



TRS-ActiveCare
REGIÓN 4

TRS está comprometido con la accesibilidad. Si tiene problemas para acceder a este contenido, comuníquese con TRS en WebAccessibility@trs.texas.gov para solicitar un formato alternativo.

CONOZCA LA TERMINOLOGÍA

- **PRIMA:** la cantidad mensual que paga por la cobertura médica.
- **DEDUCIBLE:** la cantidad anual que paga en gastos médicos antes de que el plan de cobertura comience a pagar.
- **COPAGO:** la cantidad fija que 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 su deducible. Suele ser un porcentaje específico de los costos; por ejemplo, usted paga el 20% mientras que el plan de cobertura paga el 80%.
- **CLASIFICACIÓN POR NIVELES:** la agrupación en niveles de médicos y centros según la calidad, el costo y las mejores prácticas clínicas. Esto le ayuda a comparar las opciones. Los proveedores y centros del nivel 1 ofrecen el mejor desempeño al mejor precio. Usted paga menos cuando elige el nivel 1 y puede pagar más cuando elige el nivel 2.
- **GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO:** la cantidad máxima 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.

Aspectos destacados del plan TRS-ActiveCare 2026-27 Del 1 de septiembre de 2026 al 31 de agosto de 2027



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 bienestar.

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

• **¡NUEVO! Opciones de clasificación por niveles de centros para pacientes hospitalizados y ambulatorios del plan**

TRS-ActiveCare Primary x Region 4. Llame a un guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999 para obtener más información.

• Servicios preventivos sin costo

• Consultas virtuales de TRS Virtual Health

• Member Rewards es aún mejor. Ahora recibirá un cheque de hasta \$599* por año fiscal cuando use Member Rewards y elija médicos y centros de bajo costo y alta calidad.

• Airrosti Remote Recovery le ofrece la terapia física virtual en su hogar para aliviar dolores y malestares comunes sin costo. *

* Pueden aplicarse reglas de elegibilidad.

Consulte la Guía de inscripción anual para obtener más información.

Salud mental

Cuenta con beneficios tanto en la consulta en persona como en la virtual:

• Plan TRS-ActiveCare Primary x Region 4: Copago de \$30 para consultas en persona o sin costo para consultas virtuales a través de Teladoc

• Plan TRS-ActiveCare Primary+: Copago de \$15 para consultas en persona o sin costo para consultas virtuales a través de Teladoc

• Plan TRS-ActiveCare HD: Coseguro del 30% después del deducible o \$42 a través de Teladoc

• Plan TRS-ActiveCare 2: Copago de \$20 para consultas en persona o \$12 para consultas virtuales a través de Teladoc

	TRS-ActiveCare Primary x Region 4	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD
Resumen del plan de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> Prima más económica de los tres planes de cobertura disponibles Copagos por consultas médicas antes de alcanzar el deducible Red estatal Se requieren referencias del proveedor de atención primaria (PCP) para consultar a especialistas No compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red ¡Nuevo! Opciones de clasificación por niveles que reducen los costos de bolsillo cuando elige ciertos centros. 	<ul style="list-style-type: none"> Prima más alta de los tres planes de cobertura disponibles Copagos para muchos servicios y medicamentos Deducible más económico que los planes HD y Primary Red estatal Se requieren referencias del PCP para consultar a especialistas No compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red 	<ul style="list-style-type: none"> Prima más alta que la económica de entre los tres planes de cobertura disponibles Tiene que alcanzar el deducible antes de que el plan de cobertura pague por su atención médica que no es preventiva Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red No se requiere tener un PCP ni pedir referencias Compatible con la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Primas mensuales	Prima total	Contribución del empleador	Su prima	Prima total	Contribución del empleador	Su prima	Prima total	Contribución del empleador	Su prima
Solo el empleado	\$569			\$569			\$583		
Empleado y cónyuge	\$1,537			\$1,740			\$1,575		
Empleado e hijos	\$968			\$1,138			\$992		
Empleado y familia	\$1,935			\$2,208			\$1,983		

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	\$3,400/\$6,800	\$6,800/\$13,600
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Gasto máximo de bolsillo por persona/familia	\$8,050/\$16,100	\$6,900/\$13,800	\$8,300/\$16,600	\$20,500/\$41,000
¿Se requiere PCP?	Sí	Sí	No	No

Consultas médicas				
Atención médica primaria	Copago de \$30	Copago de \$15	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Especialista	Copago de \$70	Copago de \$70	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible

Atención médica inmediata				
Atención médica inmediata/urgente	Copago de \$50	Copago de \$50	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del 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; no hay copago para ciertos medicamentos genéricos	Copago de \$15/\$45	Usted paga el 20% después del deducible; no hay coseguro para ciertos medicamentos genéricos	
Medicamentos de marca preferidos (el máximo no se aplica si se selecciona un medicamento de marca habiendo un genérico disponible)	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible (\$100 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$265 máx.)	Usted paga el 25% después del deducible	
Medicamentos de marca no preferidos	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	
Medicamentos especializados (31 días máximo). Llame al 1-844-367-6108 para saber si su medicamento especializado tiene cobertura a través de SaveOnSP.	Usted paga el 30% después del deducible; usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP	Usted paga el 20% después del deducible (\$500 máx.); usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP	Usted paga el 20% después del deducible	
Costo de bolsillo para insulina	Copago de \$25 para un suministro de 31 días; copago de \$75 para un suministro de 61 a 90 días	Copago de \$25 para un suministro de 31 días; copago de \$75 para un suministro de 61 a 90 días	Usted paga el 25% después del deducible	

Este plan de cobertura no acepta nuevos participantes. Los participantes actuales de TRS-ActiveCare 2 pueden permanecer en este plan.

TRS-ActiveCare 2		
• No se admiten nuevos participantes	• Los participantes actuales pueden permanecer en este plan de cobertura	
• Deducible más económico	• Copagos para muchos servicios y medicamentos	
• Red a nivel nacional con cobertura fuera de la red	• No se requiere tener un PCP ni pedir referencias	
• ¡Nuevo! Opciones de clasificación por niveles que reducen los costos de bolsillo cuando elige ciertos proveedores de servicios médicos.		

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	Usted paga el 20% después del deducible	\$2,000/\$6,000	Usted paga el 40% después del deducible
\$7,900/\$15,800	Usted paga el 20% después del deducible	\$23,700/\$47,400	Usted paga el 40% después del deducible
No			

Nivel 1: Copago de \$20		Usted paga el 40% después del deducible	
Nivel 2: Copago de \$40	Usted paga el 40% después del deducible	Nivel 1: Copago de \$55	Usted paga el 40% después del deducible
Nivel 2: Copago de \$85	Usted paga el 40% después del deducible	Nivel 2: Copago de \$85	Usted paga el 40% después del deducible

Copago de \$50		Usted paga el 40% después del deducible	
Usted paga un copago de \$250, más el 20% después del 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 del deducible (\$40 mín./\$80 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$105 mín./\$210 máx.)	
Usted paga el 25% después del deducible (\$100 mín./\$200 máx.)/ Usted paga el 50% después del deducible (\$215 mín./\$430 máx.)	
Usted paga el 30% después del deducible (\$200 mín./\$900 máx.); usted no paga nada si es elegible para SaveOnSP	
Copago de \$25 para un suministro de 31 días; copago de \$75 para un suministro de 61 a 90 días	

¿Tiene preguntas?

Llame a un PHG al **1-866-355-5999** para obtener ayuda con los servicios médicos.
 Llame a los servicios de beneficios de farmacia de Express Scripts® de Evernorth al **1-844-367-6108** para obtener ayuda con sus beneficios de farmacia.

Compare precios para servicios médicos comunes

No se admiten nuevos participantes.

Beneficio	TRS-ActiveCare Primary x Region 4	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 del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Laboratorio en consultorio o independiente: usted no paga nada	Usted paga el 40% después del deducible
	Servicios ambulatorios: usted paga el 30% después del deducible	Servicios ambulatorios: usted paga el 20% después del deducible			Servicios ambulatorios: usted paga el 20% después del deducible	
Imágenes de tecnología avanzada (tomografía computarizada, mamografía y resonancia magnética)	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible, más un copago de \$100 por procedimiento	Usted paga el 40% después del deducible, más un copago de \$100 por procedimiento
Pacientes ambulatorios (colonoscopia, cirugía de cataratas e inyecciones de esteroides)	Nivel 1: Coseguro del 30% después del deducible Nivel 2: Coseguro del 40% después del deducible Llame a un PHG al 1-866-355-5999 para conocer el nivel de un centro.	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible (copago de \$150 en un centro por cada incidente)	Usted paga el 40% después del deducible (copago de \$150 en un centro por cada incidente)
Pacientes hospitalizados (parto, reemplazo complejo de articulaciones y cirugía cardíaca)	Nivel 1: Coseguro del 30% después del deducible Nivel 2: Coseguro del 40% después del deducible Llame a un PHG al 1-866-355-5999 para conocer el nivel de un centro.	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible (máximo de \$500 por día en un centro)	Usted paga el 20% después del deducible (copago de \$150 por día en un centro)	Usted paga el 40% después del deducible (copago de \$500 en un centro por cada incidente)
Sala de emergencias independiente	Usted paga un copago de \$500, más el 30% después del deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 20% después del deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 30% después del deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 50% después del deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 20% después del deducible	Usted paga un copago de \$500, más el 40% después del deducible
Cirugía bariátrica	Centros: usted paga el 30% después del deducible	Centros: usted paga el 20% después del deducible	Sin cobertura	Sin cobertura	Centros: usted paga el 20% después del deducible (copago de \$150 por día en un centro)	Sin cobertura
	Servicios profesionales: usted paga un copago de \$5,000, más el 30% después del deducible	Servicios profesionales: usted paga un copago de \$5,000, más el 20% después del deducible			Servicios profesionales: usted paga un copago de \$5,000, más el 20% después del 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 visión (uno por año del plan de cobertura)	Especialista: Usted paga un copago de \$70	Especialista: Usted paga un copago de \$70	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Especialista de nivel 1: Copago de \$55 Especialista de nivel 2: Copago de \$85	Usted paga el 40% después del deducible
Examen anual de la audición (uno por año del plan de cobertura)	PCP: Copago de \$30 Especialista: Copago de \$70	PCP: Copago de \$15 Especialista: Copago de \$70	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	PCP de nivel 1: Copago de \$20 PCP de nivel 2: Copago de \$40 Especialista de nivel 1: Copago de \$55 Especialista de nivel 2: Copago de \$85	Usted paga el 40% después del deducible