

Saludos de

ERS[®]
EMPLOYEES RETIREMENT
SYSTEM OF TEXAS

Inscripción de otoño 2024
28 de octubre – 15 de noviembre

Es su oportunidad de hacer cambios para el camino que tiene por delante

El Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para Empleados de Texas ofrece beneficios a todos los jubilados del estado de Texas elegibles para Medicare, y a sus dependientes y sobrevivientes elegibles. Es hora de revisar sus opciones de beneficios, hacer cambios o agregar dependientes. Sus cambios entran en vigor el 1 de enero de 2025. Si está contento con sus beneficios actuales, ¡no hay problema! Si conservará la misma cobertura, no tiene que hacer nada.



Puntos de interés

- Nuevas tarifas del plan HealthSelectSM Medicare Advantage (página 5)
- Presentación de la nueva UCard para participantes de HealthSelect Medicare Advantage (página 7)
- Cuatro nuevos programas de bienestar para participantes de HealthSelectSM Secondary (página 5)
- Cambios en el máximo de gastos de bolsillo de HealthSelect Secondary (página 5)
- Autenticación de dos factores ahora disponible (página 3)

Nota: La Legislatura de Texas decide el nivel de financiamiento para todos los beneficios del GBP y no tiene la obligación permanente de darlos tras haber transcurrido el año fiscal.



La lista de verificación para el viaje

¿Cuál es la mejor ruta?

- Revise su Declaración personal de inscripción en los beneficios (PBES) o inicie sesión en su cuenta ERS OnLine en ers.texas.gov para ver sus beneficios actuales.
- Únase a un seminario web o asista a una feria en persona para obtener información sobre nueva información actualizada o los cambios en su cobertura.
- Decida si quiere cambiar su cobertura o agregar dependientes.

Póngase en marcha

- Para hacer cambios, inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine en ers.texas.gov, llame a ERS o envíe por correo/correo electrónico su formulario de inscripción completado.
- ¿No hará cambios? No hay problema. No tiene que hacer nada.

Llegue a su destino

- Una vez que haya completado el formulario, hecho sus cambios en línea o hablado con un consejero de beneficios de ERS, dé los documentos necesarios antes de la fecha límite correspondiente.
- Si hizo cambios en sus beneficios, podrá comenzar a usarlos a partir del 1 de enero de 2025.



Llame, envíe un correo o visite en línea para hacer cambios en los beneficios

Inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine en ers.texas.gov. (Los sobrevivientes no pueden hacer cambios en línea).

Llame al **(866) 399-6908 (TTY: 711)**.

Envíe por correo el Formulario de inscripción de otoño para jubilados completado a la dirección en la parte de arriba a la derecha del formulario.

Escanee y envíe por correo electrónico el Formulario de inscripción de otoño para jubilados completado a ERScustomer.service@ers.texas.gov.

Puede hacer esto en cualquier momento del año:

- Cambiar entre el plan HealthSelectSM Medicare Advantage y los planes HealthSelectSM Secondary.
- Eliminar cualquier cobertura para usted o sus dependientes. Los jubilados que eliminan la cobertura no podrán volver a inscribirse hasta la Inscripción de otoño 2025 o en el plazo de 31 días después de un evento de vida calificado. Los sobrevivientes que eliminan la cobertura nunca podrán volver a inscribirse.
- Hacer los siguientes cambios desde su cuenta ERS OnLine:
 - actualizar su dirección de correo, teléfono o dirección de correo electrónico;
 - comenzar el proceso para designar o actualizar a los beneficiarios, y
 - certificar si alguien inscrito en un plan médico del GBP consume tabaco y volver a certificar cuando cambie su situación.

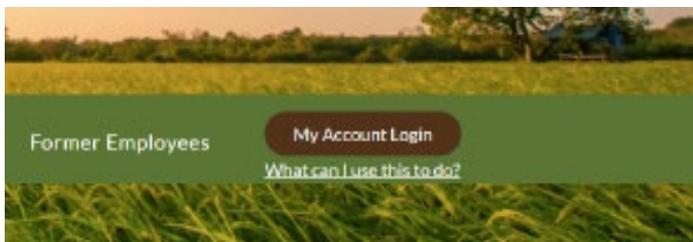
¿Qué sucede si tengo cambios fuera de la Inscripción de otoño como jubilado elegible para Medicare?

Aún puede hacer los siguientes cambios en el plazo de 31 días después de un evento de vida calificado:

- agregar nueva cobertura;
- hacer cambios en sus elecciones de beneficios, o
- inscribir a su dependiente elegible en la cobertura.



¿Necesita ayuda para iniciar sesión en su cuenta ERS OnLine?



Visite ers.texas.gov y elija “My Account Login” (Iniciar sesión en mi cuenta)

Continúe a “Login” (Iniciar sesión) o “Register Now” (Registrarse ahora) si es su primera vez. Escriba su nombre de usuario y contraseña.

Asegúrese de que su información de contacto sea correcta en la sección “My Personal Information” (Mi información personal).

En la sección “Benefits Enrollment” (Inscripción de Beneficios), elija la casilla de “edit” (editar) frente a la opción de beneficio que quiere cambiar. Haga esto para cada elección que quiera cambiar.

Envíe cada uno de sus cambios. Para guardar, haga clic en “Submit” (Enviar) en la página principal de Inscripción en beneficios. Le enviaremos un correo electrónico confirmando sus cambios, si tiene una dirección de correo electrónico actual registrada en ERS OnLine; si no, enviaremos la confirmación por correo postal.

► PUNTO DE INTERÉS



Tenga un viaje seguro

Proteja su información con autenticación de dos factores

Ahora tiene la opción de inscribirse en la autenticación de dos factores, un método de seguridad que le exige proporcionar otra verificación para acceder a su cuenta ERS OnLine. La autenticación de dos factores necesita que ingrese un código que se le envía por correo electrónico o mensaje de texto, además de proporcionar su nombre de usuario y contraseña.

Este otro paso agrega una capa más de seguridad para proteger su información. Es posible que ya use la autenticación de dos factores o de múltiples factores para otros sitios web y aplicaciones. El nuevo proceso de ERS OnLine es similar a algunos de esos métodos de autenticación.

La inscripción es simple:

1. Inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine.
2. Haga clic en el enlace “**Two Factor Authentication (2FA)**” (Autenticación de dos factores (2FA)) desde la página de inicio.
3. Verifique que su información de contacto sea correcta (edítela si es necesario) y haga clic en “**Enroll**” (Inscribirse).

Una vez que se haya inscrito, siga estos pasos siempre.

1. Inicie sesión en ERS OnLine con su nombre de usuario y contraseña.
2. Cuando se le pida, solicite que le envíen un código a su dirección de correo electrónico o teléfono celular.
3. Verifique la opción de entrega que eligió:
 - Revise su correo electrónico para ver si recibió un mensaje de “**donotreply@ers.texas.gov**” o su teléfono móvil para ver si recibió un mensaje de texto del **(855) 542-1424**.
4. Escriba el código de seis dígitos del mensaje y haga clic en “**Submit**” (Enviar). Debe escribir el código en el plazo de 10 minutos o vencerá y deberá repetir los pasos para obtener un código nuevo.
5. Proceda con su actividad en el sistema una vez que vea la página de inicio de ERS OnLine.

Protección voluntaria

Puede optar por inscribirse o cancelar la autenticación de dos factores en cualquier momento. No hay penalización por no inscribirse.

Llame al **(877) 275-4377** si tiene preguntas.

Certificación y verificación de dependientes recién agregados

Certificación de hijos para cualquier cobertura de seguro

Si está inscribiendo a un hijo dependiente en una cobertura de seguro *por primera vez*, debe certificar su elegibilidad completando el formulario de Certificación de hijo dependiente.

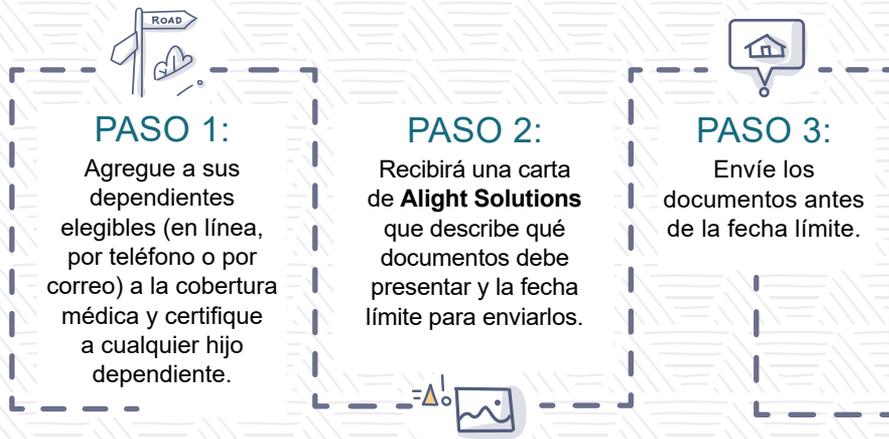
¿Cómo certifico a los hijos dependientes?

En línea	Por correo
Inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine y haga clic en "Benefits Enrollment" (Inscripción de beneficios) en "My Insurance Information" (Mi información de seguro).	Complete e imprima el formulario de Certificación de hijo dependiente para cada hijo dependiente y envíelo por correo a la dirección de ERS listada en el formulario. Puede buscar el formulario en Home (Inicio) → Retirees (Jubilados) → Rates and Forms (Tarifas y Formularios) → Find forms (Buscar formularios) .

Verificación de un dependiente para la cobertura de seguro médico

Si está inscribiendo a un cónyuge o hijo dependiente en un seguro médico *por primera vez*, debe verificar su elegibilidad completando el proceso de Verificación de elegibilidad de dependientes.

Verifique en 3 pasos



Abra y lea su correo

Es muy importante que abra y lea cualquier correo que reciba de **Alight Solutions**, el administrador externo para la verificación de elegibilidad de dependientes. Si tiene preguntas, llame a Alight Solutions sin costo al **(866) 416-4091 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT.

Recuerde:

- Si está inscribiendo a hijos por primera vez en un seguro médico, debe enviar tanto el formulario de Certificación de hijos dependientes como completar el proceso de Verificación de elegibilidad de dependientes.
- No se pierda la fecha límite o sus dependientes no serán elegibles y perderán la cobertura en todos los planes.



Cómo agregar dependientes no verificados previamente mediante el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes

Si se le pasó la fecha límite de verificación antes o no presentó la documentación correcta, puede agregar dependientes durante la inscripción de otoño; sin embargo, debe enviar su documentación a ERS, no a Alight Solutions.

Busque una lista de documentos de apoyo en ers.texas.gov → **Retirees (Jubilados)** → **Eligibility (Elegibilidad)** → **Eligibility Requirements (Requisitos de elegibilidad)**.

Envíe sus documentos junto con una nota que indique:

- su nombre, los últimos cuatro dígitos de su SSN y teléfono,
- el nombre de cada dependiente que está agregando, y
- los tipos de cobertura específicos a los que los quiere agregar (por ejemplo: HealthSelect of Texas, State of Texas Dental Choice, etc.)

Envíe la documentación por correo, fax o correo electrónico al ERS. (No envíe por correo los originales. No podemos devolverle los documentos). Los documentos que envíe por correo electrónico o fax no deben llegar después del **15 de noviembre de 2024**. Los documentos enviados por correo deben estar sellados en correos antes del **15 de noviembre de 2024**.



ELIJA SU MEJOR RUTA

Sus opciones de seguro médico

ERS le ofrece dos opciones de seguro médico: la organización de proveedores preferidos del plan HealthSelectSM Medicare Advantage y HealthSelectSM Secondary. Ambos planes trabajan con Medicare para cubrir los costos de seguro médico y ambos incluyen la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de HealthSelectSM Medicare Rx sin más costo para usted. (Vea la página 9 para obtener información de HealthSelect Medicare Rx.)

Información básica de Medicare

Una vez que esté jubilado y sea elegible para Medicare, su seguro médico estatal ya no pagará como primario por sus servicios médicos. Medicare pagará como primario.

Inscribirse en las Partes A y B de Medicare cuando sea elegible por primera vez lo ayudará a mantener sus costos médicos lo más bajos posible. Lo mismo ocurre con sus dependientes cubiertos.

Medicare cubre el 80 % de sus servicios médicos, después de que haya cubierto el deducible de Medicare de \$240. Si no se inscribe en Medicare cuando sea elegible, usted será responsable del 80 % que Medicare habría cubierto.

¿Qué plan debo elegir?

Usted es único, por lo que recomendamos que revise cada plan para ver cómo se adapta a sus necesidades o las de su familia. ¿Son importantes los ahorros de costos? ¿Con qué frecuencia visita al médico? Revise cada uno de los planes antes de tomar una decisión. Y recuerde, puede cambiar entre planes en cualquier momento del año.

► PUNTOS DE INTERÉS

Aumento en las tarifas de la prima del plan HealthSelect Medicare Advantage

Las tarifas de HealthSelect Medicare Advantage están aumentando un 4.5 %, pero siguen siendo más bajas que las tarifas de 2020, antes de que UnitedHealthcare comenzara a asegurar el plan. Vea las tarifas de 2025 en su Declaración personal de inscripción en los beneficios que vino con esta guía.



Programas nuevos para participantes de BCBSTX

Los miembros de HealthSelect Secondary ahora tienen acceso a programas nuevos. [Buena Vida](#) lo puede ayudar a mejorar su bienestar económico, físico y mental. [Hello Heart](#) se centra en la salud del corazón. [Hinge Health](#) se centra en el cuidado musculoesquelético. [Learn to Live](#) es un programa de salud mental a demanda. (Obtenga más información en healthselectoftexas.com)

Aumento en los máximos de gastos de bolsillo

Los máximos de gastos de bolsillo anuales totales dentro de la red del plan médico HealthSelect Secondary (médico y farmacia combinados) aumentan a \$8,050 para cobertura individual (un aumento desde \$7,500) y a \$16,100 para cobertura de familia (un aumento desde \$15,000) para alinearse con los máximos del IRS.



EVITE LOS DESVÍOS

Otros planes

Los anuncios de otros planes Medicare Advantage y de la Parte D están en todo lugar, pero el plan HealthSelect Medicare Advantage presenta cobertura y beneficios en todo el país más allá de Medicare Original. Es un plan de grupo personalizado diseñado para jubilados elegibles en el Programa de Beneficios de Grupo para Empleados de Texas. No puede obtenerlo en ningún otro lugar. Una vez que se inscriba, también estará inscrito en nuestro plan de la Parte D: HealthSelect Medicare Rx.

¿Qué sucede si me inscribo en otro plan Medicare Advantage o plan de la Parte D?

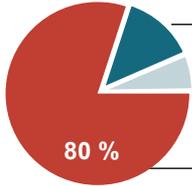
No puede estar inscrito en HealthSelect Medicare Advantage o HealthSelect Medicare Rx al mismo tiempo que en otro plan Medicare Advantage o plan de la Parte D.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage que no sea de ERS o en un plan de la Parte D que no sea de ERS, ERS lo inscribirá automáticamente en el plan HealthSelect Secondary, pero podría perder su cobertura de HealthSelect Medicare Rx. Si no está seguro de en qué otro plan Medicare Advantage o plan de la Parte D está inscrito, llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales al **(800) 633-4227 (TTY: 877-486-2048)**.



Elija entre dos planes de seguro médico

Para obtener una comparación más detallada, consulte nuestro Cuadro comparativo de planes médicos para conocer los gastos de bolsillo de servicios médicos específicos y si están cubiertos por cada plan en ers.texas.gov/FE-2024.

	HealthSelect Medicare Advantage PPO	HealthSelect Secondary
	<p>HealthSelect™ Medicare Advantage Plan</p> <p>Asegurado por UnitedHealthcare®</p>	<p>HealthSelect of Texas®</p> <p>Administrado por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX)</p>
Acerca del plan	<p>Este es un plan de la Parte C de Medicare que trabaja con las Partes A y B de Medicare para cubrir hasta el 100 % de la mayoría de sus servicios. Puede consultar a cualquier proveedor que participe en Medicare. Recomendamos elegir proveedores que estén dispuestos a facturar directamente a UnitedHealthcare para evitar tener que presentar reclamos para reembolsos.</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>UnitedHealthcare trabaja con Medicare para cubrir el 100 %</p> </div> </div>	<p>Este plan generalmente paga como secundario a Medicare y, en algunos casos, paga como primario si un servicio no está cubierto por el Medicare básico. Una vez que cubra el deducible para este plan, Medicare generalmente paga el 80 % de los servicios cubiertos. Este plan paga el 70 % de la cantidad permitida restante a pagar en sus reclamos, lo que sea menor. Usted es responsable del resto.</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>HealthSelect paga el 70 % del 20 % que Medicare no cubre.</p> <p>Usted paga el 30 % del 20 % que Medicare no cubre.</p> <p>Cubierto por Medicare</p> </div> </div>
Elegibilidad	<p>Usted y sus dependientes elegibles para Medicare deben estar inscritos en las Partes A y B de Medicare. No puede inscribirse en este plan hasta que dé a ERS su información de Medicare.</p>	<p>Usted y sus dependientes elegibles para Medicare deben estar inscritos en las Partes A y B de Medicare y dar a ERS su información de Medicare para obtener los beneficios completos de este plan.</p>
Cobertura de medicamentos con receta	Sí, con HealthSelect Medicare Rx	Sí, con HealthSelect Medicare Rx
Deducible médico	Ninguno	<p>\$200 por persona (\$600 por familia)</p> <p>Nota: Este deducible se aplica simultáneamente con el deducible de Medicare de \$240. Una vez que cubra el deducible de \$200, solo le quedará por pagar \$40 en el deducible de Medicare antes de que Medicare y el plan paguen.</p>
Copagos	\$0	\$0
Coseguro	30 % para enfermería privada	Usted paga el 30 % del 20 % que Medicare no cubre. HealthSelect Secondary paga el otro 70 % de lo que Medicare no cubre. (Vea arriba).
Beneficios adicionales	Let's Move, SilverSneakers, Renew Rewards, Real Appeal, Healthy Benefits Plus y más	Buena Vida, Real Appeal, Wondr, Hello Heart, Hinge Health, Learn to Live y más



Grupos familiares divididos: Cuando su dependiente no es elegible para Medicare

Un “grupo familiar dividido” es cuando usted es elegible para Medicare, pero un dependiente cubierto no es elegible todavía. Puede inscribirse en HealthSelect Medicare Advantage mientras su dependiente sigue inscrito en HealthSelect of Texas. Una vez que el dependiente se inscriba en Medicare, llame a ERS con su información de Medicare y lo inscribiremos en el mismo plan médico que usted, incluyendo la cobertura de medicamentos con receta de HealthSelect Medicare Rx.



► PUNTO DE INTERÉS

La tarjeta UCard todo en uno para los participantes de HealthSelect Medicare Advantage



Para el 1 de enero de 2025, los participantes de HealthSelect Medicare Advantage recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro que combina todos los beneficios y programas de recompensas en una experiencia simple, incluyendo sus beneficios de OTC de Healthy Benefits +. Podrá usar la UCard:

- de la misma manera que usa su tarjeta de identificación de seguro médico actual;
- para comprar productos de venta libre mediante el programa Healthy Benefits +;
- para gastar sus recompensas ganadas en artículos elegibles como regalos, ropa y más;
- para ir a cualquier gimnasio que participe en Silver Sneakers.

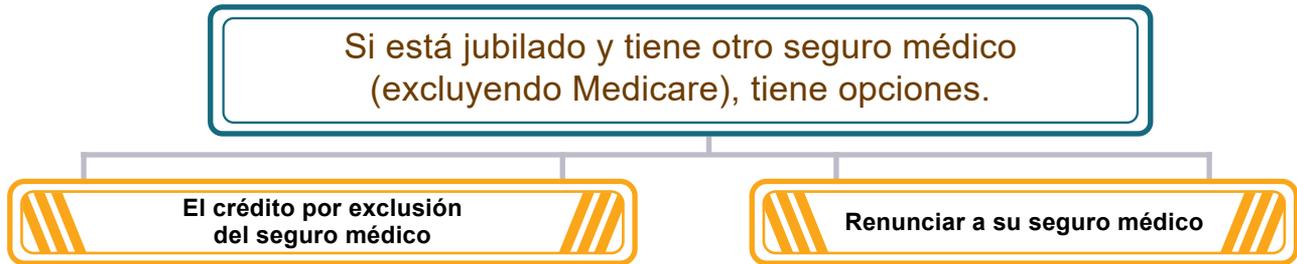
Podrá verificar su saldo de OTC o recompensas en línea o llamando a Atención al Cliente. Su UCard tendrá un aspecto diferente al de su tarjeta de identificación actual de HealthSelectSM y tendrá una banda magnética. Deslice su UCard cuando sea el momento de pagar con sus compras de OTC o recompensas, como lo haría con cualquier otra tarjeta de débito o crédito. **Tenga en cuenta:** Las compras de OTC solo se pueden hacer en tiendas que participen en la red de Healthy Benefits +. Para obtener más información de la UCard, comuníquese con UnitedHealthcare.

Aún deberá usar su tarjeta HealthSelect Medicare Rx para comprar medicamentos con receta y ciertos suministros.



¿Lleva su propio auto?

Si tiene seguro médico en otro lugar, aún tiene opciones



El crédito por exclusión del seguro médico

Si tiene otro seguro médico (excluyendo Medicare) que sea igual o mejor que el que da el estado, puede elegir el Crédito por exclusión del seguro médico. El crédito es hasta de \$60 por mes para los jubilados de tiempo completo o hasta de \$30 por mes para los jubilados a tiempo parcial. El crédito puede aplicarse al seguro dental del Programa de Beneficios para Empleados de Texas o a las primas de State of Texas VisionSM. No hay reembolso por ninguna parte no usada del crédito de \$60 o \$30.

Elija el Crédito por exclusión ingresando a su cuenta de ERS OnLine, llamando a ERS, enviando por correo el formulario que está en la parte de atrás de esta guía, o escaneando y enviando por correo electrónico el formulario completado a ERS. Si elige el Crédito por exclusión del seguro médico, no tendrá el seguro médico extendido por el estado, el seguro de vida a término básico de \$2,500 ni la cobertura de medicamentos con receta.

Renuncia a su seguro médico

Si renuncia a su seguro médico, no tendrá el seguro médico extendido por el estado, el seguro de vida a término básico de \$2,500 ni la cobertura de medicamentos con receta.



Estado de consumo de tabaco

Si usted o sus dependientes (incluyendo los menores) consumen cualquier tipo de producto de tabaco y están inscritos en el seguro médico, deben certificar su estado de consumidores o no consumidores de tabaco.

Puede cambiar su estado en cualquier momento mediante su cuenta ERS OnLine, o durante la inscripción de otoño mediante su cuenta ERS OnLine, llamando a ERS o enviando por correo un formulario completado. Busque el formulario en ers.texas.gov → **Retirees (Jubilados)** → **Find Forms (Buscar formularios)**.



Elegir dejar de fumar

Es posible que califique para una alternativa a la prima para consumidores de tabaco llamada “Elegir dejar de fumar” (Choose to Quit). Para obtener más información, vea la política sobre tabaco en ers.texas.gov → **Retirees (Jubilados)** → **Health Benefits (Beneficios médicos)** → **Read about ERS’ tobacco policy (Lea sobre la política de tabaco de ERS)**.



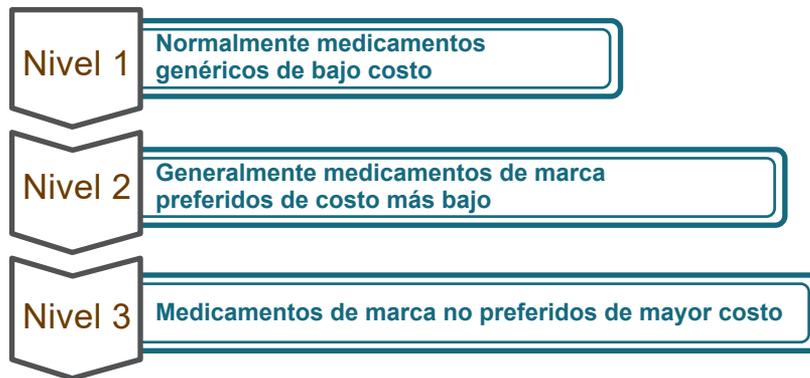
EMPAQUE LO ESENCIAL

Cobertura de medicamentos con receta



Los jubilados, dependientes y sobrevivientes inscritos en Medicare que hayan dado su información de Medicare a ERS y estén inscritos en HealthSelect Medicare Advantage o HealthSelect Secondary quedan inscritos automáticamente en HealthSelect Medicare Rx. Este plan es un programa de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare con un deducible anual de \$50. Este deducible se renueva cada 1 de enero. Si está inscrito en HealthSelect Secondary, pagará esto además de su deducible médico. (Vea la página 6).

En este plan, los medicamentos con receta se clasifican en tres categorías, llamadas niveles. Hay diferentes copagos para cada nivel:



CONSEJO: Puede reducir sus costos de atención médica y los del plan usando medicamentos genéricos siempre que sea posible.

Compra de recetas: Conozca sus opciones

Puede surtir un suministro hasta de 90 días de ciertos medicamentos que toma de largo plazo si los pide mediante la farmacia Express Scripts o una farmacia de suministro de días extendidos (EDS).

¿Qué sucede si rechazo la cobertura de HealthSelect Medicare Rx?

No tendrá ninguna cobertura de medicamentos con receta mediante el estado. Un dependiente cubierto no puede rechazar la cobertura a menos que el miembro elegible que lo cubre también la rechace.

Tenga en cuenta que:

- Medicare impone una penalización a las personas elegibles para Medicare que no tienen cobertura de medicamentos con receta (Parte D).
- La mayoría de los planes de la Parte D no se coordinarán con el plan HealthSelect Medicare Advantage. Si se inscribe en un plan de la Parte D que ERS no ofrece, es posible que a usted lo quiten del plan HealthSelect Medicare Advantage y lo coloquen en el plan HealthSelect Secondary.





Seguro dental



¿Qué plan funciona mejor para usted?

Recomendamos revisar cada plan para ver cómo se adapta a las necesidades de su familia. Si está considerando la organización para el mantenimiento de la salud dental, ¿está su dentista preferido en el área de servicio? ¿Planean visitar a un ortodoncista usted o su dependiente? ¿Con qué frecuencia visita al dentista? Revise cada uno de los planes antes de tomar una decisión.

	 STATE OF TEXAS DENTAL CHOICE PLAN State of Texas Dental Choice Plan PPO Este es un plan de seguro dental de una organización de proveedores preferidos (PPO).	DeltaCare® USA DeltaCare USA DHMO Este es un plan de seguro dental de la organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO).
	En todo el país	Solo en Texas
¿Dónde puedo usar este plan?	Puede visitar a cualquier dentista en los EE. UU., Canadá o México, pero, por lo general, pagará menos si se queda en una de las dos redes del plan: <ul style="list-style-type: none"> • Delta Dental PPO • Delta Premier Nota: Los dentistas de Delta Premier pueden cobrar tarifas más altas.	La cobertura se aplica solo a los dentistas del área de servicio de Texas. Antes de inscribirse, asegúrese de que en su área haya un dentista de la red de DeltaCare USA.
¿Es necesario un dentista de atención primaria (PCD)?	No , pero el plan paga más si usa un dentista dentro de la red.	Sí. Asegúrese de que haya un PCD en su área antes de inscribirse en este plan. Usted y sus dependientes inscritos pueden elegir PCD diferentes.
Deducible	Sí. La cantidad varía según los dentistas dentro de la red o fuera de la red.	No
Copagos/ coseguro		Sí, dependiendo del servicio.



Consulte el Discount Purchase Program para obtener descuentos dentales.

Cuadro comparativo de planes dentales

Esto es un resumen de los beneficios. Vea los folletos del plan para ver la cobertura real y las limitaciones.

	State of Texas Dental Choice Plan PPO – Dentro de la red	State of Texas Dental Choice Plan PPO – Fuera de la red	DeltaCare® USA DHMO (servicios solo para participantes de los PCD)
Dentistas	Dentista dentro de la red	Dentista fuera de la red	Debe elegir un dentista de atención primaria (PCD). NOTA: No todos los dentistas dentro de la red aceptan pacientes nuevos. Los dentistas no están obligados a permanecer en el plan durante todo el año.
Deducibles	Servicios de prevención: Individual–\$0; familiar–\$0 Servicios básicos/de alta complejidad combinados: Individual–\$50; familiar–\$150 Servicios de ortodoncia: sin deducible En State of Texas Dental Choice, los deducibles están basados en el año calendario y se renuevan el 1 de enero.	Servicios de prevención: individual–\$50; familiar–\$150 Servicios básicos/de alta complejidad combinados: individual–\$100; familiar–\$300 Servicios de ortodoncia: sin deducible	Ninguno
Copagos/coseguro	Servicios de prevención y diagnóstico: ninguno Servicios básicos: 10 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios básicos Servicios de alta complejidad: 50 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios mayores No hay ningún cargo por nada que supere la cantidad permitida. Después de alcanzar el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 60 % hasta el 1 de enero.	Servicios de prevención y diagnóstico: 10 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios de prevención y diagnóstico Servicios básicos: 30 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios básicos Servicios de alta complejidad: 60 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios mayores Es posible que los participantes estén obligados a pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados. Una vez que se alcanza el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 100 % hasta el 1 de enero.	Dentista de atención primaria (PCD): Los copagos varían según el servicio y están listados en el folleto “Schedule of Dental Benefits” (Programa de beneficios dentales). Odontología especializada: 75 % del cargo usual y habitual del dentista cuando el PCD coordina la atención especializada (la DHMO no paga nada)
Máximo por año calendario (1 de enero - 31 de diciembre) en beneficios solo para servicios básicos y de alta complejidad	\$2,000 por persona cubierta, incluyendo las extracciones de ortodoncia Nota: Después de que se agoten los \$2,000, más beneficios básicos y de alta complejidad se cubre con un coseguro del 40 %.	\$2,000 por persona cubierta, incluyendo las extracciones de ortodoncia	Ninguno; se aplican copagos
Máximo de beneficios de por vida para servicios de ortodoncia solamente	\$2,000 por persona cubierta	\$2,000 por persona cubierta	Ninguno; se aplican copagos
Costo promedio de limpieza/exámenes bucales	Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario	10 % de la cantidad permitida después de cubrir el deducible Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario	Varían según el servicio y se mencionan en el folleto “Programa de beneficios dentales” Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario
Cobertura de ortodoncia	50 % de la cantidad permitida	50 % de la cantidad permitida Es posible que los participantes estén obligados a pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados.	Servicios de ortodoncia que presta un dentista general de la lista del directorio con un código de tratamiento “0”: niño–\$1,800; adulto–\$2,100 Servicios de ortodoncia que presta un especialista: 75 % del cargo habitual (el plan paga \$0)



VEA LAS VISTAS

Seguro de la vista

STATE OF TEXAS
VISION

Si usa lentes de contacto o anteojos, puede ahorrar dinero con State of Texas VisionSM.

EyeMed Vision Care, LLC. es el administrador de State of Texas Vision. Los participantes del plan tienen acceso a la red INSIGHT de EyeMed, que incluye tiendas de retail y proveedores en línea independientes, nacionales y regionales.

Por menos de \$60 al año (cobertura individual para jubilados/sobrevivientes), State of Texas Vision ofrece:

- Un examen de la vista integral en cualquier momento durante el año del plan
- Una asignación anual de \$200 en tienda para usar en monturas de anteojos o en lentes de contacto
- Descuentos para Lasik

¿Cubre State of Texas Vision condiciones de los ojos como glaucoma o cataratas?

No. Su plan HealthSelect Medicare Advantage o HealthSelect Secondary cubre condiciones y enfermedades de los ojos como glaucoma y cataratas, y lesiones oculares. Su plan médico también cubre un examen de la vista anual, pero no cubre anteojos ni lentes de contacto.

Para ver una lista completa de los beneficios del plan y una lista de proveedores, visite StateofTexasVision.com.

Servicios de atención de la vista	Costo para miembros dentro de la red	Reembolso para miembros fuera de la red
Servicios de examen		
Examen	\$15 de copago ¹	Hasta \$40 después de un copago de \$15
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto²		
Ajuste y seguimiento – estándar	\$25 de copago ¹	Hasta \$100
Ajuste y seguimiento – premium	\$35 de copago ¹	Hasta \$100
Montura		
Montura	\$200 de asignación en tienda; 20% de descuento en cantidades superiores a \$200	Hasta \$75
Lentes		
Monofocales	\$10 de copago ¹	Hasta \$30
Bifocales	\$15 de copago ¹	Hasta \$45
Trifocales	\$20 de copago ¹	Hasta \$60
Progresivos – estándar ³	\$70 de copago más bifocales \$15 ¹	No está cubierto
Opciones de lentes		
Polycarbonato - estándar	\$40 de copago ¹	No está cubierto
Recubrimiento a prueba de rayones - plástico estándar	\$10 de copago ¹	No está cubierto
Tinte - sólido o degradado	\$10 de copago ¹	No está cubierto
Tratamiento UV	\$10 de copago ¹	No está cubierto
Recubrimiento antirreflejante - estándar	\$40 de copago ¹	No está cubierto
Lentes de contacto		
Lentes de contacto - opcionales	\$200 de asignación	Hasta \$200
Lentes de contacto - medicamento necesarios	\$0 de copago	Hasta \$210
Otros		
LASIK o PRK de U.S. Laser Network	15 % de descuento en comercio o 5 % de descuento en precio de promoción; llame al (800) 988-4221	No está cubierto
Imágenes de diagnóstico de la retina	Es responsable del 100 % del costo, que es hasta de \$39 para los clientes de EyeMed.	No está cubierto

¹ Cobertura total después de que se cumpla el copago.

² La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto tienen su propio copago y son independientes del copago del examen de la vista. La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto estándar se aplican a un usuario actual de lentes de contacto que utiliza solo lentes desechables, de uso diario o de uso prolongado. La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto premium se aplican a nuevos usuarios de lentes de contacto o a participantes que usan lentes tóricos, permeables al gas o multifocales.

³ Los lentes progresivos estándar están cubiertos en su totalidad después de un copago de \$70 de los lentes progresivos y del copago de lentes bifocales de \$15. Los lentes progresivos premium están cubiertos hasta el pago del plan dentro de la red para lentes progresivos estándar.



Seguro de vida (solo jubilados)

Si usted es un jubilado inscrito en uno de los planes médicos de ERS, su seguro médico incluye seguro de vida a término básico que paga \$2,500 a su beneficiario después de su fallecimiento. Si quiere más cobertura como jubilado, tiene opciones.

Nota: El seguro de vida no está disponible para los sobrevivientes.

	Seguro de vida a término opcional	Seguro de vida fijo opcional para jubilados
Elegibilidad	Solo para jubilados que ya estén inscritos	Disponible para jubilados que no estén inscritos en el Seguro de vida a término opcional o para jubilados que elijan reducir su seguro de vida a término opcional a esta opción
Cobertura	Puede continuar con la Elección 1 o 2 veces su sueldo anual más reciente. Si disminuye de la Elección 2 a la Elección 1, nunca podrá aumentarlo. La cobertura disminuye a los 70 años y cada cinco años después de eso. (Vea abajo). Cuando la cantidad de la cobertura llegue a \$10,000, el plan cambiará automáticamente al seguro de vida fijo opcional para jubilados.	Paga \$10,000 a su beneficiario después de su fallecimiento
Primas	Basadas en su elección, su sueldo y su edad	\$24.80 por mes en el año del plan 2025
¿Cuándo puedo hacer cambios?	Puede reducir/cancelar su cobertura sin EOI en cualquier momento, no solo durante la inscripción de otoño. Como jubilado, no puede inscribirse ni aumentar esta cobertura.	Puede solicitar esta cobertura por medio de la EOI durante la inscripción de otoño o en el plazo de 31 días después de un evento de vida calificado. Puede cancelar la cobertura en cualquier momento.
¿Es necesaria la EOI? (Lea sobre la EOI en la página 14)	N/A	Sí

Cómo afecta su edad a su seguro de vida a término opcional

Edad al 1 de enero	Porcentaje de la cantidad de cobertura original
70-74	65 %
75-79	40 %
80-84	25 %
85-89	15 %
90 y más	10 %

A partir de los 30 años, las primas del seguro de vida a término opcional aumentan cada cinco o 10 años. (Vea la hoja de tarifas para saber las cantidades exactas y el momento). Además, las tarifas podrían cambiar anualmente según los costos del plan.

A partir de los 70 años, la cobertura de su seguro de vida a término opcional disminuye automáticamente cada cinco años.

Seguro de vida a término para dependientes

También tiene la opción de cubrir a sus dependientes elegibles con un seguro de vida a término para dependientes. Para otra prima mensual, puede enviar una solicitud mediante EOI.

	Seguro de vida a término para dependientes
Elegibilidad	Disponible solo para dependientes elegibles
Cobertura	Paga \$2,500 después del fallecimiento de un dependiente
Primas	La prima para 2025 es de \$3.23 por mes. Esto cubre a todos sus dependientes elegibles, pero debe mencionar a cada uno en su póliza. Tenga en cuenta que la prima puede cambiar de un año a otro según los costos del plan.
¿Cuándo puedo hacer cambios?	Puede inscribir a dependientes durante la inscripción de otoño o en el plazo de 31 días después de un evento de vida calificado. Puede cancelar la cobertura o a un dependiente en cualquier momento.
¿Es necesaria la EOI?	Para inscribir a un dependiente, debe enviar una solicitud mediante la EOI.



Evidencia de asegurabilidad

La evidencia de asegurabilidad (EOI) es un proceso de solicitud en el que da información sobre su salud o la salud de sus dependientes.

¿Cuándo es necesaria? Debe completar el proceso de EOI si:

- se está inscribiendo en el seguro de vida fijo opcional para jubilados o
- está agregando a un dependiente al seguro de vida a término para dependientes.

¿Cómo completo el proceso de EOI?

Después de su solicitud de inscripción, comience el proceso de la EOI.

Paso 1:

Inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine o llame a ERS.

Paso 2:

Lea y siga las instrucciones que le envió el asegurador de EOI.

Paso 3:

Complete y envíe su solicitud en el plazo de 31 días.

El asegurador de EOI puede solicitar más información antes tomar una decisión. Su cobertura también puede ser rechazada basándose en la información dada en su solicitud. Si su cobertura es rechazada, puede volver a solicitarla durante la próxima inscripción de otoño o en el plazo de 31 días después de un evento de vida calificado.

Responda todas las preguntas en la solicitud de EOI con sinceridad. No deje preguntas en blanco. Si falta información, se puede retrasar el proceso.

Para preguntas sobre el proceso de EOI para el seguro de vida, comuníquese con Securian (Vea la información de contacto en la página 16).

Fechas de inicio de la cobertura

Si comienza la EOI durante la inscripción de otoño y obtiene la aprobación antes del 1 de enero, su cobertura empieza el 1 de enero. Si se aprueba la EOI el 1 de enero o después, la cobertura empieza el primer día del mes después de la fecha de aprobación de la EOI.



Programa TexaSaverSM 401 (k)/457 para jubilados

TexaSaver no está disponible para sobrevivientes.

TEXA\$AVERSM
401(k) / 457 Program

Cuando se jubiló, tuvo la opción de conservar su dinero en el programa TexaSaver. Si lo hizo, puede seguir aprovechando los cargos competitivos y la guía que disfrutó como un empleado activo. Programe una cita gratuita con un asesor del Plan de jubilación en

texasaver.com para hablar sobre sus opciones durante la jubilación:

- Dejar su dinero en su programa 401(k) o 457 como está.
- Recibir pagos periódicos, como si estuviera recibiendo un cheque de pago en la jubilación.
- Tomar distribuciones parciales de la suma global; retirar lo que necesite y cuando lo necesite, o tomar todo el dinero en una sola distribución de la suma global.
- Transferir fondos de un plan calificado o cuenta IRA a su cuenta de TexaSaver.

Distribuciones y retiros de TexaSaver

Aunque no tiene que hacer nada para conservar sus cuentas de TexaSaver, una vez que cumpla los 73 años, deberá empezar a hacer las distribuciones mínimas obligatorias.

Si tiene preguntas, llame sin costo a TexaSaver al **(800) 634-5091**, de lunes – viernes de 8:00 a. m. – 7:00 p. m. CT. También puede visitar **texasaver.com**.



Ferias y seminarios web para inscripción de otoño

ERS y los administradores del plan estarán en las ferias de inscripción de otoño y organizarán seminarios web para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios. Puede ir a cualquiera de estos eventos en personas o virtual.

Los seminarios web de inscripción de otoño darán un resumen de todos los planes GBP y cualquier cambio de en el próximo año. Los seminarios web de planes específicos tendrá un resumen del plan, seguido de preguntas y respuestas con el administrador del plan. (Los representantes del plan pueden responder preguntas generales. Si tiene una pregunta específica sobre su cuenta o un reclamo, comuníquese con el número de servicio al cliente del plan).

Nota: A veces, por el clima u otras cuestiones fuera de nuestro control, ERS podría cancelar o cambiar un evento. Cuando sea posible, daremos aviso de las cancelaciones o los cambios en el sitio web de ERS. Asegúrese de revisar ers.texas.gov la mañana del evento por cualquier información actualizada.

Ferias de inscripción de otoño

Todas las ferias de inscripción de otoño se harán de 10:30 a. m. a 1:30 p. m. CT e incluirán una presentación de ERS de una hora. No tiene que inscribirse para ir a un evento en persona.



<p>29 de octubre Embassy Suites by Hilton, Grapevine DFW Airport North 2401 Bass Pro Dr., Grapevine 76051</p>
<p>6 de noviembre Employees Retirement System of Texas 1836 San Jacinto Blvd., Austin 78701</p>
<p>13 de noviembre Texas Dept. of Transportation 7600 Washington Ave., Houston 77007</p>

Seminarios web de la inscripción de otoño

Inscríbese para un seminario web en www.ers.texas.gov/Event-Calendar. Cuando se inscriba, recibirá la información de inicio de sesión por correo electrónico.

Tema	Expositores	Fechas y horarios (Todos los horarios corresponden a la hora estándar del centro y todos los seminarios web duran una hora).	
Resumen de la inscripción de otoño	ERS	28 de octubre, 10:00 a. m.	15 de noviembre, 10:00 a. m.
HealthSelect Medicare Rx	Express Scripts	30 de octubre, 2:00 p. m.	14 de noviembre, 10:00 a. m.
HealthSelect Medicare Advantage	UnitedHealthcare	31 de octubre, 10:00 a. m.	15 de noviembre, 2:00 p. m.
HealthSelect Secondary	Blue Cross and Blue Shield of Texas	30 de octubre, 10:00 a. m.	14 de noviembre, 2:00 p. m.
Planes dentales	Delta Dental	5 de noviembre, 10:00 a. m.	—
Seguro de vida	Securian Financial	8 de noviembre, 10:00 a. m.	—
State of Texas Vision	EyeMed	7 de noviembre, 10:00 a. m.	—

Seguro médico

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
HealthSelect Medicare Advantage	UnitedHealthcare Número de grupo – 13546	Llamada sin costo: (855) 853-0453 (TTY: 711)	www.HealthSelect-MAPPO.com
HealthSelect Secondary HealthSelect of Texas (para dependientes no elegibles de Medicare)	Blue Cross and Blue Shield of Texas Número de grupo – 238000	Llamada sin costo: (800) 252-8039 (TTY: 711)	healthselectoftexas.com
HealthSelect Medicare Rx (para participantes inscritos en Medicare)	Express Scripts Medicare	Llamada sin costo: (866) 264-4676 (TTY: 711)	www.hsmedicarerx.com
Programa de medicamentos con receta de HealthSelect (para dependientes que no están inscritos en Medicare)	Express Scripts	Llamada sin costo: (800) 935-7189 (TTY: 711)	www.HealthSelectRx.com

Seguro dental

State of Texas Dental Choice Plan	Delta Dental Número de grupo – 20010	Llamada sin costo: (888) 818-7925 (TTY: 711)	www.ERSdentalplans.com
DeltaCare USA DHMO	Delta Dental Número de grupo – 79140		

Seguro de la vista

State of Texas Vision	EyeMed Vision Care, LLC Número de grupo – 1050072	Llamada sin costo: (844) 949-2170 (TTY: 711)	www.StateofTexasVision.com
------------------------------	--	---	--

Seguro de vida

Seguro de vida a término básico Seguro de vida a término opcional Seguro de vida a término para dependientes	Securian	Llamada sin costo: (877) 494-1716, (TTY: 711)	www.lifebenefits.com/plandesign/ers
---	----------	--	--

Otros programas

Programa Texa\$aver 401(k)/457	Empower Retirement™	Llamada sin costo: (800) 634-5091, (TTY: (800) 766-4952)	www.texasaver.com
Verificación de elegibilidad de dependientes	Alight Solutions	Llamada sin costo: (866) 416-4091, (TTY: 711)	yourdependentverification.com/plan-smart-info/
Discount Purchase Program	Beneplace	Llamada sin costo: (800) 683-2886 Local: (512) 346-3300	www.beneplace.com/discountprogramtxers.com

Puede escribir sus cambios usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov o completando y enviando este formulario a:
Employees Retirement System of Texas
P.O. Box 13207
Austin, Texas 78711-3207
Llamada sin costo: (866) 399-6908

Si no necesita hacer cambios, no es necesario completar este formulario ni comunicarse con ERS.

La información que se da al ERS se conserva para administrar sus beneficios. Si tiene preguntas sobre su información, o cree que la información que se le dio a ERS puede ser incorrecta, avise a ERS.

SECCIÓN A: DATOS DEL MIEMBRO (debe completarlo el participante)

Nombre del miembro: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido			Últimos 4 dígitos del número de seguro social/ID nacional (SSN)			
			XXX-XX-			
Teléfono Casa	Celular	Dirección de correo electrónico				
()						
Dirección de correo postal	Marque si es nuevo	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de elegibilidad	

SECCIÓN B: OPCIONES DE BENEFICIOS

(marque las casillas para indicar los cambios de beneficios que quiere que comiencen el 1 de enero de 2022)

Cobertura médica	Renunciar*	HealthSelect of Texas®	HealthSelect SM MA PPO			
	N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare)			Fecha de inicio de la Parte A de Medicare ____/____/____		
				Fecha de inicio de la Parte B de Medicare ____/____/____		
	Renunciar + exclusión (para jubilados que puedan certificar que tienen una cobertura comparable que no sea Medicare).					
	Inscribir/eliminar dependiente (Vea la Sección C)					
Beneficios opcionales (pueden elegirse sin estar inscrito en la cobertura médica).						
Dental	Renunciar	DeltaCare® USA DHMO	State of Texas Dental Choice Plan SM			
	Inscribir/eliminar dependiente (Vea la Sección C)					
Vista	Renunciar	State of Texas Vision SM		Inscribir/eliminar* dependiente (Vea la Sección C)		
Seguro de vida a término opcional*	Renunciar	<input type="radio"/>	Inscribir \$10,000	Disminución de nivel a:	Elección I	\$10,000
Seguro de vida a término para dependientes*	Renunciar	Inscribir/eliminar dependiente (Vea la Sección C)				
Certificación de consumidor de tabaco: Si está inscrito o se inscribirá en un plan médico del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para Empleados de Texas, ¿ha consumido algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses?						
Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos/productos de vapeo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

*Para enviar una solicitud para un seguro de vida a término para dependientes o una cobertura de seguro de vida fijo opcional de \$10,000 para jubilados, es obligatoria la evidencia de asegurabilidad (EOI). Comience el proceso de EOI, iniciando sesión en su cuenta **ERS OnLine** en www.ers.texas.gov o comunicándose con ERS.

SECCIÓN C: DATOS PERSONALES DE LOS DEPENDIENTES (y elecciones de beneficiarios)

Certificación de consumo de tabaco de dependientes: Si sus dependientes están inscritos en un plan médico del GBP, usted debe certificar abajo si consumió algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos/productos de vapeo.

Relación con el dependiente*	Nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	SSN del dependiente (obligatorio para mayores de 12 meses)	Médico	Dental	Vista	Vida para dep.	Consumidor de tabaco
Sp D S O		M F			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		M F			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		M F			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		M F			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sp D S O		M F			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

*Código de relación: **Sp** – Cónyuge; **D o S** - Hija o hijo (natural o adoptado) **O** – Hijo no natural ni adoptado. Incluye hijastro, hijo de crianza temporal o bajo tutela.

Si está agregando a un hijo, debe completar un formulario de **Certificación de hijos dependientes** (ERS GI 1.081), disponible en www.ers.texas.gov o llamar a ERS. Para los dependientes agregados recientemente, le pueden pedir que dé información a Aight Solutions, una compañía que está trabajando con ERS para hacer la verificación de elegibilidad de dependientes.

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN (Lea detenidamente las declaraciones de abajo antes de firmar y escriba la fecha).

Autorizo que se hagan las deducciones adecuadas de mi anualidad o mediante giro bancario para los beneficios elegidos arriba, si corresponde. Si no recibo una anualidad o si mi anualidad no es suficiente para cubrir las deducciones necesarias, acepto hacer los pagos de las primas a su vencimiento. Entiendo que la cobertura se cancelará si no pago las primas necesarias. Autorizo a todos los proveedores a dar cualquier tipo de información de las personas cubiertas, cuando sea necesario, para verificar la elegibilidad o para procesar un reclamo o una queja relacionada con el seguro. **Certifico que toda la información dada arriba es válida y verdadera hasta donde yo sé. Entiendo que me podrán pedir que muestre la documentación que respalde mi selección o que pruebe la elegibilidad de cualquier dependiente agregado recientemente.** La presentación de información falsa podría tener como consecuencia la expulsión del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para Empleados de Texas o a una acción penal.

Aviso sobre el seguro: El financiamiento de los beneficios médicos y otros beneficios del seguro para participantes del GBP está sujeto a cambios según el financiamiento estatal disponible. La Legislatura de Texas determina el nivel de financiamiento para esos beneficios, sin obligación permanente de dar financiamiento a dichos beneficios más allá de cada año fiscal.

Certificación de consumo de tabaco: Certifico que entiendo y acepto lo siguiente: Un “producto de tabaco” se define como todos los tipos de tabaco, incluyendo, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo; y un “consumidor de tabaco” es un participante que ha consumido un producto de tabaco o productos de tabaco cinco o más veces durante los tres meses anteriores. Si yo (o cualquiera de mis dependientes cubiertos): 1) he consumido productos de tabaco como consumidor de tabaco; o 2) comencé a consumir productos de tabaco sin informar a ERS, estaré sujeto a multas monetarias y es posible que se cancele mi participación en el GBP. Además, no informar a ERS podría constituir fraude. Bajo penalización por falso testimonio, declaro que la información arriba es verdadera y correcta. Dar o escribir información falsa puede descalificarme para recibir cobertura continua en GBP. Si deliberadamente declaro hechos materiales falsos o cometo fraude, es posible que mi cobertura se rescinda de manera retroactiva hasta la fecha de la declaración falsa o del acto fraudulento. En ese caso, recibiré un aviso treinta días antes de que se rescinda mi cobertura. Además, si yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos comenzamos a consumir productos de tabaco sin avisar a ERS, estaré sujeto a multas monetarias y la falta de aviso a ERS constituirá fraude. Si certifique que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, es posible que puedan participar en el programa Elegir dejar de fumar (Choose to Quit) una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si es adecuado para su estado médico y se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información sobre este programa, visite www.ers.texas.gov/Employees/Health/Tobacco_Policy.

Si certifique arriba que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, y usted o ellos han dejado de consumir tabaco durante los últimos tres meses, debe completar el formulario de Certificación de consumidor de tabaco (ERS 2.933), disponible en http://ers.texas.gov/PDFs/Forms/Tobacco_User_Certification_ERS2933, o cambiar la certificación usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov.

Si eligió “Renunciar + Crédito por exclusión”

Certifico que no quiero la cobertura del plan médico que se me ofreció como participante elegible. Renuncio a la cobertura del plan médico que me corresponde y certifico que tengo otro plan médico que da una cobertura sustancialmente equivalente a la cobertura del plan médico básico. Entiendo que, renunciando a mi seguro médico estatal, se cancelará mi cobertura de medicamentos con receta y la póliza de \$2,500 del seguro de vida a término básico. Debe certificar que tiene una cobertura médica comparable a la del plan médico básico. Un crédito de hasta \$60 (o \$30 para los participantes de tiempo parcial) se aplica al costo de la cobertura opcional elegible (dental y de la vista). El crédito se da en lugar de la aportación estatal para la cobertura médica básica. Por legislación federal, los miembros de Medicare no pueden recibir el crédito por exclusión. Puedo ver el crédito por exclusión del seguro médico aplicado en la prima de mi cobertura opcional elegible iniciando sesión en mi cuenta **ERS OnLine** en www.ers.texas.gov.

Entiendo que, si actualmente estoy en condición de renuncia, debo tener un QLE o esperar hasta la próxima inscripción de otoño para inscribirme en la cobertura de seguro médico que ofrecieron a los participantes elegibles.

Firma del participante: _____

Fecha de la firma: _____

(mm/dd/aaaa)

Puede comunicarse con ERS o enviar el formulario completado a:
Employees Retirement System of Texas
 P.O. Box 13207
 Austin, Texas 78711-3207
 Llamada sin costo: (866) 399-6908

**Si no necesita hacer ningún cambio,
no es necesario completar este formulario ni comunicarse con ERS.**

La información que entrega a ERS se conserva para administrar sus beneficios.
Si tiene preguntas sobre su información, o cree que la información que se le dio a ERS puede ser incorrecta, avise a ERS.

SECCIÓN A: DATOS DEL DEPENDIENTE SOBREVIVIENTE *(debe completarla el dependiente sobreviviente)*

Dependiente sobreviviente: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido			Últimos 4 dígitos del número de seguro social/ID nacional (SSN)		Teléfono	Casa	Celular
			XXX-XX-		()		
Dirección de correo electrónico	Dirección de correo postal si es nuevo	Marque	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de elegibilidad	

SECCIÓN B: COBERTURA DE SEGURO

(Marque las casillas para indicar los cambios de cobertura que quiere que comiencen el 1 de enero de 2022).

Cobertura de seguro médico			
	Renunciar*	HealthSelect of Texas®	HealthSelect SM MA PPO
	N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare)	Fecha de inicio de la Parte A de Medicare ____/____/____	
		Fecha de inicio de la Parte B de Medicare ____/____/____	
Eliminar dependiente (Vea la Sección C)			
Beneficios opcionales <i>(Pueden elegirse sin estar inscrito en la cobertura médica).</i>			
Dental	Renunciar	State of Texas Dental Choice Plan SM	DeltaCare® USA DHMO
	Agregar/eliminar** Dependiente (Vea la Sección C)		
Vista	Renunciar	State of Texas Vision SM	Agregar/eliminar** Dependiente (Vea la Sección C)
Certificación de consumo de tabaco: Si está inscrito en un plan médico del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para Empleados de Texas, ¿ha consumido algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses? Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos/productos de vapeo.			
Sí No			

*Los dependientes sobrevivientes que han renunciado a una cobertura no pueden volver a inscribirse en una fecha posterior. La cobertura médica, dental y de la vista que tiene un sobreviviente elegible en la fecha del fallecimiento del miembro continúa automáticamente. El cónyuge sobreviviente u otros dependientes elegibles podrían: cancelar la cobertura médica en cualquier momento, pero después no pueden volver a inscribirse en una cobertura médica, o
 **cancelar la cobertura dental o de la vista en cualquier momento y volver a inscribirse en una cobertura dental o de la vista más tarde, siempre que su cobertura médica todavía esté vigente.

SECCIÓN C: DATOS PERSONALES DE LOS DEPENDIENTES *(y elecciones de cobertura).*

Certificación de consumo de tabaco de dependientes: Si sus dependientes están inscritos en un plan médico del GBP, usted debe certificar abajo si su dependiente consumió algún tipo de producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses. Esto incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos/productos de vapeo.

Relación con el dependiente*	Nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	SSN del dependiente (Obligatorio para mayores de 12 meses)	Médico**	Dental	Vista	Consumidor de tabaco
D S O		M F		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		M F		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		M F		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		M F		XXX-XX-	No	No	No	Sí No
D S O		M F		XXX-XX-	No	No	No	Sí No

*Código de relación: D o S - Hija o hijo natural o adoptado O – Hijo que no es natural ni adoptado. Incluye hijastro, hijo de crianza temporal o hijo bajo tutela del tribunal. Solo los dependientes elegibles en el momento del fallecimiento del miembro son elegibles para recibir cobertura como dependientes sobrevivientes.

** Una vez que un dependiente sobreviviente renuncia a su cobertura de seguro médico, el sobreviviente dependiente no podrá volver a inscribirse en la cobertura de seguro médico en una fecha futura.

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN (Lea detenidamente las declaraciones de abajo antes de firmar y escribir la fecha).

Autorizo que se hagan las deducciones adecuadas de mi anualidad o mediante giro bancario para los beneficios elegidos arriba, si corresponde. Si no recibo una anualidad o si mi anualidad no es suficiente para cubrir las deducciones necesarias, acepto hacer los pagos de las primas a su vencimiento. Entiendo que la cobertura se cancelará si no pago las primas necesarias. Autorizo a todos los proveedores a dar cualquier tipo de información de las personas cubiertas, cuando sea necesario, para verificar la elegibilidad o para procesar un reclamo o una queja relacionada con el seguro. **Certifico que toda la información dada arriba es válida y verdadera hasta donde yo sé. Entiendo que me podrán pedir que muestre la documentación que respalde mi selección.** La presentación de información falsa podría tener como consecuencia la expulsión del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para Empleados de Texas o a una acción penal.

Aviso sobre el seguro: El financiamiento de los beneficios médicos y otros beneficios del seguro para participantes del GBP está sujeto a cambios según el financiamiento estatal disponible. La Legislatura de Texas determina el nivel de financiamiento para esos beneficios, sin obligación permanente de dar financiamiento a dichos beneficios más allá de cada año fiscal.

Certificación de consumo de tabaco: Certifico que entiendo y acepto lo siguiente: Un "producto de tabaco" se define como todos los tipos de tabaco, incluyendo, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo; y un "consumidor de tabaco" es un participante que ha consumido un producto de tabaco o productos de tabaco cinco o más veces durante los tres meses anteriores. Si yo (o cualquiera de mis dependientes cubiertos): 1) he consumido productos de tabaco como consumidor de tabaco; o 2) comencé a consumir productos de tabaco sin informar a ERS, estaré sujeto a multas monetarias y es posible que se cancele mi participación en el GBP. Además, no informar a ERS podría constituir fraude. Bajo penalización por falso testimonio, declaro que la información arriba es verdadera y correcta. Dar o escribir información falsa puede descalificarme para recibir cobertura continua en GBP. Si deliberadamente declaro hechos materiales falsos o cometo fraude, es posible que mi cobertura se rescinda de manera retroactiva hasta la fecha de la declaración falsa o del acto fraudulento. En ese caso, recibiré un aviso treinta días antes de que se rescinda mi cobertura. Además, si yo o cualquiera de mis dependientes cubiertos comenzamos a consumir productos de tabaco sin avisar a ERS, estaré sujeto a multas monetarias y la falta de aviso a ERS constituirá fraude. Si certifié que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, es posible que puedan participar en el programa Elegir dejar de fumar (Choose to Quit) una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si es adecuado para su estado médico y se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información sobre este programa, visite www.ers.texas.gov/Employees/Health/Tobacco_Policy.

Si certifié arriba que usted o cualquiera de sus dependientes son consumidores de tabaco, y usted o ellos han dejado de consumir tabaco durante los últimos tres meses, debe completar el formulario de Certificación de consumidor de tabaco (ERS 2.933), disponible en http://ers.texas.gov/PDFs/Forms/Tobacco_User_Certification_ERS2933, o cambiar la certificación usando su cuenta en línea en www.ers.texas.gov.

Entiendo que si yo, como dependiente sobreviviente, renuncio a mi cobertura de seguro médico, no podré volver a inscribirme en una cobertura de seguro médico en una fecha futura. Si renuncio a toda la cobertura, los beneficios médicos y opcionales, no podré volver a inscribirme a ninguna cobertura en una fecha futura.

Firma del dependiente sobreviviente: _____ Fecha de la firma: _____
(Padre/madre o tutor pueden firmar por el menor) (mm/dd/aaaa)