



Rio Grande City CISD

Mandatory Open Enrollment

TRS ActiveCare (Aetna), Blue Essential Access (HMO) and Supplemental Insurances

Open enrollment provides you with the opportunity to review your healthcare options and make changes to your plan. It is **mandatory** that you attend during the scheduled times.

Important: TRS ActiveCare Enrollment period ends Friday, August 24, 2018. TRS will no longer accept changes after this date.

Open Enrollment Schedule

Dates	Time	Presentations	Place
Monday - Thursday July 23 – August 9, 2018	8:00 am – 5:00 pm	All day video	Fort Ringgold Auditorium
Monday- Friday August 13 – August 17, 2018	8:00 am – 5:00 pm	All day video	Grulla High School Cafeteria
Tuesday - Friday August 21 – August 24, 2018	8:00 am – 5:00 pm	All day video	Fort Ringgold Auditorium

2018-2019 Health Insurance Rates Effective September 1, 2018

Coverage Tier	TRS ActiveCare 1 HD		TRS ActiveCare Select		TRS ActiveCare 2		Blue Essential Access HMO Plan	
	Monthly	Semi Monthly	Monthly	Semi Monthly	Monthly	Semi Monthly	Monthly	Semi Monthly
Employee Only	\$107.00	\$53.50	\$280.00	\$140.00	\$522.00	\$227.00	\$214.02	\$107.01
Employee & Spouse	\$775.00	\$387.50	\$1,067.00	\$533.50	\$1,595.00	\$797.50	\$886.83	\$443.42
Employee & Children	\$441.00	\$220.50	\$616.00	\$308.00	\$903.00	\$451.50	\$482.19	\$241.10
Employee & Family	\$1,114.00	\$557.00	\$1,408.00	\$704.00	\$1,934.00	\$967.00	\$956.42	\$478.21
Both District Employees								
Employee & Spouse	\$515.00	\$257.50	\$807.00	\$403.50	\$1,335.00	\$667.50	\$626.83	\$313.42
Employee & Family	\$854.00	\$427.00	\$1,148.00	\$574.00	\$1,674.00	\$837.00	\$696.42	\$348.21

Supplemental Insurance

In order for you to elect new supplemental coverage or make changes you need to attend Open Enrollment during the scheduled times.

	Company
Basic Life	Mutual of Omaha
Voluntary Term Life	Mutual of Omaha
Long Term Disability	Mutual of Omaha
Short Term Disability	Mutual of Omaha
Dental	Lincoln Financial
Vision	Davis Vision

Type of Coverage	Company
Universal Life	TexasLife
Critical Illness	Colonial Life
Cancer	Colonial Life
Accident	Colonial Life
Medical Bridge	Colonial Life

For more information on new rates and benefit changes please call the Insurance Department at (956)716-6846.



Rio Grande City CISD
Insurance Department
1 S Fort Ringgold
Rio Grande City, TX 78582
Phone: (956)716-6846
www.rgccisd.org

2018-19 TRS-ActiveCare Plan Highlights

Effective Sept. 1, 2018 through Aug. 31, 2019 | In-Network Level of Benefits¹



Medical Coverage

ActiveCare 1-HD

ActiveCare Select or 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)

ActiveCare 2

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.

Deductible

(per plan year)

In-Network

Out-of-Network

\$2,750 employee only/\$5,500 family
\$5,500 employee only/\$11,000 family

\$1,200 individual/\$3,600 family
Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.

\$1,000 individual/\$3,000 family
\$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

Out-of-Network

\$6,650 individual/\$13,300 family
\$13,300 individual/\$26,600 family

\$7,350 individual/\$14,700 family
Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.

\$7,350 individual/\$14,700 family
\$14,700 individual/\$29,400 family

Coinsurance

In-Network Participant pays (after deductible)

20%

20%

20%

Out-of-Network Participant pays (after deductible)

40% of allowed amount

Not applicable. This plan does not cover out-of-network services except for emergencies.

40% of allowed amount

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

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

(preauthorization required)

(facility charges)

Participant pays

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)

Freestanding Emergency Room

\$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

Physician charges (only covered if performed at an IOQ facility)

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 using calibrated instruments)

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 50 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 ActiveCare 1-HD and ActiveCare 2. There is no coverage for non-network services under the ActiveCare Select plan or ActiveCare Select Whole Health.

For a listing of preventive care services, please view the Benefits Booklet at www.trselectivecareetna.com for the latest list of covered services.

TRS-ActiveCare is administered by Aetna Life Insurance Company. Aetna provides claims payment services only and does not assume any financial risk or obligation with respect to claims. Prescription drug benefits are administered by Caremark.

2018-19 TRS-ActiveCare Plan Highlights

Prescription Coverage	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select or 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>	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>
Drug Deductible (per person, per plan year)	Must meet plan-year deductible before plan pays. ²	\$0 generic; \$200 brand	\$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	\$20 for a 1- to 31-day supply	\$20 for a 1- to 31-day supply
Tier 2 – Preferred Brand	20% coinsurance after deductible	\$40 for a 1- to 31-day supply ³	\$40 for a 1- to 31-day supply ³
Tier 3 – Non-Preferred Brand	50% coinsurance after deductible	50% coinsurance for a 1- to 31-day supply ³	50% coinsurance (Min. \$65 ⁴ ; Max. \$130) 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 for a 60- to 90-day supply	\$45 for a 60- to 90-day supply
Tier 2 – Preferred Brand	20% coinsurance after deductible	\$105 for a 60- to 90-day supply ³	\$105 for a 60- to 90-day supply ³
Tier 3 – Non-Preferred Brand	50% coinsurance after deductible	50% coinsurance for a 60- to 90-day supply ³	50% coinsurance (Min. \$180 ⁴ ; Max. \$360) ³
Specialty Medications (up to a 31-day supply)	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 pay a convenience fee. They will be charged the coinsurance and copays in the row below the second time they fill a short-term supply of a maintenance medication. Participants can avoid paying the convenience fee 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	\$35 for a 1- to 31-day supply	\$35 for a 1- to 31-day supply
Tier 2 – Preferred Brand		\$60 for a 1- to 31-day supply ³	\$60 for a 1- to 31-day supply ³
Tier 3 – Non-Preferred Brand		50% coinsurance for a 1- to 31-day supply ³	50% coinsurance (Min. \$90 ⁴ ; Max. \$180) ³

What is a maintenance medication?

Maintenance drugs 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 \$20, then you will pay \$35 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 \$225 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 ActiveCare Select or 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 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	\$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. 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.

Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2018-2019

Vigente del 1ro de septiembre de 2018 al 31 de Agosto de 2019 | Nivel de Beneficios dentro de la Red¹



Cobertura Médica

	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select o 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)	ActiveCare 2
Deducible (por año del plan)			
Dentro de la Red	\$2,750 empleado solamente / \$5,500 por familia	\$1,200 empleado solamente / \$3,600 por familia	\$1,000 por persona / \$3,000 por familia
Fuera de la Red	\$5,500 empleado solamente / \$11,000 por 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)	El desembolso personal máximo solamente incluye los gastos cubiertos en que haya incurrido la persona.		
Dentro de la Red	\$6,650 por persona / \$13,300 por familia	\$7,350 por persona / \$14,700 por familia	\$7,350 por persona / \$14,700 por familia
Fuera de la Red	\$13,300 por persona / \$26,600 por familia	No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias.	\$14,700 por persona / \$29,400 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	No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias.	40% de la cantidad permitida
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	20% después del deducible
Cuidado Preventivo Vea los ejemplos que se muestran a continuación	El plan paga un 100%	El plan paga un 100%	El plan paga un 100%
Servicios Prestados por un Médico de Teladoc²	\$40 honorario por consulta (cuenta contra el deducible y desembolso personal máximo)	El plan paga un 100%	El plan paga un 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 (requiere autorización previa) (cargos del hospital) El participante paga	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 máximo copago por año del plan)
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 Los cargos del médico (se cubren solo si el servicio se presta en un Institute of Quality o IOQ, por sus siglas en inglés) El participante paga	\$5,000 copago (aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deducible	No se cubre	\$5,000 copago (no 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 que utilice instrumentos calibrados) El participante paga	20% después del deducible	\$70 copago por especialista	\$70 copago por especialista
Examen Anual Auditivo 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 12 meses

- **Cuidado del niño sano:** sin límite hasta los 12 años de edad
- **Colonoscopia:** uno cada 10 años después de cumplir 50 años
- **Consejería para una dieta sana y el control de la obesidad:** Sin límite hasta los 22 años. Después, 26 visitas por 12 meses

- **Examen para la mujer sana y Papa Nicolau:** Anualmente después de cumplir 18
- **Examen para detectar el cáncer de próstata:** Anualmente después de cumplir 50
- **Apoyo para Mujeres que Estén Amamantando:** Seis visitas de consejería sobre la lactación por 12 meses

Nota: Los servicios cubiertos bajo este beneficio deberá facturarlos el proveedor como "cuidado preventivo". El cuidado médico preventivo que no sea de la Red no se paga al 100%. Si recibe servicios preventivos a través de un médico no perteneciente a la red, usted será responsable por cualquier deducible y coseguro aplicable bajo ActiveCare 1-HD y ActiveCare 2. No hay cobertura para los servicios recibidos fuera de la red bajo el plan ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health.

Para una lista de servicios para el cuidado preventivo, consulte el Folleto de Beneficios, en el www.trselectivecareatna.com donde encontrará la lista más reciente de servicios cubiertos.

TRS-ActiveCare lo administra Aetna Life Insurance Company. Aetna proporciona servicios de pago de reclamaciones solamente y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a las reclamaciones. Los beneficios para medicinas recetadas los administra Caremark.

Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2018-2019

Cobertura de Medicamentos Recetados	ActiveCare 1-HD	ActiveCare Select o 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)	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 medicamentos genéricos preventivos cubiertos en un 100% ²	\$20 para un suministro de 1 a 31 días	\$20 para un suministro de 1 a 31 días ³
Nivel 2 – Marca Preferida	20% coseguro después del deducible	\$40 para un suministro de 1 a 31 días ³	\$40 para un suministro de 1 a 31 días
Nivel 3 – Marca No Preferida	50% coseguro después del deducible	50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días ³	50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días (Mínimo \$65 ⁴ ; Máximo \$130) ³
Suministro para un Mayor Número de Días Ordenado por Correo o Adquirido en una Farmacia Retail-Plus (suministro de 60 a 90 días) ⁵			
Nivel 1 – Genérico	20% coseguro después del deducible	\$45 para un suministro de 60 a 90 días	\$45 para un suministro de 60 a 90 días
Nivel 2 – Marca Preferida	20% coseguro después del deducible	\$105 para un suministro de 60 a 90 días ³	\$105 para un suministro de 60 a 90 días ³
Nivel 3 – Marca No Preferida	50% coseguro después del deducible	50% coseguro para un suministro de 60 a 90 días ³	50% coseguro para un suministro de 60 a 90 días (Mínimo \$180 ⁴ ; Máximo \$360) ³
Medicamentos de Especialidad (suministro de hasta 31 días)	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 (suministros de hasta 31 días)	La segunda vez que el participante adquiera en una farmacia regular un suministro a corto plazo de medicamentos de mantenimiento, tendrá que pagar un honorario de conveniencia. Se le cobrará el coseguro y copago que se indica a continuación la segunda vez que adquiera un suministro a corto plazo para un medicamento de mantenimiento. Los participantes pueden evitar pagar el honorario de conveniencia al adquirir un suministro mayor de medicamento de mantenimiento por correo o en una farmacia Retail-Plus.		
Nivel 1 – Genérico	20% coseguro después del deducible	\$35 para un suministro de 1 a 31 días	\$35 para un suministro de 1 a 31 días
Nivel 2 – Marca Preferida	20% coseguro después del deducible	\$60 para un suministro de 1 a 31 días ³	\$60 para un suministro de 1 a 31 días ³
Nivel 3 – Marca No Preferida	50% coseguro después del deducible	50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días ³	50% coseguro para un suministro de 1 a 31 días (Mínimo \$90 ⁴ ; Máximo \$180) ³

¿Qué es un medicamento de mantenimiento?

Los medicamentos de mantenimiento son medicinas comúnmente utilizadas para tratar condiciones que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas condiciones requieren, por lo general, del uso diario de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento, por ejemplo, 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, de estar cubierto bajo TRS-ActiveCare Select, la primera vez que adquiera, en una farmacia regular, un suministro para 31 días de un medicamento genérico de mantenimiento, usted pagará \$20. Después, pagará \$35 por cada mes en que adquiera un suministro de 31 días de ese medicamento genérico de mantenimiento en una farmacia regular. Adquirir un suministro de 90 días de ese mismo medicamento genérico de mantenimiento le costaría \$45 y usted se ahorraría \$225 en un año al comprar un suministro de 90 días.

Un especialista es cualquier otro médico que no sea 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 no pertenecientes a la red. No hay cobertura para beneficios recibidos fuera de la red bajo los planes ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health Plan. Para más información, consulte la Guía de Inscripción. Los proveedores sin contrato podrían facturarle las cantidades que excedan 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 preventivos genéricos 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 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 el costo del medicamento.

⁵ Los participantes pueden ordenar por correo suministros de 32 a 90 días.

Primas Mensuales

Prima Mensual para TRS-Active Care	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**	Su prima mensual***	Prima mensual completa*	Prima con contribución mínima del estado o distrito**	Su prima mensual***	Prima mensual completa*	Prima con contribución mínima del estado o distrito**	Su prima mensual***
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	

* De no ser elegible para recibir subsidio del estado o distrito, usted pagará la prima mensual completa. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para conocer su prima mensual.

** La prima después de la contribución estatal de \$75 y la del distrito 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 cada mes después de que todos los subsidios disponibles hayan sido aplicados a su prima)

*** Esta porción la completará su administrador de beneficios. La contribución del estado o distrito podría ser más de \$225.

Blue Essentials Access



BlueCross BlueShield of Texas



Plan Highlights

Effective September 1, 2018 - August 31, 2019

Medical Plan Year Deductible	\$500 Individual	\$1,000 Family
Out-Of-Pocket Maximum (includes medical and RX copays, deductibles and coinsurance)	\$4,500 Individual	\$9,000 Family
Primary Care Provider (PCP) Office Visit		
<ul style="list-style-type: none"> Includes lab/X-ray services Other services provided in a physician's office are subject to additional deductible and copayments/coinsurance 		\$25 copayment
Specialist Office Visit (no referral required)		
<ul style="list-style-type: none"> Includes lab/X-ray services Other services provided in a physician's office are subject to additional deductible and copayments/coinsurance 		\$60 copayment
Preventive Care		
Well-woman exam, immunizations, physicals, mammograms, colorectal cancer screening		Plan pays 100%
Minor Emergency/Urgent Care Visit		
		\$75 copayment
Emergency Room		
		After deductible, plan pays 80%; you pay 20%
Inpatient Services		
Facility charges, physician services, surgical procedures, pre-admission testing, operating/recovery room, newborn delivery and nursery, ICU/coronary care units, laboratory tests/X-rays, rehabilitation facility		After deductible, plan pays 80%; you pay 20%
Outpatient Services		
Facility charges, physician services, surgical procedures, observation unit		After deductible, plan pays 80%; you pay 20%
Diagnostic Tests		
MRI, CT scan, sleep study, stress test, PET scan, ultrasound, cardiac imaging, genetic testing, colonoscopy (non-preventive)		After deductible, plan pays 80%; you pay 20%
All Other Covered Services		
		After deductible, plan pays 80%; you pay 20%

Pharmacy Plan Year Deductible \$100 per Member

Participating Retail Pharmacy Standard Drugs/30-day supply		
Tier 1: Generic		\$10 per prescription
Tier 2: Preferred Brand Name		\$40 per prescription
Tier 3: Non-Preferred Brand Name		\$65 per prescription
Tier 4: Specialty/High Cost Drugs		20% per prescription
Participating Mail Order Pharmacy Maintenance Drugs/90-day supply		
Tier 1: Generic		\$30 per prescription
Tier 2: Preferred Brand Name		\$120 per prescription
Tier 3: Non-Preferred Brand Name		\$195 per prescription
Tier 4: Specialty/High Cost Drugs		Not Covered

Available to employees living, working or residing in the following counties:
Cameron, Hidalgo, Starr and Willacy

bcbstx.com/trshmo

888-378-1633