TRS-ActiveCare cuenta con una amplia red de médicos y hospitales en Texas.

Aspectos destacados
TRS-ActiveCare para el 2024-2025

TRS ACTIVECARE
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

Conozca la terminología.

- **Prima:** el monto mensual que paga por la cobertura de servicios médicos.
- **Deducible:** el monto anual de gastos médicos que debe pagar antes de que su cobertura comience a pagar.
- **Copago:** el monto fijo que usted paga por un servicio con cobertura al momento de recibirlo. La cantidad puede variar según el servicio.
- **Coaseguro:** la parte que debe pagar por los servicios después de cumplir con su deducible. Suele ser un porcentaje específico de los costos; por ejemplo, usted paga el 20% mientras que el plan de cobertura aporta el 80%.
- **Gasto máximo de bolsillo:** el monto máximo que usted paga cada año por los costos médicos. Después de alcanzar el gasto máximo de bolsillo, el plan de cobertura pagará el 100% de los cargos permitidos por los servicios incluidos.

766511.0724

Aspectos destacados de TRS-ActiveCare - 2024-2025 Del 1/sep/2024 al 31/ago/2025

Cómo calcular la prima mensual

Prima mensual total
− Contribución de su empleador

= Su prima

Consulte a su administrador de beneficios para conocer las primas específicas de su distrito.

Beneficios para el bienestar sin costo adicional*

Estar saludable es fácil:

- servicios preventivos gratis;
- servicio al cliente 24/7;
- promotores de salud personales;
- programas para perder peso;
- programas de nutrición;
- apoyo para el embarazo de Ovia™;
- consultas virtuales de TRS;
- servicios de salud mental;
- ¡y mucho más!

**Disponible para todos los planes de cobertura. Consulte las guías de prestaciones para obtener más información.*

Planes de cobertura Primary y salud mental

- Tanto Primary como Primary+ ofrecen consultas virtuales de salud mental gratis con cualquier proveedor de servicios médicos de la red.

Todos los participantes de TRS-ActiveCare tienen **tres opciones de cobertura**. Cada una de ellas incluye una amplia variedad de beneficios para el bienestar.

	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD
Resumen de la cobertura	• Prima más económica de los tres planes de cobertura • Copagos por consultas médicas antes de alcanzar el deducible • Red estatal • Órdenes médicas requeridas por especialistas brindadas por proveedores de atención primaria (PCP) • No compatible con cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) • Sin cobertura fuera de la red	• Deducibles más económicos que las coberturas HD y Primary • Copagos para muchos servicios y medicamentos • Prima más alta • Red estatal • Órdenes médicas requeridas por especialistas brindadas por proveedores de atención primaria (PCP) • No compatible con cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) • Sin cobertura fuera de la red	• Compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) • Red nacional con cobertura fuera de la red • No se requiere tener un proveedor de atención primaria ni órdenes médicas • Tiene que alcanzar el deducible antes de que el plan de cobertura pague por su atención médica que no es preventiva

Primas mensuales	Prima total	Contribución de su empleador	Su prima	Prima total	Contribución de su empleador	Su prima	Prima total	Contribución de su empleador	Su prima
Solo el empleado	$395	-	-	$464	-	-	$405	-	-
Empleado y cónyuge	$1,067	-	-	$1,207	-	-	$1,094	-	-
Empleado e hijos	$672	-	-	$789	-	-	$689	-	-
Empleado y familia	$1,343	-	-	$1,532	-	-	$1,377	-	-

Aspectos del plan de cobertura				
Tipo de cobertura	Solo cobertura dentro de la red	Solo cobertura dentro de la red	De la red	Fuera de la red
Deducible por persona/familia	$2,500/$5,000	$1,200/$2,400	$3,200/$6,400	$6,400/$12,800
Coaseguro	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible
Gasto máximo de bolsillo individual/familiar	$8,050/$16,100	$6,900/$13,800	$8,050/$16,100	$20,250/$40,500
Red	Red estatal	Red estatal	Red nacional	
¿Se requiere PCP?	Sí	Sí	No	

Consultas médicas				
Proveedor de atención primaria	Copago de $30	Copago de $15	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible
Especialista	Copago de $70	Copago de $70	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible

Atención médica inmediata				
Atención médica inmediata/urgente	Copago de $50	Copago de $50	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible
Atención médica de emergencia	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	
Consultas virtuales de TRS-RediMD™	$0 por consulta médica	$0 por consulta médica	$30 por consulta médica	
Consultas virtuales de TRS-Teladoc®	$12 por consulta médica	$12 por consulta médica	$42 por consulta médica	

Medicamentos recetados			
Deducible para medicamentos	Integrado al deducible médico	Deducible de $200 por participante con cobertura (solo medicamentos de marca)	Integrado al deducible médico
Medicamentos genéricos (suministro de 31 días/suministro de 90 días)	Copago de $15/$45; copago de $0 para ciertos medicamentos genéricos	Copago de $15/$45	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible; coaseguro de $0 para ciertos medicamentos genéricos
Medicamentos de marca preferenciales (el máximo no se aplica si se selecciona la marca y está disponible el genérico)	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible ($100 máx.)/ Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible ($265 máx.)	Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible
Medicamentos de marca no preferenciales	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible
Medicamentos especializados (31 días máximo)	Usted paga $0 si es elegible para SaveOnSP; usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga $0 si es elegible para SaveOnSP; usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible
Gasto de bolsillo para la insulina	Copago de $25 para un suministro de 31 días; copago de $75 para un suministro de 61 a 90 días	Copago de $25 para un suministro de 31 días; copago de $75 para un suministro de 61 a 90 días	Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible

Este plan de cobertura no acepta nuevos participantes. Si actualmente tiene la cobertura TRS-ActiveCare 2, puede permanecer en ella.

TRS-ActiveCare 2
• No se admiten nuevos participantes • Los participantes actuales pueden permanecer en este plan de cobertura • Deducible más económico • Copagos para muchos servicios y medicamentos • Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red • No se requiere tener un proveedor de atención primaria ni órdenes médicas

Prima total	Contribución de su empleador	Su prima
$1,013	-	-
$2,402	-	-
$1,507	-	-
$2,841	-	-

De la red	Fuera de la red
$1,000/$3,000	$2,000/$6,000
Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible
$7,900/$15,800	$23,700/$47,400
Red nacional	
No	

Copago de $30	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible
Copago de $70	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible

Copago de $50	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible
Usted paga un copago de $250, más el 20% luego de alcanzar el deducible	
$0 por consulta médica	
$12 por consulta médica	

Deducible de $200 para medicamentos de marca
Copago de $20/$45
Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible ($40 mín./$80 máx.)/ Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible ($105 mín./$210 máx.)
Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible ($100 mín./$200 máx.)/ Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible ($215 mín./$430 máx.)
Usted paga $0 si es elegible para SaveOnSP; usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible ($200 mín./$900 máx.)/ Sin suministro para 90 días de medicamentos especializados
Copago de $25 para un suministro de 31 días; copago de $75 para un suministro de 61 a 90 días

Compare precios para servicios médicos comunes

RECUERDE: Llame a un guía personal de la salud (PHG, en inglés) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo a encontrar el mejor precio para un servicio médico. Llame al **1-866-355-5999**.

Beneficio	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD		TRS-ActiveCare 2	
	Únicamente de la red	Únicamente de la red	De la red	Fuera de la red	De la red	Fuera de la red
Laboratorios de diagnóstico**	Laboratorio en consultorio o independiente: usted paga $0 Servicios ambulatorios: se paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Laboratorio en consultorio o independiente: usted paga $0 Servicios ambulatorios: se paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Laboratorio en consultorio o independiente: usted paga $0 Servicios ambulatorios: se paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible
Radiología de tecnología avanzada	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible, más un copago de $100 por procedimiento	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible, más un copago de $100 por procedimiento
Costos para pacientes ambulatorios	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible (copago de $150 en un centro por cada incidente)	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible (copago de $150 en un centro por cada incidente)
Costos para pacientes hospitalizados	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible (máximo de $500 por día en un centro)	Usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible (copago de $150 por día en un centro)	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible (copago de $500 en un centro por cada incidente)
Sala de emergencias independiente	Usted paga un copago de $500, más el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de $500, más el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de $500, más el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de $500, más el 50% luego de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de $500, más el 20% luego de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de $500, más el 40% luego de alcanzar el deducible
Cirugía bariátrica	Centros: usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible Servicios profesionales: usted paga un copago de $5,000, más el 30% luego de alcanzar el deducible Con cobertura solo si el servicio se presta en un centro BDC+	Centros: usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible Servicios profesionales: usted paga un copago de $5,000, más el 20% luego de alcanzar el deducible Con cobertura solo si el servicio se presta en un centro BDC+	Sin cobertura	Sin cobertura	Centros: usted paga el 20% luego de alcanzar el deducible (copago de $150 por día en un centro) Servicios profesionales: usted paga un copago de $5,000, más el 20% luego de alcanzar el deducible Con cobertura solo si el servicio se presta en un centro BDC+	Sin cobertura
Examen anual de la vista (uno por año de plan de cobertura; realizado por un oftalmólogo u optometrista)	Usted paga un copago de $70	Usted paga un copago de $70	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Usted paga un copago de $70	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible
Examen anual de audición (uno por año de plan de cobertura)	Copago de $30 para consultas al PCP y de $70 para consultas a especialistas.	Copago de $15 para consultas al PCP y de $70 para consultas a especialistas.	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible	Copago de $30 para consultas al PCP y de $70 para consultas a especialistas.	Usted paga el 40% luego de alcanzar el deducible

*** Podría requerirse una certificación previa para pruebas genéticas y especializadas. Para resolver preguntas, llame a un PHG al **1-866-355-5999**.*

www.trs.texas.gov

Revisado el 30/04/24

Planes de cobertura y primas de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud del 2024 al 2025 para ciertas regiones del estado

RECUERDE: Cuando elige una cobertura HMO, está eligiendo una red regional.

TRS trabaja con las coberturas HMO en ciertas regiones para ofrecer opciones adicionales a los participantes en esas áreas. Las coberturas HMO fijan sus propias tarifas y primas. Son pólizas totalmente aseguradas (fully insured) que pagan sus propias reclamaciones.

	Blue Essentials - South Texas HMO℠ *de TRS-ActiveCare*	**Blue Essentials - West Texas HMO℠** *de TRS-ActiveCare*
	Puede elegir esta cobertura si vive en uno de los siguientes condados: Cameron, Hildalgo, Starr, Willacy	**Puede elegir esta cobertura si vive en uno de los siguientes condados:** Andrews, Armstrong, Bailey, Borden, Brewster, Briscoe, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Concho, Cottle, Crane, Crockett, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Fisher, Floyd, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Hale, Hall, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hockley, Howard, Hutchinson, Irion, Jones, Kent, Kimble, King, Knox, Lamb, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, McCulloch, Menard, Midland, Mitchell, Moore, Motley, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Runnels, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Sherman, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Tom Green, Upton, Ward, Wheeler, Winkler, Yoakum.

Total de primas mensuales	Prima total	Contribución de su empleador	Su prima	Prima total	Contribución de su empleador	Su prima
Solo el empleado	-	-	-	$1,011.20	-	-
Empleado y cónyuge	-	-	-	$2,462.32	-	-
Empleado e hijos	-	-	-	$1,593.00	-	-
Empleado y familia	-	-	-	$2,614.90	-	-

Aspectos del plan de cobertura		
Tipo de cobertura	N/A	Solo cobertura dentro de la red
Deducible por persona/familia	N/A	$950/$2,850
Coaseguro	N/A	Usted paga el 25% luego de alcanzar el deducible
Gasto máximo de bolsillo por persona/familia	N/A	$7,450/$14,900

Consultas médicas		
Proveedor de atención primaria	N/A	Copago de $20
Especialista	N/A	Copago de $70

Atención médica inmediata		
Atención médica inmediata/urgente	N/A	Copago de $50
Atención médica de emergencia	N/A	Copago de $500 antes de alcanzar el deducible más el 25% luego de alcanzar el deducible

Medicamentos recetados		
Deducible para medicamentos	N/A	$150
Días de suministro	N/A	Suministro de 30 días/90 días
Medicamentos genéricos	N/A	Copago de $5/$12.50; copago de $0 para ciertos medicamentos genéricos
Medicamentos de marca preferenciales	N/A	Usted paga el 30% luego de alcanzar el deducible
Medicamentos de marca no preferenciales	N/A	Usted paga el 50% luego de alcanzar el deducible
Medicamentos especializados	N/A	Usted paga el 15%/25% luego de alcanzar el deducible (preferenciales/no preferenciales)

Revised 05/30/24