

Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el año 2017–2018

Vigente del 1º de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 | Nivel de Beneficios: Dentro de la Red*



Cobertura Médica	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select or ActiveCare Select Whole Health (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott & White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance)	ActiveCare 2
Deducible (por año del plan) Dentro de la Red Fuera de la Red	\$2,500 empleado solamente/\$5,000 familia \$5,000 empleado solamente/\$10,000 familia	\$1,200 por persona/\$3,600 familia No aplica. Este plan no cubre servicios prestados fuera de la red, excepto por emergencias.	\$1,000 por persona /\$3,000 familia \$2,000 por persona /\$6,000 familia
Desembolso Máximo (por año del plan; deducible médico y deducible para medicinas recetadas, copagos y coseguro se aplican al desembolso máximo) Dentro de la Red Fuera de la Red	El desembolso máximo por persona solo incluye los gastos cubiertos en los que haya incurrido esa persona \$6,550 por persona/\$13,100 familia \$13,100 por persona/\$26,200 familia	\$7,150 por persona/\$14,300 familia No aplica. Este plan no cubre servicios prestados fuera de la red, excepto por emergencias.	\$7,150 por persona/\$14,300 familia \$14,300 por persona/\$28,600 familia
Coseguro Dentro de la Red El participante paga (después del deducible) Fuera de la Red El participante paga (después del deducible)	20% 40% de la cantidad permitida	20% No aplica. Este plan no cubre servicios prestados fuera de la red, excepto por emergencias.	20% 40% de la cantidad permitida
Copago por Visita al Consultorio El participante paga	20% después del deducible	\$30 copago por medico primario \$60 copago por especialista	\$30 copago por medico primario \$50 copago por especialista
Laboratorio de Diagnóstico El participante paga	20% después del deducible	El plan paga 100% (se omite el deducible) si se realiza en un laboratorio Quest (Laboratorio de LabCorp para Kelsey Select); El participante paga un 20% después del deducible en otro laboratorio	El plan paga 100% (se omite el deducible) si se realiza en un laboratorio Quest. El participante paga un 20% después del deducible en otro laboratorio
Cuidado Preventivo Vea una lista de ejemplos abajo	El plan paga 100%	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Servicios de Médicos de Teladoc®	\$40 cuota por la consulta (se aplica al deducible y al desembolso máximo)	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Radiología de Alta Tecnología (tomografía computarizada (CT scan), imágenes de resonancia magnética (MRI), medicina nuclear) El participante paga	20% después del deducible	\$100 de copago más un 20% después del deducible	\$100 de copago más un 20% después del deducible
Hospitalización (requiere autorización previa) (cargos del hospital) El participante paga	20% después del deducible	\$150 de copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)	\$150 de copago por día más un 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 copago máximo por año del plan)
Sala de Emergencia (para uso en verdaderas emergencias) El participante paga	20% después del deducible	\$200 de copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)	\$200 de copago más un 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)
Cirugía Ambulatoria El participante paga	20% después del deducible	\$150 copago por visita más 20% después del deducible	\$150 copago por visita más 20% después del deducible
Cirugía Bariátrica Cargos del médico (sólo se cubren si se llevan a cabo en un centro IOQ) El participante paga	\$5,000 copago (se aplica al desembolso personal máximo) más 20% después del deducible	No se cubre	\$5,000 copago (no se aplica al desembolso personal máximo) más 20% después del deducible
Examen Anual de la Vista (uno por año del plan; realizado por un oftalmólogo u oculista, utilizando instrumentos calibrados) El participante paga	20% después del deducible	\$60 copago por especialista	\$50 copago por especialista
Examen Anual de la Capacidad Auditiva El participante paga	20% después del deducible	\$30 copago por medico primario \$60 copago por especialista	\$30 copago por medico primario \$50 copago por especialista

Cuidado Preventivo

A continuación algunos ejemplos de la frecuencia y los servicios propios del cuidado preventivo:

- **Exámenes médicos de rutina:** Anualmente, desde los 12 años de edad en adelante
- **Mamografías:** 1 cada año desde los 35 años de edad en adelante
- **Consejería para dejar de fumar:** 8 visitas por 12 meses
- **Cuidado del niño sano:** Sin límite hasta la edad de 12 años
- **Colonoscopia:** 1 cada 10 años desde los 45 años de edad en adelante
- **Consejería sobre dieta sana/obesidad:** Sin límite hasta la edad de 22 años. Desde los 22 años de edad en adelante, 26 visitas por 12 meses
- **Cuidado de la mujer sana y Papanicolau:** Anualmente desde los 18 años de edad en adelante
- **Examen para detectar el cáncer de próstata:** 1 por año desde los 50 años de edad en adelante
- **Apoyo relacionado con la lactancia:** 6 visitas de consejería por 12 meses

Nota: El proveedor deberá facturar, como "cuidado preventivo", los servicios cubiertos bajo este beneficio. No se paga en un 100% el cuidado preventivo prestado por proveedores no pertenecientes a la red. Si recibe servicios preventivos a través de un proveedor no perteneciente a la red, usted será responsable por cualquier deducible y coseguro aplicables bajo ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2. No hay cobertura para los servicios prestados fuera de la red bajo el plan ActiveCare Select ni ActiveCare Select Whole Health.

Para una lista completa de los servicios de cuidado preventivo, por favor reférase al Folleto de Beneficios en www.trselectivecareetna.com. Allí encontrará la lista más reciente de los servicios cubiertos.

Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el año 2017–2018

Cobertura para Medicinas Recetadas	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select or ActiveCare Select Whole Health (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott & White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance)	ActiveCare 2
Deducible para Medicinas (por persona, por año del plan)	Antes de que el plan pague, debe satisfacerse el deducible del año del plan**	\$0 genérico; \$200 de marca	\$0 genérico; \$200 de marca
Suministro a Corto Plazo en Farmacia Regular (suministro de hasta 31 días) Nivel 1 – Genérico Nivel 2 – Marca Preferida Nivel 3 – Marca No Preferida	20% de coseguro después del deducible, excepto para ciertos medicamentos genéricos preventivos, los cuales están cubiertos en un 100%**	\$20 por un suministro de 1 a 31 días \$40 por un suministro de 1 a 31 días*** 50% coseguro por un suministro de 1 a 31 días***	\$20 por un suministro de 1 a 31 días \$40 por un suministro de 1 a 31 días *** \$65 por un suministro de 1 a 31 días ***
Suministro por Período Prolongado en Órdenes por Correo o en una Farmacia Retail-Plus (suministro de 60 a 90 días)**** Nivel 1 – Genérico Nivel 2 – Marca Preferida Nivel 3 – Marca No Preferida	20% coseguro después del deducible	\$45 por un suministro de 60 a 90 días \$105 por un suministro de 60 a 90 días*** 50% coseguro por un suministro de 60 a 90 días***	\$45 por un suministro de 60 a 90 días \$105 por un suministro de 60 a 90 días*** \$180 por un suministro de 60 a 90 días***
Medicina de Especialidad	20% coseguro después del deducible	20% coseguro por abastecimiento	\$200 por abastecimiento (suministro de hasta 31 días) \$450 por abastecimiento (suministro de 32 a 90 días)
Suministro a Corto Plazo para Medicamentos de Mantenimiento en una Farmacia Regular (suministro de hasta 31 días) La segunda vez que un participante abastece un suministro a corto plazo para un medicamento de mantenimiento en una farmacia regular, paga una cuota de conveniencia. Le cobrarán el coseguro y copagos descritos a continuación la segunda vez que abastezca un suministro a corto plazo para un medicamento de mantenimiento. Los participantes pueden evitar pagar la cuota de conveniencia ordenando un suministro mayor para el medicamento de mantenimiento, ya sea a través del servicio de entrega por correo o en una farmacia Retail-Plus.			
Nivel 1 – Genérico Nivel 2 – Marca Preferida Nivel 3 – Marca No Preferida	20% coseguro después del deducible	\$35 por un suministro de 1 a 31 días \$60 por un suministro de 1 a 31 días*** 50% coseguro por un suministro de 1 a 31 días***	\$35 por un suministro de 1 a 31 días \$60 por un suministro de 1 a 31 días*** \$90 por un suministro de 1 a 31 días***

¿Qué es un medicamento de mantenimiento?

Los medicamentos de mantenimiento son medicinas recetadas que se utilizan comúnmente para el tratamiento de enfermedades que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas condiciones requieren, por lo general, el uso diario de medicamentos. Como ejemplo de los medicamentos de mantenimiento se pueden citar los utilizados para el tratamiento de la hipertensión, enfermedad cardíaca, asma y diabetes.

¿Cuándo se aplica la cuota de conveniencia?

Por ejemplo, si usted tiene cobertura bajo TRS-ActiveCare Select, la primera vez que adquiera un suministro de 31 días para un medicamento genérico en una farmacia regular, pagará \$20. Después, pagará \$35 cada mes en que adquiera un suministro de 31 días para un medicamento genérico de mantenimiento en una farmacia regular. El suministro de 90 días para ese mismo medicamento genérico costaría \$45 y usted se ahorraría \$225 en un año al adquirir más bien un suministro de 90 días.

Información de Prima para ALEX

Cuando se le indique, usted deberá insertar en la herramienta en línea conocida como ALEX la cantidad que se aplique –SU COSTO ANUAL– tomado de la tabla que aparece a continuación. Para determinar este costo, consulte a su Administrador de Beneficios y solicite su costo mensual (esta es la cantidad que usted deberá pagar cada mes después de que su empleador haya efectuado la contribución para su cobertura). Después, multiplique por 12 su costo mensual para obtener así SU COSTO ANUAL.

TRS-ActiveCare Prima Mensual para	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health	ActiveCare 2	Su Costo Mensual (la cantidad que usted paga después de haberse efectuado la contribución del empleador)	Su Costo Anual (utilice esta cantidad para la herramienta en línea conocida como ALEX)
Individual	\$351	\$514	\$714		
+Cónyuge	\$991	\$1,264	\$1,694		
+ Hijos	\$671	\$834	\$1,062		
+Familia	\$1,316	\$1,589	\$2,004		

Un especialista es cualquier médico que no sea un doctor en práctica familiar, internista, ginecólogo-obstetra o pediatra.

*Ilustra los beneficios de utilizar proveedores pertenecientes a la red. Para algunos planes, también hay disponibles beneficios fuera de la red. No hay cobertura, bajo ActiveCare Select ni ActiveCare Select Whole Health Plan, para beneficios prestados fuera de la red. Para más información, vea la Guía de Inscripción. Los proveedores que no tengan contrato podrían facturarle las cantidades que sobrepasen la cantidad permitida por los servicios cubiertos. Los participantes serán responsables por el pago de este saldo de la factura, lo cual podría ser considerable.

**Para ActiveCare 1-HD, se cubren en un 100% ciertos medicamentos preventivos genéricos. Los participantes no tienen que satisfacer el deducible (\$2,500 – por persona, \$5,000 – por familia) y no tienen que efectuar ningún desembolso personal para estos medicamentos. La lista de medicamentos aparece en el sitio web de TRS-ActiveCare.

***Si un participante adquiere un medicamento de marca habiendo un medicamento genérico disponible, será responsable por el pago del genérico más el costo de la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico.

****Los participantes pueden adquirir suministros de 32 a 90 días a través del sistema de órdenes por correo.