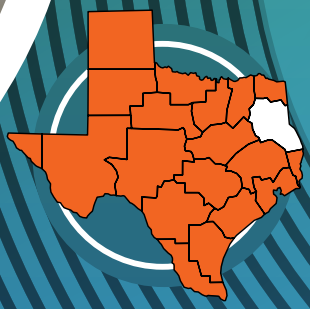
TRS-ActiveCare

# ASPECTOS DESTACADOS 2025-26



*TRS-ActiveCare*

# REGIÓN 7

## **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.

766495.0225

# Aspectos destacados del plan **TRS-ActiveCare 2025-26** Del 1/sep/2025 al 31/ago/2026

TRS ActiveCare
TEACHER RETIREMENT SYSTEM OF TEXAS

## 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 bienesta .

| | TRS-ActiveCare Primary | TRS-ActiveCare Primary+ | TRS-ActiveCare HD |
|---|---|---|---|
| Resumen del plan de cobertura | • Prima más económica de los tres planes de cobertura<br>• Copagos por consultas médicas antes de alcanzar el deducible<br>• Red estatal<br>• Se requieren referencias del PCP para ver a especialistas<br>• No compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)<br>• No hay cobertura fuera de la red | • Deducibles más económicos que los planes HD y Primary<br>• Copagos para muchos servicios y medicamentos<br>• Prima más alta<br>• Red estatal<br>• Se requieren referencias del PCP para ver a especialistas<br>• No es compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)<br>• No hay cobertura fuera de la red | • Compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)<br>• Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red<br>• No se requiere tener un proveedor de atención primaria ni pedir referencias<br>• Tiene que alcanzar el deducible antes de que el plan de cobertura pague por su atención médica que no es preventiva |

| **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 | $528 | | | $621 | | | $546 | | |
| Empleado y cónyuge | $1,426 | | | $1,615 | | | $1,475 | | |
| Empleado e hijos | $898 | | | $1,056 | | | $929 | | |
| Empleado y familia | $1,796 | | | $2,050 | | | $1,857 | | |

| **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;<br>No hay copago para ciertos medicamentos genéricos | Copago de $15/$45 | Usted paga el 20% después de alcanzar el deducible;<br>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;<br>usted paga el 30% después de alcanzar el deducible | Usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP;<br>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;<br>copago de $75 para un suministro de 61 a 90 días | Copago de $25 para un suministro de 31 días;<br>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 |
|---|
| • No se admiten nuevos participantes<br>• Los participantes actuales pueden permanecer en este plan de cobertura<br>• Deducible más económico<br>• Copagos por muchos servicios y medicamentos<br>• Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red<br>• No se requiere tener un proveedor de atención primaria ni pedir referencias |

| 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;<br>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;<br>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**.*