



TRS-ActiveCare  
**REGION 14**

## CONOZCA LOS TÉRMINOS

- **PRIMA:** el monto mensual que paga por la cobertura de servicios médicos.
- **DEDUCIBLE:** el monto anual que usted paga por servicios médicos antes de que el plan de 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.
- **COSEGURO:** la parte que paga por los servicios después de alcanzar el 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 (MOOP):** el monto máximo que paga cada año por costos médicos. Después de alcanzar el gasto máximo de bolsillo, el plan de cobertura pagará el 100% de los costos permitidos para servicios incluidos.

# Aspectos destacados del plan TRS-ActiveCare 2025-26

Del 1/sep/2025 al 31/ago/2026



## 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.

## Estar sano es fácil

- Servicios preventivos sin costo
- Promotores de salud personales
- Programas para perder peso y de nutrición
- Consultas virtuales de TRS Virtual Health
- Beneficios de salud menta
- Recompensas de Member Rewards (hasta \$599 al año) por seleccionar a proveedores y centros con mejor desempeño
- Sesiones virtuales de terapia física en el hogar sin costo para aliviar los dolores y molestias comunes con Airrosti Remote Recovery\*

\* No hay costo después de alcanzar el deducible del plan TRS-ActiveCare HD

Consulte la guía de beneficios y servicios.

## Planes de cobertura Primary y salud mental

- TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+ ofrecen consultas virtuales de salud mental sin costo a través de Teladoc.

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

|                               | TRS-ActiveCare Primary                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TRS-ActiveCare Primary+                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRS-ActiveCare HD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resumen del plan de cobertura | <ul style="list-style-type: none"><li>• Prima más económica de los tres planes de cobertura</li><li>• Copagos por consultas médicas antes de alcanzar el deducible</li><li>• Red estatal</li><li>• Se requieren referencias del PCP para ver a especialistas</li><li>• No compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)</li><li>• No hay cobertura fuera de la red</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Deducibles más económicos que los planes HD y Primary</li><li>• Copagos para muchos servicios y medicamentos</li><li>• Prima más alta</li><li>• Red estatal</li><li>• Se requieren referencias del PCP para ver a especialistas</li><li>• No es compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)</li><li>• No hay cobertura fuera de la red</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)</li><li>• Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red</li><li>• No se requiere tener un proveedor de atención primaria ni pedir referencias</li><li>• Tiene que alcanzar el deducible antes de que el plan de cobertura pague por su atención médica que no es preventiva</li></ul> |

| Primas             | Prima total | Contribución del empleador | Su prima | Prima total | Contribución del empleador | Su prima | Prima total | Contribución del empleador | Su prima |
|--------------------|-------------|----------------------------|----------|-------------|----------------------------|----------|-------------|----------------------------|----------|
| Solo el empleado   | \$492       |                            |          | \$576       |                            |          | \$506       |                            |          |
| Empleado y cónyuge | \$1,329     |                            |          | \$1,498     |                            |          | \$1,367     |                            |          |
| Empleado e hijos   | \$837       |                            |          | \$980       |                            |          | \$861       |                            |          |
| Empleado y familia | \$1,673     |                            |          | \$1,901     |                            |          | \$1,721     |                            |          |

| Aspectos destacados de los planes de cobertura |                                                    |                                                    |                                                    |                                                    |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Tipo de cobertura                              | Solo cobertura dentro de la red                    | Solo cobertura dentro de la red                    | Dentro de la red                                   | Fuera de la red                                    |
| Deducible por persona o familia                | \$2,500/\$5,000                                    | \$1,200/\$2,400                                    | \$3,300/\$6,600                                    | \$6,600/\$13,200                                   |
| Coseguro                                       | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible |
| Gasto máximo de bolsillo por persona/familia   | \$8,050/\$16,100                                   | \$6,900/\$13,800                                   | \$8,300/\$16,600                                   | \$20,500/\$41,000                                  |
| Tipo de red                                    | Red estatal                                        | Red estatal                                        | Red nacional                                       |                                                    |
| ¿Se requiere PCP?                              | Sí                                                 | Sí                                                 | No                                                 |                                                    |

| Consultas médicas        |                |                |                                                    |                                                    |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Atención médica primaria | Copago de \$30 | Copago de \$15 | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible |
| Especialista             | Copago de \$70 | Copago de \$70 | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible |

| Atención inmediata                  |                                                    |                                                    |                                                    |                                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Atención médica inmediata/urgente   | Copago de \$50                                     | Copago de \$50                                     | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible |
| Atención de emergencia              | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible |                                                    |
| Consultas virtuales de TRS-RediMD™  | Consulta médica sin costo                          | Consulta médica sin costo                          | \$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 (solo medicamentos de marca)                                                                    | Integrado al deducible médico                                                                           |
| Genéricos (suministro de 31 o 90 días)                                                                            | Copago de \$15/\$45; No hay copago para ciertos medicamentos genéricos                              | Copago de \$15/\$45                                                                                                                 | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible; no hay coseguro para ciertos medicamentos genéricos |
| Medicamentos de marca preferidos (el máximo no se aplica si se selecciona la marca y está disponible el genérico) | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                                  | Usted paga el 25% después de alcanzar el deducible (\$100 máx.)/<br>Usted paga el 25% después de alcanzar el deducible (\$265 máx.) | Usted paga el 25% después de alcanzar el deducible                                                      |
| Medicamentos de marca no preferidos                                                                               | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                                  | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                                                                  | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                                      |
| Medicamentos especializados (31 días máximo)                                                                      | Usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP; usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP; usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                 | Usted paga el 20% después 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% después de alcanzar el deducible                                                      |

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

| TRS-ActiveCare 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• No se admiten nuevos participantes</li><li>• Los participantes actuales pueden permanecer en este plan de cobertura</li><li>• Deducible más económico</li><li>• Copagos por muchos servicios y medicamentos</li><li>• Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red</li><li>• No se requiere tener un proveedor de atención primaria ni pedir referencias</li></ul> |

| Prima total | Contribución del empleador | Su prima |
|-------------|----------------------------|----------|
| \$1,013     |                            |          |
| \$2,402     |                            |          |
| \$1,507     |                            |          |
| \$2,841     |                            |          |

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

|                |                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------|
| Copago de \$30 | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible |
| Copago de \$70 | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible |

|                                                                            |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Copago de \$50                                                             | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible |
| Usted paga un copago de \$250, más el 20% después de alcanzar el deducible |                                                    |
| Consulta médica sin costo                                                  |                                                    |
| \$12 por consulta médica                                                   |                                                    |

|                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible de \$200 para medicamentos de marca                                                                                                                                              |
| Copago de \$20/\$45                                                                                                                                                                        |
| Usted paga el 25% después de alcanzar el deducible (\$40 mín./\$80 máx.)/<br>Usted paga el 25% después de alcanzar el deducible (\$105 mín./\$210 máx.)                                    |
| Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible (\$100 mín./\$200 máx.)/<br>Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible (\$215 mín./\$430 máx.)                                  |
| Usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP; usted paga el 30% después de alcanzar el deducible (\$200 mín./\$900 máx.)/<br>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**.

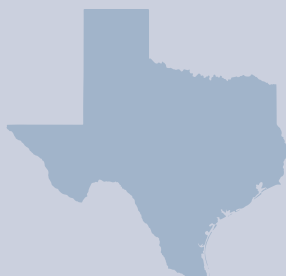
| Beneficio                                                                                                 | TRS-ActiveCare Primary                                                                                | TRS-ActiveCare Primary+                                                                               | TRS-ActiveCare HD                                                          |                                                                                           | TRS-ActiveCare 2                                                                                      |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                           | Únicamente dentro de la red                                                                           | Únicamente dentro de la red                                                                           | Dentro de la red                                                           | Fuera de la red                                                                           | Dentro de la red                                                                                      | Fuera de la red                                                                                      |
| Laboratorios de diagnóstico**                                                                             | Laboratorio en consultorio o independiente: usted no paga nada                                        | Laboratorio en consultorio o independiente: usted no paga nada                                        | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                         | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                        | Laboratorio en consultorio o independiente: usted no paga nada                                        | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible                                                   |
|                                                                                                           | Servicios ambulatorios: se paga el 30% después de alcanzar el deducible                               | Servicios ambulatorios: se paga el 20% después de alcanzar el deducible                               |                                                                            |                                                                                           | Servicios ambulatorios: se paga el 20% después de alcanzar el deducible                               |                                                                                                      |
| Radiología de tecnología avanzada                                                                         | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                                    | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible                                                    | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                         | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                        | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible, más un copago de \$100 por procedimiento          | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible, más un copago de \$100 por procedimiento         |
| Costos para pacientes ambulatorios                                                                        | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                                    | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible                                                    | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                         | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                        | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 en un centro por cada incidente)  | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 en un centro por cada incidente) |
| Costos para pacientes hospitalizados                                                                      | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                                    | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible                                                    | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                         | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible (máximo de \$500 por día en un centro) | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 por día en un centro)             | Usted paga el 40% después 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% después de alcanzar el deducible                            | Usted paga un copago de \$500, más el 20% después de alcanzar el deducible                            | Usted paga un copago de \$500, más el 30% después de alcanzar el deducible | Usted paga un copago de \$500, más el 50% después de alcanzar el deducible                | Usted paga un copago de \$500, más el 20% después de alcanzar el deducible                            | Usted paga un copago de \$500, más el 40% después de alcanzar el deducible                           |
| Cirugía bariátrica                                                                                        | Centros: usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                           | Centros: usted paga el 20% después de alcanzar el deducible                                           | No hay cobertura                                                           | No hay cobertura                                                                          | Centros: usted paga el 20% después de alcanzar el deducible (copago de \$150 por día en un centro)    | No hay cobertura                                                                                     |
|                                                                                                           | Servicios profesionales: usted paga un copago de \$5,000, más el 30% después de alcanzar el deducible | Servicios profesionales: usted paga un copago de \$5,000, más el 20% después de alcanzar el deducible |                                                                            |                                                                                           | Servicios profesionales: usted paga un copago de \$5,000, más el 20% después de alcanzar el deducible |                                                                                                      |
|                                                                                                           | Con cobertura solo si el servicio se presta en un centro BDC+                                         | Con cobertura solo si el servicio se presta en un centro BDC+                                         |                                                                            |                                                                                           | Con cobertura solo si el servicio se presta en un centro BDC+                                         |                                                                                                      |
| Examen anual de la vista (uno por año del 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% después de alcanzar el deducible                         | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                        | Usted paga un copago de \$70                                                                          | Usted paga el 40% después de alcanzar el deducible                                                   |
| Examen anual de la audición (uno por año del 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% después de alcanzar el deducible                         | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                        | Copago de \$30 para consultas al PCP y de \$70 para consultas a especialistas                         | Usted paga el 40% después 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**.

## 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 establecen sus propias tarifas y primas. Son pólizas totalmente aseguradas (*fully insured*) que pagan sus propias reclamaciones.

|                                                                                   | Blue Essentials - South Texas HMO <sup>SM</sup><br><i>Ofrecido por TRS-ActiveCare</i>                            | Blue Essentials - West Texas HMO <sup>SM</sup><br><i>Ofrecido por TRS-ActiveCare</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Puede elegir este plan de cobertura si vive en uno de los siguientes condados: Cameron, Hildalgo, Starr, Willacy | Puede elegir este plan de 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 |

| Primas mensuales totales | Prima total | Contribución del empleador | Su prima | Prima total | Contribución del empleador | Su prima |
|--------------------------|-------------|----------------------------|----------|-------------|----------------------------|----------|
| Solo el empleado         | -           | -                          | -        | \$1,214.50  |                            |          |
| Empleado y cónyuge       | -           | -                          | -        | \$2,961.60  |                            |          |
| Empleado e hijos         | -           | -                          | -        | \$1,915.00  |                            |          |
| Empleado y familia       | -           | -                          | -        | \$3,145.30  |                            |          |

### Aspectos destacados de los planes de cobertura

|                                              |     |                                                    |
|----------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|
| Tipo de cobertura                            | N/A | Solo cobertura dentro de la red                    |
| Deducible por persona o familia              | N/A | \$950/\$2,850                                      |
| Coseguro                                     | N/A | Usted paga el 25% después de alcanzar el deducible |
| Gasto máximo de bolsillo por persona/familia | N/A | \$7,450/\$14,900                                   |

### Consultas médicas

|                          |     |                |
|--------------------------|-----|----------------|
| Atención médica primaria | N/A | Copago de \$20 |
| Especialista             | N/A | Copago de \$70 |

### Atención inmediata

|                                   |     |                                                                                             |
|-----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención médica inmediata/urgente | N/A | Copago de \$50                                                                              |
| Atención de emergencia            | N/A | Copago de \$500 antes de alcanzar el deducible, más el 25% después 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; no hay copago para ciertos medicamentos genéricos                       |
| Medicamentos de marca preferidos    | N/A | Usted paga el 30% después de alcanzar el deducible                                             |
| Medicamentos de marca no preferidos | N/A | Usted paga el 50% después de alcanzar el deducible                                             |
| Medicamentos especializados         | N/A | Usted paga el 15%/25% después de alcanzar el deducible (medicamentos preferidos/no preferidos) |