

TRS-ActiveCare 2019–20 what's new & what's changing



TRS-ActiveCare Changes

Medical Coverage	TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health		TRS-ActiveCare 2 <small>Note: This is a closed plan. Only participants presently enrolled in TRS-ActiveCare 2 are eligible to remain in this plan for 2019-20. No new enrollments will be allowed.</small>	
	2018 – 19 Plan Year	2019 – 20 Plan Year	2018 – 19 Plan Year	2019 – 20 Plan Year	2018 – 19 Plan Year	2019 – 20 Plan Year
In-network out-of-pocket max Individual/Family	\$6,650/\$13,300	\$6,750/\$13,500	\$7,350/\$14,700	\$7,900/\$15,800	\$7,350/\$14,700	\$7,900/\$15,800
Out-of-network out-of-pocket max Individual/Family	\$13,300/\$26,600	\$20,250/\$40,500	N/A	N/A	\$14,700/\$29,400	\$23,700/\$47,400
Out-of-network inpatient hospital	You pay 40% after deductible	Plan pays up to \$500 per day cap of covered charges after deductible; you pay the excess over the \$500 per day cap	N/A	N/A	You pay \$150 copay per day plus 40% after deductible (\$750 maximum copay per admission; \$2,250 maximum copay per plan year)	Plan pays up to \$500 per day cap of covered charges after deductible; you pay the excess over the \$500 per day cap
Prescription Coverage Generic drugs						
Retail copay/coinsurance (up to 31-days supply)	You pay 20% after deductible, except for certain generic preventive drugs that are covered at 100%	No change	You pay \$20, no deductible	You pay \$15, no deductible	You pay \$20, no deductible	No change
Retail maintenance copay/coinsurance (after 1 st fill; up to 31-day supply)	You pay 20% after deductible	No change	You pay \$35, no deductible	You pay \$30, no deductible	You pay \$35, no deductible	No change
Prescription Coverage Preferred brand drugs						
Retail copay/coinsurance (up to 31-days supply)	You pay 20% after deductible	You pay 25% after deductible	You pay \$40 after drug deductible	You pay 25% after drug deductible (min. \$40*; max. \$80)	You pay \$40 after drug deductible	You pay 25% after drug deductible (min. \$40*; max. \$80)
Retail maintenance copay/coinsurance (after 1 st fill; up to 31-day supply)	You pay 20% after deductible	You pay 25% after deductible	You pay \$60 after drug deductible	You pay 25% after drug deductible (min. \$60*; max. \$120)	You pay \$60 after drug deductible	You pay 25% after drug deductible (min. \$60*; max. \$120)
Mail order & Retail Plus copay/coinsurance (60 to 90-day supply)	You pay 20% after deductible	You pay 25% after deductible	You pay \$105 after drug deductible	You pay 25% after drug deductible (min. \$105*; max. \$210)	You pay \$105 after drug deductible	You pay 25% after drug deductible (min. \$105*; max. \$210)
Prescription Coverage Non-preferred brand drugs						
Retail copay/coinsurance (up to 31-days supply)	You pay 50% after deductible	No change	You pay 50% after drug deductible	No change	You pay 50% after drug deductible (min. \$65*; max. \$130)	You pay 50% after drug deductible (min. \$100*; max. \$200)
Retail maintenance copay/coinsurance (after 1 st fill; up to 31-day supply)	You pay 50% after deductible	No change	You pay 50% after drug deductible	No change	You pay 50% after drug deductible (min. \$90*; max. \$180)	You pay 50% after drug deductible (min. \$105*; max. \$210)
Mail order & Retail Plus copay/coinsurance (60 to 90-day supply)	You pay 50% after deductible	No change	You pay 50% after drug deductible	No change	You pay 50% after drug deductible (min. \$180*; max. \$360)	You pay 50% after drug deductible (min. \$215*; max. \$430)

*If the cost of the drug is less than the minimum, you will pay the cost of the drug.

TRS-ActiveCare 2019-20 what's new & what's changing

TRS-ActiveCare Premium Changes

New 2019-20 Premiums

TRS-ActiveCare Monthly Premium	TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health		TRS-ActiveCare 2	
	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**
Individual	\$378	\$153	\$556	\$331	\$852	\$627
+Spouse	\$1,066	\$841	\$1,367	\$1,142	\$2,020	\$1,795
+Children	\$722	\$497	\$902	\$677	\$1,267	\$1,042
+Family	\$1,415	\$1,190	\$1,718	\$1,493	\$2,389	\$2,164

Current 2018-19 Premiums

TRS-ActiveCare Monthly Premium	TRS-ActiveCare 1-HD		TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health		TRS-ActiveCare 2	
	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**
Individual	\$367	\$142	\$540	\$315	\$782	\$557
+Spouse	\$1,035	\$810	\$1,327	\$1,102	\$1,855	\$1,630
+Children	\$701	\$476	\$876	\$651	\$1,163	\$938
+Family	\$1,374	\$1,149	\$1,668	\$1,443	\$2,194	\$1,969

*If you are not eligible for the state/district subsidy, you will pay the full monthly premium. Contact your Benefits Administrator for your monthly premium.

**The cost after state, \$75 and district, \$150 contribution is the maximum you may pay per month. Ask your Benefits Administrator for your monthly cost. (This is the amount you will owe each month after all available subsidies are applied to your premium.)



powered by aetna



Download the new TRS Health app today!

TRS-ActiveCare 2019–20 what's new & what's changing

HMO Changes

Medical Coverage	BCBSTX		FirstCare		Scott and White	
	2018 – 19 Plan Year	2019 – 20 Plan Year	2018 – 19 Plan Year	2019 – 20 Plan Year	2018 – 19 Plan Year	2019 – 20 Plan Year
Out-of-pocket maximum Individual/Family	No plan changes for BCBSTX		\$7,350/\$14,700	\$7,450/\$14,900	\$7,000/\$14,000	\$7,450/\$14,900
Deductible Individual/Family			\$750/\$2,250	\$950/\$2,850	\$1,000/\$3,000	\$950/\$2,850
Primary care office visit			You pay \$20	No change	You pay \$15, 1 st office visit copay waived for illness	You pay \$20, 1st office visit copay waived for illness, \$0 copay for primary visit for dependents age 19 and under
Specialist office visit copay			\$60	\$70	\$70	No change
Urgent care copay			You pay \$75; deductible waived	You pay \$50; deductible waived	You pay \$50 copay	No change
Emergency room copay/coinsurance			You pay \$500 after deductible	No change	You pay \$250 plus 20% after deductible	You pay \$500 after deductible
Prescription Coverage						
Prescription drug deductible	No plan changes for BCBSTX		\$100 individual \$300 family	\$150 (excluding preferred generics)	\$150	No change
Prescription Coverage Preferred drugs						
Retail copay/coinsurance (up to 31-day supply)	No plan changes for BCBSTX		You pay \$15 generic; \$40 brand after drug deductible	You pay \$5 generic (drug deductible waived); 30% brand after drug deductible	No plan changes for Scott and White	
Retail maintenance copay/coinsurance (after 1 st fill; up to 31-day supply)			You pay \$15 generic; \$40 brand after drug deductible	You pay \$12.50 generic (drug deductible waived); 30% brand after drug deductible		
Mail order copay/coinsurance (60 to 90-day supply)			You pay \$45 generic; \$120 brand after drug deductible	You pay \$12.50 generic (drug deductible waived); 30% brand after drug deductible		
Prescription Coverage Non-preferred brand drugs						
Retail copay/coinsurance (up to 31-day supply)	No plan changes for BCBSTX		You pay \$100 after drug deductible	You pay 50% after drug deductible	No plan changes for Scott and White	
Retail maintenance copay/coinsurance (after 1 st fill; up to 31-day supply)			You pay \$100 after drug deductible	You pay 50% after drug deductible		
Mail order copay/coinsurance (60 to 90-day supply)			You pay \$300 after drug deductible	You pay 50% after drug deductible		
Specialty medications			You pay 20% after drug deductible	You pay 15% Tier 1 & Tier 2 after drug deductible; 25% Tier 3 after drug deductible		

TRS-ActiveCare 2019-20 what's new & what's changing

HMO Premium Changes

New 2019-20 Premiums

Monthly Premium	BCBSTX		FirstCare		Scott and White	
	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**
Individual	\$486.56	\$261.56	\$560.50	\$335.50	\$558.54	\$333.54
+Spouse	\$1,177.52	\$952.52	\$1,416.52	\$1,191.52	\$1,306.58	\$1,081.58
+Children	\$761.96	\$536.96	\$892.16	\$667.16	\$876.76	\$651.76
+Family	\$1,249.00	\$1,024.00	\$1,454.80	\$1,229.80	\$1,457.28	\$1,232.28

Current 2018-19 Premiums

Monthly Premium	BCBSTX		FirstCare		Scott and White	
	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**	Full monthly Premium*	Cost after state/district contribution**
Individual	\$474.02	\$249.02	\$534.04	\$309.04	\$578.36	\$353.36
+Spouse	\$1,146.83	\$921.83	\$1,348.92	\$1,123.92	\$1,353.40	\$1,128.40
+Children	\$742.19	\$517.19	\$849.76	\$624.76	\$908.06	\$683.06
+Family	\$1,216.42	\$991.42	\$1,385.36	\$1,160.36	\$1,509.56	\$1,284.56

*If you are not eligible for the state/district subsidy, you will pay the full monthly premium. Contact your Benefits Administrator for your monthly premium.

**The cost after state, \$75 and district, \$150 contribution is the maximum you may pay per month. Ask your Benefits Administrator for your monthly cost. (This is the amount you will owe each month after all available subsidies are applied to your premium.)

2019–20 TRS-ActiveCare Plan Highlights

Effective Sept. 1, 2019 through Aug. 31, 2020 | In-Network Level of Benefits¹



Medical Coverage	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare Select/ TRS-ActiveCare Select Whole Health <small>(Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott and White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance)</small>	TRS-ActiveCare 2 <small>NOTE: If you're currently enrolled in TRS-ActiveCare 2, you can remain in this plan. However, as of Sept. 1, 2018, TRS-ActiveCare 2 is closed to new enrollees.</small>
Deductible (per plan year)			
In-Network	\$2,750 employee only/\$5,500 family	\$1,200 individual/\$3,600 family	\$1,000 individual/\$3,000 family
Out-of-Network	\$5,500 employee only/\$11,000 family	Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.	\$2,000 individual/\$6,000 family
Out-of-Pocket Maximum (per plan year; medical and prescription drug deductibles, copays, and coinsurance count toward the out-of-pocket maximum)	The individual out-of-pocket maximum only includes covered expenses incurred by that individual.		
In-Network	\$6,750 individual/\$13,500 family	\$7,900 individual/\$15,800 family	\$7,900 individual/\$15,800 family
Out-of-Network	\$20,250 individual/\$40,500 family	Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.	\$23,700 individual/\$47,400 family
Coinsurance			
In-Network Participant pays (after deductible)	20%	20%	20%
Out-of-Network Participant pays (after deductible)	40% of allowed amount unless otherwise noted	Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.	40% of allowed amount unless otherwise noted
Office Visit Copay Participant pays	20% after deductible	\$30 copay for primary \$70 copay for specialist	\$30 copay for primary \$70 copay for specialist
Diagnostic Lab Participant pays	20% after deductible	20% after deductible (Kelsey Select-plan pays 100%)	20% after deductible
Preventive Care See below for examples	Plan pays 100%	Plan pays 100%	Plan pays 100%
Teladoc® Physician Services	\$40 consultation fee (counts toward deductible and out-of-pocket maximum)	Plan pays 100%	Plan pays 100%
High-Tech Radiology (CT scan, MRI, nuclear medicine) Participant pays	20% after deductible	\$100 copay plus 20% after deductible	\$100 copay plus 20% after deductible
Inpatient Hospital Facility Charges Only (preauthorization required)			
In-Network	20% after deductible	\$150 copay per day plus 20% after deductible (\$750 maximum copay per admission)	\$150 copay per day plus 20% after deductible (\$750 maximum copay per admission; \$2,250 maximum copay per plan year)
Out-of-Network	Plan pays up to \$500 per day cap of covered charges after deductible; you pay the excess over the \$500 per day cap	Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.	Plan pays up to \$500 per day cap of covered charges after deductible; you pay the excess of over the \$500 per day cap
Urgent Care	20% after deductible	\$50 copay per visit	\$50 copay per visit
Freestanding Emergency Room Participant pays	\$500 copay per visit plus 20% after deductible	\$500 copay per visit plus 20% after deductible	\$500 copay per visit plus 20% after deductible
Emergency Room (true emergency use) Participant pays	20% after deductible	\$250 copay plus 20% after deductible (copay waived if admitted)	\$250 copay plus 20% after deductible (copay waived if admitted)
Outpatient Surgery Participant pays	20% after deductible	\$150 copay per visit plus 20% after deductible	\$150 copay per visit plus 20% after deductible
Bariatric Surgery (only covered if performed at an IOQ facility) Physician charges; Participant pays	\$5,000 copay (does apply to out-of-pocket maximum) plus 20% after deductible	Not covered	\$5,000 copay (does not apply to out-of-pocket maximum) plus 20% after deductible
Annual Vision Examination (one per plan year; performed by an ophthalmologist or optometrist) Participant pays	20% after deductible	\$70 copay for specialist	\$70 copay for specialist
Annual Hearing Examination Participant pays	20% after deductible	\$30 copay for primary \$70 copay for specialist	\$30 copay for primary \$70 copay for specialist

Preventive Care

Some examples of preventive care frequency and services:

- **Routine physicals** – annually age 12 and over
- **Mammograms** – one every year age 35 and over
- **Smoking cessation counseling** – eight visits per 12 months

- **Well-child care** – unlimited up to age 12
- **Colonoscopy** – one every 10 years age 45 and over
- **Healthy diet/obesity counseling** – unlimited to age 22; age 22 and over – 26 visits per 12 months

- **Well woman exam & pap smear** – annually age 18 and over
- **Prostate cancer screening** – one per year age 50 and over
- **Breastfeeding support** – six lactation counseling visits per 12 months

Note: Covered services under this benefit must be billed by the provider as “preventive care.” Non-network preventive care is not paid at 100%. If you receive preventive services from a non-network provider, you will be responsible for any applicable deductible and coinsurance under the TRS-ActiveCare 1-HD and TRS-ActiveCare 2. There is no coverage for non-network services under the TRS-ActiveCare Select plan or TRS-ActiveCare Select Whole Health. For more information, please view the Benefits Booklet at www.trselectivecareatna.com.

2019-20 TRS-ActiveCare Plan Highlights

Prescription Coverage	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health (Baptist Health System and HealthTexas Medical Group; Baylor Scott and White Quality Alliance; Kelsey Select; Memorial Hermann Accountable Care Network; Seton Health Alliance)	TRS-ActiveCare 2
	Drug Deductible (per person, per plan year)	Must meet plan-year deductible before plan pays. ²	\$0 generic; \$200 brand
Short-Term Supply at a Retail Location (up to a 31-day supply)			
Tier 1 - Generic	20% coinsurance after deductible, except for certain generic preventive drugs that are covered at 100%. ²	\$15 copay	\$20 copay
Tier 2 - Preferred Brand	25% coinsurance after deductible ³	25% coinsurance (min. \$40 ⁴ ; max. \$80) ³	25% coinsurance (min. \$40 ⁴ ; max. \$80) ³
Tier 3 - Non-Preferred Brand	50% coinsurance after deductible ³	50% coinsurance ³	50% coinsurance (min. \$100 ⁴ ; max. \$200) ³
Extended-Day Supply at Mail Order or Retail-Plus Pharmacy Location (60- to 90-day supply) ⁵			
Tier 1 - Generic	20% coinsurance after deductible	\$45 copay	\$45 copay
Tier 2 - Preferred Brand	25% coinsurance after deductible ³	25% coinsurance (min. \$105 ⁴ ; max. \$210) ³	25% coinsurance (min. \$105 ⁴ ; max. \$210) ³
Tier 3 - Non-Preferred Brand	50% coinsurance after deductible ³	50% coinsurance ³	50% coinsurance (min. \$215 ⁴ ; max. \$430) ³
Specialty Medications (up to a 31-day supply)			
Specialty Medications	20% coinsurance after deductible	20% coinsurance	20% coinsurance (min. \$200 ⁴ ; max. \$900)
Short-Term Supply of a Maintenance Medication at Retail Location (up to a 31-day supply)			
The second time a participant fills a short-term supply of a maintenance medication at a retail pharmacy, they will be charged the coinsurance and copays in the rows below. Participants can save more over the plan year by filling a larger day supply of a maintenance medication through mail order or at a Retail-Plus location.			
Tier 1 - Generic	20% coinsurance after deductible	\$30 copay	\$35 copay
Tier 2 - Preferred Brand	25% coinsurance after deductible ³	25% coinsurance (min. \$60 ⁴ ; max. \$120) ³	25% coinsurance (min. \$60 ⁴ ; max. \$120) ³
Tier 3 - Non-Preferred Brand	50% coinsurance after deductible ³	50% coinsurance ³	50% coinsurance (min. \$105 ⁴ ; max. \$210) ³

What is a maintenance medication?

Maintenance medications are prescriptions commonly used to treat conditions that are considered chronic or long-term. These conditions usually require regular, daily use of medicines. Examples of maintenance drugs are those used to treat high blood pressure, heart disease, asthma and diabetes.

When does the convenience fee apply?

For example, if you are covered under TRS-ActiveCare Select, the first time you fill a 31-day supply of a generic maintenance drug at a retail pharmacy you will pay \$15, then you will pay \$30 each month that you fill a 31-day supply of that generic maintenance drug at a retail pharmacy. A 90-day supply of that same generic maintenance medication would cost \$45, and you would save \$180 over the year by filling a 90-day supply.

A specialist is any physician other than family practitioner, internist, OB/GYN or pediatrician.

¹ Illustrates benefits when in-network providers are used. For some plans non-network benefits are also available; there is no coverage for non-network benefits under the TRS-ActiveCare Select or TRS-ActiveCare Select Whole Health Plan; see Enrollment Guide for more information. Non-contracting providers may bill for amounts exceeding the allowable amount for covered services. Participants will be responsible for this balance bill amount, which may be considerable.

² For TRS-ActiveCare 1-HD, certain generic preventive drugs are covered at 100%. Participants do not have to meet the deductible (\$2,750 - individual, \$5,500 - family) and they pay nothing out of pocket for these drugs. Find the list of drugs at info.caremark.com/trsactivecare.

³ If a participant obtains a brand-name drug when a generic equivalent is available, they are responsible for the generic copay plus the cost difference between the brand-name drug and the generic drug.

⁴ If the cost of the drug is less than the minimum, you will pay the cost of the drug.

⁵ Participants can fill 32-day to 90-day supply through mail order.

Monthly Premiums

TRS-ActiveCare Monthly Premium	TRS-ActiveCare 1-HD			TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health			TRS-ActiveCare 2		
	Full monthly premium*	Premium with min. state/district contribution**	Your monthly premium***	Full monthly premium*	Premium with min. state/district contribution**	Your monthly premium***	Full monthly premium*	Premium with min. state/district contribution**	Your monthly premium***
Individual	\$378	\$153		\$556	\$331		\$852	\$627	
+Spouse	\$1,066	\$841		\$1,367	\$1,142		\$2,020	\$1,795	
+Children	\$722	\$497		\$902	\$677		\$1,267	\$1,042	
+Family	\$1,415	\$1,190		\$1,718	\$1,493		\$2,389	\$2,164	

*If you are not eligible for the state/district subsidy, you will pay the full monthly premium. Please contact your Benefits Administrator for your monthly premium.

**The premium after state, \$75 and district, \$150 contribution is the maximum you may pay per month. Ask your Benefits Administrator for your monthly cost. (This is the amount you will owe each month after all available subsidies are applied to your premium.)

***Completed by your benefits administrator. The state/district contribution may be greater than \$225.

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	
	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
Desembolso personal dentro y fuera de la red 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
Desembolso personal máximo fuera de la red 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
Cargo de hospital para paciente interno fuera de la red	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
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos Genéricos						
Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular (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
Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular (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
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos de Marca Preferida						
Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular (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)
Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular (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)
Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo o adquiridos en una farmacia Retail Plus (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)
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos de Marca No Preferida						
Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular (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)
Copago / coseguro medicamentos adquiridos en una farmacia regular (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)
Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo o adquiridos en una farmacia Retail Plus (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
Desembolso personal máximo 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
Deducible Por Persona / Por Familia			\$750/\$2,250	\$950/\$2,850	\$1,000/\$3,000	\$950/\$2,850
Visita al consultorio del médico primario			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
Copago por visita al consultorio de un especialista			\$60	\$70	\$70	No cambia
Copago por cuidado urgente			Usted paga \$75; se omite el deducible	Usted paga \$50; se omite el deducible	Usted paga \$50 copago	No cambia
Sala de Emergencia Copago/ coseguro			Usted paga \$500 después del deducible	No cambia	Usted paga \$250 más 20% después del deducible	Usted paga \$500 después del deducible
Cobertura para Medicinas Recetadas						
Deducible para medicinas recetadas	No hay cambios de plan para BCBSTX		\$100 por persona \$300 por familia	\$150 (excluyendo los genéricos de marca preferida)	\$150	No cambia
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos de Marca Preferida						
Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular (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	
Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular (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		
Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo (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		
Cobertura para Medicinas Recetadas Medicamentos de Marca No Preferida						
Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular (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	
Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular (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		
Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo (suministros de 60 a 90 días)			Usted paga \$300 después del deducible por medicamento	Usted paga 50% después del deducible por medicamento		
Medicamentos de especialidad			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).

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 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 (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) Dentro de la Red	El desembolso personal máximo solamente incluye los gastos cubiertos en que haya incurrido la persona individual. \$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 plano 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 (Kelsey Select - El plan paga un 100%)	20% después del deducible
Cuidado Preventivo Vea los ejemplos que se muestran a continuación	El plan paga 100%	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Servicios Prestados por un Médico de Teladoc®	\$40 honorario por consulta (cuenta contra el deducible y desembolso personal 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 copago más 20% después del deducible	\$100 copago más 20% después del deducible
Hospitalización – Gastos de Hospital Solamente (requiere autorización previa) Dentro de la Red	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 copago máximo por año del plan)
Fuera de la Red	El plan paga hasta \$500 por máximo diario de los cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la diferencia, es decir, la cantidad que sobrepase los \$500 de copago máximo diario	No se aplica. Este plan no cubre servicios prestados fuera de la red a excepción de emergencias.	El plan paga hasta \$500 por máximo diario de los cargos cubiertos después del deducible. Usted paga la diferencia, es decir, la cantidad que sobrepase los \$500 de copago máximo diario
Cuidado Urgente	20% después del deducible	\$50 copago por visita	\$50 copago por visita
Sala de Emergencia Independiente 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
Sala de Emergencia (para uso en verdaderas emergencias) 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)
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 (se cubre solo si se efectúa en un Institute of Quality o IOQ, por sus siglas en inglés) Cargos del médico; El participante paga	\$5,000 copago (no se aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deducible	No se cubre	\$5,000 copago (no se aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deducible
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. Después de 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 están 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 el plan. 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
	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
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, de 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 funcione 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 hay disponibles beneficios fuera de la red. No hay cobertura para beneficios recibidos fuera de la red bajo los planes ActiveCare Select o 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 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	
+Children	\$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.