

Deducible Médico Anual del Plan	\$ 750 Individual; \$ 2,250 Familiar
Gasto de Desembolso Directo Máximo (<i>incluye deducibles médicos y para medicamentos, copagos y coseguros</i>)	\$ 6,000 Individual; \$ 12,000 Familiar
Anual Máximo	Ilimitado
Proveedor de Atención Primaria (PCP) Visita al Consultorio	Copago de \$ 20
<ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios de laboratorio/radiografía de rutina, inyectables y suministros Otros servicios proporcionados en el consultorio médico están sujetos a deducibles y copagos/coseguros adicionales 	
Visita al Consultorio del PCP —Personas a cargo, hasta los 19 años	Copago de \$ 0
Visita a Consultorio de un Especialista	Copago de \$ 60
<ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios de laboratorio/radiografía de rutina Otros servicios proporcionados en el consultorio médico están sujetos a deducibles y copagos/coseguros adicionales 	
Atención Preventiva	Sin copago
Examen de mujer sana, vacunas, exámenes físicos, mamografías, examen para la detección de cáncer colorrectal	
Procedimientos quirúrgicos que se realizan en el consultorio del médico	Copago de 25% ¹
Emergencias Menores/Atención Urgente	Copago de \$ 75
Sala de Emergencias	Copago de \$ 500 ¹
Ambulancia	Copago de 25% ¹
Aire/Tierra	
Servicios de Hospitalización	Copago de 25% ¹
Los cargos del establecimiento, servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, pruebas previas a la admisión, sala de operaciones/recuperación, parto y sala de neonatología, unidades de UCI/cuidados coronarios, pruebas de laboratorio/radiografías, sala de rehabilitación, salud conductual (salud mental/dependencia de sustancias químicas)	
Servicios Ambulatorios:	Copago de 25% ¹
cargos del centro de salud, servicios médicos, procedimientos quirúrgicos, unidad de observación	
Resonancia magnética, tomografía computarizada, TEP (centro de salud/médico)	Copago de \$ 250 ¹
Pruebas de Diagnóstico:	Copago de 25% ¹
estudio del sueño, prueba de estrés, ECG, ultrasonido, estudios cardíacos por imágenes, pruebas genéticas, colonoscopia no preventiva (centro de salud/médico)	
Atención Médica Domiciliaria: <i>limitada a 60 visitas por año del plan</i>	Copago de 25% ¹
Cuidados Paliativos	Copago de 25% ¹
Centro de Enfermería Especializada: <i>limitado a 30 días por año del plan</i>	Copago de 25% ¹
Atención Dental por Accidente	Copago de 25% ¹
Prótesis	Copago de 25% ¹
Órtesis	Copago de 25% ¹
Manipulación Espinal: <i>limitada a 10 visitas por año</i>	Copago de 25% ¹
Equipo Médico Duradero	Copago de 25% ¹
Todos los Demás Servicios Cubiertos	Copago de 25% ¹
Deducible Anual del Plan para Medicamentos Recetados	\$ 100 Individual; \$ 300 Familiar
Anual Máximo	Ilimitado
Farmacia de Minorista Participante	Medicamentos Estándar/Suministro por 30 días
Genérico Seleccionado/ACA (Nivel 1) sin deducible	\$ 0 por receta
Genérico Preferido (Nivel 2) sin deducible	\$ 15 por receta
Marca Preferida/Genérico No Preferido (Nivel 3)	\$ 40 por receta ²
Marca No Preferida/Genérico No Preferido (Nivel 4)	\$ 100 por receta ²
Especiales/Inyectables (Nivel 5)	20 % por receta ²
Farmacia de Suministro por Correo Participante	Medicamentos de Uso Continuo/Suministro por 90 días
Genérico Seleccionado/ACA (Nivel 1) sin deducible	\$ 0 por receta
Genérico Preferido (Nivel 2) sin deducible	\$ 45 por receta
Marca Preferida/Genérico No Preferido (Nivel 3)	\$ 120 por receta ²
Marca No Preferida/Genérico No Preferido (Nivel 4)	\$ 300 por receta ²
Especiales/Inyectables (Nivel 5)	20 % por receta ²



¹Sujeto a deducible médico ²Sujeto al deducible de medicamentos recetados

Período de Inscripción: Del 1 julio hasta el 24 agosto 2018



Puntos a Destacar sobre los Beneficios de FirstCare 2018-2019

- 100 % de cobertura de atención preventiva
- Sin copago para visitas al PCP para personas dependientes, hasta 19 años
- No aplica el deducible de medicamentos recetados para medicamentos genéricos
- Sin copago en el caso de algunos medicamentos genéricos
- El gasto máximo de bolsillo incluye deducibles médicos y de medicamentos recetados, copagos y coseguro

¿Por qué elegir FirstCare?

- ☆ Sin derivaciones para médicos de la red
- ☆ Red integral de médicos calificados
- ☆ Cobertura para personas a cargo que viven fuera del área de servicio¹
- ☆ Oficinas locales, servicio de atención al cliente radicado en Texas
- ☆ Atención de emergencia a nivel mundial y línea de enfermería Nurse24™ las 24 horas
- ☆ Programa de Maternidad Expecting the Best®
- ☆ Sitio web dedicado para miembros de TRS
- ☆ Directorio de proveedores en línea

¹Se debe acceder a la atención a través de nuestra red de proveedores afiliados.

Costo Bruto Mensual para la Cobertura En vigencia a partir del 1 de septiembre de 2018 al 31 de agosto de 2019

Categoría de la Cobertura	Costo Total - Activo*
Empleado únicamente	\$ 534.04
Empleado y cónyuge	\$ 1,348.92
Empleado e hijos	\$ 849.76
Empleado y familia	\$ 1,385.36

**Los fondos estatales y del distrito se proporcionan cada mes para contribuir de manera activa con los miembros de TRS para que los utilicen para afrontar el costo de la cobertura TRS-ActiveCare. La financiación estatal está sujeta a apropiación por la Legislatura de Texas. Comuníquese con su Administrador de Beneficios para determinar el costo neto mensual de su cobertura.*

Nacido en Texas y perteneciente
a Texas desde 1985.



Para obtener una descripción más detallada de los beneficios del plan y de la evidencia de cobertura de FirstCare, visite el sitio www.trs.state.tx.us/trs-activecare.

Visite www.FirstCare.com/TRS para acceder a nuestro directorio de proveedores y la lista de cobertura de medicamentos.