

# Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2018-2019

Vigente del 1ro de septiembre de 2018 al 31 de Agosto de 2019 | Nivel de Beneficios dentro de la Red<sup>1</sup>



| Cobertura Médica   | ActiveCare 1-HD  | ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health<br>(Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott and White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance) | ActiveCare 2<br><b>NOTA:</b> 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 los participantes que deseen inscribirse por vez primera. |
|--|--|---|---|
| <b>Deducible</b><br>(por año del plan)   |  |   |   |
| <b>Dentro de la Red</b>  | \$2,750 empleado solamente / \$5,500 por familia   | \$1,200 empleado solamente / \$3,600 por familia  | \$1,000 por persona / \$3,000 por familia   |
| <b>Fuera de la Red</b>   | \$5,500 empleado solamente / \$11,000 por 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   |
| <b>Desembolso Personal Máximo</b><br>(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. |   |   |
| <b>Dentro de la Red</b>  | \$6,650 por persona / \$13,300 por familia   | \$7,350 por persona / \$14,700 por familia  | \$7,350 por persona / \$14,700 por familia  |
| <b>Fuera de la Red</b>   | \$13,300 por persona / \$26,600 por familia  | No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias.   | \$14,700 por persona / \$29,400 por familia   |
| <b>Coseguro</b>  |  |   |   |
| <b>Dentro de la Red:</b> El participante paga (después del deducible)  | 20%  | 20%   | 20%   |
| <b>Fuera de la Red:</b> El participante paga (después del deducible)   | 40% de la cantidad permitida   | No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias.   | 40% de la cantidad permitida  |
| <b>Copago por Visita al Consultorio Médico</b><br>El participante paga   | 20% después del deducible  | \$30 copago por médico primario<br>\$70 copago por especialista   | \$30 copago por médico primario<br>\$70 copago por especialista   |
| <b>Laboratorio de Diagnóstico</b><br>El participante paga  | 20% después del deducible  | 20% después del deducible   | 20% después del deducible   |
| <b>Cuidado Preventivo</b><br>Vea los ejemplos que se muestran a continuación   | El plan paga un 100%   | El plan paga un 100%  | El plan paga un 100%  |
| <b>Servicios Prestados por un Médico de Teladoc®</b>   | \$40 honorario por consulta (cuenta contra el deducible y desembolso personal máximo)                  | El plan paga un 100%  | El plan paga un 100%  |
| <b>Radiología de Alta Tecnología</b><br>(tomografía computarizada (CT scan), imágenes de resonancia magnética (MRI), medicina nuclear) El participante paga                  | 20% después del deducible  | \$100 copago más 20% después del deducible  | \$100 copago más 20% después del deducible  |
| <b>Hospitalización (requiere autorización previa)</b><br>(cargos del hospital)<br>El participante paga   | 20% después del deducible  | \$150 copago por día más 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización)  | \$150 copago por día más 20% después del deducible (\$750 copago máximo por hospitalización; \$2,250 máximo copago por año del plan)  |
| <b>Sala de Emergencia Independiente</b><br>El participante paga  | \$500 copago por visita más 20% después del deducible  | \$500 copago por visita más 20% después del deducible   | \$500 copago por visita más 20% después del deducible   |
| <b>Sala de Emergencia</b><br>(para uso en verdaderas emergencias)<br>El participante paga  | 20% después del deducible  | \$250 copago más 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)  | \$250 copago más 20% después del deducible (se omite el copago si lo hospitalizan)  |
| <b>Cirugía Ambulatoria</b><br>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   |
| <b>Cirugía Bariátrica</b><br>Los cargos del médico (se cubren solo si el servicio se presta en un Institute of Quality o IOQ, por sus siglas en inglés) El participante paga | \$5,000 copago (aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deducible             | No se cubre   | \$5,000 copago (no aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deducible   |
| <b>Examen Anual de la Vista</b><br>(uno por año del plan, realizado por un oftalmólogo u optometrista que utilice instrumentos calibrados) El participante paga              | 20% después del deducible  | \$70 copago por especialista  | \$70 copago por especialista  |
| <b>Examen Anual Auditivo</b><br>El participante paga   | 20% después del deducible  | \$30 copago por médico primario<br>\$70 copago por especialista   | \$30 copago por médico primario<br>\$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 12 meses

- **Cuidado del niño sano:** sin límite hasta los 12 años de edad
- **Colonoscopia:** uno cada 10 años después de cumplir 50 años
- **Consejería para una dieta sana y el control de la obesidad:** Sin límite hasta los 22 años. Después, 26 visitas por 12 meses

- **Examen para la mujer sana y Papa Nicolau:** Anualmente después de cumplir 18
- **Examen para detectar el cáncer de próstata:** Anualmente después de cumplir 50
- **Apoyo para Mujeres que Estén Amamantando:** Seis visitas de consejería sobre la lactación por 12 meses

**Nota:** Los servicios cubiertos bajo este beneficio deberá facturarlos el proveedor como "cuidado preventivo". El cuidado médico preventivo que no sea de la Red no se paga al 100%. Si recibe servicios preventivos a través de un médico no perteneciente a la red, usted será responsable por cualquier deducible y coseguro aplicable bajo ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2. No hay cobertura para los servicios recibidos fuera de la red bajo el plan ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health.

Para una lista de servicios para el cuidado preventivo, consulte el Folleto de Beneficios, en el [www.trselectivecareatna.com](http://www.trselectivecareatna.com) donde encontrará la lista más reciente de servicios cubiertos.

TRS-ActiveCare lo administra Aetna Life Insurance Company. Aetna proporciona servicios de pago de reclamaciones solamente y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a las reclamaciones. Los beneficios para medicinas recetadas los administra Caremark.

# Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2018-2019

| Cobertura de Medicamentos Recetados   | ActiveCare 1-HD   | ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health<br>(Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott and White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance) | ActiveCare 2  |
|---|---|---|---|
|   | <b>Deducible para Medicamentos</b><br>(por persona, por año del plan)   | Deberá satisfacer el deducible del año del plan antes de que el plan pague <sup>2</sup>   | \$0 genérico; \$200 de marca  |
| <b>Suministro a Corto Plazo Adquirido en una Farmacia Regular</b><br>(suministro de hasta 31 días)<br>Nivel 1 – Genérico  | 20% coseguro después del deducible, excepto para medicamentos genéricos preventivos cubiertos en un 100% <sup>2</sup> | \$20 para un suministro de 1 a 31 días  | \$20 para un suministro de 1 a 31 días <sup>3</sup>   |
| Nivel 2 – Marca Preferida   | 20% coseguro después del deducible  | \$40 para un suministro de 1 a 31 días <sup>3</sup>   | \$40 para un suministro de 1 a 31 días  |
| Nivel 3 – Marca No Preferida  | 50% coseguro después del deducible  | 50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días <sup>3</sup>   | 50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días (Mínimo \$65 <sup>4</sup> ; Máximo \$130) <sup>5</sup>   |
| <b>Suministro para un Mayor Número de Días Ordenado por Correo o Adquirido en una Farmacia Retail-Plus</b><br>(suministro de 60 a 90 días) <sup>5</sup>   |   |   |   |
| Nivel 1 – Genérico  | 20% coseguro después del deducible  | \$45 para un suministro de 60 a 90 días   | \$45 para un suministro de 60 a 90 días   |
| Nivel 2 – Marca Preferida   | 20% coseguro después del deducible  | \$105 para un suministro de 60 a 90 días <sup>3</sup>   | \$105 para un suministro de 60 a 90 días <sup>3</sup>   |
| Nivel 3 – Marca No Preferida  | 50% coseguro después del deducible  | 50% coseguro para un suministro de 60 a 90 días <sup>3</sup>  | 50% coseguro para un suministro de 60 a 90 días (Mínimo \$180 <sup>4</sup> ; Máximo \$360) <sup>5</sup> |
| <b>Medicamentos de Especialidad</b><br>(suministro de hasta 31 días)  | 20% coseguro después del deducible  | 20% coseguro  | 20% coseguro (Mínimo \$200 <sup>4</sup> ; Máximo \$900)   |
| <b>Suministro a Corto Plazo para Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en una Farmacia Regular</b> (suministros de hasta 31 días)  |   |   |   |
| La segunda vez que el participante adquiera en una farmacia regular un suministro a corto plazo de medicamentos de mantenimiento, tendrá que pagar un honorario de conveniencia. Se le cobrará el coseguro y copago que se indica a continuación la segunda vez que adquiera un suministro a corto plazo para un medicamento de mantenimiento. Los participantes pueden evitar pagar el honorario de conveniencia al adquirir un suministro mayor de medicamento de mantenimiento por correo o en una farmacia Retail-Plus. |   |   |   |
| Nivel 1 – Genérico  | 20% coseguro después del deducible  | \$35 para un suministro de 1 a 31 días  | \$35 para un suministro de 1 a 31 días  |
| Nivel 2 – Marca Preferida   | 20% coseguro después del deducible  | \$60 para un suministro de 1 a 31 días <sup>3</sup>   | \$60 para un suministro de 1 a 31 días <sup>3</sup>   |
| Nivel 3 – Marca No Preferida  | 50% coseguro después del deducible  | 50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días <sup>3</sup>   | 50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días (Mínimo \$90 <sup>4</sup> ; Máximo \$180) <sup>5</sup>   |

## ¿Qué es un medicamento de mantenimiento?

Los medicamentos de mantenimiento son medicinas comúnmente utilizadas para tratar condiciones que se consideren crónicas o a largo plazo. Estas condiciones requieren, por lo general, del uso diario de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento, por ejemplo, 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, de estar cubierto bajo TRS-ActiveCare Select, la primera vez que adquiera, en una farmacia regular, un suministro para 31 días de un medicamento genérico de mantenimiento, usted pagará \$20. Después, pagará \$35 por cada mes en que adquiera un suministro de 31 días de ese medicamento genérico de mantenimiento en una farmacia regular. Adquirir un suministro de 90 días de ese mismo medicamento genérico de mantenimiento le costaría \$45 y usted se ahorraría \$225 en un año al comprar un suministro de 90 días.

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

<sup>1</sup> Muestra los beneficios que se obtienen cuando se utilizan proveedores pertenecientes a la red. Para algunos planes, también hay disponibles beneficios no pertenecientes a la red. No hay cobertura para beneficios recibidos fuera de la red bajo los planes ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health Plan. Para más información, consulte la Guía de Inscripción. Los proveedores sin contrato podrían facturarle las cantidades que excedan 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.

<sup>2</sup> Para ActiveCare 1-HD, ciertos medicamentos preventivos genéricos 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 desembolso personal por estos medicamentos. Usted encontrará la lista de medicamentos en [info.caremark.com-trsactivecare](http://info.caremark.com-trsactivecare).

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Si el costo del medicamento es menos del mínimo, usted pagará entonces el costo del medicamento.

<sup>5</sup> Los participantes pueden ordenar por correo suministros de 32 a 90 días.

## Primas Mensuales

| Prima Mensual para TRS-Active Care | 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** | Su prima mensual*** | Prima mensual completa*                               | Prima con contribución mínima del estado o distrito** | Su prima mensual*** | Prima mensual completa* | Prima con contribución mínima del estado o distrito** | Su prima mensual*** |
| 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   |                     |

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

\*\* La prima después de la contribución estatal de \$75 y la del distrito 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 cada mes después de que todos los subsidios disponibles hayan sido aplicados a su prima)

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