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 **Nota:** Este plan está cerrado. Solo los participantes que estén actualmente inscritos en TRS-ActiveCare 2 serán elegibles para permanecer en este plan durante el año 2019-20. **No se permitirá la inscripción de participantes nuevos.**	
	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
Teladoc®	**Los cargos cuentan hacia el desembolso personal máximo**					
Servicios Prestados por un Médico	$40 cargo por consulta	$30 cargo por consulta	El plan paga 100%	No cambia	Plan pays 100%	No cambia
Servicios de la Salud Mental Psiquiatra (consulta inicial) Psiquiatra (consulta continua) Psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta	No se aplica No se aplica No se aplica	$185 cargo por consulta $95 cargo por consulta $85 cargo por consulta	No se aplica No se aplica No se aplica	$70 copago por especialista $70 copago por especialista $70 copago por especialista	No se aplica No se aplica No se aplica	$70 copago por especialista $70 copago por especialista $70 copago por especialista
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.

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).

TRS HEALTH
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		

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).