

# Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2019-20

Vigente del 1ro de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020 | Nivel de Beneficios Dentro de la Red<sup>1</sup>



Cobertura Médica	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare Select/ TRS-ActiveCare Select Whole Health	TRS-ActiveCare 2
<b>Deductible</b> (por año del plan) <b>Dentro de la Red</b>	\$2,750 empleado solamente/ \$5,500 familia	\$1,200 por persona / \$3,600 por familia	\$1,000 por persona / \$3,000 por familia
<b>Fuera de la Red</b>	\$5,500 empleado solamente / \$11,000 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
<b>Desembolso Personal Máximo</b> (por año del plan, los deducibles médicos y para medicinas recetadas, copagos y coseguro cuentan contra el desembolso personal máximo) <b>Dentro de la Red</b>	El desembolso personal máximo solamente incluye los gastos cubiertos en que haya incurrido la persona individual. \$6,750 por persona / \$13,500 por familia	\$7,900 por persona / \$15,800 por familia	\$7,900 por persona / \$15,800 por familia
<b>Fuera de la Red</b>	\$20,250 por persona / \$40,500 por familia	No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias.	\$23,700 por persona / \$47,400 por familia
<b>Coseguro</b> <b>Dentro de la Red:</b> El participante paga (después del deductible)	20%	20%	20%
<b>Fuera de la Red:</b> El participante paga (después del deductible)	40% de la cantidad permitida, a menos que se indique lo contrario	No se aplica. Este plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de las emergencias.	40% de la cantidad permitida, a menos que se indique lo contrario
<b>Copago por Visita al Consultorio Médico</b> El participante paga	20% después del deductible	\$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista	\$30 copago por médico primario \$70 copago por especialista
<b>Laboratorio de Diagnóstico</b> El participante paga	20% después del deductible	20% después del deductible	20% después del deductible
<b>Cuidado Preventivo</b> Vea los ejemplos que se muestran a continuación	El plan paga 100%	El plan paga 100%	El plan paga 100%
<b>Servicios Prestados por un Médico de Teladoc®</b>	\$40 honorario por consulta (cuenta contra el deductible y desembolso personal máximo)	El plan paga 100%	El plan paga 100%
<b>Radiología de Alta Tecnología</b> (tomografía computarizada (CT scan), imágenes de resonancia magnética (MRI), medicina nuclear) El participante paga	20% después del deductible	\$100 copago más 20% después del deductible	\$100 copago más 20% después del deductible
<b>Hospitalización – Gastos de Hospital Solamente (requiere autorización previa)</b> <b>Dentro de la Red</b>	20% después del deductible	\$150 copago por día más 20% después del deductible (\$750 copago máximo por hospitalización)	\$150 copago por día más 20% después del deductible (\$750 copago máximo por hospitalización); \$2,250 copago máximo por año del plan)
<b>Fuera de la Red</b>	El plan paga hasta \$500 por máximo diario de los cargos cubiertos después del deductible. Usted paga la diferencia, es decir, la cantidad que sobrepase los \$500 de copago máximo diario	No se aplica. Este plan no cubre servicios prestados fuera de la red a excepción de emergencias.	El plan paga hasta \$500 por máximo diario de los cargos cubiertos después del deductible. Usted paga la diferencia, es decir, la cantidad que sobrepase los \$500 de copago máximo diario
<b>Cuidado Urgente</b>	20% después del deductible	\$50 copago por visita	\$50 copago por visita
<b>Sala de Emergencia Independiente</b> El participante paga	\$500 copago por visita más 20% después del deductible	\$500 copago por visita más 20% después del deductible	\$500 copago por visita más 20% después del deductible
<b>Sala de Emergencia</b> (para uso en verdaderas emergencias) El participante paga	20% después del deductible	\$250 copago más 20% después del deductible (se omite el copago si lo hospitalizan)	\$250 copago más 20% después del deductible (se omite el copago si lo hospitalizan)
<b>Cirugía Ambulatoria</b> El participante paga	20% después del deductible	\$150 copago por visita más 20% después del deductible	\$150 copago por visita más 20% después del deductible
<b>Cirugía Bariátrica (se cubre solo si se efectúa en un Instituto de Quality o IQ, por sus siglas en inglés)</b> Cargos del médico; El participante paga	\$5,000 copago (no se aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deductible	No se cubre	\$5,000 copago (no se aplica contra el desembolso personal máximo) más 20% después del deductible
<b>Examen Anual de la Vista</b> (uno por año del plan, realizado por un oftalmólogo u optometrista) El participante paga	20% después del deductible	\$70 copago por especialista	\$70 copago por especialista
<b>Examen Anual de la Capacidad Auditiva</b> El participante paga	20% después del deductible	\$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 período de 12 meses

- **Cuidado del niño sano:** sin límite hasta los 12 años de edad

- **Colonoscopia:** una 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. Despues de 26 visitas por 12 meses.

- **Examen para la mujer sana y Papa Nicolau:** anualmente después de cumplir 18 años

- **Examen para detectar el cáncer de próstata:** uno por año después de cumplir 50 años

- **Apoyo para mujeres que están amamantando:** seis visitas de consejería de lactación por período de 12 meses.

**Nota:** Los servicios cubiertos bajo este beneficio deberán facturárselos el proveedor como "cuidado preventivo". El cuidado médico preventivo que no sea de la red no se pagará en un 100%. Si recibe cuidado preventivo a través de un médico no perteneciente a la red, usted será responsable por cualquier deductible y coseguro aplicable bajo el plan. No hay cobertura para los servicios prestados fuera de la red bajo el plan TRS-ActiveCare Select ni TRS-ActiveCare Select Whole Health. Para más información, consulte el Folleto de Beneficios en el [www.trsactivecareaetna.com](http://www.trsactivecareaetna.com).

# Puntos Importantes del Plan TRS-ActiveCare para el Año 2019-20

Cobertura Médica	TRS-ActiveCare 1-HD	TRS-ActiveCare Select/ ActiveCare Select Whole Health	TRS-ActiveCare 2
<b>Deductible para Medicamentos</b> (por persona, por año del plan)	Deberá satisfacer el deductible del año del plan antes de que el plan pague. <sup>2</sup>	\$0 genérico; \$200 de marca	\$0 genérico; \$200 de marca
<b>Suministro a Corto Plazo Adquirido en una Farmacia Regular</b> (suministro de hasta 31 días)			
Nivel 1 – Genérico	20% coseguro después del deductible, excepto para ciertos medicamentos genéricos preventivos, los cuales se cubren en un 100%. <sup>2</sup>	\$15 copago	\$20 copago
Nivel 2 – Marca Preferida	25% coseguro después del deductible <sup>3</sup>	25% coseguro (mínimo \$40 <sup>4</sup> ; máximo \$80) <sup>3</sup>	25% coseguro (mínimo \$40 <sup>4</sup> ; máximo \$80) <sup>3</sup>
Nivel 3 – Marca No Preferida	50% coseguro después del deductible <sup>3</sup>	50% coseguro <sup>3</sup>	50% coseguro (mínimo \$100 <sup>4</sup> ; máximo \$200) <sup>3</sup>
<b>Suministro para un Período Prolongado, Ordenado por Correo o Adquirido en una Farmacia Retail-Plus</b> (para un suministro de 60 a 90 días) <sup>5</sup>			
Nivel 1 – Genérico	20% coseguro después del deductible	\$45 copago	\$45 copago
Nivel 2 – Marca Preferida	25% coseguro después del deductible <sup>3</sup>	25% coseguro (mínimo \$105 <sup>4</sup> ; máximo \$210) <sup>3</sup>	25% coseguro (mínimo \$105 <sup>4</sup> ; máximo \$210) <sup>3</sup>
Nivel 3 – Marca No Preferida	50% coseguro después del deductible <sup>3</sup>	50% coseguro <sup>3</sup>	50% coseguro (mínimo \$215 <sup>4</sup> ; máximo \$430) <sup>3</sup>
<b>Medicamentos de Especialidad</b> (un suministro de hasta 31 días)			
Medicamentos de Especialidad	20% coseguro después del deductible	20% coseguro	20% coseguro (mínimo \$200 <sup>4</sup> ; máximo \$900)
<b>Suministro a Corto Plazo para Medicamentos de Mantenimiento Adquiridos en una Farmacia Regular</b> (suministro de hasta 31 días)			
La segunda vez que el participante adquiera, en una farmacia regular, un suministro a corto plazo para medicamentos de mantenimiento, tendrá que pagar el coseguro y copagos que aparecen a continuación. Los participantes pueden ahorrar más con el plan adquiriendo un suministro mayor para medicamentos de mantenimiento, ya sea por correo o en una farmacia Retail-Plus.			
Nivel 1 – Genérico	20% coseguro después del deductible	\$30 copago	\$35 copago
Nivel 2 – Marca Preferida	25% coseguro después del deductible <sup>3</sup>	25% coseguro (mínimo \$60 <sup>4</sup> ; máximo \$120) <sup>3</sup>	25% coseguro (mínimo \$60 <sup>4</sup> ; máximo \$120) <sup>3</sup>
Nivel 3 – Marca No Preferida	50% coseguro después del deductible <sup>3</sup>	50% coseguro <sup>3</sup>	50% coseguro (mínimo \$105 <sup>4</sup> ; máximo \$210) <sup>3</sup>

## ¿Qué es un medicamento de mantenimiento?

Los medicamentos de mantenimiento son medicinas recetadas comúnmente utilizadas para tratar enfermedades que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas enfermedades requieren del uso diario y regular de medicamentos. Por ejemplo, los medicamentos de mantenimiento 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, usted pagaría \$15 de estar cubierto bajo TRS-ActiveCare Select, la primera vez que adquiera, en una farmacia regular, un suministro de 31 días para un medicamento genérico de mantenimiento. Despúes de eso, pagará \$30 por cada mes en que adquiera, en una farmacia regular, un suministro de 31 días para un medicamento genérico de mantenimiento. Sin embargo, de adquirir un suministro de 90 días del mismo medicamento genérico de mantenimiento, le costaría \$45 y usted se ahorraría \$180 al año al adquirir un suministro de 90 días.

Un especialista es cualquier otro médico que no funja como médico de cabecera, internista, ginecólogo/obstetra o pediatra.

<sup>1</sup> Muestra los beneficios que se obtienen cuando se utilizan proveedores pertenecientes a la red. Para algunos planes, también hay disponibles beneficios fuera de la red. No hay cobertura para beneficios recibidos fuera de la red bajo los planes ActiveCare Select o ActiveCare Select Whole Health. Para más información, consulte la Guía de Inscripción. Los proveedores sin contrato podrían facturarle a usted, la diferencia o cantidad que excede 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.

<sup>2</sup> Para ActiveCare 1-HD, ciertos medicamentos genéricos preventivos se cubren en un 100%. Los participantes no tienen que satisfacer el deductible (\$2,750 por persona, \$5,500 por familia) y no incurrirán en ningún gasto de desembolso personal por estos medicamentos. Usted encontrará la lista de medicamentos en [info.caremark.com/trsactivecare](http://info.caremark.com/trsactivecare).

<sup>3</sup> 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 existe entre el medicamento de marca preferida y el medicamento genérico.

<sup>4</sup> Si el costo del medicamento es menos del mínimo, usted pagará entonces por el costo del medicamento.

<sup>5</sup> Los participantes pueden ordenar por correo suministros de 32 a 90 días.

## Primas Mensuales

Prima Mensual de TRS-ActiveCare	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 escolar**	Su prima mensual***	Prima mensual completa*	Prima con contribución mínima del estado o distrito escolar**	Su prima mensual***	Prima mensual completa*	Prima con contribución mínima del estado o distrito escolar**	Su prima mensual***
Por Persona	\$378	\$153		\$556	\$331		\$852	\$627	
+Cónyuge	\$1,066	\$841		\$1,367	\$1,142		\$2,020	\$1,795	
+Children	\$722	\$497		\$902	\$677		\$1,267	\$1,042	
+Familia	\$1,415	\$1,190		\$1,718	\$1,493		\$2,389	\$2,164	

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

\*\*La prima posterior a la contribución estatal de \$75 y la del distrito escolar 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 usted cada mes después de haberse aplicado todos los subsidios disponibles para su prima)

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