

# TRS-ActiveCare 2019-20: Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando



## Cambios en TRS-ActiveCare

Cobertura Médica	TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health		TRS-ActiveCare 2 <small>Nota: Este plan está cerrado. Solo los participantes que estén actualmente inscritos en TRS-ActiveCare 2 serán elegibles para permanecer en este plan durante el año 2019-20. No se permitirá la inscripción de participantes nuevos.</small>	
	Año del Plan 2018 – 19	Año del Plan 2019 – 20	Año del Plan 2018 – 19	Año del Plan 2019 – 20	Año del Plan 2018 – 19	Año del Plan 2019 – 20
<b>Desembolso personal dentro y fuera de la red</b> Por persona / Familia	\$6,650/\$13,300	\$6,750/\$13,500	\$7,350/\$14,700	\$7,900/\$15,800	\$7,350/\$14,700	\$7,900/\$15,800
<b>Desembolso personal máximo fuera de la red</b> Por persona / Familia	\$13,300/\$26,600	\$20,250/\$40,500	No se aplica	No se aplica	\$14,700/\$29,400	\$23,700/\$47,400
<b>Cargo de hospital para paciente interno fuera de la red</b>	Usted paga un 40% después del deducible	El plan paga los cargos cubiertos hasta \$500 máximo por día después del deducible. Usted paga la diferencia o cantidad que exceda los \$500 máximo por día	No se aplica	No se aplica	Usted efectúa un copago de \$150 por día más un pago del 40% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan)	El plan paga los cargos cubiertos hasta \$500 máximo por día después del deducible. Usted paga la diferencia o cantidad que exceda los \$500 máximo por día
<b>Teladoc®</b> Los cargos cuentan hacia el desembolso personal máximo						
<b>Servicios Prestados por un Médico</b>	\$40 cargo por consulta	\$30 cargo por consulta	El plan paga 100%	No cambia	Plan pays 100%	No cambia
<b>Servicios de la Salud Mental</b> Psiquiatra (consulta inicial) Psiquiatra (consulta continua) Psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta	No se aplica No se aplica No se aplica	\$185 cargo por consulta \$95 cargo por consulta \$85 cargo por consulta	No se aplica No se aplica No se aplica	\$70 copago por especialista \$70 copago por especialista \$70 copago por especialista	No se aplica No se aplica No se aplica	\$70 copago por especialista \$70 copago por especialista \$70 copago por especialista
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos Genéricos</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (suministros de hasta 31 días)	Usted paga 20% después del deducible, excepto por ciertos medicamentos genéricos preventivos, los cuales se cubren en un 100%	No cambia	Usted paga \$20 no hay deducible	Usted paga \$15. No hay deducible	Usted paga \$20. No hay deducible	No cambia
<b>Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular</b> (después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)	Usted paga 20% después del deducible	No cambia	Usted paga \$35. No hay deducible	Usted paga \$30. No hay deducible	Usted paga \$35. No hay deducible	No cambia
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos de Marca Preferida</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (para suministros de hasta 31 días)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 25% después del deducible	Usted paga \$40 después del deducible del medicamento	Usted paga 25% después del deducible del medicamento (mínimo \$40*; máximo \$80)	Usted paga \$40 después del deducible del medicamento	Usted paga 25% después del deducible del medicamento (mínimo \$40*; máximo \$80)
<b>Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular</b> (después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 25% después del deducible	Usted paga \$60 después del deducible del medicamento	Usted paga 25% después del deducible del medicamento (mínimo \$60*; máximo \$120)	Usted paga \$60 después del deducible del medicamento	Usted paga 25% después del deducible del medicamento (mínimo \$60*; máximo \$120)
<b>Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo o adquiridos en una farmacia Retail Plus</b> (suministros de 60 a 90 días)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 25% después del deducible	Usted paga \$105 después del deducible del medicamento	Usted paga 25% después del deducible del medicamento (mínimo \$105*; máximo \$210)	Usted paga \$105 después del deducible del medicamento	Usted paga 25% después del deducible del medicamento (mínimo \$105*; máximo \$210)
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos de Marca No Preferida</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (suministros de hasta 31 días)	Usted paga 50% después del deducible	No cambia	Usted paga 50% después del deducible del medicamento	No cambia	Usted paga 50% después del deducible del medicamento (mínimo \$65*; máximo \$130)	Usted paga 50% después del deducible del medicamento (mínimo \$100*; máximo \$200)
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en una farmacia regular</b> (suministros de 60 a 90 días)	Usted paga 50% después del deducible	No cambia	Usted paga 50% después del deducible del medicamento	No cambia	Usted paga 50% después del deducible del medicamento (mínimo \$90*; máximo \$180)	Usted paga 50% después del deducible del medicamento (mínimo \$105*; máximo \$210)
<b>Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo o adquiridos en una farmacia Retail Plus</b> (suministros de 60 a 90 días)	Usted paga 50% después del deducible	No cambia	Usted paga 50% después del deducible del medicamento	No cambia	Usted paga 50% después del deducible del medicamento (mínimo \$180*; máximo \$360)	Usted paga 50% después del deducible del medicamento (mínimo \$215*; máximo \$430)

\*Si el costo del medicamento es menor que el mínimo, usted pagará por el costo del medicamento.

# TRS-ActiveCare 2019-20: Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando

## Cambios a las Primas de TRS-ActiveCare

### Primas Nuevas para el Año 2019-20

Prima Mensual de TRS-ActiveCare	TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health		TRS-ActiveCare 2	
	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**
Por Persona	\$378	\$153	\$556	\$331	\$852	\$627
+Cónyuge	\$1,066	\$841	\$1,367	\$1,142	\$2,020	\$1,795
+Hijos	\$722	\$497	\$902	\$677	\$1,267	\$1,042
+Familia	\$1,415	\$1,190	\$1,718	\$1,493	\$2,389	\$2,164

### Primas Actuales para el Año 2018-19

Prima Mensual de TRS-ActiveCare	TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health		TRS-ActiveCare 2	
	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**
Por Persona	\$367	\$142	\$540	\$315	\$782	\$557
+Cónyuge	\$1,035	\$810	\$1,327	\$1,102	\$1,855	\$1,630
+Hijos	\$701	\$476	\$876	\$651	\$1,163	\$938
+Familia	\$1,374	\$1,149	\$1,668	\$1,443	\$2,194	\$1,969

\*Si usted no es elegible para recibir subsidio del estado o distrito escolar, pagará la cantidad completa de la prima mensual. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para conocer su prima mensual.

\*\*Lo máximo que podría pagar es el costo posterior a la contribución de \$75 del estado y a la contribución de \$150 del distrito escolar. Consulte con su Administrador de Beneficios para conocer su costo mensual. (Esta es la cantidad que deberá pagar cada mes después de que se hayan aplicado a su prima todos los subsidios disponibles).



powered by aetna



¡Descargue hoy mismo la nueva aplicación de TRS Health!

# TRS-ActiveCare 2019-20: Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando

## Cambios al Plan HMO

Cobertura Médica	BCBSTX		FirstCare		Scott and White	
	Año del Plan 2018 – 19	Año del Plan 2019 – 20	Año del Plan 2018 – 19	Año del Plan 2019 – 20	Año del Plan 2018 – 19	Año del Plan 2019 – 20
<b>Desembolso personal máximo</b> Por Persona / Por Familia	No hay cambios para el plan BCBSTX		\$7,350/\$14,700	\$7,450/\$14,900	\$7,000/\$14,000	\$7,450/\$14,900
<b>Deducible</b> Por Persona / Por Familia			\$750/\$2,250	\$950/\$2,850	\$1,000/\$3,000	\$950/\$2,850
<b>Visita al consultorio del médico primario</b>			Usted paga \$20	No cambia	Usted paga \$15, se omite el copago por la 1ra visita al consultorio médico por enfermedad	Usted paga \$20, se omite el copago por la 1ra visita al consultorio médico por enfermedad, \$0 copago por visita al consultorio del médico primario para dependientes menores de 19 años o de esa edad
<b>Copago por visita al consultorio de un especialista</b>			\$60	\$70	\$70	No cambia
<b>Copago por cuidado urgente</b>			Usted paga \$75; se omite el deducible	Usted paga \$50; se omite el deducible	Usted paga \$50 copago	No cambia
<b>Sala de Emergencia Copago/ coseguro</b>			Usted paga \$500 después del deducible	No cambia	Usted paga \$250 más 20% después del deducible	Usted paga \$500 después del deducible
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas</b>						
<b>Deducible para medicinas recetadas</b>	No hay cambios de plan para BCBSTX		\$100 por persona \$300 por familia	\$150 (excluyendo los genéricos de marca preferida)	\$150	No cambia
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos de Marca Preferida</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (suministros de hasta 31 días)	No hay cambios para el plan BCBSTX		Usted paga \$15 por genérico, \$40 por medicamento de marca, después del deducible por medicamento	Usted paga \$5 por genérico, (se omite el deducible por medicamento); 30% por medicamento de marca, después del deducible	No hay cambios para el plan Scott and White	
<b>Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular</b> (después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)			Usted paga \$15 por genérico, \$40 por medicamento de marca, después del deducible por medicamento	Usted paga \$12.50 por genérico (se omite el deducible por medicamento); 30% por medicamento de marca, después del deducible		
<b>Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo</b> (suministros de 60 a 90 días)			Usted paga \$45 por genérico; \$120 por medicamento de marca, después del deducible por medicamento	Usted paga \$12.50 por genérico (se omite el deducible por medicamento); 30% por medicamento de marca, después del deducible		
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos de Marca No Preferida</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (suministros de hasta 31 días)	No hay cambios para el plan BCBSTX		Usted paga \$100 después del deducible por medicamento	Usted paga 50% después del deducible por medicamento	No hay cambios para el plan Scott and White	
<b>Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular</b> (después del 1er abastecimiento; suministros de hasta 31 días)			Usted paga \$100 después del deducible por medicamento	Usted paga 50% después del deducible por medicamento		
<b>Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo</b> (suministros de 60 a 90 días)			Usted paga \$300 después del deducible por medicamento	Usted paga 50% después del deducible por medicamento		
<b>Medicamentos de especialidad</b>			Usted paga 20% después del deducible por medicamento	Usted paga 15% para los Niveles 1 y 2 después del deducible por medicamento; 25% para el Nivel 3 después del deducible por medicamento		

# TRS-ActiveCare 2019-20: Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando

## Cambios a las Primas de HMO

### Primas Nuevas para el Año 2019-20

Prima Mensual	BCBSTX		FirstCare		Scott and White	
	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**
Por Persona	\$486.56	\$261.56	\$560.50	\$335.50	\$558.54	\$333.54
+Cónyuge	\$1,177.52	\$952.52	\$1,416.52	\$1,191.52	\$1,306.58	\$1,081.58
+ Hijos	\$761.96	\$536.96	\$892.16	\$667.16	\$876.76	\$651.76
+Familia	\$1,249.00	\$1,024.00	\$1,454.80	\$1,229.80	\$1,457.28	\$1,232.28

### Primas Actuales para el Año 2018-19

Prima Mensual	BCBSTX		FirstCare		Scott and White	
	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**	Prima mensual completa*	Costo después de la contribución del estado / distrito escolar**
Por Persona	\$474.02	\$249.02	\$534.04	\$309.04	\$578.36	\$353.36
+Cónyuge	\$1,146.83	\$921.83	\$1,348.92	\$1,123.92	\$1,353.40	\$1,128.40
+ Hijos	\$742.19	\$517.19	\$849.76	\$624.76	\$908.06	\$683.06
+Familia	\$1,216.42	\$991.42	\$1,385.36	\$1,160.36	\$1,509.56	\$1,284.56

\*Si usted no es elegible para recibir subsidio del estado o distrito escolar, pagará la cantidad completa de la prima mensual. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para conocer su prima mensual.

\*\*Lo máximo que podría pagar es el costo posterior a la contribución de \$75 del estado y a la contribución de \$150 del distrito escolar. Consulte con su Administrador de Beneficios para conocer su costo mensual. (Esta es la cantidad que deberá pagar cada mes después de que se hayan aplicado a su prima todos los subsidios disponibles).