

# 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	
	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
<b>Desembolso personal dentro y fuera de la red</b> 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
<b>Desembolso personal máximo fuera de la red</b> 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
<b>Cargo de hospital para paciente interno fuera de la red</b>	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
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos Genéricos</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (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
<b>Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular</b> (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
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos de Marca Preferida</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (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)
<b>Copago / coseguro medicamentos de mantenimiento adquiridos en farmacia regular</b> (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)
<b>Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo o adquiridos en una farmacia Retail Plus</b> (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)
<b>Cobertura para Medicinas Recetadas   Medicamentos de Marca No Preferida</b>						
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en farmacia regular</b> (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)
<b>Copago / coseguro medicamentos adquiridos en una farmacia regular</b> (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)
<b>Copago / coseguro medicamentos ordenados por correo o adquiridos en una farmacia Retail Plus</b> (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.

# TRS-ActiveCare 2019-20: Qué Hay de Nuevo y Qué Está Cambiando

## 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	\$128	\$556	\$306	\$852	\$602
+Cónyuge	\$1,066	\$816	\$1,367	\$1,114	\$2,020	\$1,770
+Hijos	\$722	\$472	\$902	\$652	\$1,267	\$1,017
+Familia	\$1,415	\$1,165	\$1,718	\$1,468	\$2,389	\$2,139

### 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).



powered by aetna



¡Descargue hoy mismo la nueva aplicación de TRS Health!