

Benefits Summary

Fully Covered Healthcare Services	
Preventive Services	No Charge
Standard Lab and X-Ray	No Charge
Disease Management and Complex Case Management	No Charge
Well Child Care Annual Exams	No Charge
Immunizations (age appropriate)	No Charge
Nurse Advice Line	877.505.7947
Telehealth (MyBSWHealth and MDLIVE)	\$0 copay BSWHealthPlan.com/TRS
Plan Provisions	
Annual Deductible	\$1,900 Individual/ \$4,750 Family
Annual out-of-pocket maximum (including medical and prescription copays and coinsurance)	\$8,000 Individual/ \$15,000 Family (includes combined Medical and Rx copays, deductibles and coinsurance)
Lifetime Paid Benefit Maximum	None
Outpatient Services	
Primary Care ¹	\$15 Copay First Primary Care Visit for Illness - \$0 Copay ²
Primary Care Dependents ¹ (under age 19)	\$0 Copay ²
After-Hours Primary Care Clinics	\$15 copay
Specialty Care	\$70 copay
Other Outpatient Services	20% after deductible ³
Diagnostic/Radiology Procedures	20% after deductible
Eye Exam (one annually)	No Charge
Allergy Serum & Injections	20% after deductible
Inpatient Services	
Overnight hospital stay; includes all medical services including semi-private room or intensive care	20% after deductible
Maternity Care	
Prenatal Care	No Charge
Inpatient Delivery	20% after deductible
Maternity Care Management ⁶	No Charge
Equipment and Supplies	
Preferred Diabetic Supplies and Equipment - Rx only	\$12/\$30 copay; no deductible
Non-Preferred Diabetic Supplies and Equipment - Rx only	30% after Rx deductible
Durable Medical Equipment/Prosthetics	20% after deductible

Home Health Services		
Home Health Care Visit	\$70 copay	
Worldwide Emergency Care		
Ambulance and Helicopter	\$40 copay and 20% after deductible	
Emergency Room ⁵	\$500 copay after deductible	
Urgent Care Facility	\$45 copay	
Prescription Drugs		
Annual Benefit Maximum	Unlimited	
Rx Deductible per Individual Does not apply to preferred generic drugs	\$200	
Ask a BSWHP pharmacy representative how to save money on your prescriptions.	Retail Quantity (Up to a 30-day supply)	Maintenance Quantity (Up to a 90-day supply) Available at BSW pharmacies, in-network retail pharmacies and mail order
ACA Preventive*	\$0 copay	\$0 copay
Preferred Generic	\$12 copay	\$30 copay
Preferred Brand	30% after Rx deductible	30% after Rx deductible
Non-Preferred	50% after Rx deductible	50% after Rx deductible
Online Refills	BSWHealthPlan.com/TRS	
Mail Order	BSWH: 855.388.3090 OptumRx: 855.205.9182	
Specialty Medications (up to a 30-day supply)		
Tier 1	25% after Rx deductible	
Tier 2	25% after Rx deductible	
Tier 3	35% after Rx deductible	
Diagnostic and Therapeutic Services		
Physical and Speech Therapy	\$70 copay	
Manipulative Therapy ⁴	20% without office visit \$40 plus 20% with office visit	
Wellness		
Wondr Health™ ⁶	No Charge	
Well-Being Assessment ⁶	No Charge	
Digital Health Coaching ⁶	No Charge	

¹Including all services billed with office visit

²Does not apply to wellness or preventive visits

³Includes other services, treatments, or procedures received at time of office visit

⁴35 visits per year maximum

⁵Copay waived if admitted within 24 hours

⁶See member guide for additional information

*See list of ACA preventive drugs on the Pharmacy Benefits page at BSWHealthPlan.com/TRS.

Servicios de atención médica con cobertura total	
Servicios preventivos	Sin cargo
Análisis de laboratorio y radiografías estándar	Sin cargo
Administración de enfermedades y administración de casos complejos	Sin cargo
Exámenes anuales de bienestar infantil	Sin cargo
Vacunaciones (correspondientes a la edad)	Sin cargo
Línea de consejería de enfermería	877.505.7947
Telesalud (MyBSWHealth y MDLIVE)	Copago de \$0 BSWHealthPlan.com/TRS
Disposiciones del plan	
Deducible anual	\$1,900 por persona/ \$4,750 por familia
Gasto de bolsillo anual máximo (incluidos los copagos y coseguros médicos y por recetas)	\$8,000 por persona/ \$15,000 por familia (incluye copagos, deducibles y coseguros combinados médicos y por receta)
Beneficio pago máximo de por vida	Ninguna
Servicios para pacientes externos	
Atención primaria ¹	Copago de \$15 primera visita de atención primaria por enfermedad: copago de \$0 ²
Dependientes de atención primaria ¹ (menores de 19 años)	Copago de \$0 ²
Clínicas de atención primaria con horario extendido	Copago de \$15
Atención de especialidad	Copago de \$70
Otros servicios para pacientes externos	20% después del deducible ³
Procedimientos de diagnóstico/radiológicos	20% después del deducible
Examen de la vista (uno por año)	Sin cargo
Suero e inyecciones para alergias	20% después del deducible
Servicios para pacientes internados	
Estadía durante una noche en el hospital: incluye todos los servicios médicos, incluidas una habitación semiprivada o la atención intensiva	20% después del deducible
Atención de maternidad	
Atención prenatal	Sin cargo
Servicios de parto para pacientes internadas	20% después del deducible
Gestión de la atención de maternidad ⁶	Sin cargo
Equipamiento y suministros	
Suministros y equipamiento preferidos para personas con diabetes - solo farmacia	Copago de \$12/\$30; no hay deducible
Suministros y equipamiento no preferidos para personas con diabetes	30% después del deducible por receta
Equipo médico duradero/prótesis	20% después del deducible

Servicios de salud en el hogar		
Visita de atención médica en el hogar	Copago de \$70	
Atención de emergencia mundial		
Ambulancia y helicóptero	Copago de \$40 y el 20% después del deducible	
Sala de emergencias ⁵	Copago de \$500 después del deducible	
Centro de atención de urgencia	Copago de \$45	
Medicamentos con receta		
Beneficio anual máximo	Ilimitado	
Deducible por receta No se aplica a los medicamentos genéricos preferidos	\$200	
Pregúntele a un representante de farmacia de BSWHP cómo ahorrar dinero en sus recetas.		Cantidad de mantenimiento (suministro para 90 días como máximo) Disponibles en farmacias BSW, en farmacias minoristas de la red y mediante pedidos por correo
ACA Preventive*	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$12	Copago de \$30
Medicamentos de marca preferidos	30% después del deducible por receta	30% después del deducible por receta
Medicamentos no preferidos	50% después del deducible por receta	50% después del deducible por receta
Resurtidos en línea	BSWHealthPlan.com/TRS	
Pedidos por correo	BSWH: 855.388.3090 OptumRx: 855.205.9182	
Medicamentos de especialidad (suministro para 30 días como máximo)		
Nivel 1	25% después del deducible por receta	
Nivel 2	25% después del deducible por receta	
Nivel 3	35% después del deducible por receta	
Servicios de diagnóstico y terapéuticos		
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$70	
Fisioterapia manual ⁴	20% sin visita al consultorio \$40 más el 20% con visita al consultorio	
Bienestar		
Wondr Health™ ⁶	Sin cargo	
Evaluación de bienestar ⁶	Sin cargo	
Coaching digital de salud ⁶	Sin cargo	

¹ Incluidos todos los servicios facturados con la visita al consultorio

² No se aplica a las visitas de bienestar ni preventivas

³ Incluye otros servicios, tratamientos o procedimientos recibidos durante la visita al consultorio

⁴ 35 visitas como máximo por año

⁵ Copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas

⁶ Consulte la guía para miembros para obtener información adicional

*Consulte la lista de medicamentos preventivos de ACA en la página de Pharmacy Benefits en [BSWHealthPlan.com/TRS](https://www.bswhealthplan.com/TRS)