

Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2019-20

Vigente del 1ro de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020 | Nivel de Beneficios Dentro de la Red¹



| Cobertura Médica | TRS-ActiveCare 1-HD | TRS-ActiveCare Select/ TRS-ActiveCare Select Whole Health (Baptist Health System y HealthTexas Medical Group; Baylor Scott and White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance) | TRS-ActiveCare 2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible (por año del plan) | | | |
| Dentro de la Red | \$2,750 empleado solamente/ \$5,500 familia | \$1,200 por persona / \$3,600 por familia | \$1,000 por persona / \$3,000 por familia |
| Fuera de la Red | \$5,500 empleado solamente / \$11,000 familia | No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias. | \$2,000 por persona / \$6,000 por familia |
| Desembolso Personal Máximo (por año del plan, los deducibles médicos y para medicinas recetadas, copagos y coseguro cuentan contra el desembolso personal máximo) | El desembolso personal máximo solamente incluye los gastos cubiertos en que haya incurrido la persona individual. | | |
| Dentro de la Red | \$6,750 por persona / \$13,500 por familia | \$7,900 por persona / \$15,800 por familia | \$7,900 por persona / \$15,800 por familia |
| Fuera de la Red | \$20,250 por persona / \$40,500 por familia | No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias. | \$23,700 por persona / \$47,400 por familia |
| Coseguro | | | |
| Dentro de la Red: El participante paga (después del deducible) | 20% | 20% | 20% |
| Fuera de la Red: El participante paga (después del deducible) | 40% de la cantidad permitida, a menos que se indique lo contrario | No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias. | 40% de la cantidad permitida, a menos que se indique lo contrario |
| Copago por Visita al Consultorio Médico El participante paga | 20% después del deducible | \$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista | \$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista |
| Laboratorio de Diagnóstico El participante paga | 20% después del deducible | 20% después del deducible (El Plan Kelsey Select paga 100%) | 20% después del deducible |
| Cuidado Preventivo Vea los ejemplos que se muestran más abajo | El plan paga 100% | El plan paga 100% | El plan paga 100% |
| Teladoc® | Las cuotas cuentan contra el deducible y máximo de desembolso personal | | |
| • Servicios Prestados por un Médico | \$30 cuota por consulta | El plan paga 100% | El plan paga 100% |
| • Servicios de la Salud Mental Psiquiatra (visita inicial) Psiquiatra (visitas posteriores) Psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta | \$185 cuota por consulta \$95 cuota por consulta \$85 cuota por consulta | \$70 copago de especialista \$70 copago de especialista \$70 copago de especialista | \$70 copago de especialista \$70 copago de especialista \$70 copago de especialista |
| Radiología de Alta Tecnología (tomografía computarizada (CT scan), imágenes de resonancia magnética (MRI), medicina nuclear) El participante paga | 20% después del deducible | Usted paga el 100% hasta que se satisfaga su deducible, luego paga un copago de \$100 por servicio y un coseguro del 20% | Usted paga el 100% hasta que se satisfaga su deducible, luego paga un copago de \$100 por servicio y un coseguro del 20% |
| Hospitalización – Gastos de Hospital Solamente (requiere autorización previa) | | | |
| Dentro de la Red | 20% después del deducible | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, entonces usted tiene un copago de \$150 por día y un 20% coseguro (\$750 copago máximo por hospitalización) | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, entonces usted tiene un copago de \$150 por día y un 20% coseguro (\$750 copago máximo por hospitalización) |
| Fuera de la Red | El plan paga hasta \$500 por día límite de cargos cubiertos después del deducible; usted paga el exceso sobre el límite de \$500 por día | No se aplica. Este plan no cubre los servicios fuera de la red, excepto para emergencias. | El plan paga hasta \$500 por día límite de cargos cubiertos después del deducible; usted paga el exceso sobre el límite de \$500 por día |
| Cuidado Urgente | 20% después del deducible | \$50 copago por visita | \$50 copago por visita |
| Sala de Emergencia Independiente El participante paga | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$500 copago por visita más 20% | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$500 copago por visita más 20% | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$500 copago por visita más 20% |
| Sala de Emergencia (para uso en verdaderas emergencias) El participante paga | 20% después del deducible | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$250 copago por visita más 20% (se omite el copago si lo hospitalizan el mismo día) | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$250 copago por visita más 20% (se omite el copago si lo hospitalizan el mismo día) |
| Cirugía Ambulatoria El participante paga | 20% después del deducible | Usted paga 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$150 copago por visita más 20% | Usted paga 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$150 copago por visita más 20% |
| Cirugía Bariátrica (se cubre solo si se efectúa en un Institute of Quality o IOQ, por sus siglas en inglés) Cargos del médico; El participante paga | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$5,000 copago (no se aplica al máximo de desembolso personal), más 20% | No se cubre | Usted paga el 100% hasta que satisfaga su deducible, luego usted paga \$5,000 copago (no se aplica al máximo de desembolso personal), más 20% |
| Examen Anual de la Vista (uno por año del plan, realizado por un oftalmólogo u optometrista). El participante paga | 20% después del deducible | \$70 copago por especialista | \$70 copago por especialista |
| Examen Anual de la Capacidad Auditiva El participante paga | 20% después del deducible | \$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista | \$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista |

Cuidado Preventivo

A continuación, encontrará algunos ejemplos de la frecuencia y servicios relacionados con el cuidado preventivo:

- **Exámenes médicos de rutina:** anualmente después de cumplir 12 años
- **Mamografías:** anualmente después de cumplir 35 años
- **Consejería para dejar de fumar:** ocho visitas por período de 12 meses

- **Cuidado del niño sano:** sin límite hasta los 12 años de edad
- **Colonoscopia:** una cada 10 años después de cumplir 45 años
- **Consejería para una dieta sana y el control de la obesidad:** sin límite hasta los 22 años; y los mayores de 22 años: 26 visitas por 12 meses.

- **Examen para la mujer sana y Papa Nicolau:** anualmente después de cumplir 18 años
- **Examen para detectar el cáncer de próstata:** uno por año después de cumplir 50 años
- **Apoyo para mujeres que estén amamantando:** seis visitas de consejería de lactación por período de 12 meses

Nota: Los servicios cubiertos bajo este beneficio deberán facturarse al proveedor como "cuidado preventivo". El cuidado médico preventivo que no sea de la red no se pagará en un 100%. Si recibe cuidado preventivo a través de un médico no perteneciente a la red, usted será responsable por cualquier deducible y coseguro aplicable bajo TRS-ActiveCare 1HD y TRS-ActiveCare 2. No hay cobertura para los servicios prestados fuera de la red bajo el plan TRS-ActiveCare Select ni TRS-ActiveCare Select Whole Health. Para más información, consulte el Folleto de Beneficios en el www.trselectivecareatna.com.

Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2019-20

| Cobertura Médica | TRS-ActiveCare 1-HD | TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health (Baptist Health System y HealthTexas Medical Group; Baylor Scott and White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance) | TRS-ActiveCare 2 NOTA: Si usted está actualmente inscrito en TRS-ActiveCare 2, puede permanecer en este plan. Sin embargo, a partir del 1ro de septiembre de 2018, TRS-ActiveCare 2 estará cerrado para todos los participantes que deseen inscribirse por vez primera. |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible para Medicamentos (por persona, por año del plan) | Deberá satisfacer el deducible del año del plan antes de que el plan pague. ² | \$0 genérico; \$200 de marca | \$0 genérico; \$200 de marca |

Suministro a Corto Plazo Adquirido en una Farmacia Regular (suministro de hasta 31 días)

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Nivel 1 – Genérico | 20% coseguro después del deducible, excepto para ciertos medicamentos genéricos preventivos, los cuales se cubren en un 100%. ² | \$15 copago | \$20 copago |
| Nivel 2 – Marca Preferida | 25% coseguro después del deducible ³ | 25% coseguro (mínimo \$40 ⁴ ; máximo \$80) ³ | 25% coseguro (mínimo \$40 ⁴ ; máximo \$80) ³ |
| Nivel 3 – Marca No Preferida | 50% coseguro después del deducible ³ | 50% coseguro ³ | 50% coseguro (mínimo \$100 ⁴ ; máximo \$200) ³ |

Suministro para un Período Prolongado, Ordenado por Correo o Adquirido en una Farmacia Retail-Plus (para un suministro de 60 a 90 días)⁵

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Nivel 1 – Genérico | 20% coseguro después del deducible | \$45 copago | \$45 copago |
| Nivel 2 – Marca Preferida | 25% coseguro después del deducible ³ | 25% coseguro (mínimo \$105 ⁴ ; máximo \$210) ³ | 25% coseguro (mínimo \$105 ⁴ ; máximo \$210) ³ |
| Nivel 3 – Marca No Preferida | 50% coseguro después del deducible ³ | 50% coseguro ³ | 50% coseguro (mínimo \$215 ⁴ ; máximo \$430) ³ |

Medicamentos de Especialidad (un suministro de hasta 31 días)

| | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|
| Medicamentos de Especialidad | 20% coseguro después del deducible | 20% coseguro | 20% coseguro (mínimo \$200 ⁴ ; máximo \$900) |
|------------------------------|------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|

Suministro a Corto Plazo para Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en una Farmacia Regular (suministro de hasta 31 días)

La segunda vez que el participante adquiera, en una farmacia regular, un suministro a corto plazo para medicamentos de mantenimiento, tendrá que pagar el coseguro y copagos que aparecen a continuación. Los participantes pueden ahorrar más con el plan adquiriendo un suministro mayor para medicamentos de mantenimiento, ya sea por correo o en una farmacia Retail-Plus.

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Nivel 1 – Genérico | 20% coseguro después del deducible | \$30 copago | \$35 copago |
| Nivel 2 – Marca Preferida | 25% coseguro después del deducible ³ | 25% coseguro (mínimo \$60 ⁴ ; máximo \$120) ³ | 25% coseguro (mínimo \$60 ⁴ ; máximo \$120) ³ |
| Nivel 3 – Marca No Preferida | 50% coseguro después del deducible ³ | 50% coseguro ³ | 50% coseguro (mínimo \$105 ⁴ ; máximo \$210) ³ |

¿Qué es un medicamento de mantenimiento?

Los medicamentos de mantenimiento son medicinas recetadas comúnmente utilizadas para tratar enfermedades que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas enfermedades requieren del uso diario y regular de medicamentos. Por ejemplo, los medicamentos de mantenimiento son los que se utilizan para tratar la hipertensión, la enfermedad cardíaca, el asma y la diabetes.

¿Cuándo se aplica el honorario de conveniencia?

Por ejemplo, usted pagará \$15 de estar cubierto bajo TRS-ActiveCare Select, la primera vez que adquiera, en una farmacia regular, un suministro de 31 días para un medicamento genérico de mantenimiento. Después de eso, pagará \$30 por cada mes en que adquiera, en una farmacia regular, un suministro de 31 días para un medicamento genérico de mantenimiento. Sin embargo, al adquirir un suministro de 90 días del mismo medicamento genérico de mantenimiento, le costaría \$45 y usted se ahorraría \$180 al año al adquirir un suministro de 90 días.

Un especialista es cualquier otro médico que no funja como médico de cabecera, internista, ginecólogo/obstetra o pediatra.

¹ Muestra los beneficios que se obtienen cuando se utilizan proveedores pertenecientes a la red. Para algunos planes, también se utilizan proveedores fuera de la red. No hay cobertura para beneficios recibidos fuera de la red bajo los planes TRS-ActiveCare Select o TRS-ActiveCare Select Whole Health. Para más información, consulte la Guía de Inscripción. Los proveedores sin contrato podrían facturarle, a usted, la diferencia o cantidad que exceda la cantidad permitida para los servicios cubiertos. Los participantes serán responsables del pago de este saldo de la cantidad facturada, lo cual podría ser una suma considerable.

² Para TRS-ActiveCare 1-HD, ciertos medicamentos genéricos preventivos se cubren en un 100%. Los participantes no tienen que satisfacer el deducible (\$2,750 por persona, \$5,500 por familia) y no incurrirán en ningún gasto de desembolso personal por estos medicamentos. Usted encontrará la lista de medicamentos en info.caremark.com/trsactivecare.

³ Si el participante obtiene un medicamento de marca habiendo un genérico equivalente, será entonces responsable por cubrir el copago del genérico más la diferencia en cuanto al costo que exista entre el medicamento de marca preferida y el medicamento genérico.

⁴ Si el costo del medicamento es menos del mínimo, usted pagará entonces por el costo del medicamento.

⁵ Los participantes pueden ordenar por correo suministros de 32 a 90 días.

Primas Mensuales

| Prima Mensual de TRS-ActiveCare | TRS-ActiveCare 1-HD | | | TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health | | | TRS-ActiveCare 2 | | |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|
| | Prima mensual completa* | Prima con contribución mínima del estado o distrito escolar** | Su prima mensual*** | Prima mensual completa* | Prima con contribución mínima del estado o distrito escolar** | Su prima mensual*** | Prima mensual completa* | Prima con contribución mínima del estado o distrito escolar** | Su prima mensual*** |
| 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 | |

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

**La prima posterior a la contribución estatal de \$75 y la del distrito escolar de \$150 constituye la cantidad máxima que podría usted pagar cada mes. Consulte a su Administrador de Beneficios para conocer su costo mensual. (Esta es la cantidad que tendrá que pagar usted cada mes después de haberse aplicado todos los subsidios disponibles para su prima)

***Esta porción la completará su administrador de beneficios. La contribución del estado o distrito escolar podría superar los \$225.