

Guía del plan TRS-Care Standard de 2026 para participantes **sin Medicare**

Del 1 de enero al 31 de diciembre

Modificado el 1 de octubre de 2025



Elegibilidad e inscripción

Cobertura médica

Cobertura de medicamentos recetados

Cobertura dental y de la visión

1-888-237-6762 (TRS Health)

1-866-355-5999 (Blue Cross and Blue Shield of Texas)

1-855-778-1459 (Express Scripts® Pharmacy)

1-855-488-0522 (MetLife)

Guía del plan TRS-Care Standard

Aproveche al máximo sus beneficios médicos.

Inscribase: Envíe su *Solicitud de inscripción inicial para jubilados que no son elegibles para Medicare* durante el período inicial de inscripciones, que son tres meses consecutivos o 90 días consecutivos después de la fecha de su jubilación.

Comprenda su plan TRS-Care: Revise su plan de cobertura para aprender cómo aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Encontrará más información y recursos útiles en [TRS-Care Standard para jubilados sin Medicare](#)¹.

Conozca sus costos de su propio bolsillo: Comprenda lo que paga usted y lo que paga su plan TRS-Care.

Encuentre un médico en el que confíe dentro de la red: Use la herramienta de búsqueda Provider Finder[®] de Blue Cross and Blue Shield of Texas para buscar al médico que mejor se adapte a su estilo de vida y a su presupuesto. Vaya a [Médicos y hospitales](#)² para encontrar proveedores dentro de la red y asegúrese de que su médico esté dentro de la red.

Conozca cuáles laboratorios y centros de diagnóstico están dentro de la red: Hable con su médico acerca de usar solo laboratorios y centros dentro de la red para su atención médica.

Vaya a [Médicos y hospitales](#)² para asegurarse que su laboratorio esté dentro de la red.

Planifique en caso de un evento que ponga en peligro la vida:

Localice una sala de atención médica inmediata/urgente o de emergencias dentro de la red por si sucede algo inesperado. Evite las salas de emergencias (ER, en inglés) independientes porque los costos pueden ser mucho más altos de lo que pagaría por un tratamiento en una sala de emergencias de un hospital dentro de la red.

Programe su consulta anual de bienestar: Su examen anual de bienestar puede ayudarle a prevenir condiciones de salud o a detectar enfermedades crónicas a tiempo. Si habla de un problema de salud en su consulta de bienestar, ya no será solo un chequeo, y usted tendrá que pagar la consulta de su bolsillo.

Cambie a medicamentos genéricos: Hable con su médico sobre la posibilidad de cambiar sus medicamentos por marcas genéricas para ahorrar dinero en los costos de los medicamentos recetados. Consulte a su médico y visite [Beneficios de recetas de TRS-Care Standard](#)³ para obtener más información y una lista de medicamentos genéricos.

Manténgase informado: Use esta Guía del plan TRS-Care Standard y el [Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care Standard de 2026](#)⁴ para estar informado sobre su atención médica.

¿Qué hay de nuevo?

Los deducibles de TRS-Care Standard aumentarán en 2026 para alinearse con las guías ajustadas del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés). Este cambio le permitirá seguir haciendo contribuciones y usar una cuenta de ahorro para gastos médicos. Lea los [Aspectos destacados del plan TRS-Care de 2026](#)⁵ para ver los nuevos deducibles. Los deducibles de 2025 son demasiado bajos para que el plan de cobertura sea compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos en 2026.

¡Las recompensas de Member Rewards están aquí! A partir del 1 de septiembre de 2025, los asegurados de TRS-Care Standard pueden ganar hasta \$599 en recompensas Member Rewards al año (¡en efectivo!), al elegir proveedores de alta calidad a un costo más bajo. ¡Y es fácil! Solo tiene que comparar los costos, programar su cita, completar su tratamiento y ganar una recompensa en efectivo. Vaya a la [página 20](#) para obtener más información.

¡Ya están disponibles los beneficios dentales y de la visión del plan TRS-Care Dental & Vision para jubilados y sus dependientes elegibles! No es necesario que esté inscrito en un plan de cobertura médica o de medicamentos para inscribirse en TRS-Care Dental & Vision. Las nuevas personas inscritas pueden inscribirse en menos de cinco minutos en [MyTRS.Texas.gov](#) durante el período de inscripción anual. Vea la [página 24](#) para obtener más información.

¿Cumplirá pronto los 65 años?

Si usted es participante de TRS-Care Standard, cuando cumpla 65 años o sea elegible para Medicare, será elegible para inscribirse en el plan TRS-Care Medicare Advantage. Del mismo modo, si se jubila después de los 65 años, es elegible para inscribirse.

TRS-Care Medicare Advantage es muy diferente de lo que podría encontrar en el mercado privado. Como empleado jubilado de una escuela pública de Texas, usted tiene derecho a beneficios integrales a precios competitivos.

Busque los logotipos de TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx[®] en los materiales que recibirá por correo postal. Puede consultar nuestra [Lista de comparación de Medicare](#)⁶ para conocer las preguntas y consideraciones clave para hablar con su agente de seguros de Medicare. Visite [¿Cumplirá los 65 años pronto?](#)⁷ para obtener más información.

Acerca de su Guía del plan TRS-Care de 2026

Esta guía ofrece un resumen de los requisitos de elegibilidad de TRS-Care Standard, el proceso de inscripción y el programa de beneficios para los jubilados de TRS y sus dependientes elegibles sin Medicare.

Consulte el [Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care Standard de 2026](#)⁴ para obtener una descripción detallada de su plan de cobertura. **Esta guía se aplica al año del plan de cobertura 2026 (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026) y sustituye a las versiones anteriores.**

¹www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_trs_care.aspx

²espanol.bcbstx.com/trscarestandard/doctors-and-hospitals

³www.express-scripts.com/es/trscarestandard

⁴espanol.bcbstx.com/trscarestandard/coverage

⁵https://www.trs.texas.gov/sites/default/files/2025-07/2026%20TRS-Care%20Plan%20Highlights_0.pdf

⁶www.trs.texas.gov/Pages/healthcare-compare-trs-care-medicare.aspx

⁷www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_turning_65.aspx

Información de contactos del programa

TRS Health	4
Cobertura médica TRS-Care Standard	4
Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard	4
TRS-Care Dental y TRS-Care Vision	4

Elegibilidad e inscripción

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care Standard?	6
Cómo inscribirse en el plan TRS-Care Standard	7
Cuándo puede inscribirse en el plan TRS-Care Standard	7
Cuándo comienza mi cobertura del plan TRS-Care Standard	8
Eventos especiales de inscripción	9
Otras reglas de inscripción	10
Cumplir 65 años: una nueva oportunidad de inscripción	11

Comprendiendo cómo funciona su plan TRS-Care Standard

Su plan de cobertura.....	13
Lo básico	14
Cómo funciona TRS-Care Standard	14
Costos de bolsillo	15
Primas mensuales del plan TRS-Care Standard 2026.....	16
Elegir a su médico	17
Ir al médico.....	18
Recibir atención médica cuando está enfermo o lesionado.....	19
Análisis de laboratorio, radiografías u otras pruebas diagnósticas.....	20
Recompensas de Member Rewards	20
Estadía en el hospital.....	20
Cómo surtir una receta	21

Cómo evitar costos médicos inesperados o innecesarios

22

Ahorrar dinero con una Cuenta de ahorros para gastos médicos.....

23

Cobertura opcional para el cuidado dental y de la visión

¿Quién puede inscribirse?

24

¿Cuándo puede inscribirse?

24

Cómo inscribirse

24

TRS-Care Dental

24

TRS-Care Vision

24

Glosario

25

Avisos legales.....

26



Información de contactos del programa

TRS Health

- 4655 Mueller Blvd., Austin, TX 78723
- 1-888-237-6762
- de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro
- [TRS⁹](#)

Cobertura médica TRS-Care Standard

- Cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Texas
- Guía personal de la salud: 1-866-355-5999
- Las 24 horas del día, los siete días de la semana
- [TRS-Care Standard de BCBSTX¹⁰](#)
- Teladoc™: 1-855-835-2362

Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard

- Cobertura de Express Scripts
- Servicio al cliente: 1-855-778-1459
- [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts¹¹](#)

TRS-Care Dental

- Cobertura de MetLife
- 1-855-488-0522
- de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m., hora del centro
- [TRS-Care Dental a través de MetLife¹²](#)

TRS-Care Vision

- Cobertura de MetLife
- 1-855-488-0522
- de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m., hora del centro
- [TRS-Care Vision a través de MetLife¹³](#)



⁹www.trs.texas.gov

¹⁰espanol.bcbstx.com/trscarestandard

¹¹www.express-scripts.com/es/trscarestandard

¹²www.metlife.com/trs-care-dental

¹³www.metlife.com/info/trs-care-vision

Elegibilidad e inscripción

En esta sección se ofrece un resumen general de los requisitos de elegibilidad de inscripción y el proceso de inscripción de TRS-Care. Para obtener más información sobre su plan de cobertura, consulte el [*Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care*](#)¹⁴. Para obtener más información sobre los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision, revise el [*Resumen del plan TRS-Care Dental de MetLife*](#)¹⁵ y el [*Resumen del plan TRS-Care Vision de MetLife*](#)¹⁶.



¹⁴espanol.bcbstx.com/trscarestandard/coverage

¹⁵<https://www.metlife.com/info/trs-caredental-es/coverage-details/>

¹⁶<https://www.metlife.com/info/trs-carevision-es/coverage-details/plan-details/>

¿Quién puede inscribirse en TRS-Care Standard?

Jubilados por años de servicio

Un jubilado por años de servicio debe tener al menos 10 años de crédito de servicio en TRS cuando se jubile. Este crédito de servicio podría incluir hasta cinco años de crédito de servicio militar, pero no puede incluir otro crédito de servicio especial o equivalente que se haya comprado. Además de los 10 años de crédito de servicio requeridos, debe cumplir uno de los siguientes requisitos en el momento de la jubilación:

- la suma de su edad y los años de crédito de servicio en TRS es igual o excede los 80 (con al menos 10 años de crédito de servicio), independientemente si tuvo una reducción de la anualidad de jubilación por edad temprana (los años de crédito de servicio pueden incluir el servicio comprado); o bien,
- tiene 30 años o más de crédito por años de servicio en la pensión de TRS (incluido el servicio comprado).

No puede utilizar el crédito de servicio combinado bajo el Programa de Jubilación Proporcional para establecer que es elegible para TRS-Care o cualquier otro tipo de beneficios que no sean las prestaciones de jubilación por años de servicio. Un jubilado por años de servicio no es elegible para inscribirse en TRS-Care si es elegible para la cobertura del programa de beneficios médicos Employee Retirement System of Texas (ERS), University of Texas (UT System) o Texas A&M System (A&M System).

Jubilados por discapacidad

Las personas son elegibles para participar en TRS-Care cuando se convierten en jubilados debido a una discapacidad bajo la pensión de TRS. Una vez inscrito en TRS-Care como jubilado por discapacidad, la participación continúa, siempre y cuando la persona sea un jubilado por discapacidad bajo el fondo de pensiones de TRS. Si está solicitando cobertura del plan debido a una discapacidad, TRS podría comunicarse con usted para verificar su estado de discapacidad en el Seguro Social de Medicare.

La cobertura para un jubilado con discapacidad con menos de 10 años de crédito de servicio en la pensión de TRS continúa solo hasta el número total de años de crédito de servicio. Por lo tanto, la cobertura de dicho jubilado con discapacidad finaliza cuando terminan los beneficios de jubilación por discapacidad del fondo de pensiones de TRS. Un jubilado con discapacidad es elegible para inscribirse en TRS-Care incluso si es elegible para el programa de beneficios médicos de ERS, UT System o A&M System.

Dependientes

Los siguientes dependientes son elegibles para inscribirse en TRS-Care:

- Su cónyuge, incluido un cónyuge por ley común (un matrimonio por ley común no se considera un evento especial de inscripción, a menos que se presente una declaración de matrimonio por ley común [Declaration of Common Law Marriage] ante una agencia gubernamental autorizada).
- Un menor de 26 años que:
 - sea un hijo biológico;
 - sea un hijo adoptivo o un menor que se encuentra en adopción legalmente;
 - sea un menor en adopción temporal;
 - sea un hijastro;
 - sea un nieto/a que vive con el jubilado o el cónyuge sobreviviente y depende del jubilado o del cónyuge sobreviviente para, al menos, la mitad de la manutención del hijo; o
 - sea cualquier otro hijo que mantenga una relación de padre-hijo regular con el jubilado o el cónyuge sobreviviente, según lo determine TRS.
- Un hijo (independientemente de su edad) que viva con el jubilado o el cónyuge sobreviviente o reciba atención médica de ellos con regularidad, si tiene una discapacidad mental o una discapacidad física hasta el punto de depender del jubilado o del cónyuge sobreviviente para su atención médica y manutención, según lo determine TRS.

Algunos tipos de dependientes requieren más documentación para establecer que cumplen los criterios de elegibilidad.

Otras situaciones

Estoy inscrito en TRS-ActiveCare.

TRS-Care (para los jubilados) es una cobertura distinta de TRS-ActiveCare (para los empleados escolares que trabajan). Cuando se jubile, debe enviar un formulario de inscripción para comunicarle a TRS si desea inscribirse a sí mismo y a sus dependientes o posponer la inscripción en TRS-Care. Comuníquese con su representante de su escuela para verificar su fecha final en TRS-ActiveCare.

Ambos cónyuges son jubilados pensionados de TRS.

Si ambos cónyuges son jubilados pensionados de TRS y cada uno cumple individualmente los requisitos de elegibilidad de TRS-Care, cada uno puede inscribirse por separado en TRS-Care como individuo, lo cual podría ser una ventaja financiera. Llame a TRS Health al **1-888-237-6762** para obtener más información.

Un jubilado de TRS puede obtener cobertura en TRS-ActiveCare como dependiente de un empleado que trabaja y está inscrito en TRS-ActiveCare.

TRS-Care Dental y TRS-Care Vision

Los jubilados elegibles para TRS-Care pueden inscribirse en los planes nuevos de cobertura dental y de la visión. No necesita una cobertura médica ni la de farmacia de TRS-Care para inscribirse y puede elegir una cobertura dental o de la visión, o ambas.

Cómo inscribirse en TRS-Care Standard

Después de que envíe su *Solicitud de jubilación por servicio* y TRS la procese, recibirá un paquete de inscripción que incluye una *Solicitud de inscripción inicial de TRS-Care*. Si desea inscribirse en TRS-Care, complete la *Solicitud de inscripción inicial de TRS-Care* y envíela a TRS.

- Si solicita la jubilación por discapacidad, TRS le enviará un paquete de inscripción de TRS-Care si la Junta médica de TRS aprueba su jubilación por discapacidad.
- Si decide no inscribirse durante su período inicial de inscripciones en TRS-Care, no es necesario que haga nada. Pero tenga en cuenta que solo puede inscribirse en TRS-Care solo cuando sea elegible para Medicare

o tenga un evento especial de inscripción fuera de su período inicial de inscripciones (consulte “Cuándo puede inscribirse en TRS-Care Standard” en **esta página** y “Eventos especiales de inscripción” en la **página 9**). Para inscribirse en TRS-Care, envíe una *Solicitud de inscripción de TRS-Care*.

Cuándo puede inscribirse en TRS-Care Standard

Período inicial de inscripciones en el momento de la jubilación

Si es un jubilado del servicio, su Período inicial de inscripciones es el **último** de los períodos que comienza:

- A. En la fecha en que comienza su jubilación:** su período inicial de inscripciones vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, después de la fecha efectiva de su jubilación; o
- B. El último día del mes en que TRS reciba su solicitud para jubilarse:** su período inicial de inscripciones vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días, después del último día del mes en que TRS reciba su solicitud para jubilarse.

Su *Solicitud de inscripción inicial* de TRS-Care debe presentarse a más tardar el último día de su período inicial de inscripciones. Consulte la **Tabla 1. Período inicial de inscripciones de TRS-Care** para obtener más información.

Período inicial de inscripciones en el momento de la jubilación por discapacidad

Si es jubilado por discapacidad, su período inicial de inscripciones:

- comienza** en la fecha en que la Junta médica de TRS aprueba su jubilación por discapacidad; y
- vence** al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días después de la fecha en que la Junta médica de TRS apruebe su jubilación por discapacidad.

Período inicial de inscripciones debido al fallecimiento de un jubilado o asegurado que todavía trabaja

El período inicial de inscripciones en TRS-Care para un cónyuge sobreviviente elegible y para un hijo/a dependiente sobreviviente elegible de un jubilado fallecido vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días después del fallecimiento del jubilado.

El período inicial de inscripciones en TRS-Care para un cónyuge sobreviviente elegible y para un hijo/a sobreviviente dependiente elegible de un asegurado activo que tenía empleo cuando falleció vence al final del último día del mes, es decir, tres meses del calendario consecutivo, pero en ningún caso antes de los 90 días tras el fallecimiento del asegurado.

Tabla 1. Período inicial de inscripciones para TRS-Care

Tres meses consecutivos, pero no menos de 90 días

FECHA DE JUBILACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA SOLICITUD
30 de septiembre	31 de diciembre
31 de octubre	31 de enero
30 de noviembre	28 (o 29) de febrero
31 de diciembre	31 de marzo
31 de enero	1 de mayo
28 (o 29) de febrero	31 de mayo
31 de marzo	30 de junio
30 de abril	31 de julio
31 de mayo	31 de agosto
30 de junio	30 de septiembre
31 de julio	31 de octubre
31 de agosto	30 de noviembre

Cuándo comienza mi plan TRS-Care Standard

Fecha efectiva de la cobertura

Su fecha efectiva de la cobertura es:

- 1. el primer día del mes después de su fecha efectiva de su jubilación, si TRS recibe su *Solicitud de inscripción inicial en TRS-Care* en la fecha efectiva de su jubilación o antes; o,
- 2. el primer día del mes después de que TRS reciba su *Solicitud de inscripción inicial en TRS-Care*: si TRS recibe su *Solicitud de inscripción inicial* después de la fecha de su jubilación, pero dentro del período inicial de inscripciones.

- Si desea que su cobertura comience el primer día del mes siguiente a la fecha de su jubilación, TRS debe recibir su solicitud antes de la fecha de su jubilación. Esto también se aplica a los jubilados por discapacidad.
- Durante el período inicial de inscripciones, puede hacer cambios en sus elecciones de cobertura.
- La fecha efectiva de la cobertura para las nuevas elecciones es el primer día del mes después de que TRS reciba su nueva solicitud de cobertura para jubilados.

Posponer la cobertura

- Durante su período inicial de inscripciones, puede posponer la fecha efectiva de su cobertura de TRS-Care hasta el primero de cualquiera de los tres meses inmediatamente posteriores al mes siguiente de la fecha de su jubilación. Por ejemplo, si se jubila el 31 de mayo, podría posponer la fecha efectiva de la cobertura de TRS-Care (normalmente el 1 de junio) al 1 de julio, 1 de agosto o 1 de septiembre.
- Para posponer una fecha efectiva, debe escribirla en el espacio proporcionado en la *Solicitud de inscripción inicial* de TRS-Care. Si tiene preguntas sobre cómo posponer la fecha efectiva de su cobertura, llame a TRS Health al **1-888-237-6762**.



Eventos especiales de inscripción

Los eventos especiales de inscripción son oportunidades para inscribirse en TRS-Care fuera de su período inicial de inscripciones. Puede llegar a ser elegible para TRS-Care bajo las disposiciones especiales de inscripción especial de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

Los eventos especiales de inscripción tienen dos categorías generales:

- una persona pierde involuntariamente su cobertura médica integral; y
- una persona obtiene un nuevo dependiente.

Pérdida de elegibilidad para otras coberturas

Si un jubilado o cónyuge sobreviviente pierde la cobertura

Si usted, como jubilado o cónyuge sobreviviente, no tiene TRS-Care y, no por culpa suya pierde la cobertura médica integral que tenía con otro plan de cobertura, puede inscribirse en TRS-Care bajo un evento especial de inscripción. De lo contrario, debe ser elegible para TRS-Care y poder demostrar que perdió involuntariamente la cobertura médica integral. La pérdida de las coberturas por discapacidad, enfermedad específica, visión, dental u otra cobertura que no sea la cobertura médica integral, no son eventos especiales de inscripción.

Si no está inscrito en TRS-Care cuando pierde su cobertura integral y no fue culpa suya, usted y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en TRS-Care a más tardar 31 días después de perder la otra cobertura médica integral. Pero si está inscrito en TRS-Care cuando pierde la cobertura médica integral de otro plan, no podrá inscribir a sus dependientes que de otro modo, serían elegibles.

Si pierde la cobertura con otra póliza, guarde la carta del aviso de terminación para mostrarle a TRS que su pérdida de cobertura fue involuntaria.

Si un cónyuge u otro dependiente elegible pierde la cobertura

Cuando un cónyuge u otro dependiente elegible no está inscrito en TRS-Care y, sin culpa propia, pierden la cobertura médica integral con otro plan de cobertura, usted puede inscribir a sus dependientes elegibles dentro de los 31 días después de la pérdida involuntaria de la otra cobertura del dependiente. Si inscribe a un dependiente elegible en TRS-Care, usted también debe inscribirse si aún no está inscrito.

Ejemplos de pérdida involuntaria de la cobertura médica integral:

- divorcio o separación legal que resulta en la pérdida de la cobertura médica integral de su cónyuge;
- un dependiente que pierde la cobertura médica integral de sus padres;
- el fallecimiento de su cónyuge lo deja sin la cobertura médica integral por parte del plan de su cónyuge;
- su empleo termina junto con la cobertura médica integral de su empleador, o el empleo de su cónyuge terminó junto con la cobertura médica integral del empleador de su cónyuge;
- su empleador reduce sus horas de trabajo hasta el punto en que pierde su cobertura médica integral;
- su plan de cobertura ya no ofrece una cobertura médica integral a ciertos grupos de personas (por ejemplo, personas que trabajan a tiempo parcial);
- una persona pierde el plan del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) del estado o de Medicaid, o se vuelve elegible para recibir asistencia con el pago de la prima bajo esos programas para la cobertura médica grupal;
- una persona pierde involuntariamente la cobertura de un seguro suplementario de Medicare (por ejemplo, Medigap) o de un plan individual de Medicare Advantage; y
- dejó de vivir o trabajar en el área de servicio de una cobertura HMO y perdió la cobertura médica integral.



Eventos de inscripción que no son especiales

Entre otros posibles eventos, estos no son Eventos especiales de inscripción:

- cancelación voluntaria de otras coberturas debido a un aumento de la prima;
- cancelación de la cobertura por no pagar la prima; y
- cancelación de la cobertura por causa justificada (como presentar una reclamación fraudulenta o falsificar intencionalmente un hecho material relacionado con el plan de cobertura).

Nuevos dependientes

Un jubilado o cónyuge sobreviviente (inscritos o elegibles para TRS-Care) que obtenga un dependiente elegible por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o tutela, debe informarle a TRS por escrito en un plazo máximo de 31 días después de la fecha en que adquirió al dependiente elegible.

Por ejemplo, si un jubilado elegible no está inscrito en TRS-Care cuando se casa, podría inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles, debido a un evento especial de inscripción. Sin embargo, un cónyuge sobreviviente no puede inscribir a un nuevo cónyuge si se vuelve a casar.

La inscripción es efectiva:

- en el caso de nacimiento de un dependiente, en la fecha del nacimiento;
 - en el caso de la adopción de un dependiente, en la fecha de adopción o de la colocación para adopción; y
 - en caso de tutela, el primer día del mes siguiente en que TRS haya recibido la solicitud por escrito.
- TRS requiere documentación para establecer la elegibilidad de todos los nuevos dependientes.
- Una unión por ley común no es un evento especial de inscripción a menos que una declaración de matrimonio informal esté archivada en una agencia gubernamental autorizada.

Otras reglas de inscripción

Regla sobre los ajustes

Si, por cualquier motivo, una persona se inscribe en un nivel de cobertura inadecuado, TRS ajustará su cobertura al nivel adecuado.

Los beneficios para las reclamaciones que se presenten después de la fecha efectiva del ajuste se pagan conforme a las disposiciones revisadas del plan de cobertura. Una persona no tiene derecho a los beneficios basados en las disposiciones del plan antes de la fecha efectiva del ajuste.

Un aumento en el nivel de los beneficios debido a un cambio en estas cantidades no ofrecerá más beneficios por los gastos médicos con cobertura incurridos antes de la fecha efectiva del cambio.

Carta de cobertura

TRS podría solicitarle que presente una carta de cobertura con las fechas exactas en las que su aseguradora anterior le ofreció una cobertura médica integral y el motivo por el que perdió la cobertura. TRS también podría solicitarle que presente otras cartas de cobertura para los familiares dependientes elegibles que desean inscribirse en TRS-Care.

¿Cuándo puede TRS-Care terminar (cancelar) mi cobertura?

La cobertura de los jubilados en TRS-Care termina cuando:

- el jubilado ya no es elegible;
- TRS determina que el jubilado o su dependiente asegurado cometieron fraude;
- el jubilado no cumple con los pagos de las primas requeridas; o
- se descontinúa la cobertura de TRS-Care.

La cobertura del dependiente en TRS-Care termina cuando:

- se descontinúa la cobertura de todos los dependientes en TRS-Care;
- un dependiente se inscribe en un plan de cobertura que ofrezca TRS-ActiveCare o en un plan que ofrezca una escuela pública de Texas que no participa en TRS-ActiveCare;
- un dependiente se hace elegible para la cobertura administrada por ERS, UT System o Texas A&M;
- un dependiente se inscribe en TRS-Care como jubilado;
- la persona ya no cumple con la definición de dependiente de TRS-Care;
- termina la cobertura del jubilado;
- el jubilado no hizo los pagos requeridos; o
- TRS determina que el dependiente asegurado cometió fraude.

El incumplimiento a pagar la cobertura a tiempo y en su totalidad resultará en la terminación de la cobertura al final del mes en que el jubilado hizo su última contribución.

Cumplir 65 años: una nueva oportunidad de inscripción

Si usted es un jubilado o cónyuge sobreviviente menor de 65 años y canceló TRS-Care o no se inscribió durante su período inicial de inscripciones, puede inscribirse en TRS-Care cuando cumpla los 65 años. También podría añadir dependientes elegibles en ese momento.

Antes de que cumpla los 65 años, TRS le enviará (al jubilado) una tarjeta postal con instrucciones sobre cómo inscribirse. Para inscribirse en TRS-Care a los 65 años, debe solicitar, llenar y enviar un formulario de *Oportunidad de inscripción en TRS-Care a los 65 años a más tardar* 31 días después del final del mes en que cumpla los 65 años. Llame a TRS Health al **1-888-237-6762** para pedir un formulario de inscripción antes de cumplir los 65 años.

TRS no siempre tiene información sobre los cónyuges sobrevivientes en sus registros. Los cónyuges sobrevivientes deben solicitar y presentar su solicitud de inscripción a más tardar 31 días después del final del mes en que cumplan los 65 años.

Esta oportunidad de inscripción no está disponible para los cónyuges o hijos dependientes cuando ellos cumplen los 65 años.

Cuando sea elegible para Medicare, deberá inscribirse y mantener la cobertura de Medicare, incluyendo la Parte B de Medicare, para participar en el plan médico TRS-Care Medicare Advantage o en el plan de medicamentos recetados TRS-Care Medicare Rx. Corre el riesgo de perder toda la cobertura de TRS-Care si no tiene la cobertura de la Parte B de Medicare cuando sea elegible para comprarla. Si puede obtener la Parte A de Medicare sin costo, también debe solicitarla.

¿Qué debería saber?

Cuando cumpla los 65 años, podría tener la posibilidad de inscribirse en TRS-Care y añadir a sus dependientes elegibles. También será elegible para Medicare, que funciona con TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx. Solo debe enviar el formulario de *Oportunidad para inscribirse en TRS-Care a los 65 años*. TRS lo inscribirá cuando confirme su elegibilidad para TRS-Care y los planes de cobertura disponibles para usted.

¿Cuándo será elegible para Medicare?

En la mayoría de los casos, usted es elegible para Medicare a los 65 años. Sin embargo, podría ser elegible a cualquier edad si recibió los beneficios por discapacidad del Seguro Social durante cierto tiempo.

Elegibilidad para Medicare a los 65 años

TRS le recomienda encarecidamente que se inscriba en Medicare en cuanto sea elegible. Puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumpla los 65 años. Cuanto antes se inscriba, más pronto podrá TRS verificar su estado de Medicare para ofrecerle la cobertura de TRS-Care. Lo ideal es que su cobertura de Medicare comience el primer día del mes de su cumpleaños. Si su cumpleaños es el primero del mes, su cobertura de Medicare empezará el primer día del mes anterior.

Período de inscripciones más corto para TRS-Care

El período para inscribirse en TRS-Care es más corto que el período de inscripciones en Medicare.

El período de inscripciones de Medicare dura tres meses después del mes en que usted cumple los 65 años. Pero debe inscribirse en TRS-Care a más tardar 31 días después del final del mes en que cumple los 65 años.

Debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para ser elegible para los beneficios de TRS-Care después de ser elegible para Medicare. TRS requiere esto incluso si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima (pero debe inscribirse en la Parte A de Medicare si puede obtenerla sin costo). **Si no compra y mantiene la Parte B de Medicare, se arriesga a perder toda la cobertura de TRS-Care.**

Elegibilidad para Medicare para la Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés)

Si usted es elegible para Medicare debido a una enfermedad renal en la etapa terminal, Medicare paga secundariamente a el plan de TRS-Care porque las reglas federales requieren que TRS-Care sea el pagador principal durante cierto tiempo. Una vez que la Parte A de Medicare sea su cobertura principal, la prima mensual y el deducible de TRS-Care serán reducidos. Si es elegible debido a una enfermedad renal en la etapa terminal, comuníquese a TRS por teléfono o por escrito.

¿Qué pasos debo seguir cuando cumpla los 65 años?

Usted es elegible para Medicare a los 65 años y puede inscribirse tres meses antes del mes en que cumpla los 65 años.

✓ Si es elegible para la Parte A de Medicare (hospitalización) sin prima, solicítela en el [Seguro Social: Planifique para Medicare](#)¹⁷. También puede solicitarla en su oficina local del Seguro Social o llamando al Seguro Social al **1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)**.

✓ Compre la Parte B de Medicare en la Administración del Seguro Social en cuanto sea elegible para inscribirse. Debe comprar y mantener la Parte B de Medicare para ser elegible para TRS-Care Medicare Advantage. La Administración del Seguro Social puede confirmar la cantidad de su prima de la Parte B; TRS no deducirá su prima de la Parte B de su pensión de TRS.

✓ Si tiene TRS-Care Standard, antes de cumplir los 65 años, el administrador del plan TRS-Care Medicare Advantage le enviará un paquete con un formulario en el que se le solicitará su Número de Identificación de Beneficiario de Medicare (MBI, en inglés). Es el número que se encuentra en su tarjeta de Medicare. TRS debe tener su número de beneficiario para inscribirlo en TRS-Care Medicare Advantage. Complete y envíe el formulario a TRS.

✓ Por separado, TRS le enviará un kit de inscripción de TRS-Care Medicare Advantage. Revise los materiales del kit. Si va a añadir dependientes, llene y envíe la *Solicitud de inscripción de TRS-Care* a más tardar 31 días después del final del mes en que se jubile o cumpla los 65 años.

Una vez que TRS confirme que usted es elegible para TRS-Care Medicare Advantage y verifique su estado de Medicare, TRS lo inscribirá en TRS-Care Medicare Advantage y TRS-Care Medicare Rx. **Si TRS no recibe su Número de Beneficiario de Medicare, TRS no podrá inscribirlo, y usted corre el riesgo de perder la cobertura.**

Comprendiendo cómo funciona su plan TRS-Care Standard



Su plan de cobertura

Acerca de su plan TRS-Care Standard

Las primas de TRS-Care Standard 2026 son las mismas que en 2025. El aumento de los costos de la atención médica sigue siendo un desafío en todo el país. Texas no es una excepción. Las primas de TRS-Care Standard se mantienen iguales por noveno año consecutivo, a pesar de estas tendencias.

Cómo funciona TRS-Care Standard:

Plan de cobertura médica

TRS-Care Standard incluye cobertura para usted y para los dependientes que no son elegibles para Medicare. El plan de cobertura ofrece una cobertura integral de atención médica y acceso a descuentos significativos en servicios médicos y medicamentos recetados cuando se utilizan proveedores dentro de la red.

Año del plan de cobertura

Su año del plan de cobertura es del 1 de enero al 31 de diciembre. Su deducible y gasto máximo de bolsillo se reajustan cada año el 1 de enero.

Beneficios médicos de BCBSTX

BCBSTX administra sus beneficios médicos. Tiene la libertad de elegir a cualquier médico dentro de la amplia red de BCBSTX sin necesidad de una referencia. También tiene cobertura para los servicios preventivos dentro de la red, como pruebas de detección del cáncer, vacunas y los chequeos anuales de bienestar, sin costo adicional.

Beneficios de farmacia de Express Scripts

Express Scripts administra los beneficios de medicamentos recetados. Recoja sus medicamentos en su farmacia local o en comercios locales, como CVS, Walgreens, HEB, Walmart y Costco. Algunas farmacias forman parte dentro de la red de farmacias de Express Scripts, donde puede obtener un suministro para 90 días. También puede obtener recetas a domicilio, incluyendo suministros para 90 días de ciertos medicamentos genéricos preventivos sin costo adicional para usted.



Lo básico

Esta es su guía para aprovechar sus beneficios médicos al máximo. Le ofrece la información que necesita para usar su plan de cobertura y asegurarse de obtener el mayor valor por su atención médica. ¡Comencemos!

Su plan TRS-Care Standard los protege a usted y a sus dependientes asegurados de los costos altos de la atención médica. Tiene acceso a una red nacional de proveedores y farmacias de calidad.

También, puede contar con lo siguiente:

- Libertad para elegir a cualquier médico dentro de la red nacional de BCBSTX.
- No hay copago para atención médica preventiva dentro de la red, como exámenes de detección del cáncer, vacunas y chequeos anuales de bienestar.

- Acceso a la enfermería telefónica 24/7 Nurseline, donde una enfermera titulada (registered nurse) puede responder sus preguntas sobre salud de día o de noche, y ayudarle a decidir si debe acudir a la sala de emergencias o programar una cita con su médico.
- Asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de especialistas en planes de beneficios, conocidos como guías personales de la salud.
- Sin costo para ciertas recetas genéricas preventivas.
- Servicios de entrega a domicilio de recetas a través de Express Scripts.

- Atención médica general y apoyo para la salud mental a través de la atención virtual.
- Beneficios médicos adicionales como puntos para recompensas, acondicionamiento físico, consejería nutricional y más.
- Copagos bajos para insulina: los copagos de insulina de la lista de medicamentos (formulary, en inglés) están limitados a \$25 para un suministro de 31 días y de \$75 para un suministro de 60 a 90 días. En 2026, no tendrá que pagar el deducible ni el costo total de la insulina.
- SaveOnSP: sin costo para los medicamentos especializados con cobertura, según la lista de medicamentos de SaveOnSP después de alcanzar su deducible.

Cómo funciona TRS-Care Standard

- Usted paga un deducible anual dentro de la red de \$1,700 por persona (o \$3,400 si cubre a dependientes en el plan de cobertura familiar) por la atención médica y los medicamentos recetados antes de que el plan comience a pagar la parte de sus gastos por atención médica.
- Si acude a médicos y hospitales dentro de la red para su atención médica, podrá aprovechar de costos más bajos por la atención médica y la conveniencia de que sus reclamaciones se presenten automáticamente.
- Una vez que alcance su deducible anual dentro de la red, el plan cubre el 80% de sus gastos médicos y de los medicamentos recetados elegibles dentro de la red; a esto se le llama “coseguro”.
- Una vez que alcance los gastos máximos de bolsillo (MOOP, en inglés) de su plan de cobertura para el año (\$5,650 por persona o no más de \$11,300 por familia cuando use proveedores dentro de la red), el plan pagará el 100% de sus costos médicos y de medicamentos recetados elegibles.
- Usted tiene un deducible aparte para la atención médica de médicos y hospitales fuera de la red. Por lo tanto, piénselo bien antes de elegir a un proveedor fuera de la red. Tardará más tiempo en alcanzar su deducible y no podrá aprovechar las tarifas más bajas del plan de cobertura para los servicios de atención médica.

Tabla 2. Plan TRS-Care Standard de 2026	
Su plan TRS-Care Standard de 2026 es administrado por BCBSTX (cobertura médica) y Express Scripts (medicamentos recetados). Todos los copagos de la Tabla 2 cuentan para su MOOP, incluyendo la insulina y las consultas virtuales de TRS.	
Deducibles para los gastos médicos y de recetas	Dentro de la red: \$1,700 por persona; \$3,400 por familia Fuera de la red: \$3,400 por persona; \$6,800 por familia
Coseguro para los gastos médicos y de recetas	Dentro de la red: usted paga el 20% después de alcanzar su deducible Fuera de la red: usted paga el 40% después de alcanzar su deducible
Costos de MOOP para los gastos médicos y de recetas	Dentro de la red: \$5,650 por persona; \$11,300 por familia Fuera de la red: \$11,300 por persona; \$22,600 por familia
Consultas médicas virtuales	RediMD: \$30 por consulta, que cuentan para su deducible Teladoc: \$42 por consulta, que cuentan para su deducible Cuando alcanza su deducible, el plan de cobertura paga el 80% y usted el 20%.
Consulta virtual de salud mental (Teladoc)	Sesión inicial de psiquiatría: \$185, que cuentan para su deducible Sesión continua de psiquiatría: \$95, que cuentan para su deducible Sesión con psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, consejeros o terapeutas: \$85, que cuentan para a su deducible
Cobertura de medicamentos genéricos	Sin costo para ciertos medicamentos que previenen enfermedades crónicas
Copago de insulina	Copago de \$25 para un suministro de 31 días Copago de \$75 para un suministro de 61 a 90 días
SaveOnSP	Sin costo para los medicamentos especializados de la Lista de medicamentos de SaveOnSP después de alcanzar el deducible

Costos de bolsillo

Los costos de bolsillo son los que usted paga por los servicios de atención médica, incluyendo deducibles y el coseguro.

Por ejemplo:

1. Usted consulta a un especialista dentro de la red (por ejemplo, un dermatólogo) para la rosácea.
2. El personal del consultorio le dice que su consulta de dermatología cuesta \$100.
3. Si todavía no alcanza el deducible, le pagará \$100 a su médico. Su plan de cobertura aplicará los \$100 hacia su deducible anual. Esos \$100 representan un costo de bolsillo para usted.
4. Si alcanza su deducible, puede tener que pagar un 20% de coseguro o \$20, y su plan de cobertura pagará el 80% u \$80 del precio de \$100 de sus servicios dentro de la red. Su costo de bolsillo es de \$20.

Gastos máximos de bolsillo

El límite de la cantidad que paga en un año por los costos de atención médica se le llama el “gasto máximo de bolsillo” (MOOP, en inglés). Una vez que alcance su MOOP, su plan de cobertura pagará el 100% de sus costos médicos y medicamentos recetados elegibles durante el resto del año calendario.

Su cantidad del MOOP se reajusta cada 1 de enero, al igual que su deducible.

Los costos de bolsillo tienen tres categorías comunes:

1. Primas

Su prima es la cantidad fija que paga cada mes por su seguro médico. No se aplica a su deducible. **Tabla 4. Primas mensuales de TRS-Care Standard de 2026**, en la **página 16** muestra los costos de sus primas mensuales.

2. Deducibles

Su deducible es la cantidad de dinero que debe pagar de su bolsillo antes de que su plan de cobertura comience a pagar la parte que le corresponde de sus costos por atención médica. Algunas cosas que debe recordar:

- Los gastos médicos o de medicamentos recetados elegibles se aplican a su deducible.
- Usted paga el costo total de sus costos médicos y de recetas hasta que alcance su deducible (\$1,650 por persona o \$3,300 si tiene dependientes en una cobertura familiar).

- Los gastos de una sola persona no superarán el MOOP por persona, aunque esté en la cobertura familiar. Los gastos de bolsillo de toda la familia no superarán el límite familiar.
- Usted tiene deducibles separados para los gastos dentro y fuera de la red. Esto significa que no puede aplicar la atención médica fuera de la red a su deducible dentro de la red.
- Su deducible comienza cada año del plan de cobertura, el 1 de enero.

3. Coseguro

Cuando paga o alcanza su deducible, su plan de cobertura empieza a pagar un porcentaje de sus gastos médicos y de medicamentos recetados, y usted paga otro porcentaje. El porcentaje que usted paga se llama “coseguro”.

Vale la pena permanecer dentro de la red

Si sale de la red, su deducible por persona aumenta a \$3,300 y su coseguro se duplica al 40%. No solo eso, su plan no aplica los gastos que tenga fuera de la red al deducible dentro de la red. También es posible que tenga que pagar la diferencia entre la tarifa permitida por su cobertura para el servicio y la cantidad de sus facturas del hospital o médico fuera de la red.

Por eso, **vale la pena comparar los costos de los servicios de atención médica y tomar una decisión informada.** Inicie sesión en [Blue Access for Members^{SM18}](#) para usar la herramienta Provider Finder para encontrar proveedores dentro de la red y la herramienta de Estimador de costos para comparar los costos de diferentes servicios.

Tabla 3. Su plan de cobertura en acción

Deducible	Coseguro	Gastos máximos de bolsillo
\$1,700 para la cobertura por persona (dentro de la red)	Usted paga el 20% (dentro de la red) después de alcanzar su deducible	\$5,650 para la cobertura por persona (dentro de la red) o \$11,300 para la cobertura por familia (dentro de la red)
Cuando acude a un médico que está dentro de la red o solicita un medicamento recetado, usted paga el costo total del servicio o del medicamento recetado hasta que sus costos médicos alcancen los \$1,650 (o \$3,300 si la cobertura incluye a su familia).	Una vez que pague \$1,700 (o \$3,400 si la cobertura incluye a su familia) por los costos médicos y de medicamentos recetados dentro de la red, su plan de cobertura pagará el 80% de los costos. Usted solo paga el 20% de sus gastos.	Una vez que pague de su bolsillo \$5,650 (o \$11,300 si la cobertura incluye a su familia) hacia los deducibles y el coseguro, el plan pagará el 100% de sus costos durante el resto del año calendario.
Ejemplo: <i>Usted consulta a un alergólogo y la tarifa negociada es de \$150. Usted paga la totalidad y su plan de cobertura resta esa cantidad de su deducible.</i>	Ejemplo: <i>Usted consulta al mismo alergólogo después de haber alcanzado su deducible. Usted paga el 20% del costo de la consulta, es decir, \$30. Su plan TRS-Care paga el resto.</i>	Ejemplo: <i>El alergólogo dice que necesita una cirugía sinusal como paciente ambulatorio, que cuesta \$30,000. Usted ya alcanzó su deducible por persona de \$1,700, que cuenta para su gasto máximo de bolsillo. En este momento, usted paga los \$3,950 restantes para alcanzar el gasto máximo de bolsillo de \$5,650; momento en el que, su plan de cobertura comienza a pagar el 100%.</i>
Costo de la consulta: \$150	Costo de la consulta: \$150	Costo de la cirugía: \$30,000
Usted paga: \$150	Usted paga: \$30	Usted paga: \$3,950 para alcanzar el máximo de bolsillo.
Su deducible restante: \$1,550	Su plan de cobertura aplica esta cantidad a los gastos máximos de bolsillo.	La cobertura paga el resto.

¹⁸espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Primas mensuales de TRS-Care Standard de 2026

Tabla 4. Primas mensuales de TRS-Care Standard de 2026	
La mayoría de los jubilados sin Medicare	Jubilados sin Medicare con hijos con discapacidades (de cualquier edad)*
Solo el jubilado: \$200	N/A
Jubilado + cónyuge: \$689	N/A
Jubilado + hijos: \$408	Jubilado + hijos: \$208
Jubilado + familia: \$999	Jubilado + familia \$799:
Hijos sobrevivientes: \$208	N/A

* TRS reduce las primas mensuales para los jubilados sin Medicare con hijos con discapacidades por la cantidad de \$200 en los niveles que cubran a los hijos. Es responsabilidad del asegurado notificar a TRS si un hijo tiene una discapacidad.



Sugerencias breves

- Haga que rinda más cada dólar que gasta en atención médica. Use médicos y hospitales dentro de la red para que su plan de cobertura pueda aplicar todos los gastos elegibles a su deducible. Los médicos dentro de la red tienen tarifas contratadas más bajas, lo que significa menos dinero de su bolsillo. Use [Provider Finder](#)¹⁹ para encontrar proveedores dentro de la red.
- Aproveche los medicamentos recetados sin costo. Si toma ciertos medicamentos genéricos clasificados como “preventivos”, como un medicamento recetado para la hipertensión, una condición cardíaca o depresión, puede obtener su medicamento sin costo alguno. Esta es una manera importante en la que TRS invierte en la salud de los jubilados como usted. Consulte la sección “Cómo surtir una receta” en la página 21 para obtener más información detallada.

Recuerde:

El estado de elegibilidad para Medicare del jubilado de TRS o del cónyuge sobreviviente, determinan las primas, independientemente del estado de Medicare de sus dependientes. Por ejemplo, si usted es un jubilado de TRS y aún no es elegible para Medicare, e incluye a su cónyuge en la cobertura, quien sí es elegible para Medicare, usted pagará \$689 al mes porque usted, el jubilado, aún no es elegible para Medicare.

- ¿Piensa jubilarse debido a una discapacidad? Si planea jubilarse por una discapacidad, pagará una de las primas de la **Tabla 5. Primas para los jubilados que se jubilaron por una discapacidad antes del 1 de enero de 2017**. Las primas varían si cubre a los dependientes.
- ¿Ya está jubilado debido a una discapacidad? Si se jubiló antes del 1 de enero de 2017, tiene beneficios por discapacidad de TRS y no es elegible para Medicare, seguirá sin pagar una prima por la cobertura solo para jubilados durante el año del plan de cobertura 2026 (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026). TRS reduce en \$200 las primas mensuales que incluyen a un cónyuge o a un dependiente. Consulte la sección “Jubilados por discapacidad” en la **página 6** para obtener más información.

Tabla 5. Primas para los jubilados que se jubilaron por una discapacidad antes del 1 de enero de 2017	
Solo el jubilado	Sin costo
Jubilado + cónyuge	\$489
Jubilado + hijos	\$208
Jubilado + familia	\$799



Cuestionario

- P: Usted acude a su médico dentro de la red porque no se le quita la tos. El médico le dice que tiene bronquitis. El costo total de su consulta es de \$100, pero alcanzó su deducible.
 - ¿Cuál es su costo?
 - A. Sin costo porque es atención médica preventiva.
 - B. Mi costo es de \$100.
 - C. Mi costo es de \$20 (20% del costo total).
 - R: “C” es la respuesta. El costo de esta consulta dentro de la red es de \$20, o el 20% del coseguro.
 - Recuerde que estamos hablando dentro de la red. Si acude a un centro fuera de la red, pagará el 40% de la tarifa permitida por su cobertura, más la diferencia total entre la tarifa permitida y lo que facture el médico (suponiendo que haya alcanzado el deducible fuera de la red).

Elegir a su médico

Su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés), es su socio para mejorar su salud y su proveedor principal para obtener los servicios que usted y su familia necesitan para mantenerse bien, desde cuidados rutinarios y preventivos hasta lesiones o enfermedades. Con el tiempo, su proveedor llegará a conocerlo a usted y a su historial médico, sus necesidades y sus objetivos. Le ayudará a determinar cómo alcanzar esos objetivos y a mantenerse sano.

Si tiene alguna preocupación sobre su salud o enfermedad crónica, su PCP le ayudará a navegar el sistema de atención médica. Incluso si está sano y activo, su PCP le ayuda a mantenerse así haciendo un seguimiento de sus necesidades y objetivos de atención médica. Establezca la atención médica con un PCP en el que pueda confiar y con el que establezca una relación duradera para que le resulte más fácil hablar de su salud personal.

Ya que hay miles de médicos y hospitales dentro de la red de BCBSTX, lo más probable es que encuentre uno que le guste.

Encontrar a un médico que esté dentro de la red no podría ser más fácil. Así es cómo:

- Visite [TRS-Care Standard](#)²⁰.
- Seleccione **Médicos y hospitales** para usar Provider Finder.
- o,
- Llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999**, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Conozca su red

Una de las características más valiosas de su plan de cobertura es la red de médicos y hospitales a los que puede acceder para recibir atención médica. Cuando un médico está dentro de la red, significa que ha trabajado con nuestro plan de cobertura a una tarifa acordada mutuamente para sus servicios.

En cambio, los médicos fuera de la red no aceptaron las tarifas de su plan de cobertura. Por eso, salir de la red es como conducir un automóvil sin frenos: tiene poco control sobre la cantidad de dinero que gasta en su atención médica. Las desventajas de la atención médica fuera de la red incluyen lo siguiente:

- No tiene el beneficio de unas tarifas previamente negociadas para su atención médica.
- Los médicos y hospitales fuera de la red pueden cobrar precios de mercado, lo que significa que podría tener que pagar toda la diferencia total entre la tarifa permitida por su plan de cobertura y la tarifa del médico o del hospital. Tenga cuidado: los costos que superen la tarifa permitida por el plan de cobertura no se aplican a su gasto máximo de bolsillo.
- No podrá aplicar los gastos fuera de la red al deducible dentro de la red.
- También podría tener que lidiar con el papeleo adicional porque los médicos fuera de la red podrían requerirle que presente sus propias reclamaciones de atención médica.

En conclusión:

Si usa un proveedor de servicios médicos fuera de la red, independientemente de las circunstancias, lo más probable es que pague más, quizá mucho más que las cantidades usuales de su deducible y coseguro dentro de la red.



Ir al médico

Consultar regularmente a un PCP o a un médico familiar resulta en costos más bajos y una mejor salud.

Una consulta anual de bienestar, proporcionada sin costo con los beneficios preventivos, es una parte importante. Esta es la oportunidad para que su médico vea el panorama general de cómo se encuentra y se asegure de que esté libre de síntomas.

Si le indican que está saludable, estupendo. Puede mantener, controlar e incluso mejorar su salud haciéndose chequeos regulares, siguiendo los consejos de su médico y usando las herramientas de salud y bienestar que ofrece su plan de cobertura.

Cuando programe una cita para su consulta anual de bienestar, avísele al programador para que codifique su consulta como atención médica preventiva. **Si habla de una condición médica persistente o recibe un tratamiento de diagnóstico durante su consulta anual de bienestar, ya no calificará como atención preventiva y usted será responsable de los deducibles o el coseguro correspondientes.**

Su consulta anual de bienestar le informa a su médico sobre los primeros signos o del empeoramiento de una enfermedad o dolencia. Cuando se trata de su salud, entre más pronto se entere, mejor. Tenga en cuenta que algunas condiciones de salud graves no presentan signos ni síntomas.

Su consulta anual de bienestar es su primera línea de defensa.

Servicios con cobertura y servicios de atención médica preventiva

Si acude a un médico dentro de la red sin síntomas para hacerse cualquier tipo de examen de detección o prueba preventiva (incluyendo ciertas pruebas de detección del cáncer), no pagará nada. Pero no todas las consultas al médico son de atención médica preventiva; algunas son de atención de diagnóstico.

Una consulta de diagnóstico es cuando acude al médico por un problema específico, tratamiento, condición de salud, o para el tratamiento continuo de una condición médica, o para hacerse análisis de laboratorio u otras pruebas para detectar un problema conocido. La diferencia entre atención preventiva y diagnóstica puede ser complicada.

Por ejemplo, acude a su médico dentro de la red para una consulta de atención médica preventiva que había planeado que no tendría costo, como su chequeo anual. Durante el examen, usted dice que le duele el hombro. Su médico lo examina, descubre que tiene artritis y le receta un medicamento. En este caso, su consulta preventiva se convirtió en una consulta por una enfermedad o lesión específica, y ahora recibirá una factura por una consulta de atención diagnóstica.

Su plan de cobertura cubre el 100% de su atención preventiva con proveedores dentro de la red, así que utilice este valioso beneficio para lo siguiente:

- examen de la presión arterial;
- examen del colesterol;
- consulta anual de bienestar;
- examen de detección de la diabetes (tipo 2);
- examen de la depresión;
- examen de detección del cáncer de pulmón;
- mamografías rutinarias;
- ciertas vacunas, como la vacuna anual contra la gripe o la culebrilla.

Recuerde que su PCP conoce su historial médico general y podrá orientarle hacia una atención médica preventiva para ayudarlo a que se mantenga sano y activo.

Consulte la sección **Servicios de atención médica preventiva con cobertura**²¹ para obtener una lista completa de los servicios preventivos que cubre el plan TRS-Care Standard.



Cuestionario

P: Una mujer que toma medicamentos para el colesterol alto tiene un examen de bienestar anual y se hace una prueba de colesterol.

La misma mujer tiene consultas cada tres meses con su médico dentro de la red para hacerse análisis de sangre para checar sus niveles de colesterol y asegurarse de que la dosis de sus medicamentos sea la correcta. **¿Qué situación es preventiva y tiene cobertura sin costo?**

R: El primer escenario no tiene costo. La consulta presencial y el análisis de sangre son preventivos porque forman parte de un examen general de bienestar. Los análisis de sangre en la segunda opción no son preventivos porque tratan una condición de salud existente.



Sugerencias breves

No todos los médicos son iguales.

Así que, cuando busque uno, asegúrese de usar Provider Finder. Desde información de costos y calidad de los proveedores de servicios médicos dentro de la red hasta opiniones sinceras de pacientes reales, Provider Finder es una valiosa herramienta que le ayudará a encontrar las soluciones de atención médica adecuadas.

Visite **TRS-Care Standard**²² y seleccione **Médicos y hospitales** para comenzar.

²¹www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx

²²espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Recibir atención médica cuando está enfermo o lesionado

Cuando no se sienta bien o esté lesionado y no se trate de una emergencia, su primera llamada debe ser a su PCP. El PCP conoce su historial médico y puede ofrecerle la atención médica más informada. También es el lugar que tiene el precio más económicamente eficiente para comenzar si no está seguro de que debe acudir a un especialista.

Sin embargo, si el consultorio del médico está cerrado y usted no puede conseguir una cita, o no tiene una relación establecida con un PCP (también podemos ayudarlo con eso), la buena noticia es que tiene otras opciones.

Obtenga atención médica desde su hogar

Conéctese con un médico por teléfono, tableta o computadora las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con Teladoc.

– Llame al **1-855-Teladoc (1-855-835-2362)**.

– Los médicos de Teladoc diagnostican problemas médicos que no son de emergencia, recomiendan tratamientos, envían recetas a la farmacia de su elección y más.

– Pague una tarifa por consulta de \$42 (que cuenta para su deducible y gasto máximo de bolsillo).

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

Su plan TRS-Care Standard también incluye Teladoc Mental Health a través de las consultas virtuales de TRS Virtual Health como parte de su paquete de beneficios. Cuidar de su salud mental es una parte esencial de su bienestar general. Con Teladoc Mental Health, las personas mayores de 13 años pueden recibir atención médica para la depresión, la ansiedad, el estrés, el duelo y más. No es necesario que los padres estén presentes durante las citas de salud mental de los pacientes de 13 a 17 años.

• Programar una consulta con un psiquiatra o terapeuta es fácil y conveniente. Programe una cita los siete días de la semana, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., hora local. Teladoc Mental Health confirma las citas en un plazo de 48 horas.

• Puede programar su cita en línea o con la aplicación de Teladoc. El médico determina la duración de la cita. **Las consultas con un proveedor que no sea médico suelen durar 45 minutos. Las consultas con un proveedor de servicios de salud mental solo están disponibles a través de citas por video.** Elija consultar a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta y establezca una relación continua. Debe programar las citas con anticipación.

Clínicas en comercios locales

• Las clínicas en comercios locales o “sin cita previa”, como las de Walgreens, CVS y HEB, son buenas opciones si tiene una enfermedad leve como un dolor de garganta o de oídos y no puede conseguir una cita con su PCP.

• El costo de la atención médica en las clínicas en comercios locales suele ser menor que el de las clínicas de atención médica inmediata/urgente, pero tenga en cuenta que las clínicas en comercios locales no pueden atender necesidades médicas más urgentes, como huesos fracturados.

Clínicas de atención médica inmediata/urgente o aguda

• Las clínicas de atención médica inmediata/urgente o aguda son para recibir atención médica fuera del horario laboral, cuando el consultorio del médico está cerrado o cuando una necesidad de salud inmediata no requiere atención en salas de emergencias de hospitales.

• Los servicios típicos de una clínica de atención médica inmediata/urgente incluyen el tratamiento de huesos fracturados, cortaduras y quemaduras, asma y bronquitis. El costo de la atención médica en clínicas de atención médica inmediata/urgente suele ser mayor que el de las clínicas en comercios locales, pero mucho menor que el de una sala de emergencias.

Sala de emergencias

• Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana si tiene una emergencia que pone en peligro su vida. En la mayoría de los casos, su plan de cobertura se ajustará a las tarifas dentro de la red.

Encontrar atención médica inmediata/urgente y de emergencia cerca de usted

• Familiarícese con los centros de atención médica inmediata/urgente y las clínicas sin cita previa cerca de usted. Encuentre una sala de emergencias en un hospital dentro de la red antes de que necesite ir a una.

• Visite [TRS-Care Standard](#)²³.

• Seleccione **Médicos y hospitales** y **Provider Finder**.

• Haga clic en **Buscar por categoría** (*Browse by Category*) y elija **Centro de atención médica inmediata/urgente** (*Urgent Care Center*).



Sugerencias breves

Tenga cuidado con las salas de emergencias independientes que parecen clínicas de atención médica inmediata/urgente.

Comprender la diferencia puede tener un gran impacto en sus costos de bolsillo por atención médica. ¿Cómo puede reconocerlas? Las salas de emergencias independientes no están físicamente unidas a los hospitales. Es más probable que vea una al lado de su supermercado. Están obligadas a usar la palabra “emergency” (emergencia) en su nombre.

²³espanol.bcbstx.com/trscarestandard

Análisis de laboratorio, radiografías u otros exámenes diagnósticos

El hecho de que su médico esté dentro de la red no significa que los laboratorios o centros de exámenes y pruebas de diagnóstico y de detección que el consultorio utilice estén dentro de la red. El costo inesperado de un análisis de laboratorio, una radiografía o una prueba fuera de la red puede ser desagradable, así que **infórmese antes de ir** para asegurarse de que su plan de cobertura cubre el costo de los servicios a una tarifa dentro de la red.

Investigar los servicios y los precios puede ahorrarle dinero.

El costo de muchos procedimientos médicos comunes puede variar mucho sin correlación con la calidad de su atención médica.



Ejemplo:

Pruebas por imágenes de resonancia magnética

Los proveedores de servicios médicos usan una resonancia magnética (MRI, en inglés) cuando necesitan ver, en alta resolución, lo que ocurre dentro de su cuerpo. Pero es importante saber que el costo de una resonancia magnética puede variar mucho según dónde se la hagan.

La resonancia magnética y la tomografía computarizada (CT, en inglés) tienen la mayor variabilidad en costos de cualquier tipo de imagen médica. A veces, el precio puede variar diez veces entre un lugar y otro, y eso sin ninguna diferencia en calidad.

El Estimador de costos de BCBSTX le permite comparar precios

Provider Finder le ayuda a administrar cada aspecto de su salud en línea, en cualquier momento:

- El Estimador de costos le permite comparar los costos reales de procedimientos y tratamientos comunes antes de recibir atención médica.
- Llame a un guía personal de la salud (PHG, en inglés). Los PHG actúan como defensores de la salud y le ayudan a comprender su cobertura. Puede llamar a un PHG al 1-866-355-5999, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para que le ayuden a calcular los costos de las consultas con especialistas, radiografías u otros exámenes diagnósticos.

Visite [TRS-Care Standard](#)²⁴, seleccione **Médicos y hospitales** y después **Provider Finder** para comenzar.

Programa de recompensas Member Rewards

A partir del 1 de septiembre de 2025, los asegurados de TRS-Care Standard podrán ganar hasta \$599 en recompensas por año del plan de cobertura al elegir proveedores de alta calidad a un costo más bajo para procedimientos comunes como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, colonoscopias, y más. ¡Y es fácil! Solo tiene que comparar, programar y ganar:

- **Compare costos:** llame a un guía personal de la salud o use Provider Finder para encontrar una ubicación o un proveedor elegible para recibir recompensas por su procedimiento o servicio.
- **Programa su cita:** una vez que haga una selección, programe una cita y obtenga el procedimiento o servicio.
- **Gane una recompensa en efectivo:** obtenga una recompensa en efectivo por cheque, que le enviaremos por correo postal a su hogar después de que paguemos su reclamación y verifiquemos que el proveedor es elegible para recompensas.

Escanee el código QR o visite ²⁵[Recompensas de Member Rewards: TRS-Care Standard | Blue Cross and Blue Shield of Texas](#) para obtener más información.



Estadía en el hospital

Cuando se trata de una estadía en el hospital, lo que pague dependerá de la cantidad de dinero que ya haya pagado a su deducible y su coseguro. Incluso una estadía corta en el hospital puede ser costosa, por lo que, cuando se queda en un hospital, alcanza más rápido su deducible y el gasto máximo de bolsillo.

Los precios de los hospitales varían significativamente, incluso cuando están dentro de la red. Un hospital podría cobrar un 50% más por una prótesis de rodilla que otro, sin diferencia en la calidad de la atención médica. Si su médico ejerce en más de un hospital, **use la herramienta Estimador de costos para comprobar los precios antes de elegir un centro.**



²⁴espanol.bcbstx.com/trscarestandard

²⁵espanol.bcbstx.com/trscarestandard/doctors-and-hospitals/member-rewards

Cómo surtir una receta

Express Scripts ofrece una amplia selección de farmacias, así que es probable que encuentre una ubicación conveniente cerca de su hogar. Encuentre una farmacia cerca de usted en [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁶.

Cuando tenga que surtir una receta

Al igual que con los beneficios médicos, debe alcanzar su deducible antes de que su plan de cobertura comience a pagar los costos de los medicamentos recetados. Una vez que alcance su deducible, pagará el 20% de los costos de sus medicamentos si están incluidos en la Lista de medicamentos.

Puede surtir sus recetas de diferentes maneras y ahorrar en los medicamentos que use.

1. Para recetas a corto plazo (hasta un suministro de 31 días), puede acudir a cualquier farmacia dentro de la red de Express Scripts. Para encontrar una farmacia dentro de la red, visite [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁶.
2. También puede acudir a farmacias fuera de la red, pero es posible que tenga que pagar más de su bolsillo. Además, recuerde que el costo de sus recetas no se aplica a su deducible dentro de la red.

Si necesita surtir un medicamento continuo o de mantenimiento, ahorre tiempo y energía con estas convenientes opciones:

- **Use el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts.** Puede pedir un suministro de sus medicamentos para un máximo de 90 días y puede recibirlo en cualquier dirección de los Estados Unidos. Puede pagar con tarjeta de crédito, cheque o giro postal. Para comenzar la entrega a domicilio, pida a su médico que envíe una receta electrónica a la farmacia de Express Scripts o llame a Servicio al Cliente de Express Scripts de TRS-Care Standard al **1-855-778-1450**. Visite [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁶ para obtener más información.
- **Visite una farmacia en comercios locales dentro de la red de Express Scripts.** Las farmacias participantes dentro de la red pueden surtir un suministro de hasta 90 días de un medicamento. Para encontrar farmacias en comercios locales cerca de usted, visite [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁶ o llame a servicio al cliente de Express Scripts al **1-855-778-1459** (TTY: 711).

Si necesita surtir un medicamento especializado

- La farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts se llama Accredo Pharmacy. Los participantes en el plan de cobertura deben surtir los medicamentos especializados con Accredo.
- Los medicamentos especializados son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad crónica o complicada. Podrían requerir control de la temperatura u otro manejo especial. Para obtener más información, visite [Recetas especializadas de TRS-Care Standard de Accredo](#)²⁷.
- **Aproveche los medicamentos especializados sin costo para proteger su salud**
Su plan TRS-Care Standard incluye cobertura completa para ciertos medicamentos genéricos clasificados como medicamentos preventivos, o medicamentos que previenen una condición, pero no tratan una existente.
- Si tiene un medicamento recetado en una de las clases enumeradas a continuación, su medicamento podría ser preventivo, y podría ser elegible para obtener el medicamento sin costo.
- Consulte la lista de medicamentos preventivos en [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁶ para ver si su medicamento está en la lista. Aproveche al máximo este valioso beneficio.



Sugerencias breves

Infórmese si su medicamento especializado califica para obtener un descuento.

Algunos medicamentos especializados califican para programas de asistencia para copagos de terceros que pueden reducir sus costos de bolsillo. Si utiliza asistencia de copago de terceros para un medicamento especializado, no recibirá crédito para el gasto máximo de bolsillo o el deducible por ninguna cantidad de copago o coseguro que se aplique a un cupón o reembolso de un fabricante.

Tipos de medicamentos preventivos genéricos que podría obtener sin costo

CARDIOVASCULARES
DIABETES
HIPERTENSIÓN
SALUD MENTAL
ASMA/EPOC
Y MÁS

Consulte la lista de medicamentos genéricos preventivos en [Cobertura de medicamentos recetados de TRS-Care Standard de Express Scripts](#)²⁶

²⁶ www.express-scripts.com/es/trscarestandard

²⁷ es.accredo.com/trscarestandard

Cómo evitar costos inesperados o innecesarios en atención médica

A la mayoría de nosotros no nos gustan las sorpresas, en especial cuando se trata de lo que pagamos por algo. Con demasiada frecuencia, da la sensación de que la atención médica está llena de “trampas” financieras. Use estos consejos para evitar sorpresas desagradables.



Permanezca dentro de la red

Asegúrese que sus médicos, especialistas, hospitales, laboratorios y centros de diagnóstico estén dentro de la red. Es fácil buscar médicos y centros para ver si están dentro de la red con la herramienta Provider Finder en [TRS-Care Standard de BCBSTX](#)²⁸.



Investigue los precios de los servicios de diagnóstico

Desde las resonancias magnéticas hasta las tomografías computarizadas, el mismo examen de detección, servicio o procedimiento puede tener una enorme diferencia de precio según el centro donde se realice. Cuando se trata de atención médica, un costo más alto no significa necesariamente mejor calidad. Lo mismo ocurre con procedimientos hospitalarios de rutina, como las prótesis de cadera o rodilla. Use el [Estimador de costos](#)²⁹ para comparar precios antes de recibir un servicio.



Considere otras alternativas

Las consultas virtuales de TRS Virtual Health le permite acceder a médicos a través de una consulta telefónica o por video para cuestiones que no son de emergencia. Incluso puede usarla para obtener consejos médicos rápidamente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. A solo \$30 por consulta, puede tener un precio más económicamente eficiente que una consulta tradicional al médico para una condición de salud menor.

Si necesita ver a un médico en persona o fuera del horario laboral, considere la posibilidad de acudir a una clínica en comercios locales o a un centro de atención médica inmediata/urgente en lugar de ir a una sala de emergencias.

Si debe acudir a la sala de emergencias, evite las salas de emergencias independientes. Las salas de emergencias independientes no suelen estar dentro de la red. A diferencia de los centros de atención médica inmediata/urgente, las salas de emergencias independientes no están afiliadas a un hospital. Son propiedad de grupos o personas independientes. Como TRS no tiene contrato con salas de emergencias independientes, no le ofrecerá un precio negociado más bajo como el que tiene con una sala de emergencias afiliada a un hospital dentro de la red. Ahorre tiempo y dinero permaneciendo dentro de la red.



Use medicamentos genéricos

Pregunte a su médico sobre el cambio a un medicamento genérico si usa un medicamento de marca. Si su medicamento no tiene opción genérica, pida a su médico que elija un medicamento de marca preferido de la lista de medicamentos de Express Scripts. Y no olvide que muchos medicamentos preventivos genéricos están disponibles sin costo.



Confíe, pero verifique

Los proveedores presentan millones de reclamaciones a través del sistema de atención médica cada año. Por lo tanto, es conveniente comparar la cantidad que le cobra su médico con la Explicación de beneficios. Llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** para corregir discrepancias.



Mediación

Es posible que haya recibido atención médica de emergencia, atención o servicios médicos o suministros médicos de un centro fuera de la red, de un proveedor de atención médica de emergencia o de un proveedor de servicios médicos en un centro. Si recibe una factura de más de \$500 (sin incluir su copago, coseguro y deducible), puede tener derecho a disputar los cargos y solicitar una mediación.

Si la factura es elegible para la mediación, obtenga más información e infórmese si puede reducir los costos de bolsillo visitando [el Departamento de Seguros de Texas](#)³⁰ o llamando al **1-800-252-3439**. Si recibe una factura de un proveedor fuera de la red que le preocupa, llame a un guía personal de la salud al **1-866-355-5999** y solicite una revisión de la reclamación.



Apelaciones

Cuando recurre a la atención médica, es posible que le nieguen una reclamación. Es una buena idea comprender el proceso de apelación de las reclamaciones negadas. Para obtener más información, consulte [Cómo presentar apelaciones de reclamaciones médicas](#)³¹.

²⁸espanol.bcbstx.com/trscarestandard

²⁹espanol.bcbstx.com/trscarestandard/tools-and-resources/estimating-costs

³⁰www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html

³¹www.trs.texas.gov/Pages/healthcare-file-medical-claims.aspx

Ahorre dinero con una Cuenta de ahorros para gastos médicos

Una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA, en inglés) es una cuenta especial de ahorro que ayuda a las personas a ahorrar dinero libre de impuestos para pagar los gastos médicos. Es una opción popular para muchas personas porque es fácil de abrir, sencilla de usar y le ofrece la posibilidad de ahorrar dinero para la atención médica.

TRS-Care Standard es un plan de cobertura "elegible para una cuenta HSA", lo que significa que puede aprovechar los ahorros asociados al abrir y financiar una cuenta HSA.

Puede deducir los depósitos que haga en su cuenta HSA de sus impuestos si usa el dinero para cubrir gastos médicos. Los intereses que gane en la HSA están libres de impuestos si gasta el dinero en atención médica. Las personas suelen usar las cuentas HSA con los planes de cobertura con deducible alto para ayudar a cubrir los costos médicos de su bolsillo.

Cómo funcionan las cuentas HSA

Si desea abrir una cuenta HSA, visite una institución financiera que las ofrezca. Usted será el propietario de la cuenta y hará todos los depósitos. En 2026, puede hacer depósitos de hasta \$4,400 al año para la cobertura por persona y de \$8,750 al año para la cobertura por familia. Estos límites podrían cambiar todos los años. Use su cuenta HSA para ayudar a pagar

su deducible y para la mayoría de los demás gastos en atención médica, incluidos los servicios dentales y de la visión.

Sin embargo, debido a que es probable que deduzca los depósitos de sus impuestos sobre ingresos y el dinero aumenta libre de impuestos, asegúrese de gastar estos fondos solo en costos médicos aprobados.

Si gasta el dinero de su cuenta HSA en otras cosas, debe pagar impuestos y multas. Para obtener una lista completa, consulte [Acerca de la publicación 502](#)³².

¡Usar los fondos de su cuenta HSA es fácil! Con Provider Finder, usted puede:

- A. Transferir el dinero de su cuenta HSA a su cuenta corriente para cubrir el costo de un servicio de atención médica; o bien,
- B. Abrir una cuenta en un banco que ofrezca tarjetas de débito con su cuenta HSA y use la tarjeta de débito de la cuenta HSA para pagar el servicio de atención médica.

Guarde los recibos por si el IRS le solicita que demuestre que solo usó el dinero en gastos médicos.

Usted es el propietario de la cuenta HSA y el dinero que deposita en la cuenta es suyo. A diferencia de una cuenta de gastos flexibles (FSA, en inglés), el dinero y los intereses que usted gana y no gasta permanecen en su cuenta para el próximo año del plan de cobertura.

TRS no administra las cuentas HSA, pero usted puede conseguir una fácilmente por su cuenta. La mayoría de los bancos ofrecen cuentas HSA. Abrir una es como abrir cualquier otro tipo de cuenta de ahorro. Puede empezar a buscar una institución que ofrezca cuentas HSA en cualquier momento. Sin embargo, no podrá depositar dinero en su cuenta HSA hasta que comience su plan TRS-Care Standard.



³²www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-502

Cobertura opcional para el cuidado dental y de la visión

TRS tiene otros dos planes de cobertura confiables que pueden mejorar la salud diaria de nuestros jubilados: ¡TRS-Care Dental y TRS-Care Vision! Y si ya está inscrito en uno de nuestros planes de cobertura, ¿por qué no mantener toda su atención médica en un solo lugar? Haga de TRS la opción en la que puede confiar para todos los aspectos de su bienestar. Estos son planes de cobertura separados, cada uno con su propia prima. Además, podría inscribirse en el plan TRS-Care Dental, TRS-Care Vision o en ambos planes, sin estar inscrito en las coberturas médicas y de medicamentos recetados de TRS-Care.

MetLife administra los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision. El año del plan de cobertura para todos los planes de TRS-Care es del 1 de enero al 31 de diciembre.

¿Quién puede inscribirse?

Los jubilados y cónyuges sobrevivientes elegibles para TRS-Care pueden inscribirse en los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision. Consulte la [página 6](#) para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. No necesita la cobertura médica ni la de medicamentos para inscribirse y puede elegir una cobertura dental o de la visión, o ambas.

¿Cuándo puede inscribirse?

Tendrá la oportunidad de inscribirse en estos planes de cobertura cuando se jubile o una vez al año durante la inscripción anual. También puede inscribirse en estos planes de cobertura si es elegible para Medicare o si tiene un evento de inscripción especial que incluye la pérdida de la cobertura médica integral dental o de la visión y no fue por su culpa u obtuvo un dependiente nuevo.

La inscripción anual abierta para el plan de cobertura 2026 es del 1 de octubre al 8 de diciembre de 2025. El período de inscripción anual es solo para los planes TRS-Care Dental y TRS-Care Vision. TRS no ofrece inscripción anual abierta para la cobertura médica ni la de medicamentos recetados. El período de inscripciones anual puede variar cada año. La inscripción es para el año calendario. Si desea hacer cambios, como añadir o eliminar dependientes o inscribirse o cancelar la cobertura, puede hacerlo durante el período anual de inscripciones. Si no hace cambios, sus beneficios seguirán siendo los mismos en el próximo año del plan de cobertura.

Cómo inscribirse

Puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes cualificados en [MyTRS.Texas.gov](#) en menos de cinco minutos. También puede enviar por correo postal una solicitud completa a TRS. Los jubilados pueden visitar la página web de TRS para descargar la solicitud o llamar a TRS Health para solicitar una por correo postal. La inscripción anual es el único momento en que puede inscribirse o hacer cambios en estos planes de cobertura.

TRS-Care Dental

TRS-Care Dental le permite disfrutar de una sonrisa radiante gracias a una cobertura integral de servicios y procedimientos importantes para su salud. Desde exámenes rutinarios y servicios básicos de diagnóstico, hasta implantes, coronas, dentaduras postizas y más; este plan de cobertura tiene como objetivo proteger su salud, su sonrisa y su presupuesto familiar. Tendrá acceso a más de 11,700 dentistas con licencia en Texas y 133,000 proveedores dentro de la red a nivel nacional y descuentos hasta el 50% en los precios de los listados de dentistas. Además, este plan de cobertura le ofrece la flexibilidad de consultar a proveedores dentro o fuera de la red, así como tener consultas virtuales.

NIVEL DE COBERTURA	PRIMAS MENSUALES
Solo el jubilado	\$41.64
Jubilado + cónyuge	\$83.29
Jubilado + hijos	\$87.45
Jubilado + familia	\$129.93

Las personas individuales tendrán un deducible de \$50 y las familias tendrán un deducible de \$150. Los planes de cobertura también tendrán un máximo anual de \$1,500, que aumentará una vez por año si usted se hace sus dos exámenes y limpiezas anuales. La atención médica preventiva como las limpiezas, las radiografías preventivas y los exámenes orales tienen cobertura al 100% de la tarifa preestablecida (negociada) para la cobertura dentro de la red y al 100% del costo máximo permitido (MAC, en inglés) para la cobertura fuera de la red. Sin embargo, permanecer dentro de la red le ayudará a mantener bajos sus costos de bolsillo. Confirme con su proveedor de servicios médicos si está dentro de la red de MetLife y pregunte sobre los costos antes de recibir tratamiento.

TRS-Care Vision

Por menos de lo que cuestan cuatro tazas de café al mes, ¡puede obtener cobertura para la visión a través de TRS-Care Vision! Ahorre a lo grande en beneficios, desde armazones y lentes hasta exámenes. Tendrá acceso a más de 4,500 proveedores de servicios de la visión dentro de la red en Texas y a más de 167,000 a nivel nacional. Las clínicas en comercios locales, incluyen LensCrafters, Walmart Vision Centers, Target Optical, ¡y muchas más! Solicite los armazones o lentes de contacto más adecuados para usted.

Nivel de cobertura	Primas mensuales
Solo el jubilado	\$6.89
Jubilado + cónyuge	\$13.79
Jubilado + hijos	\$15.57
Jubilado + familia	\$24.08

Los copagos y descuentos hacen que los servicios para la visión sean más económicos. Este plan de cobertura tiene diferentes coberturas dentro y fuera de la red. Consulte los [Aspectos destacados del plan TRS-Care de 2026](#)³³ para ver los detalles de la cobertura. ¡Si acude a un proveedor dentro de la red, tendrá copagos y descuentos que le ayudarán a ahorrar, como un copago de \$15 para los exámenes de la visión de rutina, un copago de \$10 para los lentes con aumento y un crédito de \$150 para armazones cada año! También puede optar por acudir a proveedores fuera de la red, donde obtendrá descuentos en servicios y materiales.

³³ https://www.trsx.texas.gov/sites/default/files/2025-07/2026%20TRS-Care%20Plan%20Highlights_0.pdf

Glosario

Oportunidad de inscripción para mayores de 65 años

Es la oportunidad que tienen los jubilados elegibles para TRS-Care de inscribirse por primera vez y añadir a sus dependientes elegibles. Los jubilados de TRS elegibles y con cobertura de TRS-Care cuando cumplen los 65 años, también podrán añadir a sus dependientes elegibles en ese momento.

Cualquier otro menor que mantenga una relación regular de padre-hijo

Un hijo que no sea su nieto; un menor que no esté casado; la residencia principal del menor es su hogar; usted ofrece al menos la mitad de la manutención del menor; ninguno de los padres biológicos del menor vive en su hogar; usted tiene el derecho legal de tomar decisiones sobre la atención médica del menor y usted tiene la tutela legal total del menor (TRS requiere documentación).

Deducible

La cantidad de gastos médicos con cobertura que usted paga cada año del plan de cobertura (del 1 de enero al 31 de diciembre) antes de que TRS-Care pague los gastos médicos con cobertura elegibles que no sean preventivos.

Coseguro

Porcentaje de las cantidades permitidas para gastos en servicios médicos con cobertura que usted debe pagar después de alcanzar su deducible de TRS-Care. El coseguro se suma a su deducible, a los copagos de las consultas, a los cargos por servicios sin cobertura, a las sanciones por falta de precertificación y a los cargos fuera de la red, que son su responsabilidad.

Posponer la cobertura

Para posponer la fecha efectiva del plan de TRS-Care. Para posponer la cobertura, escriba la fecha efectiva en el espacio proporcionado en la *Solicitud de inscripción inicial* de TRS-Care y envíela a TRS durante su período inicial de inscripciones.

Período inicial de inscripciones

Es la primera vez que el jubilado tiene la oportunidad de inscribirse en TRS-Care (al jubilarse). **Consulte la**

Tabla 1. Período inicial de inscripciones de TRS-Care en la página 7 para conocer los plazos.

Gasto máximo de bolsillo Lo máximo que debe pagar de su bolsillo por los gastos médicos con cobertura en un año del plan de cobertura (del 1 de enero al 31 de diciembre). Cuando alcance el MOOP de su plan de cobertura, el plan pagará el 100% de los gastos elegibles durante el resto del año del plan de cobertura. El MOOP incluye el deducible, los copagos médicos (si corresponde) y el coseguro médico.

Primas La contribución mensual que un jubilado o cónyuge sobreviviente hace para la cobertura de TRS-Care tanto para sí mismos como para sus dependientes elegibles.

Eventos especiales de inscripción Una oportunidad de inscribirse en TRS-Care en un momento distinto al período inicial de inscripciones. Los eventos especiales de inscripción tienen criterios específicos.

Formulario de inscripción de TRS-Care

Podría referirse a la solicitud del período inicial de inscripciones o a la solicitud del período de inscripción especial.

Avisos legales

Aviso

TRS-Care puede cambiar para ofrecer niveles de cobertura diferentes de los descritos en los materiales de su plan de cobertura (incluida esta guía) o puede dejar de ofrecerlos. El costo por participante de TRS-Care puede cambiar con la aprobación de la Junta Directiva de TRS. Si esta guía no es coherente con las leyes y reglas de TRS, las leyes y normas de TRS prevalecen sobre esta guía. El Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care también prevalece sobre la información de otros materiales del plan de cobertura, incluyendo esta guía. TRS-Care se reserva el derecho a modificar el Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care en cualquier momento. Por lo general, TRS publicará dichas modificaciones en la versión en línea del Manual de beneficios y servicios médicos de TRS-Care en su página web.

La discriminación es ilegal

Teacher Retirement System of Texas (TRS) cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. TRS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

TRS:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - intérpretes cualificados en lengua de señas; e
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - intérpretes cualificados; 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:

- **En persona o por correo postal:** Section 1557 Coordinator, 4655 Mueller Blvd., Austin, TX 78723
- **Fax:** 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:** [Asistente del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)³⁴. Los formularios de queja se encuentran en la “[presentación con OCR de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)”³⁵.
- **Correo postal:** U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.
- **Teléfono:** 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

³⁴ www.ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

³⁵ www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Servicios de interpretación multilingüe

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-237-6762 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-237-6762 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-237-6762 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-237-6762 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-237-6762 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالأمم ج.ان. نضع لبرقم 1-888-237-6762 بوق م هاتف الصم والاسم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت ہیں دستیابی کال کریں 1-888-237-6762 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-237-6762 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-237-6762 (ATS : 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-237-6762 (TTY: 711) पर कॉल करें।

توجه: اگر ب زبان فارسی گفتگو میکنی خدمات زبانی به صورت رایگان برای شما در دسترس است. 1-888-237-6762 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-237-6762 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-237-6762 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-237-6762 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-237-6762 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-237-6762 (TTY: 711).

Aviso de prácticas de privacidad de Teacher Retirement System of Texas

TRS cambió su Aviso de prácticas de privacidad el 1 de septiembre de 2020. [Lea la versión completa en "Aviso de prácticas de privacidad de Teacher Retirement System of Texas"](#)³⁶.

El aviso explica cómo TRS puede usar y divulgar su información de salud protegida, así como sus derechos y las obligaciones de TRS con respecto a dicha información.

TRS revisó el aviso para añadir empresas que ayudan a TRS a administrar TRS-Care y TRS-ActiveCare.

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 mantiene sus expedientes médicos actuales. Sin embargo, TRS puede divulgar su información de salud protegida con el propósito de tratamiento. Por ejemplo, TRS puede divulgar su información de salud protegida si su médico le pide a TRS que divulgue la información a otro médico para que le ayude con su tratamiento.
- **Para pagos.** Hay dos ejemplos de cómo TRS puede usar o divulgar su información de salud protegida para hacer pagos. TRS puede 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 puede 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 puede 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, su información de salud protegida puede 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 pueden usar su información de salud protegida para determinar si tiene derecho a una jubilación por discapacidad. TRS podría divulgar su información de salud protegida:

- a una agencia de aplicación de la ley penal federal o estatal que solicita la información con propósito de cumplir las leyes;
- 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.

³⁶www.trs.texas.gov/TRS%20Documents/notice_privacy_practices.pdf

- **Para funciones específicas del gobierno.** TRS puede divulgar información de salud protegida del personal militar y veteranos del ejército en ciertas circunstancias. TRS también puede 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 puede 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 puede 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 pueden comunicarse con usted para recordarle sus citas. También pueden comunicarse con usted para darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios médicos con cobertura 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 puede divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico con el propósito 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 puede divulgar, según esté autorizado por ley, información de salud protegida a directores de funeraria para que puedan llevar a cabo sus funciones. Además, TRS puede divulgar información de salud protegida a organizaciones que se encargan de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación.** TRS puede 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 puede 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 puede 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 puede 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 puede 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 puede, 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.

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

Bajo las siguientes circunstancias, TRS puede 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 harán.

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 propósitos 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 beneficios 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 hecho en virtud de su autorización por escrito.

Sus derechos

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-Care, puede solicitar una restricción por escrito a la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Texas, PO 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, PO 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 de negocio 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 registros designado que esté en posesión de TRS o de un socio de negocio 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 puede 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 puede 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.

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;
- con propósitos 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 decirle a TRS lo que cree que es incorrecto y por qué. 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 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:

TRS Privacy Officer
Teacher Retirement System of Texas
4655 Mueller Blvd.
Austin, TX 78723

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

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

Region VI, Office for Civil Rights
Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Suite 1169
Dallas, TX 75202

FAX a **1-214-767-0432** y correo electrónico a **OCRComplaint@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, TX, 78711-2548
1-800-621-0508

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.

TRS Privacy Officer
Teacher Retirement System of Texas
4655 Mueller Blvd.
Austin, TX 78723

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



Teacher Retirement System of Texas

4655 Mueller Blvd.

Austin, TX 78723

www.trs.texas.gov