal de proveedores de servicios médicos para elegir y no tiene límites en la red regional.

Aspectos destacados del plan de cobertura

Los laboratorios de diagnóstico o la atención médica preventiva no tienen costo. El plan de cobertura incluye estos servicios al 100%, incluso si no alcanza su deducible. Los laboratorios de diagnóstico tienen cobertura al 100% únicamente cuando se llevan a cabo en el consultorio de su médico o en un laboratorio independiente dentro de la red. Puede usar Provider Finder® en espanol.bcbstx.com/trsactivecare, para buscar un laboratorio dentro de la red o puede comunicarse con un PHG al **1-866-355-5999**. La atención médica preventiva incluida a través de este plan de cobertura incluye atención de rutina, los exámenes anuales para el bienestar, así como las vacunas y exámenes preventivos recomendados para enfermedades como la diabetes, el cáncer o la depresión.

Copagos bajos. Usted tendrá un copago de \$30 por atención primaria, servicios de salud mental y terapia física, y un copago de \$70 para consultas con especialistas.

Consultas convenientes de TRS Virtual Health. Reciba atención médica o servicios de salud mental de calidad sin necesidad de acudir al consultorio del médico. Cuando es médicamente necesario, el proveedor también puede enviarle una receta médica directamente a su farmacia.

RediMD: - No hay copago por consultas médicas.

Teladoc™: - Copago de \$12 por consultas médicas.

- No hay copago por consultas de salud mental.

Usted elige al PCP. Debe tener un PCP para administrar su atención médica y referirle a especialistas.

Programa de ayuda para copagos de medicamentos especializados. Obtenga ciertos medicamentos especializados sin costo con el programa de ayuda para copagos SaveOnSP.

TRS-ActiveCare Primary+

Este plan de cobertura dirigido por el médico puede tener una prima alta, pero cuenta con deducibles, costos máximos de bolsillo y coseguro más bajos para muchos servicios de atención médica y medicamentos. También es compatible con el programa de recompensas Member Rewards, que le permite obtener crédito para futuros costos médicos o de farmacia al reducir los copagos o coseguro. Usted debe elegir un PCP cuando se inscriba, y para eso cuenta con una amplia red estatal de proveedores de servicios médicos para elegir. Este plan no tiene límites en la red regional.

Aspectos destacados del plan de cobertura

Los laboratorios de diagnóstico y la atención médica

preventiva no tienen costo. El plan de cobertura cubre estos servicios al 100%, incluso si no ha alcanzado su deducible. Los laboratorios de diagnóstico tienen cobertura al 100% únicamente cuando se llevan a cabo en el consultorio de su médico o en un laboratorio independiente dentro de la red. Puede usar Provider Finder en espanol.bcbstx.com/trsactivecare, para buscar un laboratorio dentro de la red o puede comunicarse con un PHG al **1-866-355-5999**. La atención médica preventiva incluida a través de este plan de cobertura incluye atención médica de rutina, los exámenes anuales para el bienestar, así como las vacunas y exámenes preventivos recomendados para enfermedades como la diabetes, el cáncer o la depresión.

Consultas virtuales convenientes de TRS Virtual Health.

Reciba atención médica o servicios de salud mental de calidad sin necesidad de acudir al consultorio del médico. Cuando es médicamente necesario, el proveedor de servicios médicos también puede enviarle una receta médica directamente a su farmacia.

RediMD: - No hay copago por consultas médicas.

Teladoc: - Copago de \$12 por consultas médicas.

- No hay copago por consultas de salud mental.

Copagos bajos. Usted tendrá un copago de \$15 para consultas al PCP, servicios de salud mental y terapia física, y un copago de \$70 para consultas a especialistas.

Usted elige al PCP. Debe tener un PCP para administrar su atención y referirle a especialistas.

Programa de ayuda para copagos de medicamentos especializados. Obtenga ciertos medicamentos especializados sin costo con el programa de ayuda para copagos SaveOnSP.

Necesita saber lo siguiente:

Los planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+ solo pagan beneficios cuando recibe atención de médicos y proveedores que se encuentran **dentro de la red** (excepto en una verdadera emergencia médica). **Si recibe atención fuera de la red, no tendrá cobertura y será responsable de pagar todos los costos asociados.**

Ambos planes, TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+, utilizan la amplia red estatal de hospitales y médicos de BCBSTX. Usted elige un PCP dentro de la red para que supervise la atención médica de rutina y le proporcione referencias para consultar a especialistas. Toda su atención es coordinada por su PCP, por lo tanto, asegúrese de elegir especialistas y hospitales dentro de la red.

Puede seleccionar como PCP uno de los siguientes tipos de proveedores:

- profesionales en medicina general o de familia,
- pediatras,
- ginecólogos-obstetras,
- profesionales en geriatría,
- internistas.

Puede elegir el mismo PCP para toda la familia o un PCP diferente para cada uno de los miembros de la familia. Consulte las páginas 13 a la 15 para obtener instrucciones sobre cómo elegir un PCP.

Para la atención ginecológica o de maternidad, las participantes pueden consultar a un ginecólogo-obstetra dentro de la red sin una referencia. También pueden consultar a su PCP para recibir servicios de ginecología y obstetricia.

Necesita saber lo siguiente:

Si no elige a un PCP, elegiremos uno por usted. Además, si consulta a un médico que no sea su PCP o a un médico al que su PCP no le refirió, el plan de cobertura no pagará por los servicios, incluso si los médicos están dentro de la red.

No necesita una referencia de su PCP para acceder a los siguientes servicios:

- consultas a servicios de salud mental;
- atención de ginecólogos-obstetras;
- consultas dermatológicas;
- consultas de terapia física;
- servicios brindados por un PCP sustituto;
- servicios de emergencia;
- servicios de centros de salud para estudiantes;
- servicios donde Medicare u otro tipo de seguro pague primero;
- equipo médico duradero;
- consultas virtuales de TRS Virtual Health;
- atención médica inmediata/urgente;
- análisis de laboratorio;
- exámenes de la vista (ya sean de rutina y diagnósticos);
- servicios médicos de clínicas en locales comerciales.

Consulte las páginas 24 y 25 para obtener más información y una comparación de los beneficios de todos los planes de cobertura.

El plan de cobertura ofrece la máxima flexibilidad para los dependientes que viven fuera del estado.

Si usted se inscribe en el plan TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y tiene dependientes que viven fuera del estado, ellos podrían recibir servicios con cobertura fuera de Texas. Debe completar el *Formulario de certificación/beneficiario residente de otro estado (Out-of-State Dependent/Attestation Form)* que se encuentra en espanol.bcbstx.com/trsactivecare/tools-and-resources/forms. También puede pedirselo al administrador de beneficios de su empleador o a un PHG.

Una vez que complete el formulario y BCBSTX lo apruebe, el dependiente recibirá una *carta de excepción de cobertura (Coverage Exception Letter)*, indicando que puede tener cobertura fuera del estado dentro de la red nacional de proveedores de servicios médicos participantes de BCBSTX. Su dependiente tendrá que brindar una copia de esta carta cuando reciba servicios. Los demás dependientes en su plan de cobertura tendrán que consultar a proveedores de servicios médicos dentro de la red y obtener referencias para consultar a especialistas y a otros proveedores de servicios médicos dentro de Texas.

Los dependientes que vivan fuera del estado pueden buscar proveedores de servicios médicos participantes en la red ParPlan en espanol.bcbstx.com. Pueden buscar un médico u hospital y elegir la **red ParPlan**.

Los planes TRS-ActiveCare HD y TRS-ActiveCare 2 incluyen proveedores de servicios médicos fuera de Texas. Todos los participantes y dependientes que están inscritos en estos planes de cobertura cuentan con cobertura fuera del estado y no necesitan completar un formulario.



TRS-ActiveCare HD

Este plan de cobertura es nacional y tiene un deducible alto. Incluye la atención médica preventiva dentro de la red al 100%, pero para todo lo demás, debe alcanzar su deducible antes de que el plan de cobertura pague por la atención. El coseguro aplica para servicios como la telemedicina, las pruebas de laboratorio, las citas de salud mental y toda la atención médica fuera de la red.

Este plan de cobertura funciona con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, en inglés), para ayudarle a pagar los gastos médicos calificados, libre de impuestos. Una cuenta HSA es una cuenta de ahorros personal, que tienen ventajas con respecto a los impuestos en la que usted elige cuánto quiere aportar, hasta el límite legal, y cómo usar estos fondos. Todas las inversiones y las ganancias de la cuenta también están libres de impuestos. Consulte a su administrador de beneficios para obtener más información sobre las cuentas HSA. TRS no administra las cuentas HSA, pero sí lo hacen muchos empleadores e instituciones financieras.

Aspectos destacados del plan de cobertura

No se requiere un PCP ni referencias. Con este plan de cobertura no es necesario que elija un PCP ni que pida referencias. Puede consultar a cualquier proveedor de servicios médicos que desee, incluso si está fuera de la red. Pero tenga en cuenta que los proveedores que están fuera de la red le costarán mucho más. También debe coordinar su propia atención médica, lo que puede llevar mucho tiempo y ser confuso para algunos.

Atención médica preventiva sin costo. Este plan de cobertura cubre las consultas anuales de bienestar y otros cuidados de atención médica preventiva y exámenes preventivos al 100%, antes de que alcance su deducible cuando vea a un proveedor dentro de la red.

Cobertura fuera de la red. Este plan de cobertura lo cubre incluso si consulta con un proveedor fuera de la red, pero consultar a un proveedor dentro de la red siempre le costará menos.

Red nacional de proveedores. Tiene cobertura dentro de la red incluso cuando se encuentra fuera de Texas.

Consultas virtuales convenientes de TRS Virtual Health. Reciba atención médica sin necesidad de acudir al consultorio del médico. Su proveedor también puede enviar una receta directamente a su farmacia.

RediMD: - Tarifa de \$30 por consultas médicas.

Teladoc: - Tarifa de \$42 por consultas médicas.

- Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible para consultas de salud mental.*

* Podrían incurrir otros costos si la consulta es con un psiquiatra, psicólogo o trabajador social.

TRS-ActiveCare 2

Este plan de cobertura no acepta nuevos participantes. Si actualmente está inscrito en el plan TRS-ActiveCare 2, puede permanecer en este plan durante el período 2025-2026. Si decide cambiar de plan de cobertura para este período, no podrá volver a adquirir el plan TRS-ActiveCare 2.

Si permanece en este plan de cobertura, tiene acceso a una red nacional de proveedores y cobertura fuera de la red sin tener que elegir un PCP. También puede consultar a especialistas sin necesidad de una referencia. El coseguro aplica para servicios como la telemedicina y todos los proveedores de servicios médicos fuera de la red.

Aspectos destacados del plan de cobertura

Atención médica preventiva sin costo. Este plan de cobertura cubre las consultas anuales de bienestar y otros cuidados de atención médica preventiva y pruebas de detección al 100%, cuando vea a un proveedor dentro de la red.

Copagos bajos. Usted paga \$30 por consultas de atención médica primaria y \$70 por consultas a especialistas.

No se requiere un PCP ni referencias. Con este plan de cobertura no es necesario que elija un PCP ni que pida referencias.

Cobertura fuera de la red. Este plan de cobertura lo cubre incluso si consulta con un proveedor fuera de la red, pero consultar a un proveedor dentro de la red siempre le costará menos.

Red nacional de proveedores. Tiene cobertura dentro de la red incluso cuando se encuentra fuera de Texas.

Consultas virtuales convenientes de TRS Virtual Health. Reciba atención médica sin necesidad de acudir al consultorio del médico. Su proveedor también puede enviar una receta directamente a su farmacia.

RediMD: - No hay copago por consultas médicas.

Teladoc: - Copago de \$12 por consultas médicas.

- No hay copago por consultas de salud mental.

Programa de ayuda para copagos de medicamentos especializados. Obtenga ciertos medicamentos especializados sin costo con el programa de ayuda para copagos SaveOnSP.

Consulte las páginas 24 y 25 para obtener más información y una comparación de los beneficios de todos los planes de cobertura.

COBERTURAS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Todas las opciones del plan TRS-ActiveCare incluyen beneficios de medicamentos recetados administrados por Express Scripts by Evernorth. Cuando se inscribe en el plan TRS-ActiveCare, le enviarán por correo postal una tarjeta de seguro para medicamentos recetados de Express Scripts.

Aspectos destacados del plan de cobertura de medicamentos recetados

TRS-ACTIVECARE	PLAN PRIMARY	PLAN PRIMARY+	PLAN HD	PLAN AC 2
No se aplica un deducible para ninguno de los medicamentos genéricos que no son especializados.	•	•		•
Deducible combinado para servicios médicos y de farmacia	•		•	
Deducible de \$200 para medicamentos de marca		•		•
No se aplican deducibles y ofrece ciertos medicamentos genéricos preventivos incluidos en la lista de <i>medicamentos preventivos</i> de TRS-ActiveCare, sin costo.	•		•	
Multa por elegir un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible	•	•	•	•
No hay copago por medicamentos en la lista de <i>medicamentos especializados de SaveOnSP</i> .	•	•		•



Visite www.express-scripts.com/es/trsactivecare o llame al **1-844-367-6108** para encontrar la lista de *medicamentos preventivos de TRS-ActiveCare*.

Usted tiene opciones para surtir recetas y ahorrar en sus medicamentos.

Recetas a corto plazo (suministro de 31 días como máximo)

Puede acudir a cualquier farmacia dentro de la red de Express Scripts. Para encontrar una farmacia dentro de la red, visite www.express-scripts.com/es/trsactivecare.

Recetas a largo plazo (suministro de 90 días como máximo)

- Utilice la farmacia de Express Scripts para la entrega de medicamentos gratis. Puede transferir fácilmente las recetas médicas en línea, por teléfono o a través de la aplicación Express Scripts. Para que no le falte nunca un medicamento, dispone de surtidos automáticos y recordatorios para volver a surtir una receta.
- Acuda a una farmacia participante para surtir un suministro de medicamentos de mantenimiento de hasta 90 días.



Visite www.express-scripts.com/es/trsactivecare o llame al **1-844-367-6108** para programar la entrega de medicamentos recetados por correo o buscar farmacias participantes cerca de usted.

Farmacia de medicamentos especializados Accredo (se limita a un suministro de 31 días)

Los medicamentos especializados son medicamentos que se usan para manejar una enfermedad crónica o genética. Pueden administrarse por inyecciones, infusiones, inhalaciones o tomarse por vía oral y pueden requerir un manejo especial.

Es posible que algunos medicamentos especializados sean elegibles para programas que ayuden a cubrir su copago, lo que puede reducir sus costos de bolsillo.

Programa de ayuda con copagos SaveOnSP para medicamentos especializados

Para los participantes en TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+ y TRS-ActiveCare 2

Los medicamentos especializados pueden ser muy costosos, es por eso que estamos colaborando con SaveOnSP para reducir sus gastos de bolsillo. **Si sus medicamentos se encuentran en la lista de medicamentos especializados de SaveOnSP, usted no pagará nada por sus medicamentos.**

¿Cómo funciona?

Express Scripts colabora con SaveOnSP para inscribirlo en el programa. Su información ya está en el sistema. Por lo tanto, cuando el proveedor de servicios médicos le recete un medicamento o si ya está tomando uno o más medicamentos que se encuentran en la lista de *medicamentos especializados de SaveOnSP*, recibirá una carta de bienvenida y una llamada por teléfono con información sobre el programa. Luego, para inscribirse, tendrá que llamar a Express Scripts al **1-844-367-6108** para confirmar su participación dentro de los próximos cinco días.

Si usted no se inscribe en SaveOnSP o si decide no participar en el programa, tendrá que pagar un coseguro del 30% por sus medicamentos y no obtendrá el beneficio de no tener gastos de bolsillo.

Obtenga más información

Llame por teléfono a Express Scripts al **1-844-367-6108**.

Aviso: Cuando utiliza asistencia de copago de terceros para cualquier medicamento especializado, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo o el deducible por ningún monto de copago o coseguro pagado por un cupón o reembolso del fabricante. Únicamente la cantidad que usted paga de su bolsillo se aplicarán a su deducible y gasto máximo de bolsillo.

Respuestas e información en línea sobre medicamentos recetados disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Una vez que se inscriba en el plan TRS-ActiveCare, regístrese en Express Scripts en www.express-scripts.com/es/trsactivecare. Acceda a su cuenta en línea en cualquier momento para surtir las recetas de sus medicamentos recetados a largo plazo, encontrar cobertura de medicamentos, consultar precios, hablar con un farmacéutico titulado, ver su historial de medicamentos recetados, descargar la aplicación móvil de Express Scripts y mucho más.

Resumen de beneficios de medicamentos recetados

BENEFICIO	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD	TRS-ACTIVECARE 2
Deducible para medicamentos (por persona, por año del plan de cobertura)	Integrado al deducible médico	Deducible de \$200 por participante (solo medicamentos de marca)	Integrado al deducible médico	Deducible de \$200 por participante (solo medicamentos de marca)
Gastos máximos de bolsillo	Integrado al deducible médico	Integrado al deducible médico	Integrado al deducible médico	Integrado al deducible médico
Suministro a corto plazo en una farmacia local (suministro de 31 días como máximo)				
Medicamentos genéricos	Copago de \$15 Ciertos medicamentos genéricos sin costo	Copago de \$15	Coseguro del 20% después de alcanzar el deducible Ciertos medicamentos genéricos sin costo antes de alcanzar el deducible	Copago de \$20
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible (\$100 máx.)*	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible (\$40 mín./\$80 máx.)*
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible*	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible (\$100 mín./\$200 máx.)*
Costo de bolsillo para la insulina	Copago de \$25	Copago de \$25	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible	Copago de \$25
Suministro a largo plazo con entrega a domicilio o a través de una farmacia participante (suministro de 60 a 90 días)				
Medicamentos genéricos	Copago de \$45 Ciertos medicamentos genéricos sin costo	Copago de \$45	Coseguro del 20% después de alcanzar el deducible Ciertos medicamentos genéricos sin costo antes de alcanzar el deducible	Copago de \$45
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible (\$265 máx.)*	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible (\$105 mín./\$210 máx.)*
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible*	Coseguro del 50% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 50% (\$215 mín./\$430 máx.)*
Costo de bolsillo de la insulina en la lista de medicamentos	Copago de \$75	Copago de \$75	Coseguro del 25% después de alcanzar el deducible	Copago de \$75
Medicamentos especializados a través de Accredo (suministro de 31 días como máximo)				
Medicamentos especializados (suministro de 31 días máx.)	Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 20% después de alcanzar el deducible	Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible (\$200 mín./\$900 máx.)
Medicamentos especializados a través del Programa de ayuda con copagos SaveOnSP				
Medicamentos especializados en la lista de medicamentos de SaveOnSP	No hay copago	No hay copago	N/A	No hay copago

* El máximo no aplica si elige un medicamento de marca preferida cuando haya un medicamento genérico disponible.

Si tiene diabetes, puede calificar para un glucómetro de marca preferida sin costo adicional. También puede recibir otros suministros para diabéticos sin costo alguno.

Glucómetro y suministros	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD	TRS-ACTIVECARE 2
Glucómetro de marca preferida	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Suministros a corto plazo	Ciertas agujas, lancetas y jeringas sin costo	Ciertas agujas, lancetas y jeringas sin costo	Ciertas agujas, lancetas y jeringas sin costo	Ciertas agujas, lancetas y jeringas sin costo
Suministro de 90 días a domicilio a través de Express Scripts o en una farmacia participante dentro de la red	Agujas, lancetas y jeringas sin costo, independientemente de la marca. Para recibir tiras reactivas sin costo adicional, debe usar la marca preferida.	Agujas, lancetas y jeringas sin costo, independientemente de la marca. Para recibir tiras reactivas sin costo adicional, debe usar la marca preferida.	Agujas, lancetas y jeringas sin costo, independientemente de la marca. Para recibir tiras reactivas sin costo adicional, debe usar la marca preferida.	Agujas, lancetas y jeringas sin costo, independientemente de la marca. Para recibir tiras reactivas sin costo adicional, debe usar la marca preferida.



Para obtener más información, llame a Express Scripts al **1-844-367-6108**.

TABLA DE COMPARACIÓN DEL PLAN TRS-ACTIVECARE

	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD		TRS-ACTIVECARE 2 AVISO: INSCRIPCIONES CERRADAS; NO SE ACEPTAN NUEVAS SOLICITUDES.	
ASPECTOS DEL PLAN DE COBERTURA						
Tipo de cobertura	Cobertura solo dentro de la red	Cobertura solo dentro de la red	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Deducible por persona y por familia	\$2,500/ \$5,000	\$1,200/ \$2,400	\$3,300/ \$6,600	\$6,600/ \$13,200	\$1,000/ \$3,000	\$2,000/ \$6,000
Coseguro	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible
Gasto máximo de bolsillo por persona y por familia	\$8,050/ \$16,100	\$6,900/ \$13,800	\$8,300/ \$16,600	\$20,500/ \$41,000	\$7,900/ \$15,800	\$23,700/ \$47,400
Tipo de red	Red estatal	Red estatal	Red nacional		Red nacional	
¿Se requiere PCP?	Sí	Sí	No		No	
CONSULTAS MÉDICAS						
Atención médica primaria	Copago de \$30	Copago de \$15	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Copago de \$30	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible
Especialista	Copago de \$70	Copago de \$70	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Copago de \$70	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible
Servicios de salud mental	Copago de \$30	Copago de \$15	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible		Copago de \$30	
Consultas virtuales de TRS Virtual Health Teladoc: servicios médicos	\$12	\$12	\$42		\$12	
Teladoc: salud mental	Psiquiatra (Consulta inicial) sin costo (Consultas de seguimiento) sin costo Consultas a psicólogo, trabajador social clínico con licencia sin costo	Psiquiatra (Consulta inicial) sin costo (Consultas de seguimiento) sin costo Consultas a psicólogo, trabajador social clínico con licencia sin costo	Psiquiatra (Consulta inicial) usted paga el 30% después de alcanzar el deducible (Consulta de seguimiento) usted paga el 30% después de alcanzar el deducible Consulta al psicólogo, trabajador social clínico con licencia: usted paga el 30% después de alcanzar el deducible		Psiquiatra (Consulta inicial) sin costo (Consultas de seguimiento) sin costo Consultas a psicólogo, trabajador social clínico con licencia sin costo	
RediMD: servicios médicos	Sin costo	Sin costo	\$30		Sin costo	
ATENCIÓN INMEDIATA						
Atención médica inmediata/urgente	Copago de \$50	Copago de \$50	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Copago de \$50	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible		Usted paga un copago de \$250, más el 20% después de alcanzar el deducible	
Sala de emergencia independiente	Usted paga un copago de \$500, más el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga \$500, más el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga \$500, más el 50% después de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 40% después de alcanzar el deducible

TRS- ACTIVECARE PRIMARY	TRS- ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD		TRS-ACTIVECARE 2 AVISO: INSCRIPCIONES CERRADAS; NO SE ACEPTAN NUEVAS SOLICITUDES.	
--	---	--------------------------	--	--	--

OTROS SERVICIOS

Laboratorios de diagnóstico	Laboratorio en consultorio o independiente: sin costo	Laboratorio en consultorio o independiente: sin costo	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Laboratorio en consultorio o independiente: sin costo	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible
	Pacientes ambulatorios: pagan el 30% después de alcanzar el deducible	Pacientes ambulatorios: pagan el 20% después de alcanzar el deducible			Pacientes ambulatorios: pagan el 20% después de alcanzar el deducible	
Radiología de tecnología avanzada	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible, más un copago de \$100 por procedimiento	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible, más un copago de \$100 por procedimiento
Costos para pacientes ambulatorios (Profesional y centro)	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 en un centro por cada incidente)	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 en un centro por cada incidente)
Costos para pacientes hospitalizados (Profesional y centro)	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible (máximo de \$500 por día en un centro)	Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 por día en un centro)	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible (máximo de \$500 por día en un centro)
Tipo de cobertura	Cobertura solo dentro de la red	Cobertura solo dentro de la red	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cirugía bariátrica	Centros: usted paga el 30% después de alcanzar el deducible Con un profesional: usted paga un copago de \$5,000, más el 30% después de alcanzar el deducible (Incluida solo si se realiza en centros determinados BDC+ con un médico dentro de la red)*	Centros: usted paga el 20% después de alcanzar el deducible Con un profesional: usted paga un copago de \$5,000, más el 20% después de alcanzar el deducible (Incluida solo si se realiza en centros determinados BDC+ con un médico dentro de la red)*	Sin cobertura	Sin cobertura	Centros: usted paga un copago de \$150 por día en un centro, más el 20% después de alcanzar el deducible Con un profesional: usted paga un copago de \$5,000, más el 20% después de alcanzar el deducible (Incluida solo si se realiza en centros determinados BDC+ con un médico dentro de la red)*	Sin cobertura
Examen anual de la vista (uno por año del plan; realizado por un oftalmólogo u optometrista)	Especialista Copago de \$70	Especialista Copago de \$70	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	Especialista Copago de \$70	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible
Examen anual de audición (uno por año del plan)	PCP: Copago de \$30 Especialista: Copago de \$70	PCP: Copago de \$15 Especialista: Copago de \$70	Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible	PCP: Copago de \$30 Especialista: Copago de \$70	Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible

*Llame a un guía personal de la salud (PHG, en inglés) al **1-866-355-5999** para que le ayude a encontrar un proveedor de servicios médicos o centro elegible.

Centros Blue Distinction®

Los centros Blue Distinction Centers+ (BDC+) son centros de atención especializada que cumplen con las medidas nacionales de calidad y eficiencia en los servicios que prestan. Cuando utiliza un centro BDC+, aprovecha al máximo sus beneficios. Los centros de BDC+ tienen un historial de calidad, tratamiento experto y mejores resultados generales para los pacientes. Para encontrar un centro BDC+, llame a un PHG al **1-866-355-5999** los siete días de la semana.

Aviso: La designación "centro BDC+" implica que la experiencia global y los datos en conjunto de estos centros satisfacen criterios objetivos que se han establecido en colaboración con las recomendaciones de médicos destacados y organizaciones profesionales. Los resultados particulares podrían variar. Para saber cuáles servicios tienen cobertura bajo su póliza en cualquiera de los centros, llame a un PHG. Llame a su proveedor de servicios médicos antes de hacer una cita para confirmar la información vigente sobre su participación dentro de la red. Blue Cross and Blue Shield Association ni ninguna de sus licenciatarias son responsables de ningún perjuicio, pérdida o cargos no incluidos que puedan resultar de recibir atención de un proveedor de servicios médicos designado como un centro Blue Distinction Center.



COMPRENDA EL DEDUCIBLE FAMILIAR Y LOS GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO

Si sus dependientes están incluidos en su cobertura, es importante comprender cómo funcionan los deducibles y los límites de gastos de bolsillo para que no se lleve sorpresas. El deducible es el monto anual que debe pagar por los servicios de atención médica antes de que el plan de cobertura comience a pagar. Su plan paga el costo total de ciertos medicamentos y beneficios de atención médica preventiva incluso antes de que alcance su deducible.

Cada miembro de la familia incluido en su cobertura tiene un deducible y gastos máximos de bolsillo. Además, toda la familia tiene un deducible y gastos máximos de bolsillo.

Con todos los planes TRS-ActiveCare, las personas deben alcanzar su deducible antes de que el plan de cobertura comience a pagar el coseguro. No tienen que cumplir con el deducible familiar para que comience la cobertura, así que recibirán los beneficios más pronto.



¿Cómo funcionan los deducibles?

- Las reclamaciones que cuentan para el deducible por persona también cuentan para el deducible familiar. Cuando una persona alcanza su deducible, comienza a pagar el coseguro y los copagos, pero estos costos no contribuyen al deducible por familia.
- Después de que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el deducible familiar, toda la familia pagará únicamente el coseguro y los copagos por atención médica y medicamentos recetados durante el resto del año del plan de cobertura.

Los gastos máximos de bolsillo funcionan de la misma manera

- El deducible, los copagos y el coseguro por persona cuentan para el gasto máximo de bolsillo por persona y también por familia. Una vez que la persona alcanza su gasto máximo de bolsillo, los gastos permitidos están incluidos al 100% durante el resto del año del plan de cobertura.
- Después de que cualquier combinación de miembros de la familia cumpla con el gasto máximo de bolsillo de la familia, el plan de cobertura cubre la atención médica y las recetas de la familia al 100% durante el resto del año del plan.

Pero recuerde lo siguiente:

- Según el plan de cobertura que tenga, los costos para los proveedores de servicios médicos fuera de la red son más altos o es posible que el plan no los cubra en absoluto.

EJEMPLOS DE COSTOS DE TRS-ACTIVECARE

Analicemos tres condiciones de salud que cubre cada plan TRS-ActiveCare y cómo se comparan en costos. Estos son solo ejemplos para demostrar los costos de la atención médica bajo cada plan de cobertura. Los costos reales dependen de los precios de cada proveedor de servicios médicos y los centros, así como del tratamiento que le ofrezcan.

Laura



Laura tendrá un bebé. Recibirá nueve meses de atención prenatal, con consultas a especialistas, pruebas de diagnóstico, ecografías, análisis de sangre y otras pruebas de laboratorio. Tendrá un parto en el hospital sin complicaciones que incluirá servicios profesionales, servicios del centro y anestesia.

¿Cómo puede Laura aprovechar al máximo sus beneficios?

- obtener una referencia de su médico antes de ver especialistas (requisito para los planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+);
- hacerse las pruebas de laboratorio en el consultorio de su médico, donde no paga nada (recomendado para TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+);
- descargar las aplicaciones de Ovia Health™ para obtener información y orientación gratuitos para tener un embarazo saludable;
- tomar cursos autodirigidos de embarazo saludable a través de Well onTarget® y acumular puntos Blue PointsSM;
- consultar especialistas en lactancia, servicio que está incluido al 100% en todos los planes de cobertura;
- obtener un extractor de leche eléctrico, que está incluido al 100% en todos los planes, o alquilar un extractor de leche profesional, por el que recibirá la máxima cantidad permitida de \$150.

A Laura se le facturará la atención por maternidad después de que nazca su bebé, lo que se conoce como **facturación global**. La facturación global incluye la atención prenatal, durante el parto y posparto. Su primera consulta al médico no se incluirá en la facturación global, por lo que tendrá que pagar un copago o un coseguro después del deducible, según su plan de cobertura. Durante su embarazo, es probable que necesite pruebas o procedimientos específicos fuera de la atención prenatal de rutina. Recibirá facturas separadas por hacerlo, por lo que pueden aplicar copagos o un coseguro.

Analicemos lo que puede costar tener un bebé con cada plan TRS-ActiveCare, que cuenta con proveedores, servicios, centros y laboratorios dentro de la red.

Este ejemplo se refiere solo a la madre e incluye lo siguiente:

- consulta inicial al ginecólogo-obstetra;
- atención prenatal y posparto;
- pruebas de laboratorio;
- hospital y parto.

COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA \$12,800	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD
Deducible	\$2,500	\$1,200	\$3,300
Coseguro	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Copago/coseguro para el PCP (el ginecólogo-obstetra no es un especialista) Se aplica la facturación global, por lo que a Laura solo se le cobra la primera consulta en persona.	\$30	\$15	30% después de alcanzar el deducible
Análisis de laboratorio/ecografías	Sin costo	Sin costo	30% después de alcanzar el deducible

SE COBRAN \$11,500 POR ATENCIÓN PARA EL PARTO

Coseguro para la atención para el parto	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Anestesia	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Coseguro para el hospital/centro	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible

LO QUE LAURA PODRÍA PAGAR BASADO EN EL COSTO TOTAL DE \$12,800 POR LA ATENCIÓN MÉDICA

Deducible	\$2,500	\$1,200	\$3,300
Copagos	\$30	\$15	Parte del deducible
Coseguro	\$2,700	\$2,060	\$2,850
Monto pagado por el plan de cobertura	\$7,570	\$9,525	\$6,650
Monto total pagado por Laura	\$5,230	\$3,275	\$6,150



Gerardo tiene diabetes tipo 2. Tras una breve hospitalización, ahora acude a su PCP una vez cada tres meses para mantener su condición de salud bajo control. Su PCP también monitorea su presión arterial, ya que corre el riesgo de sufrir hipertensión por la diabetes. Un año típico de atención médica incluye consultas con su PCP, una consulta anual con su endocrinólogo, análisis de sangre y suministros para la diabetes. Gerardo también usa insulina.

¿Cómo puede Gerardo aprovechar al máximo sus beneficios?

- obtener una referencia de su médico antes de ver especialistas (requisito para los planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+);
- ponerse en contacto con un asesor de salud que le ayudará a estar al día con sus citas y exámenes preventivos y le recomendará programas para que aprenda a mantener su condición de salud bajo control;
- trabajar con un orientador a través de Well onTarget sin costo adicional;
- trabajar con un nutricionista para ayudarlo a comprender cómo su dieta afecta su nivel de azúcar en la sangre sin costo adicional;
- recurrir al programa de acondicionamiento físico para encontrar un gimnasio económico y conveniente, y ganar Blue Points por hacer ejercicio;
- usar sus beneficios de medicamentos recetados para obtener suministros para la diabetes sin costo adicional;
- aprovechar los costos de bolsillo de la insulina (disponible con los planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+).

Analicemos lo que le puede costar a Gerardo para controlar su diabetes con cada plan de TRS-ActiveCare, que cuenta con proveedores, servicios, centros y laboratorios dentro de la red.

Este ejemplo incluye lo siguiente:

- hospitalización;
- medicamentos recetados.
- consulta con un especialista (1 al año);
- consultas al PCP (4 al año);

COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA \$18,300	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD
Deducible	\$2,500	\$1,200	\$3,300
Coseguro	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Copago y coseguro para el PCP	\$30	\$15	30% después de alcanzar el deducible
Copago y coseguro para el especialista	\$70	\$70	30% después de alcanzar el deducible
Coseguro para el hospital/centro Basado en un costo de \$11,000 por noche	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Costo de bolsillo para la insulina Basado en un costo anual de \$6,000	\$25 para un suministro de 31 días; \$75 para un suministro de 60 a 90 días;	\$25 para un suministro de 31 días; \$75 para un suministro de 60 a 90 días;	25% después de alcanzar el deducible

LO QUE GERARDO PODRÍA PAGAR BASADO EN EL COSTO TOTAL DE \$18,300 POR LA ATENCIÓN MÉDICA

Deducible	\$2,500	\$1,200	\$3,300
Copagos del consultorio	\$190	\$130	Sin copagos
Copagos y coseguro para la insulina	Copagos de \$300	Copagos de \$300	Coseguro de \$1,500
Coseguro	\$2,550	\$1,960	\$2,680
Monto pagado por el plan de cobertura	\$12,760	\$14,710	\$10,820
Monto total pagado por Gerardo	\$5,540	\$3,590	\$7,480



Lily tiene dolor en la parte baja de la espalda que no desaparece. Ella pensaba que una antigua lesión deportiva de la universidad le estaba causando el dolor. Su médico ordenó una MRI para poder encontrar la causa del problema. Con la resonancia magnética, se descubrió que la causa del dolor de espalda de Lily era esclerosis múltiple (MS, en inglés). El PCP de Lily la refirió a un neurólogo.

El neurólogo de Lily le recetó un medicamento especializado para mantener sus síntomas bajo control, reducir el número de ataques de esclerosis múltiple y retrasar el avance de la enfermedad. Su médico también le recetó terapia física para aliviar su dolor de espalda.

Un año típico de atención médica para Lily incluye un examen anual con su PCP, consultas trimestrales con su neurólogo y pruebas de laboratorio.

¿Cómo puede Lily aprovechar al máximo sus beneficios?

- acudir a un centro de imagenología diagnóstica en lugar de ir a un hospital para hacerse una MRI;
- llamar a un PHG para que la ayude a encontrar un centro de imagenología diagnóstica que sea elegible para Member Rewards;
- usar el programa de ayuda para copagos de medicamentos especializados SaveOnSP a fin de obtener medicamentos sin costo (no disponible para el plan TRS-ActiveCare HD);
- ponerse en contacto con un asesor de salud que le ayudará a estar al día con sus citas y exámenes preventivos y le recomendará programas para que aprenda a mantener su condición de salud bajo control;
- hacerse siempre las pruebas de laboratorio en el consultorio de su médico o en un laboratorio independiente, donde no paga nada (recomendado para los planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+).

Analizamos lo que le puede costar a Lily mantener la esclerosis múltiple bajo control con cada plan de TRS-ActiveCare, que cuenta con proveedores, servicios y centros dentro de la red.

Este ejemplo incluye lo siguiente:

- consulta al PCP (una consulta para diagnosticar la esclerosis múltiple);
- consulta anual de bienestar para la mujer sin costo;
- consultas a especialistas (4 al año);
- 12 meses de medicamentos especializados recetados por \$8,700 por mes antes del seguro;
- resonancia magnética;
- consultas de terapia física (8 al año);
- pruebas de laboratorio (2 al año).

COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA \$106,450	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD
Deducible	\$2,500	\$1,200	\$3,300
Coseguro	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Copago/coseguro para el PCP	\$30	\$15	30% después de alcanzar el deducible
Copago/coseguro para el especialista	\$70	\$70	30% después de alcanzar el deducible
Copago/coseguro para la terapia física	\$30	\$15	30% después de alcanzar el deducible
Coseguro para la radiología de alta tecnología	30% después de alcanzar el deducible	20% después de alcanzar el deducible	30% después de alcanzar el deducible
Pruebas de laboratorio	Sin costo	Sin costo	30% después de alcanzar el deducible
Copago/coseguro para medicamentos especializados Basado en un costo anual de \$104,400	Sin costo a través del programa de ayuda para copagos de medicamentos especializados SaveOnSP	Sin costo a través del programa de ayuda para copagos de medicamentos especializados SaveOnSP	20% después de alcanzar el deducible*

LO QUE LILY PODRÍA PAGAR BASADO EN EL COSTO TOTAL DE \$106,450 POR LA ATENCIÓN MÉDICA

Deducible	\$750 para la resonancia magnética	\$750 para la resonancia magnética	\$3,300
Copagos	\$550	\$415	Sin copagos
Coseguro	Sin costo	Sin costo	\$5,000
Monto pagado por el plan de cobertura	\$105,150	\$105,285	\$98,150
Monto total pagado por Lily	\$1,300	\$1,165	\$8,300

Aviso: Cuando Lily use el programa de ayuda de copagos de terceros para cualquier medicamento especializado, no obtendrá crédito para su gasto máximo de bolsillo o el deducible por cualquier monto de copago o coseguro aplicado por un cupón o reembolso del fabricante. Únicamente la cantidad que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible y gasto máximo de bolsillo.

* Es posible que algunos medicamentos especializados sean elegibles para programas que ayuden a cubrir su copago, lo que puede reducir sus gastos de bolsillo.

SaveOnSP es una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para administrar servicios en farmacias y coberturas para medicamentos a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

REVISIÓN CLÍNICA RECOMENDADA

Usted puede solicitarle a su proveedor de servicios médicos que envíe información clínica antes de recibir atención y servicios médicos. A esto se le llama **revisión clínica recomendada**.

La revisión clínica recomendada consiste en que el personal clínico de BCBSTX revise el tratamiento propuesto y la información clínica correspondiente. Durante esta revisión, los expertos encargados de examinar la solicitud del proveedor de servicios médicos determinan si el tratamiento recomendado es el adecuado según sus necesidades médicas.

Se recomienda que las revisiones se realicen antes de que usted reciba la atención médica. De esta manera, sabrá desde el principio si el tratamiento está incluido en el plan TRS-ActiveCare.

Es importante que una persona clínica que comprenda todos los aspectos de su cobertura, revise la solicitud. Ellos podrían conocer otra opción de tratamiento que sea igual de eficaz y que esté incluida en su plan de cobertura. Asegurarse de que su tratamiento esté incluido le permitirá ahorrar dinero.

A continuación, le explicamos cómo funciona la revisión clínica recomendada:

- Una persona del consultorio del proveedor de servicios médicos llamará a BCBSTX para verificar sus beneficios.
- BCBSTX le indicará al proveedor de servicios médicos si se necesita una revisión clínica recomendada para el servicio o atención médica que se solicita.
- Su proveedor de servicios médicos enviará una revisión clínica recomendada junto con información clínica que explique el motivo por el cual necesita el tratamiento.
- El personal clínico de BCBSTX considerará la solicitud, revisará la información médica y les informará a usted y al proveedor de servicios médicos el resultado de la revisión.

Servicios que podrían necesitar una revisión clínica recomendada

Admisiones electivas en centros médicos y quirúrgicos, incluidas las transferencias para recibir los siguientes servicios:

- atención médica aguda, hospital de hospicio, maternidad, servicios médicos, quirúrgicos, trasplantes;
- el cuidado de hospicio;
- atención médica aguda y subaguda de largo plazo;
- centro de rehabilitación;
- centro de enfermería especializada.

Admisiones electivas en centros de salud mental y de dependencia de sustancias químicas:

- rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- centros de tratamiento residencial.

Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ambulatorios:

- imágenes diagnósticas avanzadas, radiología, cardiología;
- pruebas genéticas moleculares de laboratorio;
- problemas de articulación, de la columna vertebral u otras condiciones musculoesqueléticas;
- radioterapia, oncología de radiación;
- sueño;
- cardiología: aféresis de lipoproteínas;
- oído, nariz y garganta;
- gastroenterología;
- neurología;
- cirugía ambulatoria (mama, desactivación de detonantes de dolores de cabeza, mandíbula);
- manejo del dolor;
- estudios del sueño;
- cuidado de heridas;
- atención médica a domicilio, incluido, entre otros, el servicio de enfermería privada en el hogar (PDN, en inglés), la terapia de infusión en el hogar y la terapia física, ocupacional o del habla (PT/OT/ST, en inglés);
- hemodiálisis en el hogar;
- cuidados de hospicio en el hogar;
- terapia de infusión en el hogar
- ambulancia aérea para casos que no sean de emergencia;
- servicios de trasplante, evaluaciones de trasplante y trasplantes;
- equipo médico duradero que cueste más de \$5,000;
- terapia física, ocupacional o del habla para pacientes ambulatorios.

Servicios para pacientes ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias y condiciones de salud mental:

- análisis de comportamiento aplicado;
- tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios;
- hospitalización parcial;
- pruebas psicológicas y neuropsicológicas;
- estimulación magnética transcraneal.

Medicamentos de farmacia especializados que forman parte de los beneficios médicos:

- centros de atención para infusión;
- oncología médica y servicios de apoyo;
- terapias farmacológicas administradas por un proveedor de servicios médicos.

Llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** si necesita ayuda con la revisión clínica recomendada.



REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

Usted debe ponerse en contacto con un PHG antes de programar los siguientes servicios. Llame a un PHG al **1-866-355-5999** o chatee con uno de ellos a través de la aplicación BCBSTX. Esto es diferente a la revisión clínica recomendada.

- Resonancia magnética y tomografías computarizadas (CT, en inglés);
- radiología diagnóstica (incluida la densitometría ósea, las tomografías por emisión de positrones y los ecocardiogramas);
- cirugía de reemplazo de las articulaciones;
- cirugía bariátrica;
- procedimientos musculoesqueléticos para pacientes hospitalizados y ambulatorios;
- reducción de mamas.



CONSULTAS VIRTUALES DE TRS VIRTUAL HEALTH

Su cobertura incluye consultas virtuales de TRS Virtual Health a través de Teladoc y RediMD. Obtenga atención médica conveniente y de calidad desde su hogar o dondequiera que esté, sin tener que acudir al consultorio del médico.



Consultas virtuales de TRS Virtual Health a través de Teladoc

Teladoc ofrece atención médica para varias condiciones agudas que no son urgentes. Servicios confidenciales de salud mental para personas mayores de 13 años con terapeutas con licencia, psicólogos, psiquiatras o consejeros con certificación en tratamientos en el abuso de drogas y alcohol. Su proveedor de servicios médicos puede incluso enviarle las recetas médicas a su farmacia si es necesario.

Teladoc está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para tratamientos médicos, y todos los días de 7:00 a. m. a 9:00 p. m para tratamientos de salud mental.

Se tratan condiciones médicas generales como las siguientes:

- alergias;
- bronquitis;
- síntomas de gripe y resfriados;
- infecciones en las vías respiratorias;
- problemas de sinusitis;
- problemas de la piel;
- malestar estomacal.

Se tratan condiciones de salud mental como las siguientes:

- alcoholismo, adicciones y trastornos relacionados con el consumo de sustancias;
- trastornos de atención;
- trastornos bipolares, esquizofrénicos y psicóticos;
- trastornos de depresión y ansiedad;
- trastornos de la alimentación;
- trastornos neurocognitivos y demencia;
- trastornos obsesivos compulsivos y otros relacionados;
- trastornos de la personalidad.

PLANES TRS-ACTIVECARE	CONSULTAS MÉDICAS	CONSULTAS A SERVICIOS DE SALUD MENTAL
TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+, TRS-ActiveCare 2	Copago de \$12	No hay copago • por consultas a psiquiatra (consulta inicial o de seguimiento), psicólogo, trabajador social clínico con licencia
TRS-ActiveCare HD	Tarifa por consulta \$42	Coseguro del 30% después de alcanzar el deducible • por consultas a psiquiatra (consulta inicial o de seguimiento), psicólogo, trabajador social clínico con licencia



Para obtener más información y configurar su cuenta, visite www.teladoc.com/trsactivecare. También puede descargar la aplicación móvil Teladoc en las tiendas virtuales Apple App Store o Google Play Store o llamar al **1-855-Teladoc (1-855-835-2362)** para obtener ayuda de un representante.

Consultas virtuales de TRS Virtual Health a través de RediMD*

RediMD ofrece servicios de consultas virtuales de primera calidad con diagnósticos y tratamientos en vivo, en línea o por teléfono. Su proveedor de servicios médicos incluso puede enviarle las recetas médicas a su farmacia si es necesario. Los servicios médicos están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

En RediMD se tratan condiciones de salud como las siguientes:

- alergias;
- lesiones de tobillo;
- asma;
- torceduras musculares de espalda y hombros;
- exposición a sustancias químicas;
- contusiones o hematomas;
- infecciones;
- distensión muscular;
- dificultad para respirar.

PLANES TRS-ACTIVECARE	CONSULTAS MÉDICAS
TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+, TRS-ActiveCare 2	No hay copago
Plan TRS-ActiveCare HD	Tarifa por consulta \$30



La inscripción es un proceso único y no es necesario que programe una cita. Para **configurar su cuenta**, visite www.redimd.com/trsactivecare y haga clic en **Inscribirse** (Register). Ingrese el código **trsactivecare**, haga clic en **Siguiente** (Next) y siga las instrucciones para completar su perfil. También puede inscribirse llamando a un servicio al cliente de RediMD al **1-855-942-4900**.

Los familiares inmediatos que no tienen un plan TRS-ActiveCare también pueden usar a las consultas virtuales de TRS Virtual Health a una tarifa fija. Teladoc = \$55/consulta, RediMD = \$35/consulta, use el código TRS35.

*RediMD únicamente brinda servicios de atención médica y no proporciona servicios de salud mental. Use Teladoc para obtener servicios de salud mental.



HERRAMIENTAS Y RECURSOS DE SALUD Y BIENESTAR DE TRS-ACTIVECARE

Todos los planes TRS-ActiveCare incluyen varias herramientas y recursos de apoyo para su salud y bienestar.

Guías personales de la salud

Tiene guías personales de la salud a su disposición en cada paso del camino, comenzando con la inscripción anual.

Los guías personales de la salud pueden ayudarle con lo siguiente:

- seleccionar un plan de cobertura médica;
- transiciones de cuidados médicos;
- buscar proveedores de servicios médicos dentro de la red;
- seleccionar a un PCP.

Después de inscribirse en el plan TRS-ActiveCare, los guías personales de la salud pueden ayudarle con lo siguiente:

- preguntas sobre reclamaciones;
- cotizaciones y comparaciones;
- programación de citas;
- acceso a consultas virtuales de TRS Virtual Health;
- autorizaciones previas;
- requisitos de participación;
- y más.



Llame a un PHG al 1-866-355-5999. Después de inscribirse en el plan TRS-ActiveCare, descargue la aplicación BCBSTX para chatear con un PHG en cualquier lugar. La aplicación BCBSTX está disponible en las tiendas virtuales Apple App Store o Google Play Store.

Blue Access for Members

Obtenga información sobre sus beneficios, en cualquier momento y en cualquier lugar.

Use su computadora, teléfono o tableta para:

- buscar una farmacia, un hospital o un proveedor de servicios médicos dentro de la red;
- solicitar o imprimir una tarjeta de asegurado;
- verificar el estado o el historial de una reclamación;
- ver o imprimir la Explicación de beneficios;
- chatear con un PHG.



Use la información en su tarjeta de asegurado para inscribirse en Blue Access for Members (BAMSM), en espanol.bcbstx.com/trsactivecare. También puede llamar a un PHG al **1-866-355-5999** para que le ayude a inscribirse.

Provider Finder

Provider Finder es un recurso fácil de usar que le permite encontrar médicos, hospitales y farmacias dentro de la red.

Usted podrá:

- buscar por especialidad, código postal, idioma, sexo, entre otros;
- consultar certificaciones y reconocimientos;
- comparar los reconocimientos recibidos por su calidad;
- leer comentarios acerca de los médicos, hospitales y farmacias dentro de la red.

Estimador de costos médicos

A la hora de decidir dónde recibir atención médica, hay que tener en cuenta muchas cosas. Tan solo vea que tan grande es la diferencia de precios por el mismo procedimiento en la misma área.

Procedimiento	Proveedor de servicios médicos A	Proveedor de servicios médicos B	Diferencia de costo
Resonancia magnética cerebral	\$5,131	\$8,691	\$3,560
Histerectomía	\$7,433	\$35,039	\$27,606
Reparación de hernia	\$3,170	\$10,723	\$7,553
Reemplazo de rodilla	\$17,003	\$61,930	\$44,927

Los costos que se muestran son ejemplos.

Use el estimador de costos médicos de Provider Finder para verificar los costos antes de su cita y así tomar decisiones informadas sobre el cuidado de la salud. Los PHG pueden ayudarle a encontrar proveedores de servicios médicos de calidad con contrato independiente que podrían costarle menos. Los PHG también entienden lo que podría tener que pagar según el copago, el coseguro, el deducible y otros beneficios.



Para usar Provider Finder, visite espanol.bcbstx.com/trsactivecare y haga clic en la pestaña **Médicos y hospitales**. Después, seleccione su plan de cobertura. Si no encuentra a su proveedor de servicios médicos en el directorio, llame a un PHG al **1-866-355-5999**.

Consulte las páginas 13 a la 15 para obtener instrucciones sobre cómo elegir un PCP durante la inscripción anual.

Viva mejor con Well onTarget

El sitio web de Well onTarget en www.wellontarget.com y la aplicación móvil AlwaysOn®, pueden ayudarle a mantener sus condiciones de salud bajo control y alcanzar sus objetivos de bienestar, todo en un solo lugar.

Verifique su estado de salud

Complete una Evaluación de salud para informarse cómo se encuentra su salud. Solo tiene que responder unas cuantas preguntas sobre su salud y su estilo de vida, para recibir recomendaciones de programas que pueden ayudarle a lograr y mantener una vida más saludable.

Mejore su salud y bienestar

Los videos, podcasts y otros recursos en línea pueden ayudarle con cuestiones como las siguientes:

- asma;
- dolor de espalda;
- diabetes;
- alimentación saludable;
- problemas para dormir;
- estrés.

Trabaje con un promotor de salud

Reciba apoyo personalizado por teléfono o mensajería segura en línea, lo que sea más conveniente para usted. El promotor de salud puede ayudarle a establecer y lograr sus objetivos, como perder peso, mejorar la presión arterial y dejar de fumar.

Airrosti Remote Recovery

Puede recibir servicios de terapia física para aliviar los dolores musculares y articulares rápidamente sin ningún costo adicional.* Airrosti Remote Recovery se enfoca en aliviar el dolor crónico a través de una variedad de ejercicios y terapia física que puede hacer en el hogar.

Está diseñado para aliviar el dolor en las siguientes áreas:

- brazos;
- pies;
- caderas;
- rodillas;
- parte baja de la espalda;
- cuello;
- hombros;
- muñeca, entre otros.

* Sin costo únicamente después de alcanzar el deducible si tiene el plan TRS-ActiveCare HD.

La atención médica y el tratamiento virtual están dirigidos por un proveedor de terapia física que incluyen lo siguiente:

- planes de recuperación personalizados a través de la aplicación Airrosti;
- ejercicios de movilidad y estabilidad fáciles para hacer en su hogar;
- un kit de recuperación remota específico para lesiones;
- acceso ilimitado a su proveedor de terapia física de Airrosti durante 12 meses.

Para programar una cita, llame al 1-800-404-6050. También puede descargar la aplicación Airrosti desde Apple App Store o Google Play Store.



Guide su estado físico

Tome control de sus objetivos de salud e inscríbese en el programa de acondicionamiento físico. Con membresías económicas y sin contrato, puede ir a cualquier gimnasio de la red nacional. ¡Incluso cuando está de viaje! Además, puede ahorrar en servicios para el bienestar como acupuntura, masajes y entrenamiento personal.

También hay un programa virtual de acondicionamiento físico para que permanezca activo desde la comodidad y conveniencia de su hogar. Tendrá acceso ilimitado a clases en vivo y videos de acondicionamiento físico y bienestar.

- Un grupo de instructores y profesionales de bienestar están a cargo de las clases en vivo.
- Los videos digitales de acondicionamiento físico incluyen clases de entrenamiento cardiovascular, entrenamiento de fuerza, clases de barré, yoga, y más. Hay más de 45 categorías para elegir.

Para comenzar, inicie sesión en **BAM** y haga clic en **Programa de acondicionamiento físico** (Fitness Program) en la pestaña Bienestar (Wellness). Allí, se puede inscribir, buscar centros de acondicionamiento físico cercanos y obtener más información sobre el programa.

Salud de la mujer y de la familia

Su plan de cobertura le ofrece apoyo para la fertilidad, el embarazo, la crianza de los hijos y la menopausia. Contamos con programas que incluyen educación, tutorías, soluciones de manejo de la maternidad y herramientas para ayudarle, sin costo adicional.

Maternidad de alto riesgo

Si su ginecólogo-obstetra considera que su embarazo es de alto riesgo, usted puede recibir más apoyo de un especialista en maternidad por teléfono. Ellos se pondrán en contacto con usted después de su primer trimestre.

Aplicaciones de Ovia Health

Usted puede acceder a tres aplicaciones de Ovia Health que le ofrecen orientación personalizada con artículos y videos educativos, consejos de salud, orientación mediante la aplicación y por teléfono, entre otros.

Ovia cuenta con un monitor de fertilidad, una calculadora de ovulación, un calendario de ciclos y cuando llegue el momento, apoyo para la menopausia.

Ovia Pregnancy monitorea el embarazo y el crecimiento del bebé semana tras semana. También comparte información clínica con BCBSTX cuando su proveedor de servicios médicos indica que el embarazo es de alto riesgo.

Ovia Parenting hace un seguimiento de las etapas de desarrollo de su hijo e incluye una herramienta para registrar diariamente la alimentación, los cambios de pañal y los patrones de sueño.

Cuide su salud mental

Su salud mental es tan importante como la salud física. Usted cuenta con beneficios de salud mental para recibir atención para lo siguiente:

- abuso de alcohol o drogas;
- ansiedad;
- autismo;
- depresión;
- trastornos de la alimentación;
- estrés;
- otras condiciones de salud mental.

Learn to Live es un programa digital de salud mental disponible sin costo adicional para usted. Puede completar una evaluación en línea para encontrar programas que le brinden ayuda para lo siguiente:

- depresión;
- insomnio;
- ansiedad social;
- estrés, ansiedad y preocupaciones;
- abuso de sustancias.

Headway es un programa de salud mental que elimina los obstáculos para que pueda recibir servicios de salud mental. Puede buscar un terapeuta o psiquiatra con licencia dentro de la red. Ya sea si sabe lo que está buscando o no esté seguro por dónde empezar, es fácil encontrar y programar una cita. Incluso puede responder unas preguntas para encontrar un proveedor de servicios de salud mental que se adapte a sus necesidades.

Comuníquese con un especialista en cáncer

Los especialistas en cáncer pueden ayudarle a comprender sus opciones de atención y los beneficios para la salud. Estarán allí para apoyarle durante todo el proceso, desde encontrar un proveedor de servicios médicos para el tratamiento y más allá.

*Learn to Live ofrece programas de salud mental con contenido educativo. Los asegurados que consideren recibir tratamiento médico adicional deben consultar a un médico. Learn to Live, Inc. es una compañía independiente que proporciona programas y recursos en línea para la salud mental a los asegurados con cobertura a través de Blue Cross and Blue Shield of Texas.



Puede descargar cualquiera de las aplicaciones de Ovia Health desde Apple App Store o Google Play Store. Cuando se inscriba, seleccione **Tengo Ovia Health como beneficio** (I have Ovia Health as a benefit). Luego, seleccione **BCBSTX** como su plan de cobertura. Aparecerá un cuadro de texto para que ingrese el nombre de su empleador. Puede omitir este paso.

Obtenga apoyo adicional con un asesor de salud

Los asesores de salud son enfermeras y otros profesionales médicos especialmente capacitados que le darán apoyo personalmente en cada paso del proceso por un problema de salud agudo o crónico. Están disponibles sin ningún costo adicional para usted y los miembros de la familia que están incluidos en su cobertura. Llame a un PHG para ponerse en contacto con un asesor médico.

Los asesores de salud son su único punto de contacto para las necesidades de atención médica, incluyendo lo siguiente:

- recibir orientación si estuvo en el hospital o le hicieron una cirugía importante;
- ayudarlo a controlar una enfermedad crónica;
- obtener la atención médica que necesita para tratar enfermedades o lesiones graves;
- recibir ayuda para maternidad de alto riesgo;
- detectar condiciones de salud antes de que se vuelvan urgentes;
- comprender un diagnóstico nuevo;
- programar citas y coordinar tratamientos, incluido el transporte;
- facilitar el acceso a programas de bienestar.

Reciba recompensas con Blue Points

Puede ganar puntos con Blue Points por participar regularmente en diferentes actividades para la salud como las siguientes:

- completar la Evaluación de salud dos veces al año;
- conectarse a un dispositivo de acondicionamiento físico;
- completar un programa autodirigido de bienestar en línea;
- trabajar con un promotor de salud;
- hacer ejercicio;
- y más.

¡Puede canjear los puntos por tarjetas de regalo cuando esté dispuesto a darse un gusto!

Es fácil comenzar a recibir Blue Points:

1. Ingrese en **espanol.bcbstx.com/trsactivecare**.
2. Inicie sesión en su cuenta de **BAM**.
3. Vaya a la pestaña **Bienestar** y seleccione **Well onTarget**.

Programa de descuentos Blue365®

Inscribirse en Blue365 es gratis y ofrece descuentos de primera calidad en salud y bienestar. Algunas de las ofertas se incluyen en las siguientes marcas y servicios:

- Fitbit®;
- Sun Basket | Nutrisystem®;
- Reebok | SKECHERS®;
- eMindful.

Inscríbase en **www.blue365deals.com/es/bcbstx** para recibir las ofertas destacadas de la semana por correo electrónico.

Enfermería telefónica 24/7 Nurseline

La salud es importante, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es por eso que tenemos enfermeras tituladas (*registered nurses*) disponibles en cualquier momento, a través de la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline. Nuestras enfermeras pueden responder a sus preguntas de salud y tratar de ayudarlo a decidir si debe acudir a la sala de emergencias, a un centro de atención médica inmediata/urgente, o bien, programar una cita con su médico. También puede llamar a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline en cualquier momento cuando usted o algún miembro de su familia con cobertura necesite obtener respuestas a preguntas médicas sobre los siguientes temas:

- llanto continuo de un bebé;
- dolor de espalda;
- cortes o quemaduras;
- mareos o dolores fuertes de cabeza;
- fiebre alta;
- dolor de garganta;
- y otras condiciones de salud.

Además, cuando llama, tiene acceso a una biblioteca de audio de más de 1,000 temas de salud, desde alergias hasta cirugías, con más de 500 temas disponibles en español.



Llame a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-833-968-1770** para obtener asistencia.





AHORRE DINERO CON EL PROGRAMA DE RECOMPENSAS MEMBER REWARDS

Member Rewards puede ayudarle a aprovechar al máximo su dinero para su atención médica.

Programa de recompensas Member Rewards

Los precios de los servicios médicos de alta calidad pueden diferir en miles de dólares en la misma área o red. TRS-ActiveCare le ofrece un programa de recompensas Member Rewards que lo recompensa por elegir a un proveedor de servicios médicos o un centro de alta calidad, a un precio económico.

Compruebe lo fácil que es **COMPARAR, PROGRAMAR y GANAR** con el programa de recompensas Member Rewards.

¡NUEVO! El programa de recompensas Member Rewards incluye más que centros y procedimientos. Ahora puede obtener recompensas por elegir médicos con mejor desempeño para su atención médica, **como especialistas y su PCP.**

Para los planes TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+ y TRS-ActiveCare 2:

1. Use Provider Finder para encontrar centros o proveedores de servicios médicos elegibles para recompensas para un procedimiento o servicio y para comparar costos. También puede llamar a un PHG al **1-866-355-5999** para recibir ayuda.
2. Pídale una referencia a su PCP, luego, programe una cita para el procedimiento o servicio o pídale a un PHG que la programe por usted.* Si tiene el plan TRSActiveCare 2, no necesita una referencia.
3. Depositaremos su recompensa en una cuenta de reembolso de gastos médicos (HCA, en inglés)** después de que complete su tratamiento, se pague la reclamación y se verifique que el centro o el proveedor sea elegible para la recompensa.

Aspectos del programa de recompensas Member Rewards:

- Sus recompensas pueden aplicarse a futuros gastos médicos o de farmacia, lo que reduce copagos o coseguros para usted y sus dependientes asegurados.
- Las recompensas pueden variar de \$15 a \$500. El monto máximo de recompensa *por participante por año* es de \$599.
- Las recompensas que no se usen se transfieren al año siguiente, pero, si cancela su plan de cobertura, perderá las recompensas.

Para el plan TRS-ActiveCare HD

1. Use Provider Finder para encontrar centros o proveedores de servicios médicos elegibles para recompensas para un procedimiento o servicio y para comparar costos. También puede llamar a un PHG al **1-866-355-5999** para recibir ayuda.
2. Programe una cita para el procedimiento o servicio, o pídale a un PHG que la programe por usted.
3. Puede usar sus recompensas para servicios dentales y de visión. Las recompensas estarán disponibles después de que complete su tratamiento, se pague la reclamación y se verifique que el centro o el proveedor sea elegible para recompensas. Una vez que incurra en gastos dentales y de la visión, complete y envíe este [formulario de reembolso](#).

Aspectos del programa de recompensas Member Rewards:

- Sus recompensas aplican a los gastos incurridos en servicios dentales y de visión.
- Las recompensas pueden variar de \$15 a \$500. El monto máximo de recompensa *por participante por año* es de \$599.
- Las recompensas que no se usen se transfieren al año siguiente, pero, si cancela su plan de cobertura, perderá las recompensas.

Para consultar las preguntas frecuentes sobre la cuenta HCA, ingrese en www.bcbstx.com/trsactivecare/doctors-and-hospitals/member-rewards.

* Si su PCP está dentro del grupo Kelsey Seybold, usted no es elegible para este programa.

** BCBSTX estableció una HCA para todos los participantes de TRS-ActiveCare elegibles para el programa de recompensas Member Rewards. Esta cuenta es diferente a cualquier cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros para gastos médicos que ofrezca su empleador.

PLANES REGIONALES DE LA ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO)

Si usted vive o trabaja en ciertos condados, puede inscribirse en uno de nuestros planes regionales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés). La tabla de la página siguiente muestra las opciones de planes HMO y los resúmenes de beneficios.

	Blue Essentials - South Texas HMO SM Ofrecido por TRS-ActiveCare	Blue Essentials - West Texas HMO SM Ofrecido por TRS-ActiveCare
	Puede elegir este plan de cobertura si vive en uno de los siguientes condados: Cameron, Hidalgo, Starr, Willacy	Puede elegir este plan de cobertura si vive en uno de los siguientes condados: Andrews, Armstrong, Bailey, Borden, Brewster, Briscoe, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Concho, Cottle, Crane, Crockett, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Fisher, Floyd, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Hale, Hall, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hockley, Howard, Hutchinson, Irion, Jones, Kent, Kimble, King, Knox, Lamb, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, McCulloch, Menard, Midland, Mitchell, Moore, Motley, Nolan, Ochiltrie, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Runnels, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Sherman, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Tom Green, Upton, Ward, Wheeler, Winkler, Yoakum
Tipo de cobertura	Cobertura solo dentro de la red	Cobertura solo dentro de la red
Deducible por persona y por familia	\$500/\$1,000	\$950/\$2,850
Coseguro	20% después de alcanzar el deducible	25% después de alcanzar el deducible
Gasto máximo de bolsillo por persona y por familia	\$4,500/\$9,000	\$7,450/\$14,900
Atención médica primaria	Copago de \$25	Copago de \$20
Especialista	Copago de \$60	Copago de \$70
Atención médica inmediata/urgente	Copago de \$75	Copago de \$50
Atención de emergencia	20% después de alcanzar el deducible	Copago de \$500 antes de alcanzar el deducible, más el 25% después de alcanzar el deducible
Deducible para medicamentos	\$100	\$150
Días de suministro	Suministro de 30 días/90 días	Suministro de 30 días/90 días
Medicamentos genéricos	Copago de \$10/\$30	Copago de \$5/\$12.50, ciertos medicamentos genéricos sin costo
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40/\$120	30% después de alcanzar el deducible
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$65/\$195	50% después de alcanzar el deducible
Especialidad	20% después de alcanzar el deducible	15%/25% después de alcanzar el deducible (preferido/no preferido)



RECURSOS DE BIENESTAR HMO

Los planes Blue Essentials - West Texas HMO y Blue Essentials - South Texas HMO cuentan con programas que le ayudarán a mantenerse saludable.

BAM

Obtenga información sobre sus beneficios, en cualquier momento y en cualquier lugar.

Use su computadora, teléfono o tableta para lo siguiente:

- buscar un proveedor de servicios médicos, hospital o farmacia dentro de la red;
- solicitar o imprimir una tarjeta de asegurado;
- verificar el estado o el historial de una reclamación;
- ver o imprimir la Explicación de beneficios.

Well onTarget

El sitio web de Well onTarget y la aplicación móvil AlwaysOn® le ayudarán a alcanzar sus objetivos de bienestar y controlar sus condiciones de salud, todo en un solo lugar.

Con Well onTarget, puede hacer lo siguiente:

- completar una Evaluación de salud en línea y recibir recomendaciones personalizadas para su salud;
- obtener orientación personalizada por teléfono o por mensajes seguros en línea;
- obtener ayuda para perder peso, mejorar la presión arterial y dejar de fumar;
- conectar sus dispositivos de acondicionamiento físico y aplicaciones de nutrición o utilice los monitores integrados del portal para mantenerse saludable.

Blue Points

¡Obtenga puntos por estar saludable y canjéelos por tarjetas de regalo cuando esté listo para darse un gusto!

Para ganar puntos, usted puede hacer lo siguiente:

- completar una Evaluación de salud dos veces al año;
- conectar un dispositivo de acondicionamiento físico;
- completar un programa autodirigido de bienestar en línea;
- trabajar con un promotor de salud;
- hacer ejercicio.

Programa de acondicionamiento físico

Tome control de sus objetivos de salud e inscríbese en el programa de acondicionamiento físico. Con membresías económicas sin contrato, puede ir a cualquier gimnasio en la red nacional. Cuenta con cinco planes diferentes para elegir, que incluyen una opción virtual por solo \$10 al mes.

Para acceder a BAM, visite www.bcbstx.com/trshmo (en inglés) y haga clic en **Iniciar sesión** (Log in) en la esquina superior derecha de la página.

Programa de descuentos Blue365®

Blue365 es gratis y ofrece descuentos de primera calidad en salud y bienestar.

Algunas de las ofertas incluyen las siguientes marcas y servicios:

- Fitbit®;
- Sun Basket | Nutrisystem®;
- Reebok | SKECHERS®;
- eMindful.

Inscríbase en www.blue365deals.com/es/bcbstx para recibir las ofertas destacadas de la semana por correo electrónico.

Ovia Health

Ya sea que esté embarazada, planea embarazarse o si ya tiene hijos, usted podrá acceder a las herramientas y recursos que necesite. Las aplicaciones de Ovia Health incluyen herramientas de monitoreo, videos, consejos, orientación y más. Puede descargar las aplicaciones de **Ovia**, **Ovia Pregnancy** y **Ovia Parenting** de Apple App Store y Google Play Store.

Teladoc Health®

Aprenda a manejar mejor la diabetes con el apoyo de un promotor de salud.

Este programa de salud digital incluye lo siguiente:

- medición del nivel de azúcar en la sangre;
- resultados de pruebas, junto con gráficos e información, desde la aplicación móvil y el sitio web;
- tiras y lancetas ilimitadas sin costo enviadas a la puerta de su casa.

Omada®

Reduzca el riesgo de diabetes y haga cambios en el estilo de vida.

Este programa de salud digital incluye lo siguiente:

- acceso a un promotor de salud;
- una báscula inalámbrica;
- sesiones en línea semanales;
- apoyo en tiempo real de otros participantes.

Hinge Health

Encuentre alivio para el dolor crónico de espalda, hombro, cuello, cadera o rodilla.

Este programa de salud digital incluye lo siguiente:

- un sensor portátil conectado a una aplicación para que reciba terapia de ejercicios personalizada;
- apoyo ilimitado y personalizado de un *coach*.

Wondr Health™

Aprenda que no se trata de lo que come, sino de cuándo y cómo come. Wondr se enfoca en ayudarlo a crear nuevas habilidades para que tenga una relación saludable con la comida y la actividad física.

Este programa de salud digital incluye lo siguiente:

- un panel de control en línea y una aplicación móvil;
- una comunidad social;
- apoyo de un *coach*.

Para obtener más información y acceder a estos programas increíbles, visite www.bcbstx.com/trshmo (en inglés). También puede llamar al **1-888-378-1633**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Para obtener más información y acceder a estos programas increíbles, visite www.bcbstx.com/trshmo (en inglés). También puede llamar al **1-888-378-1633**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

¿SABE A DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA?

Usted elige dónde recibir atención médica que no sea de emergencia. Saber a dónde ir para recibir la atención médica que necesita puede ahorrarle tiempo y dinero. Además, cuando consulte a proveedores de servicios médicos dentro de la red, usted podría pagar menos.

Si no tiene una emergencia médica, acuda a estos lugares en lugar de a la sala de emergencias.



Su PCP

\$

Programe una cita para lo siguiente:

- consultas anuales de bienestar (sin costo adicional);
- exámenes de rutina (sin costo adicional);
- lesiones y enfermedades menores.



Consultas virtuales de TRS Virtual Health

\$

Dispone de médicos certificados por la junta médica a través de Teladoc y RediMD que le ofrecen una opción conveniente para recibir atención las 24 horas del día, los siete días de la semana, desde su computadora, tableta o teléfono. Pueden tratar muchas condiciones de salud como las siguientes:

- alergias;
- asma;
- fiebre, resfriado y gripe;
- sarpullido.



Clínicas de salud en comercios locales

\$\$

Cuando no pueda ir con su PCP, las clínicas sin cita previa están disponibles en varios comercios locales y le ofrecen opciones de tratamiento a un precio más bajo. Muchos de los locales cuentan con un asistente médico (*physical assistant*) o un practicante de enfermería (*nurse practitioner*) quienes pueden tratar lo siguiente:

- alergias y resfriados;
- infecciones de oído;
- heridas y raspones menores;
- sarpullido.



Centro de atención médica inmediata/urgente

\$\$\$

Acuda a un centro de atención médica inmediata/urgente cuando no sea una emergencia, pero aún necesita atención médica inmediata/urgente. Tienen horarios convenientes y cuestan menos que las salas de emergencias. Pueden brindarle tratamiento para lo siguiente:

- heridas que necesitan puntos de sutura;
- quemaduras menores;
- enfermedades menores;
- torceduras.



Sala de emergencias

\$\$\$\$

En caso de una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para lo siguiente:

- huesos fracturados;
- dolor en el pecho;
- ataque al corazón;
- sangrado abundante;
- dolor repentino o intenso;
- problemas para respirar.

Acudir a la sala de emergencias por una verdadera emergencia, le ayudará a mantener sus costos de bolsillo más bajos. Si tiene una condición de salud grave o que pone en riesgo su vida, debe acudir a la sala de emergencias más cercana o llamar al **911**.

Cuando utiliza laboratorios, centros de diagnóstico por imágenes y centros quirúrgicos que están dentro de la red, puede obtener la misma atención de calidad que recibiría en los hospitales y en el consultorio de su médico a un precio más económico.

Laboratorios independientes

Seleccione un laboratorio independiente dentro de la red para hacerse análisis de laboratorio de rutina y análisis de sangre completos.

Las pruebas de laboratorio hechas en un hospital dentro de la red pueden costar casi cinco veces más que en un laboratorio independiente. Un laboratorio u hospital fuera de la red costará aún más.

Laboratorio dentro de la red:

Hospital dentro de la red:

Laboratorio/hospital fuera de la red:

Centro de diagnóstico por imágenes

Tiene opciones para radiografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. Un centro de diagnóstico por imágenes dentro de la red puede ahorrarle dinero.

Un estudio demostró que una resonancia magnética realizada en un hospital dentro de la red es casi tres veces más costosa que la misma prueba realizada en una clínica de diagnóstico por imágenes independiente, y casi cinco veces más costosa en un centro de diagnóstico por imágenes u hospital fuera de la red.

Centro de diagnóstico por imágenes dentro de la red:

Hospital dentro de la red:

Centro/hospital de diagnóstico por imágenes fuera de la red:

Centros quirúrgicos

Puede pensar en la cirugía como algo que solo ocurre en un hospital, pero los centros quirúrgicos externos ofrecen la misma atención de calidad a un precio más bajo.

La cirugía realizada en un hospital dentro de la red puede costar casi tres veces más que en un centro quirúrgico por el mismo procedimiento y casi siete veces más en un hospital fuera de la red.

Centro quirúrgico dentro de la red:

Hospital dentro de la red:

Hospital/Centro quirúrgico fuera de la red:

Centros de atención médica inmediata/urgente o salas de emergencias independientes

Puede ser difícil diferenciar un centro de atención médica inmediata/urgente de una sala de emergencias independiente. Las salas de emergencias independientes parecen centros de atención médica inmediata/urgente y tratan la mayoría de las lesiones graves, excepto los traumatismos, pero los costos son más altos. A diferencia de los centros de atención médica inmediata/urgente, las salas de emergencias independientes usualmente están fuera de la red y pueden cobrar a los pacientes hasta 10 veces más por los mismos servicios. A continuación, le indicamos cómo saber si se encuentra en una sala de emergencias independiente.

Salas de emergencias independientes:

- parecen centros de atención médica inmediata/urgente, pero tienen la palabra “Emergency” o “ER” en el nombre o en el edificio;
- están abiertas las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- no están conectados a un hospital ni pueden estar afiliados a él;
- están sujetas a un costo compartido de la sala de emergencias, lo que podría incluir un copago, un coseguro y un deducible aplicable.

¿Necesita ayuda para saber dónde recibir atención médica?

Llame a un PHG al **1-866-355-5999** o a la línea de enfermería telefónica 24/7 Nurseline al **1-833-968-1770**. También puede visitar espanol.bcbstx.com/trsactivecare/doctors-and-hospitals/where-to-go-for-care. Si necesita atención médica de emergencia, llame al **911** o solicite la ayuda de un médico o en un hospital de inmediato.

La información proporcionada no pretende sustituir el asesoramiento médico ni sustituir la opinión médica individual de un médico u otro profesional de la salud. Consulte a su médico para recibir consejos sobre su salud. La cobertura puede variar dependiendo de los beneficios específicos de su plan de cobertura y si acude proveedores de servicios médicos dentro de la red. Si tiene preguntas, comuníquese con un guía personal de la salud al 1-866-355-5999. Esta información es solo una guía general sobre los servicios que podrían estar a su disposición.



INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

¿Quién puede inscribirse en el plan TRS-ActiveCare?

Usted

Para ser elegible para el plan TRS-ActiveCare, una persona:

- debe ser (i) un participante actualmente empleado por un empleador participante que también es elegible para una membresía de pensión de TRS o (ii) una persona que actualmente trabaja para un empleador participante durante 10 o más horas programadas regularmente cada semana, en un puesto que no es elegible para la membresía de pensión de TRS; y
- **no** debe estar recibiendo cobertura de atención médica como empleado o jubilado en (i) Texas State College conforme a la ley de beneficios de seguro uniforme para empleados universitarios (University Employees Uniform Insurance Benefits Act), por ejemplo, la cobertura ofrecida por el Sistema de la Universidad de Texas o el Sistema Universitario de Texas A&M; (ii) conforme a la ley de beneficios de cobertura uniforme para empleados de Texas (Texas Employees Uniform Group Insurance Benefits Act), como la cobertura ofrecida por ERS; o (iii) TRS-Care.

Aunque un jubilado, un empleado de educación superior o un empleado estatal pueden no tener cobertura como **empleado** de un empleador participante, es posible que puedan tener cobertura como **dependiente** de un empleado elegible. Los empleados que tienen cobertura como dependientes por un empleador de educación superior o un programa estatal también podrían tener cobertura a través de TRS-ActiveCare como un empleado.

Aviso: Conforme a la Sección 22.004 del Código de Educación de Texas y las reglas de TRS, un empleado que participa en TRS-ActiveCare tiene derecho a continuar participando si renuncia después del fin del año escolar y, si en la fecha efectiva de la renuncia está al día con TRS-ActiveCare. TRS-ActiveCare aplicará la Regla TRS 41.38 del Código Administrativo de Texas para determinar cuándo terminará la cobertura TRS-ActiveCare. Esto es importante para la planificación de la jubilación y para determinar cuándo comienza la cobertura TRS-ActiveCare. Hable con su empleador sobre sus opciones de cobertura médica para cuando decida jubilarse.

Medicare como pagador secundario para jubilados que regresan a trabajar

Desde el 1 de septiembre de 2022, la **ley de Medicare como pagador secundario** (Medicare Secondary Payer Law) les permite a los jubilados de TRS-Care que son elegibles para Medicare inscribirse en TRS-ActiveCare si regresan a trabajar para un empleador que ofrece una cobertura TRS. Si usted es un jubilado que regresa a trabajar, tiene un plan TRS-Care y es elegible para Medicare, usted podría inscribirse en TRS-ActiveCare si regresa a trabajar para un empleador de TRS y cumple 10 horas o más por semana. Obtenga más información en los Certificados de beneficios y servicios médicos de TRS-ActiveCare en espanol.bcbstx.com/trsactivecare/coverage.

Sus dependientes elegibles

Usted puede cubrir a sus dependientes elegibles, incluyendo:

- Su cónyuge, incluido un cónyuge por ley común (un cónyuge por ley común no se considera elegible a menos que una declaración de matrimonio informal esté archivada en una agencia gubernamental autorizada).
- Un hijo menor de 26 años que:
 - sea un hijo biológico;
 - sea un hijo adoptivo o un hijo que se encuentre en adopción de forma legal;
 - sea un hijastro;
 - sea un niño en adopción temporal;
 - sea un niño bajo su tutela legal.
- Un nieto menor de 26 años que vive en su hogar y es su dependiente para la declaración de impuestos federales sobre ingresos en el año en que su plan de cobertura está vigente.*
- Cualquier “otro dependiente” menor de 26 años que tenga una relación regular de padre-hijo con usted (que no sea alguna que ya se haya mencionado anteriormente) y que cumpla con todos estos requisitos:
 - la residencia principal del niño es su hogar;
 - usted ofrece al menos el 50% de la manutención del niño;
 - ninguno de los padres biológicos del niño vive en su hogar;
 - usted tiene el derecho legal de tomar decisiones sobre la atención médica del niño.**
- Su hijo mayor de 26 años que:
 - tiene una discapacidad mental o física;
 - depende de usted de manera regular, según lo determina TRS;
 - cumple otros requisitos, según lo determina TRS.

Para agregar a un hijo que tiene una discapacidad mental o física, usted y el médico de su hijo deben completar el *Formulario de autorización para beneficiario discapacitado* (Disable Dependent Authorization Form) para brindar suficiente evidencia de la discapacidad y dependencia. Debe enviar los formularios en un plazo máximo de 31 días después de la fecha en que su hijo cumpla los 26 años o después de la fecha del evento. Para evitar interrupciones en la cobertura, los formularios deben entregarse y aprobarse antes de que finalice el mes del cumpleaños 26 de su hijo o después de la fecha del evento. El formulario se encuentra en espanol.bcbstx.com/trsactivecare

Un dependiente **no** incluye a su hermano o hermana, a menos que sean **menores** de 26 años y se encuentren en alguna de estas dos situaciones:

- estén bajo su tutela legal; o
- tengan una relación regular de padre-hijo con usted, según lo define la categoría “cualquier otro hijo”.

Sus padres y abuelos **no** son dependientes elegibles.

Aviso: Es ilegal elegir cobertura para una persona que no es elegible. Las violaciones de la ley pueden resultar en el enjuiciamiento y la expulsión del programa TRS-ActiveCare por hasta cinco años.

¿Qué es CHIP y está disponible para mi familia?

El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) proporciona un seguro médico para niños de bajo costo. Para informarse si su familia califica y para obtener una solicitud, llame a CHIP al **1-800-647-6558** o al **211**, o visite www.texaschildrenshealthplan.org/es.

Aviso: Un niño no puede recibir cobertura de TRS-ActiveCare y CHIP al mismo tiempo.

* Con el propósito de la elegibilidad de TRS-ActiveCare para dependientes, un nieto no se considera un hijo.

** Este requisito no aplica a dependientes mayores de 18 años.



Monday
1. Josenauld
2. Ezekiel
3. Christopher
4. Cashaura
5. Kayla
6. Nykai
Thursday
19. Shama
20. Isaiah
21. Orlando
22. Kaylan
23. Ade
24. ...

Tuesday
7. Brandon
8. Akilo
9. Adreke
10. Jaylen
11. Kimora
12. David
Friday
25. ...

Wednesday
14. ...
15. Jada
16. Emari
17. Abdul
18. Maniah

1-2
2+2=4
3+3=6
4+4=8
5+5=10
6+6=12
7+7=14
8+8=16
9+9=18
10+10=20

5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Amiles	Verhan	...
3	3	
	4	
	4	
	4	
	5	
	6	

Features



INSCRIPCIÓN EN EL PLAN TRS-ACTIVECARE

Las fechas de inscripción anual varían. Consulte con su empleador.

Cómo inscribirse

Recuerde, su elección de plan de cobertura del 2024-2025 se trasladará al año del plan de cobertura 2025-2026.

Usted no tiene que inscribirse para la cobertura este año, A MENOS que:

- es elegible para recibir cobertura por primera vez;
- está cambiando de plan de cobertura;
- está por agregar o quitar dependientes para el próximo año del plan de cobertura;
- quiera negar la cobertura para el período 2025-2026.

Si se inscribe en el plan TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ y no elige a un PCP, nosotros le asignaremos uno.

Si se inscribió en el plan TRS-ActiveCare Primary o TRS-ActiveCare Primary+ el año pasado y no lo cambió este año, seguirá teniendo el mismo PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Consulte las páginas 13 a la 15 para obtener instrucciones sobre cómo cambiar su PCP.

El portal de inscripción Self-Service bswift®*

Si esta opción está disponible para usted, su empleador le brindará instrucciones para iniciar la sesión y usar el sistema. Si tiene cobertura actualmente, su dirección, sus dependientes, su plan de cobertura y el tipo de cobertura ya están incluidos. Puede modificar su dirección, a sus dependientes, así como al plan de cobertura. También puede imprimir una confirmación de su inscripción una vez que termine.

Algunos empleadores pueden ofrecer la inscripción electrónica por medio de un portal web que no sea bswift. Consulte a su administrador de beneficios para saber más información. Guarde una copia de la confirmación de cobertura que reciba del otro sistema de inscripción.

El formulario de inscripción, cambio y negación

Use este formulario para inscribirse, cambiar o negar la cobertura. Su administrador de beneficios puede brindárselo o también está disponible en espanol.bcbstx.com/trsactivecare. Para completar el formulario en línea, siga estos pasos:

- Visite espanol.bcbstx.com/trsactivecare y haga clic en **Herramientas y recursos** que se encuentra en la parte superior de la página principal.
- Seleccione la pestaña **Formularios para Descargar**.
- Haga clic en el Formulario **de inscripción, cambio y negación**.
- Complete el formulario con su información y brinde toda la información que se solicita.
- Imprima el formulario.
- Firme, incluya la fecha y entréguele el formulario a su administrador de beneficios durante el período de inscripción.

* Es posible que esto no se aplique a los empleadores que cuentan con administradores de terceros.

Inscribirse en TRS-ActiveCare por primera vez

Deberá inscribirse en línea a través de bswift u otro portal web electrónico de su empleador o utilizando el *Formulario de inscripción, cambio y negación* como se indica en esta guía. Haga esto antes de las siguientes fechas:

- antes de que finalice el período anual de inscripción; o
- 31 días calendario después de su fecha de inicio en el trabajo; o
- 31 días calendario después de que tenga un evento especial de inscripción. Los recién nacidos también deben inscribirse dentro de los 31 días a partir de su nacimiento, sin importar el tipo de cobertura.

Nuevos empleados

Usted tiene 31 días después de su primer día de trabajo para elegir una cobertura médica a través de TRS-ActiveCare. Puede elegir la fecha de inicio en el trabajo (la fecha en la que comenzó a trabajar) o el primer día del mes siguiente a su fecha de inicio en el trabajo como su fecha efectiva de la cobertura.

Si elige la fecha en que inició a trabajar, deberá pagar el monto total de la prima por el mes. Las primas no se pagan proporcionalmente.



CONTACTOS Y RECURSOS

Guía personal de la salud

1-866-355-5999

espanol.bcbstx.com/trsactivecare

Express Scripts

1-844-367-6108

www.express-scripts.com/es/trsactivecare

Teladoc

1-855-Teladoc (1-855-835-2362)

www.teladoc.com/trsactivecare

RediMD

1-855-942-4900

www.redimd.com/trsactivecare

AVISOS IMPORTANTES

Resumen de beneficios y cobertura

La Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que todas las aseguradoras y planes de cobertura médica grupales proporcionen el Resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés) a los asegurados. El SBC describe las características principales del plan de cobertura, los beneficios y la cobertura, y ofrece un glosario de los términos de la cobertura de atención médica.

Para ver el SBC de su plan, visite el sitio web o llame al número que aparece a continuación.

TRS-ActiveCare Primary TRS-ActiveCare Primary+ Plan TRS-ActiveCare HD TRS-ActiveCare 2	espanol.bcbstx.com/ trsactivecare	1-866-355-5999
Blue Essentials - West Texas HMO	www.bcbstx.com/trshmo	1-888-378-1633
Blue Essentials - South Texas HMO	www.bcbstx.com/trshmo	1-888-378-1633

Para ver el glosario de términos, ingrese a www.tinyurl.com/5ym6kb6s (en inglés).

Aviso inicial sobre los derechos del Período especial de inscripción

En su plan de cobertura médica grupal, una ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPPA, en inglés) requiere que le notifiquemos sobre una disposición muy importante en el programa. Usted tiene el derecho a inscribirse en el programa bajo las “disposiciones especiales de inscripción” si (i) tiene un nuevo dependiente o si (ii) usted niega la cobertura bajo este programa para usted o un dependiente elegible mientras otra cobertura está vigente y después, pierde esa otra cobertura debido a ciertos motivos que lo hacen elegible.

Disposiciones especiales de inscripción

Pérdida de otras coberturas (excepto Medicaid o CHIP del estado). Si niega la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud grupal o plan de cobertura médica grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si se muda fuera de un área de servicio HMO o el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe inscribirse y BCBSTX debe recibir su solicitud dentro de los 31 días después de que termine la cobertura para usted o sus dependientes (o se muda fuera del área de servicio HMO de la cobertura anterior o después de que el empleador deje de contribuir a su otra cobertura, incluidas las primas pagadas por el empleador y la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [COBRA, en inglés]).

Pérdida de cobertura para Medicaid o CHIP del estado. Si niega la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo el Programa de Seguro Médico para Niños de Texas esté vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, usted debe inscribirse y BCBSTX debe recibir su solicitud dentro de los 60 días después de que termine la cobertura para usted o sus dependientes bajo Medicaid o CHIP del estado.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa. Sin embargo, usted debe inscribirse y BCBSTX debe recibir su solicitud dentro de los 31 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.

Elegibilidad para la asistencia estatal con la prima para asegurados de Medicaid o CHIP del estado

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medicaid ofrecido por el estado o por medio de CHIP del estado con respecto a la cobertura de este programa, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este programa. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción, y BCBSTX debe recibir su solicitud dentro de los 60 días después de la determinación de la elegibilidad para dicha asistencia para usted o sus dependientes.

Información adicional

Para solicitar una inscripción durante el Período especial u obtener más información, llame al número de teléfono o visite el sitio web de su plan de cobertura que se menciona en la página 56.

Beneficiarios de Medicare y Medicare de la Parte D

A partir del 1 de enero de 2006, un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare llamado Medicare Parte D ha proporcionado y continúa proporcionando beneficios de Medicare para los medicamentos recetados a beneficiarios de Medicare que se inscriben en la Parte D. Medicare de la Parte D es un beneficio opcional disponible solo para personas que tengan Medicare Parte A, Parte B o ambas. La cobertura de TRS-ActiveCare no se verá afectada por inscribirse en la Parte D de Medicare para estas personas. Es decir, TRS-ActiveCare continuará siendo su cobertura principal; la Parte D de Medicare será la secundaria. Sin embargo, el plan TRS-ActiveCare que tiene puede influir en su decisión de inscribirse en la Parte D de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid administran Medicare. Puede encontrar un enlace del sitio web en la página de TRS-ActiveCare en: www.trs.texas.gov. Si usted o su dependiente tienen una cobertura de TRS-ActiveCare y tienen al menos 65 años, obtendrán más información sobre la Parte D de Medicare de TRS (si tiene cobertura a través de los planes TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+, TRS-ActiveCare HD o TRS-ActiveCare 2) o de su cobertura HMO antes de que finalice el año calendario.

Información para las personas elegibles para Medicare y las que serán elegibles este año del plan de cobertura:

- TRS-ActiveCare Primary, TRS-ActiveCare Primary+, TRS-ActiveCare HD o TRS-ActiveCare 2 son coberturas válidas para los fines de la Parte D de Medicare según las leyes actuales de Medicare.
- Cada HMO determinó que la cobertura que ofrecen es una cobertura válida para los fines de la Parte D de Medicare según las leyes actuales de Medicare.
- Pueden encontrar avisos de divulgación sobre coberturas válidas en www.cms.hhs.gov/creditablecoverage.
- Si tiene preguntas sobre la Parte D de Medicare, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Aviso de prácticas de privacidad de Teacher Retirement System of Texas

Teacher Retirement System of Texas administra los beneficios de salud de su plan de cobertura y su pensión conforme a la ley federal y estatal de Texas. Este aviso es requerido por las regulaciones de privacidad basadas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, según las enmiendas de la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act) de 2009.

Este aviso describe cómo su información de salud puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información. Revise este aviso cuidadosamente. Este aviso también establece las obligaciones legales de TRS con respecto a su información de salud. Además, este aviso describe sus derechos para controlar su información de salud.

La ley federal requiere que TRS mantenga y proteja la privacidad de su información de salud. Su información de salud protegida es información de salud que le identifica individualmente, e incluye información genética e información demográfica, que se obtiene de usted o creada o recibida por TRS que se relaciona con:

- su condición física o de salud mental, ya sea en el pasado, presente o futuro;
- la atención médica que recibe; o
- los pagos, ya sean pasados, presentes o futuros, por atención médica proporcionada.

La información de salud protegida que no está segura es información de salud protegida que no está asegurada utilizando una tecnología o metodología que hace que la información de salud protegida sea inutilizable, ilegible o indescifrable.

La fecha de comienzo de este aviso fue el 14 de abril de 2003, y se modificó el 1 de septiembre de 2020. La ley de Texas ya hace que su información de asegurado, incluida su información de salud protegida, sea confidencial. Por lo tanto, según la implementación original de este aviso y la implementación de este aviso según su modificación, TRS no cambió ni cambiará el modo de proteger su información. El 14 de abril de 2003 se aplicaron automáticamente los nuevos derechos y otros términos de este aviso, según se habían diseñado originalmente. Por lo tanto, se seguirán aplicando automáticamente los derechos y otros términos de este aviso según las revisiones posteriores. No tiene que hacer nada para solicitar la protección de la privacidad de su información de salud.

La ley federal requiere que TRS le proporcione este aviso el cual incluye sus prácticas de privacidad y sus obligaciones legales en cuanto a su información de salud protegida. Este aviso explica cómo, cuándo y por qué TRS usa y divulga su información de salud protegida. Por ley, TRS debe seguir las prácticas de privacidad que se describen en el aviso de privacidad más reciente.

TRS se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios serán efectivos para toda su información de salud protegida que TRS mantiene. Si TRS hace un cambio importante que afecte al contenido de este aviso, le enviará un nuevo aviso por correo postal en un plazo de 60 días a partir del día en que se hizo el cambio. Este aviso está en el sitio web de TRS, y TRS publicará cualquier aviso nuevo en su sitio web en www.trstexas.gov.

Cómo TRS puede usar y divulgar su información de salud protegida

Ciertos usos y divulgaciones no requieren su permiso por escrito. Para cualquier uso o divulgación de su información de salud protegida que se describe a continuación, TRS o los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura o administradores de beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare pueden usar y divulgar su información de salud protegida sin su permiso por escrito (una autorización).

- **Para todas las actividades que se incluyen en las definiciones de “pago”, “tratamiento” y “operaciones de atención médica” como se establece en el título 45 C.F.R., artículo 164.501, incluido lo que se indica a continuación.** Este aviso no incluye todas las actividades descritas en estas definiciones, consulte la sección 45 C.F.R., artículo 164.501 para ver una lista completa. Cuando se usa “TRS” a continuación al describir estos motivos, se tiene la intención de incluir a los auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura y administradores de beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare.

- **Para tratamiento.** TRS no es un proveedor de servicios médicos y no participa directamente en las decisiones sobre ningún tipo de tratamiento médico que usted debe recibir. TRS tampoco conserva sus expedientes médicos vigentes. Sin embargo, TRS puede divulgar su información de salud protegida con fines de tratamiento. Por ejemplo, TRS podría divulgar su información de salud protegida si su médico le pide a TRS que divulgue la información a otro médico para que lo ayude con su tratamiento.
- **Para pagos.** Hay dos ejemplos de cómo TRS podría usar o divulgar su información de salud protegida para hacer pagos. TRS podría usar o divulgar su información para preparar una factura por servicios médicos para usted u otra persona o para la compañía responsable de pagar la factura. La factura podría incluir información que lo identifica, los servicios médicos que recibió y por qué los recibió. El segundo ejemplo sería que TRS puede usar o divulgar su información de salud protegida para obtener el pago de la prima.
- **Para operaciones de atención médica.** TRS podría usar o divulgar su información de salud protegida para apoyar las funciones administrativas del plan de cobertura. TRS puede ofrecer su información de salud protegida a sus contables, abogados, asesores u otras personas que se aseguran de que TRS cumpla con las leyes aplicables. Por ejemplo, información de salud protegida podría entregarse a personas que estudian la calidad de la atención médica que recibió. Otro ejemplo de operaciones de atención médica sería que TRS usara y compartiera esta información para administrar su negocio y realizar las actividades administrativas.
- Cuando la ley federal, estatal o local, los procedimientos judiciales o administrativos o las autoridades policiales requieren el uso o la divulgación de esta información. Por ejemplo, al recibir su solicitud de beneficios de jubilación por discapacidad, TRS y los integrantes de la Junta Médica podrían usar su información de salud protegida para determinar si tiene derecho a una jubilación por discapacidad. TRS podría divulgar su información de salud protegida:
 - una agencia de aplicación de la ley penal federal o estatal que solicita la información para fines policiales;
 - a una autoridad policial con el propósito de alertarles de su fallecimiento si TRS tiene la sospecha de que su fallecimiento pudo haber sido el resultado de una conducta criminal;
 - al Procurador General de Texas para cobrar pensión de manutención de los hijos o para garantizar la cobertura médica para su hijo;
 - en respuesta a una citación si el director ejecutivo de TRS determina que tendrá una oportunidad razonable de impugnar la citación;
 - a una entidad gubernamental, un empleador o una persona que actúe en nombre del empleador hasta el punto en que TRS necesita compartir la información para realizar los negocios de TRS;
 - a la Asamblea Legislativa de Texas o a agencias del gobierno estatal o federal, incluidas, entre otros, agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, medidas disciplinarias o de licenciamiento, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales, u otras actividades. Entre las agencias de supervisión que pueden obtener esta información se incluyen agencias del gobierno que supervisan (i) el sistema de salud, (ii) los programas de beneficios del gobierno, (iii) otros programas regulatorios del gobierno y (iv) el cumplimiento con las leyes de derechos civiles;
 - a una autoridad de salud pública para los fines de prevenir o controlar enfermedades; y
 - si lo requiere la ley federal, estatal o local.
- **Para funciones específicas del gobierno.** TRS podría divulgar información de salud protegida del personal militar y veteranos del ejército en ciertas circunstancias. TRS también podría divulgar información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los EE. UU., o realizar actividades de inteligencia, o a la Asamblea Legislativa de Texas o a agencias del gobierno estatal o federal, incluidas, entre otros, agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, medidas disciplinarias o de licenciamiento, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales, u otras actividades. Entre las agencias de supervisión que pueden obtener esta información se incluyen agencias del gobierno que supervisan (i) el sistema de salud, (ii) los programas de beneficios del gobierno, (iii) otros programas regulatorios del gobierno y (iv) en cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

- **Socios de negocio.** TRS tiene contratos con personas y empresas (socios de negocio) que ayudan a TRS en su negocio de proporcionar cobertura médica y a tomar decisiones relacionadas con los beneficios de jubilación por discapacidad. Algunas de las funciones que proporcionan estas compañías son las siguientes: realizar auditorías, realizar análisis actuariales, adjudicar y pagar reclamaciones, servicio al cliente, determinación de la utilización, coordinación de beneficios, subrogación, administración de beneficios de farmacia y funciones tecnológicas. TRS podría divulgar su información de salud protegida a sus socios de negocio para que puedan realizar los servicios que TRS les ha encargado. Sin embargo, para proteger su información de salud, TRS requiere que estas empresas sigan las mismas reglas establecidas en este aviso y que notifiquen a TRS en caso de filtración de su información de salud protegida que no está segura.
- **Ejecutor testamentario o administrador.** TRS podría divulgar su información de salud protegida al ejecutor testamentario o administrador de su patrimonio.
- **Beneficios relacionados con la salud.** TRS o uno de sus socios de negocio podrían comunicarse con usted para recordarle sus citas. También podrían comunicarse con usted para darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos que pueden ser de su interés.
- **Procedimientos legales.** TRS puede divulgar su información de salud protegida: (1) en el transcurso de procedimientos judiciales o administrativos, incluidos, entre otros, una apelación por una negación de cobertura o beneficios; (2) como respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (hasta el punto en que esa divulgación esté autorizada expresamente por la ley); y (3) porque es necesario para ofrecer evidencia de un delito que se ha cometido en nuestras instalaciones.
- **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funeraria y donación de órganos.** TRS podría divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa del fallecimiento o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. TRS también podría divulgar, según esté autorizado por ley, información de salud protegida a directores de funeraria para que puedan llevar a cabo sus funciones. Además, TRS podría divulgar información de salud protegida a organizaciones que se encargan de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación.** TRS podría divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya hecho lo siguiente: (1) revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) aprobado la investigación.
- **Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Conforme a todas las leyes federales y estatales aplicables, TRS podría divulgar su información de salud protegida si cree que esa divulgación es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público en general, como divulgaciones para prevenir una enfermedad, ayudar en casos en los que se deban retirar productos del mercado, para informar de reacciones adversas a medicamentos o para informar de una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Presos.** Si está preso en una institución correccional, TRS podría divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o a un oficial de la ley para lo siguiente: (1) para que la institución le ofrezca atención médica; (2) para su salud y seguridad y la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- **Compensación por accidente laboral.** TRS podría divulgar su información de salud protegida para cumplir con las leyes de compensación por accidente laboral u otros programas similares que ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **A su representante personal.** TRS podría ofrecer su información de salud protegida a una persona que le represente o tenga su autorización, o a cualquier persona que actúa en su nombre y que usted haya indicado a TRS por escrito.
- **A una entidad de asistencia en caso de catástrofe.** TRS también podría divulgar su información de salud protegida a una entidad que le proporcione asistencia en caso de catástrofe para que su familia pueda recibir notificaciones sobre su condición, estado y su ubicación. Si usted no está presente o no puede aceptar estas divulgaciones de su información de salud protegida, TRS podría, usando nuestro criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. TRS intentará obtener su autorización personal cuando sea posible antes de realizar dichas divulgaciones.

- **Aviso anual de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer** (WHCRA, en inglés). ¿Sabía que TRS-ActiveCare, según lo requiere la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece servicios médicos relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones que resultaron de una mastectomía, incluido linfedema? Para obtener más información, comuníquese de manera gratuita con TRS-ActiveCare al **1-866-355-5999**.

Ciertos usos y divulgaciones que requieren la oportunidad de aceptar u oponer.

Bajo las siguientes circunstancias, TRS podría usar o divulgar información de salud protegida, siempre que TRS le informe por adelantado el uso o la divulgación y le proporcione la oportunidad de aceptar, prohibir o restringir el uso o la divulgación de su información de salud protegida. TRS puede informarle oralmente o por escrito y obtener su acuerdo u oposición oral o escrita para el uso o la divulgación de su información de salud protegida. TRS seguirá sus instrucciones.

- TRS puede divulgar a un miembro de la familia, u otra persona cercana o amigo personal, o a cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que (i) sea importante directamente para la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de su atención médica, o (ii) que sirva para notificar o ayudar con la notificación de su ubicación, condición general o fallecimiento.
- TRS podría usar o divulgar su información de salud protegida a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos para ayudar en iniciativas de asistencia en caso de desastre o para notificar o ayudar a notificar su ubicación, condición general o fallecimiento.

Si no puede comunicar sus preferencias a TRS, por ejemplo, porque está inconsciente, TRS podría compartir su información de salud protegida si cree que es lo mejor para usted.

Ciertas divulgaciones que se le requieren a TRS.

La siguiente es una descripción de las divulgaciones que TRS debe realizar por ley:

- **Divulgaciones a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.** Se requiere que TRS divulgue su información de salud protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando esté investigando o determinando nuestro cumplimiento con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.
- **Divulgaciones requeridas por usted.** Se requiere que TRS le divulgue a usted la mayoría de su información de salud protegida en un “conjunto de registros designado” cuando usted solicite acceso a esta información, incluida información que se mantiene electrónicamente. En general, un “conjunto de registros designado” incluye registros médicos y de facturación, así como otros registros que se utilizan para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. TRS también debe proporcionar, a petición suya, un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida. En muchos casos, su información de salud protegida estará en la posesión de un administrador del plan de cobertura o administrador de beneficios de farmacia. Si solicita información de salud protegida, TRS trabajará con el administrador o el administrador de beneficios de farmacia para proporcionarle su información de salud protegida.

Ciertos usos y divulgaciones de información genética que no pueden hacerse.

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o administradores de beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare tienen prohibido usar o divulgar información genética con propósitos de aseguramiento.

Ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida que no se realizarán.

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o administradores de beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare no llevarán a cabo los usos y divulgaciones de información de salud protegida que se indican a continuación:

- usos y divulgaciones con propósitos de comercialización;
- usos y divulgaciones que consistan en la venta de su información de salud protegida; y
- usos y divulgaciones con fines de recaudación de fondos.

Todos los demás usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito.

TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o administradores de servicios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare llevarán a cabo los siguientes usos y divulgaciones descritos a continuación solamente con permiso (una autorización) de usted por escrito:

- la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia; y
- cualquier otro uso o divulgación de información de salud protegida que no esté descrito en este aviso.

Si le concede a TRS dicha autorización, usted puede cancelar (revocar) la autorización por escrito en cualquier momento, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones de información de salud protegida que se realicen a futuro. El hecho de revocar su autorización por escrito no afectará el uso o la divulgación de su información de salud protegida que TRS y los integrantes de la Junta Médica, auditores, asesores actuariales, abogados, administradores del plan de cobertura médica o administradores de beneficios de farmacia que actúen en nombre de TRS, TRS-Care o TRS-ActiveCare ya hayan realizado, según su autorización por escrito.

Sus derechos

A continuación, le proporcionamos una descripción de sus derechos en relación con su información de salud protegida:

- **Derecho a solicitar límites para los usos y divulgaciones de su información de salud protegida.** Puede pedirle a TRS que limite los usos y divulgaciones de su información de salud protegida. TRS considerará su solicitud, pero no tiene la obligación de aceptarla. Si TRS acepta su solicitud, pondrá el acuerdo por escrito y lo respetará, a menos que usted necesite tratamiento de emergencia y la información que usted pidió que se limitara sea necesaria para su tratamiento de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que se le requieren a TRS. Si está inscrito en TRS-ActiveCare, puede solicitar una restricción por escrito a la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Texas, P. O. Box 805106, Chicago, IL 60680-4112. En su solicitud incluya lo siguiente: (1) la información cuya divulgación quiere limitar, y (2) cómo quiere limitar nuestro uso o divulgación de la información. Si está inscrito en TRS-Care, puede solicitar una restricción por escrito a la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Texas, P. O. Box 805106, Chicago, IL 60680-4112. En su solicitud incluya lo siguiente: (1) la información cuya divulgación quiere limitar, y (2) cómo quiere limitar nuestro uso o divulgación de la información. Tiene derecho a solicitar que no se divulgue su información de salud protegida a TRS si ha pagado por completo por el servicio que recibió.
- **Derecho a elegir cómo TRS le envía la información de salud protegida.** Puede solicitar que TRS le envíe la información a una dirección diferente (por ejemplo, enviar la información al trabajo en lugar de su domicilio) o por medios diferentes (por ejemplo, usando un servicio de mensajería en lugar del servicio de correo de los EE. UU.) solo si no cambiar la dirección o la forma en que TRS se comunica con usted puede ponerlo en peligro. Debe presentar esta solicitud por escrito. Debe ser específico con respecto a dónde y cómo debemos comunicarnos con usted. TRS solo tiene que aceptar su solicitud si:
 - Usted le indica claramente a TRS que enviar la información a su dirección habitual o de la manera habitual podría ponerle en peligro físico; y
 - Usted le declara a TRS una dirección alternativa específica o un medio alternativo específico para enviarle la información de salud protegida. Si le pide a TRS que se comunique con usted a una dirección de correo electrónico, TRS no le enviará la información de salud protegida por correo electrónico, a menos que sea posible codificar la información de salud protegida.

- **Derecho de ver y obtener copias de su información de salud protegida.** Puede ver u obtener copias de su información de salud protegida que TRS tiene o que un socio comercial tiene en nombre de TRS. Debe presentar esta solicitud por escrito. Si su información de salud protegida no está archivada en TRS y TRS sabe dónde se mantiene la información, TRS le dirá dónde puede ver y obtener copias de su información. No puede inspeccionar ni copiar las notas de psicoterapia ni otra información que pueda estar contenida en un conjunto de expedientes designado que esté en posesión de TRS o de un socio comercial de TRS. Si usted solicita copias de su información de salud protegida, TRS puede cobrarle una tarifa por cada página copiada, por el trabajo relacionado con recopilar y copiar la información, y por los gastos de envío si solicita que le envíen las copias por correo. En lugar de proporcionarle la información de salud protegida que solicita, TRS podría ofrecerle un resumen o una explicación de la información, pero solo si usted acepta lo siguiente por adelantado:
 - recibir un resumen o una explicación en lugar de la información de salud protegida detallada; y
 - pagar el costo de preparar el resumen o la explicación.

La tarifa por el resumen o la explicación será adicional a cualquier tarifa por el copiado, el trabajo y los costos de envío que pueda requerir TRS. Si las tarifas superarán los \$40, TRS se lo comunicará por adelantado. Puede retirar o cambiar su solicitud en cualquier momento. TRS podría negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a su información de salud protegida, puede solicitar que se revise la negación, TRS elegirá a un profesional de la salud con licencia para revisar su solicitud y la negación. La persona que realice esta revisión no será la misma que negó su solicitud inicial. Bajo ciertas circunstancias, no se podrá revisar la negación. Si así sucede, TRS le informará de la negación que la decisión no es revisable.

- **El derecho a obtener una lista de los usos y las divulgaciones de TRS de su información de salud protegida.** Usted tiene el derecho a obtener una lista de los usos y las divulgaciones de TRS de su información de salud protegida. Por ley, TRS no está obligado a crear una lista que incluya usos o divulgaciones:
 - para llevar a cabo su tratamiento, el pago u operaciones de atención médica;
 - para usted o su representante personal;
 - porque usted dio su permiso;
 - para fines de seguridad o inteligencia nacional;
 - para personal correccional o policial; o
 - por haberla realizado antes de tres (3) años antes de la fecha de su solicitud, pero en ningún caso realizado antes del 14 de abril de 2003.
- TRS responderá a su solicitud en un plazo de 60 días después de recibirla. TRS puede extender este plazo una vez por 30 días adicionales. Si TRS extiende su tiempo de respuesta, TRS le informará por escrito los motivos del retraso y la fecha en la que TRS proporcionará la lista. La lista incluirá lo siguiente:
 - la fecha de la divulgación o el uso;
 - la persona o entidad que recibió la información de salud protegida;
 - una descripción corta de la información divulgada; y
 - por qué TRS divulgó o usó la información.
- Si TRS divulgó su información de salud protegida porque usted le dio permiso por escrito para hacerlo, en lugar de decirle por qué TRS divulgó la información, TRS le dará una copia de su permiso por escrito. Puede obtener una lista de divulgaciones de forma gratuita cada 12 meses. Si solicita más de una lista durante un período de 12 meses, TRS puede cobrarle por preparar la lista, incluidos cargos por la copia, el trabajo y los gastos de envío para procesar y enviar por correo cada lista adicional. Estas tarifas serán las mismas que las permitidas conforme a la Ley de Información Pública de Texas. TRS le informará por adelantado las tarifas que cobrará. Puede retirar o cambiar su solicitud en cualquier momento.

- **Derecho a corregir o actualizar su información de salud protegida.** Si cree que hay un error en su información de salud protegida o que falta una parte importante de su información de salud protegida, puede pedir a TRS que corrija o añada la información. Debe solicitar por escrito la corrección o que desea añadir información. La carta debe indicarle a TRS lo que cree que es incorrecto y por qué. TRS responderá a su solicitud dentro de los 60 días después de recibirla. TRS puede extender este plazo una vez por 30 días adicionales. Si TRS extiende su tiempo de respuesta, TRS debe informarle por escrito los motivos del retraso y la fecha en la que responderá. Debido a la tecnología que se usa para almacenar la información y las leyes que requieren que TRS retenga la información en su texto original, es posible que TRS no pueda cambiar o borrar información, incluso si es incorrecta. Si TRS decide corregir o añadir información, añadirá la información adicional a sus expedientes y notará que la nueva información reemplaza a la información anterior. La información anterior puede permanecer en su expediente. TRS le informará que la información ha sido añadida o corregida. TRS también informará a los socios de negocio que necesitan saber sobre el cambio en su información de salud protegida. TRS negará su solicitud si no la hizo por escrito o si no hay un motivo que explique por qué la información es incorrecta o está incompleta. También negará su solicitud si la información de salud protegida:

- es correcta y está completa;
- no fue creada por TRS; o
- no forma parte de los registros de TRS;

TRS le enviará la negación por escrito. La negación indicará por qué se negó su solicitud y explicará su derecho a enviar una declaración por escrito a TRS indicando por qué no está de acuerdo con la negación de TRS. La negación de TRS también le informará cómo presentar una queja ante TRS o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si envía a TRS una declaración por escrito de por qué no está de acuerdo con la negación, TRS puede presentar una respuesta por escrito a su declaración. TRS le entregará una copia de todas las respuestas. Si presenta una declaración escrita en desacuerdo con la negación, TRS debe incluir su solicitud de enmienda, la negación, su declaración escrita de desacuerdo y cualquier respuesta cuando TRS divulgue la información de salud protegida que usted pidió que se cambiara; o TRS puede elegir proporcionar un resumen de esa información con una divulgación de información de salud protegida que usted pidió que cambiaran. Incluso si no envía a TRS una declaración por escrito explicando por qué no está de acuerdo con la negación, puede pedir que su solicitud y la negación de TRS se adjunten a todas las divulgaciones futuras de la información de salud protegida que usted deseaba cambiar.

- **Derecho a recibir un aviso sobre la filtración de la información de salud protegida que no está segura.** Usted tiene derecho a recibir un aviso y TRS tiene la obligación de avisarle si se produce una filtración de su información de salud protegida que no está segura. Una filtración de información significa la adquisición, el acceso a, el uso o la divulgación de su información de salud protegida que no está segura de una manera no permitida conforme a HIPAA y que compromete la seguridad o privacidad de su información de salud protegida. Si esto sucede, le proporcionarán información sobre la filtración de información y sobre cómo puede mitigar los daños producidos a causa de ello.
- **Derecho a recibir este aviso.** Puede obtener una copia en papel de este aviso si así lo solicita.
- **El derecho a presentar una queja.** Si piensa que TRS ha incumplido con sus derechos de privacidad con respecto a su información de salud protegida, puede presentar una queja por escrito ante el oficial de privacidad de TRS enviando su queja por correo a la siguiente dirección:

Privacy Officer

Teacher Retirement System of Texas
P. O. Box 149676
Austin, Texas 78714

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

También puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

Region VI, U.S. Department of Health & Human Services

Regional Manager, Office for Civil Rights
1301 Young Street, Suite 106
Dallas, Texas 75202
O por correo electrónico a OCRmail@hhs.gov

Las quejas que se presenten directamente a la Secretaría deben cumplir con lo siguiente: (1) estar por escrito; (2) incluir el nombre de la entidad ante la que presenta la queja; (3) describir los problemas importantes; y (4) presentarse dentro de los 180 días después del momento en el que usted se dio cuenta o debería haberse dado cuenta del problema.

Por último, puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

Texas Office of the Attorney General

P. O. Box 12548
Austin, Texas, 78711-2548
1-800-806-2092

TRS no le penalizará ni tomará represalias de ninguna otra manera contra usted si presenta una queja.

Más información

Comuníquese por escrito con el oficial de privacidad a la siguiente dirección si tiene preguntas sobre las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y sobre cómo presentar una queja.

Privacy Officer

Teacher Retirement System of Texas
P. O. Box 149676
Austin, Texas 78714

Si desea más información sobre este aviso o cómo ejercer sus derechos, comuníquese con el Centro de asesoramiento telefónico de TRS al **1-800-223-8778**. Para personas con problemas de audición: marque Relay Texas **711**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Teacher Retirement System of Texas cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina ni excluye por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. TRS ofrece asistencia y servicios gratuitos, como: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros), intérpretes calificados (incluidos intérpretes de lenguaje de señas) e información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que en TRS no le proporcionaron estos servicios o si discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico:

CORREO POSTAL: Section 1557 Coordinator, P. O. Box 149676
Austin, Texas 78714

FAX: 1-512-542-6575

CORREO

ELECTRÓNICO: **section1557coordinator@trs.texas.gov**

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en línea, por correo postal o teléfono:

EN LÍNEA: **www.ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

CORREO POSTAL: U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW, Room 509F,
HHH Building,
Washington, D.C. 20201

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

COSTO DE LA COBERTURA

Su costo mensual para la cobertura TRS-ActiveCare está determinado por los fondos estatales y la contribución del empleador, así como por su elección de plan de cobertura médica.

TRS trabaja para establecer primas totales competitivas para pagar por las reclamaciones de atención médica. Cada distrito escolar determina su contribución. Durante la inscripción anual, verifique con su empleador o el administrador de beneficios para determinar cuánto pagará.

Los empleadores escolares combinan fondos con fondos estatales para contribuir con al menos \$225 por empleado, por mes, para las primas. Muchos empleadores contribuyen aún más.

Agrupación y división de fondos

Los empleados que estén casados y sean activos contribuyentes de TRS pueden “combinar” o dividir los fondos de su empleador local y los fondos estatales. Los administradores de beneficios pueden brindarle información a los empleados casados sobre la agrupación y división.

La versión en papel del formulario de solicitud para dividir la prima (*Application to Split Premium*) ya no está disponible. Cada empleado debe completar el formulario en línea con la ayuda del administrador de beneficios y enviarlo durante el período anual de inscripción cada año del plan de cobertura.

Necesita saber lo siguiente: Muchos empleadores contribuyen más del requisito mínimo de \$225 por empleado, por mes. Consulte a su administrador de beneficios para conocer cuánto contribuye su empleador.

Cómo calcular la prima mensual

Prima mensual total



Contribuciones de su empleador y contribuciones estatales



Su prima

Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc, Inc., y queda prohibido su uso sin autorización por escrito. Teladoc se ofrece a los asegurados de TRS-ActiveCare y a los asegurados con planes de cobertura administrados por TRS-ActiveCare. Teladoc y los médicos de Teladoc son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de TRS-ActiveCare ni de los planes de cobertura administrados por TRS-ActiveCare. Teladoc no está disponible en todos los estados. Los servicios que ofrece Teladoc no reemplazan la atención de su médico de atención primaria (PCP, en inglés). Teladoc no garantiza la expedición de recetas médicas. Teladoc opera sujeto a normas estatales y podría no estar disponible en ciertos estados. Teladoc no receta sustancias controladas por la Administración para el Control de Drogas (DEA, en inglés), medicamentos no terapéuticos y otros medicamentos que podrían ser dañinos por su potencial de abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho de negar atención por posible uso indebido de los servicios.

Las consultas virtuales y telefónicas son realizadas con un software exclusivo cuya propiedad y administración corresponden a RediMD. Es importante verificar y comprender los términos y condiciones de su plan de cobertura médica. Pueden aplicarse términos y condiciones basados en el diseño del plan de cobertura con limitaciones y exclusiones. Los servicios virtuales y telefónicos prestados no reemplazan a su plan de cobertura médica ni tienen el propósito de distribuir productos farmacéuticos ni de administrar recetas. RediMD se reserva el derecho exclusivo de negar atención médica cuando considere que existe el riesgo de un posible uso indebido de los servicios. Una consulta virtual con RediMD no garantiza que se emitirán órdenes para recetas. A su vez, RediMD no prescribe sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos ni medicamentos que puedan ser dañinos o provocar adicción. RediMD opera en muchos estados diferentes y está sujeta a normas reguladoras y limitaciones jurisdiccionales.

La supervisión y la administración del programa, incluidos los proveedores de servicios médicos contratados, de los servicios de medicina virtual prestados son controlados exclusivamente por RediMD. RediMD y el logotipo de RediMD son marcas registradas de RediMD LLC y queda prohibido su uso sin autorización por escrito. Teladoc y RediMD son compañías independientes que tienen contrato con su empleador para proporcionar consultas médicas virtuales. Teladoc y RediMD no ofrecen productos o servicios Blue.

Ovia, Omada, Hinge Health y Wondr Health son compañías independientes que tienen contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer soluciones para el control de la salud a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

Blue365 es un programa de descuentos solo para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Este programa NO es un seguro. Algunos de los servicios que se ofrecen por medio de este programa podrían estar incluidos en su plan de cobertura médica. Los empleados deben de consultar la información específica de sus beneficios en su certificado de beneficios y servicios médicos o comunicarse con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. El uso de Blue365 no cambia los pagos mensuales, ni los costos de los servicios o los productos cuentan en favor de ningún máximo o deducible del plan de cobertura. Los descuentos solo se otorgan por medio de proveedores que participan en este programa. BCBSTX no garantiza ni avala ninguna de las afirmaciones o recomendaciones sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar al médico antes de usar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de cancelar o modificar este programa en cualquier momento y sin previo aviso.

Los servicios para la audición se prestan a través de Start Hearing, Beltone™, HearUSA y TrueHearing®. ContactsDirect®, Croakies, Davis Vision™, EyeMed Vision Care, Glasses.com, Jonathan Paul Fitovers y LasikPlus® ofrecen los servicios para la vista. La relación entre estos proveedores y Blue Cross and Blue Shield of Texas es de contratistas independientes.

Reglas del programa Blue Points sujetas a cambios sin previo aviso. Consulte toda la información de las Reglas oficiales del programa en el portal Well onTarget en wellontarget.com.

Los asesores médicos no reemplazan la atención de un médico. Consulte a su médico si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud.

El programa Well onTarget está disponible como parte de sus prestaciones laborales. La participación en el programa Well onTarget, incluido completar la Evaluación de salud, es voluntaria y su participación no es obligatoria. Para consultar los detalles completos y los términos y las condiciones, visite Well onTarget.

La propiedad y administración de la aplicación móvil AlwaysOn corresponde a Onlife Health Inc., una compañía independiente que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar servicios digitales para el cuidado de la salud a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

Edad mínima de 18 años para contratar una membresía. Tivity Health™, un contratista independiente que administra la red de gimnasios Prime Network, proporciona el programa de acondicionamiento físico. La red Prime Network está conformada por gimnasios cuya administración y operación corren por su propia cuenta.

En caso de una emergencia, llame al 911. La enfermería telefónica 24/7 Nurseline no sustituye la atención de un médico. Consulte a su médico para resolver cualquier duda o inquietud que tenga sobre su salud.

Airrosti es una compañía aparte que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para ofrecer servicios para aliviar el dolor de espalda y de las articulaciones a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

Renuncia legal: Si elige obtener atención médica en una clínica, esta estará sujeta a los beneficios regulares del plan de cobertura médica. Recibirá un kit de recuperación complementario únicamente después de haberse inscrito para comenzar su plan de recuperación de Airrosti Remote Recovery y complete su primera consulta virtual con el proveedor de Airrosti.

Express Scripts, Inc., incluidos sus afiliados, es una compañía independiente que tiene contrato directamente con Teacher Retirement System of Texas para ofrecer programas y administración de beneficios farmacéuticos. Express Scripts, Inc. no ofrece productos ni servicios de Blue Cross and Blue Shield of Texas y es el único responsable de los productos y servicios que proporciona.

Headway es una compañía aparte que tiene contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para administrar servicios de salud mental a los asegurados con cobertura a través de BCBSTX.

BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrece.

