

Resumen del seguro para 2021

Guía de inscripción abierta y nuevas contrataciones



PEBASM
SC Retirement Systems
and State Health Plan

Contenido Bienvenido	1
Inscripciones abiertas	1
Paso 1: elija su plan de salud	2
Paso 2: elija su plan dental.....	4
Paso 3: elija su cobertura oftalmológica.....	6
Paso 4: elija su cobertura adicional para su seguro de vida.....	7
Paso 5: elija su cobertura adicional para la discapacidad a largo plazo.....	8
Paso 6: escoja sus elecciones MoneyPlus	9
Tarjetas de identificación del socio	12
Sus beneficios sobre la marcha	13
Mi kit de herramientas de salud ®.....	14
Explicación de los beneficios.....	15
Recursos para que sea una mejor versión de usted mismo	16
Obtenga la atención que necesita	17
Consultas rutinarias para adultos	18
Ventajas de PEBA.....	20
Mensajería para miembros.....	21
Autorización previa	22
Términos útiles	23
Planifique su cobertura de seguros 2021	24
Avisos	24
Asistencia lingüística	25
Abra la hoja de trabajo para la inscripción	26
Hoja de trabajo de la nueva contratación.....	27

Proveedores de seguros 2021





Bienvenido

Hay ciertos momentos a lo largo del año en los cuales usted puede inscribirse en la cobertura de seguros o hacer cambios en su cobertura. Revise este resumen y utilice la hoja de trabajo apropiada en las páginas 26 y 27 para planificar la cobertura médica para 2021 y los beneficios adicionales que sean mejores para usted y para su familia.

Elegibilidad

Por lo general, los empleados elegibles son quienes:

- Trabajan a tiempo completo y reciben una compensación de parte del estado, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o un empleador opcional como participante, como por ejemplo, un condado participante o un gobierno municipal; y
- Son contratados en una posición que es elegible para el seguro.

Generalmente, un empleado debe trabajar al menos un promedio de 30 horas por semana para ser considerado como empleado a tiempo completo y ser elegible para participar en el programa de seguros.

Nuevos contratados

Su empleador iniciará el proceso de inscripción. Deberá proporcionarle una dirección de correo electrónico válida a su empleador, y a continuación, realizar sus elecciones en línea a través de MyBenefits siguiendo las instrucciones del correo electrónico que reciba de parte de PEBA.

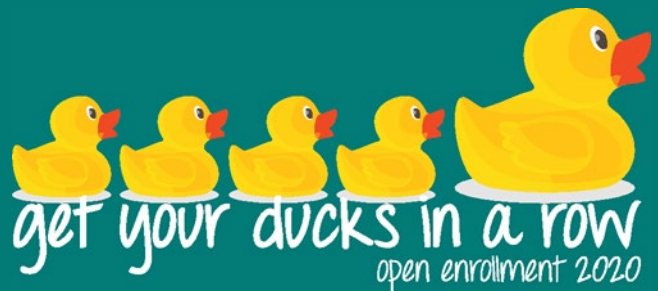
A partir de la fecha en que es elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro médico y tendrá otros beneficios del seguro, disponibles

La inscripción abierta es desde el 01 al 31 de octubre de 2020.

Durante la inscripción abierta, los empleados elegibles pueden cambiar su cobertura para el año siguiente. Revise su cobertura actual en **MyBenefits** (mybenefits.sc.gov). Si está satisfecho con sus elecciones actuales, lo único que debe hacer es volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles de MoneyPlus. Todos los cambios de la inscripción abierta entrarán en vigor el 01 de enero de 2021.

Tome nota de los recuadros de cada sección de este resumen, para recordarle lo que puede hacer este año durante el periodo de la inscripción abierta. Utilice la hoja de trabajo de la página 26 para realizar un seguimiento de cualquiera de sus cambios. También puede visitar la página web de inscripción abierta, peba.sc.gov/oa, para obtener mayor información.

Inicie sesión en MyBenefits (mybenefits.sc.gov) para que haga sus selecciones de cobertura durante la inscripción abierta





Paso Elija su plan de salud.



Sus necesidades de tener un seguro son tan únicas como usted. Es posible que alcance su deducible anualmente, o a lo mejor no recuerde la última vez que visitó a al médico. Independientemente de su situación, el plan estatal de salud le ofrece dos opciones para cubrir sus gastos: el plan estándar o el plan de ahorros.

El plan estándar tiene primas más altas y deducibles más bajos. El plan de ahorro tiene primas más bajas y deducibles más altos. Obtenga mayor información sobre los planes en peba.sc.gov/salud.

	Plan estándar	Plan de ahorro
Deducible anual	Usted paga hasta 490 \$ por persona o 980 \$ por familia.	Usted paga hasta 3600 \$ por persona o 7200 \$ por familia. ¹
Coseguro 2	En la red usted paga 20% hasta 2800 \$ por persona o 5600 \$ por familia.	En la red usted paga 20% hasta 2400 \$ por persona o 4.800 \$ por familia.
Consultas en el consultorio médico 3	Usted paga un copago de 14 \$ más la cantidad permitida restante hasta que alcance su deducible. Luego, paga su copago más su coseguro.	Usted paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Entonces, paga su coseguro.
Blue CareonDemandSM (Consiga más detalles en la página 17)	Usted paga un copago de 14 \$ más la cantidad permitida restante hasta que alcance su deducible. Luego, paga su copago más su coseguro.	Usted paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Entonces, paga su coseguro.
Servicios ambulatorios y atención de emergencia 4,5	Usted paga un copago de 105 \$ (por servicios ambulatorios) o un copago de 175 \$ (por atención de emergencia), más la cantidad permitida restante hasta que alcance su deducible. Luego, paga su copago más su coseguro.	Usted paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Entonces, paga su coseguro.
Hospitalización 6	Usted paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Entonces, paga su coseguro.	Usted paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Entonces, paga su coseguro.
Medicamentos bajo prescripción médica 7,8 (suministro de 30 días o 90 días, en una farmacia de la red)	Nivel 1 (genérico): 9 \$ o 22 \$ Nivel 2 (marca preferida): 42 \$ o 105 \$ Nivel 3 (marca no preferida): 70 \$ o 175 \$ Usted paga hasta 3000 \$ en copagos para los medicamentos prescritos. Entonces, no paga nada.	Usted paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible anual. Entonces, paga su coseguro.
Cuentas MoneyPlus (Obtenga más detalles en la página 9)	Cuenta de gastos médicos	Cuenta de ahorros para la salud Cuenta de gastos médicos de uso limitado

El plan complementario TRICARE proporciona una cobertura secundaria a TRICARE para los miembros de la comunidad militar que no son elegibles para Medicare. Para los empleados elegibles, ofrece una alternativa al plan estatal de salud.



Primas mensuales para 2021

Si trabaja para un empleador opcional, verifique sus tasas con la oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Familia completa
Plan estándar	97,68 \$	253,36 \$	143,86 \$	306,56 \$
Plan de ahorro	9,70 \$	77,40 \$	20,48 \$	113,00 \$
Complementario de TRICARE	62,50 \$	121,50 \$	121,50 \$	162,50 \$

¹ Si tiene cobertura para más de un miembro de la familia, ningún miembro de la familia recibirá beneficios, salvo los beneficios preventivos, hasta que alcance el deducible familiar anual de 7200 \$.

² Fuera de la red pagará un coseguro de 40 %, y su máximo del coseguro es diferente. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más que la cantidad permitida por el plan estatal de salud. Obtenga mayor información sobre los beneficios fuera de la red, en peba.sc.gov/health.

³ El copago de 14 \$ es exonerado para las mamografías rutinarias y las consultas de niños sanos. A los miembros del plan estándar que reciban atención de parte de un proveedor de Hogar Médico Centralizado en el Paciente (PCMH por sus siglas en inglés) afiliado a BlueCross, no se les cobrará el copago de 14 \$ por la consulta en el consultorio médico. Después de que los miembros del plan estándar y del plan de ahorros alcancen su deducible, pagarán 10 por ciento de coseguro, en lugar de 20 por ciento, por la atención en un PCMH.

Prima por consumo de tabaco

Si usted es suscriptor del plan estatal de salud de cobertura única y fuma o usa tabaco o cigarrillos electrónicos, pagará una prima mensual

Qué puede hacer durante la inscripción abierta:

- Cambiar de un plan de salud a otro:
 - Plan estándar;
 - Plan de ahorros
 - Plan complementario de TRICARE
- Inscríbase usted mismo o a cualquier dependiente elegible, para obtener la cobertura de salud.
- Elimine la cobertura de salud para usted o sus dependientes.



adicional de 40 \$. Si usted tiene un empleado y cónyuge, empleado e hijos o cobertura familiar completa, y usted o cualquier persona para quien usted tenga cobertura, fuma o usa tabaco o cigarrillos electrónicos, la prima adicional será de 60 \$ mensuales.

⁴ Se exime del copago de 105 dólares por servicios ambulatorios para terapia física, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, servicios de diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios intensivos ambulatorios, terapia electroconvulsiva y administración de medicamentos psiquiátricos.

⁵ Se le exime del copago de 175 \$ para atención de emergencia si es admitido.

⁶ La hospitalización requiere de una autorización previa para que el plan estatal de salud le proporcione cobertura. No pedir la autorización previa puede conllevar a una multa de \$ 490.

⁷ Los medicamentos prescritos no están cubiertos en las farmacias fuera de la red.

⁸ Con el Programa de garantía del paciente de Express Scripts, los miembros de los planes estándar y de ahorro no pagarán más de 25 \$ por un suministro de 30 días de los productos y participantes preferidos de insulina en 2021. Este programa es anual y puede no estar disponible al año siguiente. No aplica a los miembros de Medicare, quienes continuarán pagando copagos regulares por la insulina.

La prima es automática para todos los suscriptores del plan estatal de salud, a menos que el suscriptor certifique que nadie para quien usted tenga cobertura, fuma o usa tabaco o cigarrillos electrónicos, o las personas cubiertas que consumen tabaco o cigarrillos electrónicos han completado el "Dejarlo de por vida"[®] que es el programa de cesación del uso de tabaco. La prima por consumo de tabaco no se le aplica a los suscriptores del complementario de TRICARE. **¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención médica?**

Incluya esta cantidad en la hoja de trabajo de la página 11 para determinar con cuánto debe contribuir a su cuenta MoneyPlus.

Monto en \$





Paso : Elija su plan dental.



Los nuevos contratantes tienen dos opciones para la cobertura dental. Con Dental Plus paga más y tiene primas más altas y menores gastos que paga de su bolsillo. Con Basic Dental paga menos y tiene primas más bajas y mayores gastos que paga de su bolsillo. Los cambios en la cobertura dental existente, solo se pueden realizar durante la inscripción abierta en los años impares. Obtenga mayor información sobre los planes en peba.sc.gov/dental.

Dental Plus

Dental Plus tiene mayores montos permitidos, que son los montos máximos permitidos por el plan para un servicio que este cubra. Los proveedores de la red no pueden cobrarle por la diferencia entre el costo y el monto permitido.

Basic Dental

Basic Dental tiene montos permitidos más bajos, que son los montos máximos permitidos por el plan a pagar por un servicio que tenga cobertura. No hay red para Basic Dental; por lo tanto, los proveedores pueden cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.

	Dental Plus	Basic Dental
Diagnóstico y prevención <i>Exámenes, limpiezas, radiografías</i>	Usted no paga deducible. El plan pagará 100 % del monto mayor permitido . Un proveedor de la red no puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted no paga deducible. El plan pagará 100 % del monto menor permitido . Un proveedor de la red puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.
Básico <i>Empastes, cirugía bucal, tratamientos de conducto</i>	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan le pagará 80 % del monto mayor permitido . Un proveedor de la red no puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 80 % del monto menor permitido . Un proveedor puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.
Prostodoncia <i>Coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes</i>	Usted paga hasta un 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 50 % del monto mayor permitido . Un proveedor de la red no puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 50 % del monto menor permitido . Un proveedor puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.
Ortodoncia ² <i>Limitado a los niños de 18 años o menos que tengan</i>	Usted no paga deducible. Hay un beneficio de por vida de 1000 \$ por cada hijo que tenga cobertura.	Usted no paga deducible. Hay un beneficio de por vida de 1000 \$ por cada hijo que tenga cobertura.
Pago máximo	1.000 \$ anuales por persona para los servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prostodoncia.	1000 \$ anuales por persona para los servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prostodoncia.

¹ Si usted tiene servicios básicos o de prostodoncia, usted paga solo un deducible. El deducible está limitado a tres por familia y por año.
² Hay una prestación vitalicia de un máximo de 1000 \$ por cada hijo que tenga cobertura, independientemente del plan o año del plan.

Primas mensuales para 2021

Si trabaja para un empleador opcional, verifique sus tasas con la oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Familia completa
Dental Plus	25,96 \$	60,12 \$	74,26 \$	99,98 \$
Basic Dental	0,00 \$	7,64 \$	13,72 \$	21,34 \$



Escenario 1: chequeo de rutina

Incluye examen, cuatro radiografías de mordida y limpieza para adultos

	Dental Plus		Basic Dental
	En la red	Fuera de la red	
Cargo inicial del dentista	191,00 \$	191,00 \$	191,00 \$
Cantidad permitida ³	135,00 \$	171,00 \$	67,60 \$
Importe o monto pagado por el plan (100 %)	135,00 \$	171,00 \$	67,60 \$
Su coseguro (0 %)	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
Diferencia entre el importe permitido y el cargo	56,00 \$ <i>El dentista liquida ese monto</i>	20,00 \$	123,40 \$
Usted paga	0,00 \$	20,00 \$ <i>Diferencia entre el importe o monto permitido y el cargo</i>	123,40 \$ <i>Diferencia entre el importe o monto permitido y el cargo</i>

Escenario 2: dos empastes superficiales de amalgama

	Dental Plus		Basic Dental
	En la red	Fuera de la red	
Cargo inicial del dentista	190,00 \$	190,00 \$	190,00 \$
Monto permitido ⁴	145,00 \$	177,00 \$	44,80 \$
Importe o monto pagado por el Plan (80 %)	116,00 \$	141,60 \$	35,84 \$
Su coseguro (20 %)	29,00 \$	35,40 \$	8,96 \$
Diferencia entre el importe permitido y el cargo	45,00 \$ <i>El dentista liquida ese monto</i>	13,00 \$	145,20 \$
Usted paga	29,00 \$ <i>20% de coseguro</i>	48,40 \$ <i>20% de coseguro más la diferencia</i>	154,16 \$ <i>20% de coseguro más la diferencia</i>

³ Los montos permitidos pueden variar según el dentista de la red y / o la ubicación física del dentista.

⁴ El ejemplo supone que se ha alcanzado el deducible anual de 25 \$.

Qué puede hacer durante la inscripción

abierta:

- Los cambios en la cobertura dental existente, se pueden realizar durante la inscripción abierta solo en años impares. Su próxima oportunidad de agregar o eliminar la cobertura dental será en octubre de 2021.



¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención médica?

Incluya ese monto en la hoja de trabajo de la página 11 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta MoneyPlus.

Monto en \$ _____





Paso

Elija su cobertura



Una buena visión es crucial para el trabajo y el juego. También forma parte importante de su salud. Un examen ocular anual puede ayudar a detectar enfermedades graves. Puede hacerse un examen una vez al año y obtener monturas, espejuelos o lentes de contactos. Obtenga mayor información sobre su cobertura oftalmológica en peba.sc.gov/vision

	Costo del miembro de la red	Reembolso fuera de la red
	Usted paga:	Usted recibe:
Examen, con dilatación de ser	Un copago de 10 \$.	Hasta 35 \$.
Imágenes de la retina	Hasta 39 \$.	Sin reembolso.
Monturas	80 % del saldo sobre la asignación de 150 \$.	Hasta 75 \$.
Lentes de plástico estándar	Un copago de 10 \$.	Hasta 55 \$.
Lentes progresivos estándar	A copago de 35 \$.	Hasta 55 \$.
Lentes progresivos de primera calidad	35 \$, 80 \$ para los niveles 1 a 3. Para el nivel 4, usted paga un copago y un 80 % de descuento sobre la asignación de 120 \$.	Hasta 55 \$.
Ajuste y seguimiento de los lentes de contacto estándar	Un copago de 0 \$.	Hasta 40 \$.
Ajuste y seguimiento para los lentes de contacto de primera	Con un copago de 0 \$, recibe 10 % de descuento en el precio minorista menos una asignación de 40 \$	Hasta 40 \$.
Lentes de contacto convencionales	Un copago de 0 \$ y 85 % del saldo por encima de la asignación de 130 \$.	Hasta 104 \$.
Lentes de contacto desechables	Un copago de 0 \$ el copago y 85% del saldo por encima de la asignación de \$130.	Hasta 104 \$.

Primas mensuales para 2021

Si trabaja para un empleador opcional, verifique sus tasas con la oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Familia completa
Visión	5,80 \$	11,60 \$	12,46 \$	18,26 \$

Qué puede hacer durante la inscripción abierta:

Inscribiremos a usted y/o sus dependientes elegibles.

¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención médica oftalmológica?



Incluya ese monto en la hoja de trabajo de la página 11 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta MoneyPlus.

Monto en \$ _____



Paso 4:


Elija su cobertura adicional para su seguro de vida.



Usted está inscrito automáticamente en el seguro básico de vida sin costo alguno si se inscribe en un seguro médico. Esta póliza proporciona 3000 \$ en cobertura. También obtendrá una cantidad equivalente del seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D por sus siglas en inglés). Usted puede elegir más cobertura para usted, su cónyuge y / o sus hijos. Obtenga mayor información sobre sus opciones en seguros de vida y servicios de valor agregado en peba.sc.gov/life-insurance

	Nivel de cobertura	Detalles de la cobertura
Seguro de vida opcional con AD&D	Seleccione hacer incrementos de 10 000 \$ hasta un máximo de 500 000 \$.	<ul style="list-style-type: none"> El monto menor de tres veces las ganancias anuales o 500 000 \$ de cobertura garantizada en de los 31 días posteriores a la elegibilidad inicial. Incluye el importe correspondiente del seguro de AD&D. La cobertura se reduce a 65 % a los 70 años, a 42 % a los 75 años y a 31,7 % a los 80 años o más.
Seguro de vida con AD&D para cónyuge dependiente	Selecciones hacer incrementos de 10 000 \$ hasta un máximo de 100 000 \$ o 50% de su monto de seguro de vida opcional, lo que sea menor.	<ul style="list-style-type: none"> Si usted no está inscrito en el seguro de vida opcional, las coberturas para el cónyuge de 10 000 \$ o 20 000 \$ están disponibles. 20 000 \$ de cobertura garantizada en los 31 días siguientes a la elegibilidad inicial. Incluye el importe correspondiente del seguro de AD&D.
Seguro de vida para hijo dependiente	15 000 \$ por hijo.	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura garantizada. Los hijos son elegibles desde que nacen vivos hasta los 19 o 25 años si son estudiantes a tiempo completo. El hijo solo puede tener cobertura por parte de uno solo de sus padres bajo este plan.

Primas mensuales para 2021

Seguro de vida opcional para el cónyuge dependiente				Seguro de vida para hijo dependiente	
. Sus primas están determinadas por su edad o la de su cónyuge a partir del 31 de diciembre anterior y el importe de la cobertura. Tasas mostradas por cada 10 000 \$ de cobertura. Recuerde revisar su prima, incluso si no cambia sus niveles de cobertura. Su prima mensual cambiará cuando cambie su grupo de edad				1,26 \$ por mes; usted paga solo una prima por todos los hijos elegibles.	
Edad	Tasa	Edad	Tasa	Qué puede hacer durante la inscripción abierta: <ul style="list-style-type: none"> Inscribirse o aumentar la cobertura del seguro de vida opcional hasta 50 000 \$ sin pruebas médicas. Inscribase o aumente la cobertura del seguro de vida opcional (por encima de 50 000 \$) o la cobertura del seguro de vida del cónyuge dependiente con evidencia médica. Reduzca o disminuya la cobertura del seguro de vida opcional o la del seguro de vida del cónyuge dependiente. Inscriba o elimine la cobertura de del seguro de vida para los hijos dependientes 	
Menores de 35	0,58 \$	De 60 a 64	6,00 \$		
De 35 a 39	0,78 \$	De 65 a 69	13,50 \$		
De 40 a 44	0,86 \$	De 70 a 74	24,22 \$		
De 45 a 49	1,22 \$	De 75 a 79	37,50 \$		
De 50 a 54	1,94 \$	de 80 y más	62,04 \$		
De 55 a 59	3,36 \$				



Paso 4:

Elija su cobertura adicional de discapacidad a largo plazo.



Usted queda automáticamente inscrito en la discapacidad básica a largo plazo sin costo alguno si se inscribe en un seguro médico. El beneficio máximo es de 800 \$ por mes. Puede elegir una cobertura mayor para tener una mayor protección. Obtenga mayor información sobre la cobertura de discapacidad a largo plazo en

peba.sc.gov/long-term-disability

Discapacidad suplementaria a largo plazo

El beneficio complementario de Discapacidad a Largo Plazo (SLTD por sus siglas en inglés) proporciona:

- Tarifas competitivas para grupos;
- Beneficios de sobreviviente para los dependientes elegibles;
- Cobertura de lesiones, enfermedades físicas, trastorno mental o embarazo;
- Incentivo para el retorno al trabajo;
- Seguro de conversión SLTD;
- Ajuste por el costo de la vida; y
- Beneficio de seguridad de por vida.

Resumen de los beneficios de SLTD

	Beneficio
Período de espera de los beneficios	90 o 180 días
Beneficio mensual de SLTD ¹	Hasta 65 % de sus ingresos previos a la discapacidad, reducidos por su ingreso deducible
Beneficio mínimo	100 \$ por mes
Beneficio máximo	8000 \$ por mes

¹ Los beneficios de, discapacidad a largo plazo básica y discapacidad complementaria a largo plazo, están sujetos a los impuestos federales y estatales sobre la renta. Consulte con su contador o asesor fiscal sobre su obligación tributaria.

Factores de la prima mensual para 2021

Multiplique el factor de la prima para su edad y la selección del plan por sus ingresos mensuales para determinar su prima mensual.

Edad anterior al 1° de enero	Período de espera de 90 días	Período de espera de 180 días
Menores de 31	0,00062	0,00049
De 31 a 40	0,00086	0,00067
De 41 a 50	0,00170	0,00129
De 51 a 60	0,00343	0,00263
De 61 a 65	0,00412	0,00316
66 años y mayores	0,00504	0,00387

Qué puede hacer durante la inscripción abierta:



- Inscribese en cobertura la complementaria de discapacidad a largo plazo sin evidencia médica.
- Cambie su período de espera de beneficios de 180 días a 90 días para la cobertura existente sin evidencia médica.
- Cambie su período de espera de beneficios de 90 días a 180 días para la cobertura existente sin evidencia médica.
- Renuncia a la cobertura.



Paso : Elija sus elecciones MoneyPlus.



¿Está poniendo el dinero sobre la mesa? MoneyPlus es un programa de cuentas favorecido por los impuestos que le permite ahorrar dinero en sus costos médicos y de sus dependientes elegibles. Usted financia las cuentas con dinero deducido antes de pagar impuestos de su cheque de pago. Obtenga mayor información sobre sus opciones de MoneyPlus en peba.sc.gov/moneyplus.

Miembros del plan estándar Cuenta de gastos médicos

Su plan estándar funciona muy bien con una Cuenta de Gastos Médicos (MSA por sus siglas en inglés). Utilice su MSA para pagar los gastos médicos elegibles, incluyendo los copagos y coseguros. Dado que tiene gastos elegibles, puede utilizar una tarjeta de débito para su cuenta o presentar solicitudes de reembolso. Puede transferir al 2022 hasta 550 \$ de los fondos que no ha usado de su cuenta. Perderá los fondos superiores a los 550 \$ que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.



Miembros del plan de ahorros Cuenta de ahorros de salud

Su plan de ahorros está diseñado para que vaya de la mano con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA por sus siglas en inglés). Con HSA, puede ahorrar hasta 875 \$ al año en impuestos.²

- Pague los gastos médicos de su bolsillo, tales como deducibles y recetas médicas.
- Transporte todos los fondos de un año a otro.
- Usted es dueño de la cuenta y puede mantenerla si deja su trabajo o se retira.
- Si bien hay un límite de contribución anual, no hay límite en cuanto hasta qué monto puede ahorrar en su cuenta.
- Puede invertir fondos para obtener ingresos de inversión libre de impuestos.

Cuenta de gastos médicos de uso limitado

Si tiene una cuenta de ahorros de salud, también puede usar una cuenta de gastos médicos de uso limitado para pagar los gastos que el plan de ahorros no cubre, tales como la atención dental y oftalmológica. Puede transferir al 2022 hasta 550 \$ de los fondos que no ha usado de su cuenta. Perderá los fondos superiores a los 550 \$ que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

Tipo de cuenta	Plan	Fondos disponibles	Gastos médicos	Gastos dentales y oftalmológicos	El saldo se transfiere de un año a otro.	Invierta fondos	Vuelva a inscribirse cada año
MSA	Estándar	1° de enero	✓	✓	Hasta 550 \$		✓
Cuenta de Ahorros de Salud (HSA por MSA de uso limitado)	Ahorros	Como se han depositado	✓	✓	✓	✓	
	Ahorros	1° de enero		✓	Hasta 550 \$		✓

¹ Las contribuciones hechas antes de pagar impuestos reducen sus ingresos imponibles. Cuanto más bajos sean sus ingresos, mayor será el crédito fiscal sobre la renta. Consulte la publicación 596 del Servicio de Ingresos Internos (IRS por sus siglas en inglés), o hable con un profesional de tributos fiscales para obtener mayor información.

² Basado en un individuo hipotético que tiene un ingreso de 40 000 \$ al año, gravado con 25 por ciento, que contribuye con 3500 \$ a su HSA en 2021.



Continuación del paso 6

Todos los miembros

Función de la prima de seguro grupal Pretax

Esta característica le permite pagar las primas de seguro antes de pagar impuestos por salud, oftalmología, dentales y hasta 50 000 \$ de cobertura de seguro de vida opcional. No es necesario volver a inscribirse anualmente.

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

Puede utilizar una Cuenta de Gastos de Cuidado para Dependientes (DCSA por sus siglas en inglés) para pagar los costos de guardería para niños y adultos. No se puede utilizar para pagar la atención médica para dependientes. Usted envía solicitudes de reembolso, ya que tiene gastos elegibles. Los fondos se pueden usar solo para los gastos incurridos desde el 01 de enero de 2021 hasta el 15 de marzo de 2022. Perderá los fondos superiores a los 550 \$ que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

cuotas Cuotas mensuales	
Cuenta de gastos médicos	2,32 \$
Cuenta de ahorros para la salud	1,00 \$
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	2,32 \$
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	2,32 \$
Banco Central (HSA)	
Cuota de mantenimiento (saldos inferiores a 2500 \$)	1,25 \$
Declaraciones en papel	3,00 \$

Qué puede hacer durante la inscripción abierta:

- Inscribise o cancele la función Pretax para las primas grupales de seguros.
- Inscribise, vuelva a inscribirse o cancele sus cuentas de gastos flexibles:
 - Cuenta de gastos médicos
 - Cuenta de gastos médicos de uso limitado.
 - Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes.
- Inscribise o cancele la cuenta de ahorros para la salud.



Límites de contribución para 2021

Cuenta	Límite
Cuenta de gastos médicos	2750 \$
Cuenta de ahorros para la salud	3600 \$ (cobertura por cuenta propia) 7200 \$ (cobertura familiar) 1000 \$ (póngase al día para cuando tenga 55 años o más)
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	2750 \$
Cuenta de gastos de cuidado para dependientes ^{2,3}	2500 \$ (casado, presentando por separado) 5000 \$ (solteros, cabeza de familia) 5000 \$ (casado, presentación conjunta)

Estos son los límites para 2020; los límites de contribución para 2021 serán publicados por el IRS en una fecha posterior.

El límite de contribución para los empleados altamente remunerados es de 1700 \$.

Plazos de reembolso para 2021

Cuenta	Periodo de gracia	Fecha límite
Cuenta de gastos médicos	Ninguna	31 de marzo de 2022
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	Ninguna	31 de marzo de 2022
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	15 de marzo de 2022	31 de marzo de 2022

Cambios permitidos por la ley de ayuda para el COVID-19

La información que figura en este resumen incluye detalles sobre las disposiciones normales del plan. El proyecto de ley de ayuda

\$

Si se inscribe en un HSA, debe abrir una cuenta bancaria en Central Bank e introducir un código de validación en MyBenefits. Visite schsa.centralbank.net para abrir una cuenta.

para el COVID-19, que fue firmado el 27 de diciembre de 2020, permite hacer cambios en las cuentas de gastos flexibles. Vea el **resumen del proyecto de ley de ayuda para el COVID-19 para las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA por sus siglas en inglés) en 2021** para obtener mayores detalles sobre los cambios.



Hoja de trabajo MoneyPlus



Incluya los importes o montos enumerados en del paso 1 al 3 de la siguiente hoja de trabajo, para calcular la cantidad con la cual desee contribuir a una Cuenta de Gastos Médicos (MSA por sus siglas en inglés), o una Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCSA por sus siglas en inglés) Sea conservador en

su planificación. Recuerde que los fondos no reclamados no se le pueden devolver. Sin embargo, puede transferir hasta 550 \$ de los fondos de MSA que no haya utilizado al plan del año 2022. No puede transferir fondos de DCSA y no puede transferir fondos entre las cuentas de gastos flexibles. Consulte la página 10 para conocer los límites anuales de contribución.

Cuenta de gastos médicos

Calcule los gastos médicos elegibles que salen de su bolsillo para el plan anual.

Gastos médicos

Deducible del seguro médico	\$ <input type="text"/>
Copagos y coseguro	\$ <input type="text"/>
Medicamentos con recípe médico	\$ <input type="text"/>
Cuidado dental	\$ <input type="text"/>
Cuidado de la visión	\$ <input type="text"/>
Gastos de viaje para atención médica	\$ <input type="text"/>
Otros gastos elegibles	\$ <input type="text"/>
Contribución anual	\$ <input type="text"/>

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

Calcule los gastos de cuidado de dependientes elegibles para el plan anual.

Gastos para el cuidado de niños

Servicios de guardería	\$ <input type="text"/>
Servicios de atención domiciliaria y de acompañante	\$ <input type="text"/>
Guardería o preescolar	\$ <input type="text"/>
Cuidados para después de la escuela	\$ <input type="text"/>
Campamentos de verano	\$ <input type="text"/>

Gastos de cuidado de ancianos

Centros para servicios de guardería	\$ <input type="text"/>
Servicios de atención domiciliaria	\$ <input type="text"/>
Contribución anual	\$ <input type="text"/>

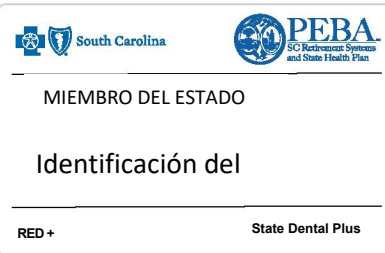


Usted tiene cobertura con las tarjetas de

Usted recibe tarjetas de seguro para beneficios médicos, prescripciones médicas, dentales y oftalmológicas. También puede acceder a sus tarjetas de identificación digitales desde las aplicaciones BlueCross, Express Scripts y EyEMed. Solo el nombre del suscriptor estará en las

Plan de salud

Para obtener ayuda y acceder a su tarjeta, llame a BlueCross al **800.868.2520** o



Dental Plus

Para obtener ayuda y acceder a su tarjeta, llame a BlueCross al **888.214.6230** o inicie sesión en **My Health Toolki**

Si necesita una tarjeta dental



Medicamentos bajo prescripción médica

Para obtener ayuda para acceder a su tarjeta, llame a Scripts Express



Cuidado

Para obtener ayuda para acceder a su tarjeta, llame a EyEMed al **877.735.9314** o visite

También puede ponerse en contacto con los proveedores



Sus beneficios sobre la marcha

¿Sabía que su teléfono puede ser su recurso de acceso para acceder a su información de beneficios de seguros? Las aplicaciones móviles están disponibles para sus servicios de salud, odontología, prescripciones, oftalmología y beneficios flexibles de gastos.



BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

Busque My Health Toolkit.

Beneficios de salud y dentales

- Obtenga información sobre su cobertura.
- Encuentre un proveedor.
- Compruebe el estado de las quejas.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



SCRIPTS EXPRESS

Busque Express Scripts.

Beneficios de las prescripciones médicas

- Compruebe si un medicamento requiere autorización previa y compare los precios de los medicamentos.
- Localice una farmacia de la red.
- Surta y renueve los pedidos de las prescripciones médicas por correo.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



EyeMed

Busque a los miembros de EyeMed.

Beneficios oftalmológicos

- Obtenga información sobre su cobertura.
- Busque a los proveedores de la red.
- Establezca recordatorios para los cambios de los lentes de contacto y exámenes oftalmológicos.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



ASIFlex

Busque el auto servicio de AsiFlex.

Cuentas de gastos flexibles

- Envíe y vea el estado de la reclamación.
- Envíe la documentación.
- Vea los detalles de la cuenta.
- Lea los mensajes de las cuentas seguras.





Gestione sus beneficios de salud y farmacia con My Health Toolkit.

Cuando usted es miembro del plan estatal de salud, tiene un lugar conveniente para administrar sus beneficios de salud y farmacia. My Health Toolkit es el único sitio que debe visitar.

Usar la aplicación My Health Toolkit es fácil. Obtenga mayor información sobre su cobertura.

Busque su cobertura médica, deducible y los gastos que salen de su bolsillo.

Revise las quejas médicas.

Vea el estado de una queja médica actual o anterior, la fecha del servicio, el monto cobrado por su proveedor y el monto que usted podría adeudar.

Revise las reclamaciones dentales.

Busque su cobertura dental, deducible y los gastos que salen de su bolsillo en atención dental.

Vea o reemplace su tarjeta de identificación.

Acceda a una versión electrónica de su tarjeta o solicite una tarjeta de reemplazo visitando todo el sitio web.

Gestione sus prescripciones médicas.

Está a solo un clic de ver todos los detalles de su medicación. Seleccione el **todo el sitio web** para acceder a sus cuentas en Scripts Express. Puede ver las quejas en el historial de los medicamentos prescritos y pagos, encontrar y comparar los precios de los medicamentos, comprobar si un medicamento está sujeto a las reglas clínicas, ver el estado del pedido de su medicamento prescrito, solicitar una tarjeta de identificación temporal y mucho más.

Encuentre un proveedor.

Utilice el vínculo **fine care** para que vea una lista de médicos de la red e instalaciones médicas, o dentistas de su área. Filtre su búsqueda y compare los resultados. Incluso puede ver los comentarios de otros miembros sobre un proveedor específico.

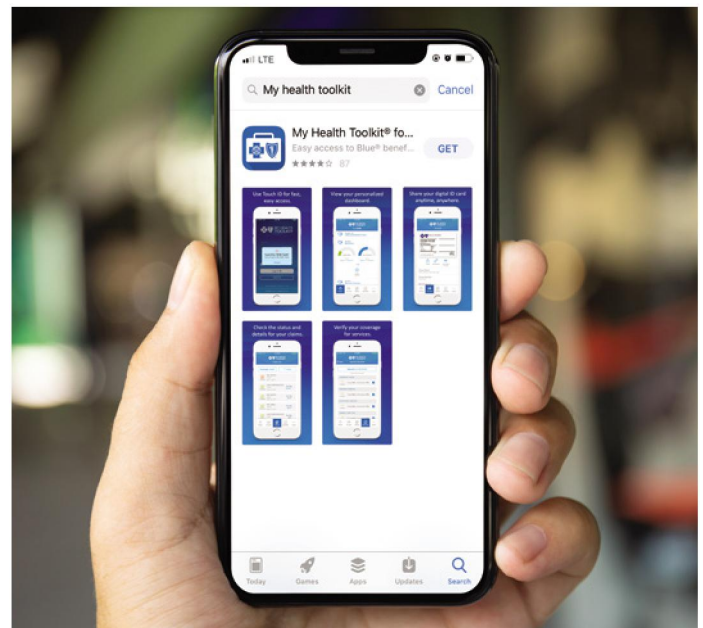
Comience registrándose hoy mismo.

Es fácil registrarse en **My Health Toolkit** Siga estos pasos para tener todo lo que necesita al alcance de su mano.

1. Busque My Health Toolkit en su tienda de aplicaciones.
2. En la aplicación, seleccione **Registrarse**. También puede visitar www.stateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione **Crear una cuenta**.
3. Introduzca su número de identificación de miembro en su tarjeta de identificación del plan estatal de salud y su fecha de nacimiento.
4. Elija un nombre de usuario y una contraseña.
5. Introduzca su dirección de correo electrónico y elija ir a sin papeles

Si no ha creado una cuenta de Express Scripts, se le pedirá que cree una la primera vez que acceda a sus beneficios de farmacia a través de My Health Toolkit.

Si tiene alguna pregunta acerca de su cuenta My Health Toolkit, llame a BlueCross al **800.868.2520**





No pague más de lo que debería.

Sea usted un consumidor inteligente del cuidado de la salud. Consulte la Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) después de recibir los servicios y compare el costo en la factura de su proveedor con el monto indicado en su EOB.

¿Qué es un EOB?

Este es un informe que se crea cada vez que los planes médicos y dentales procesan una queja. La EOB le muestra:

- Cuánto cobró su proveedor por los servicios.
- Cuánto pagó el plan.
- La cantidad que usted deberá pagar, tal como son su copago, deducible y coseguro.
- El monto total que puede deberle al proveedor (lo cual no incluye ninguna cantidad que ya haya pagado).

EOB

1. Información resumida

Esta es la situación del estado de su queja y el monto que pueda estar debiendo o que ya le haya pagado a los proveedores.

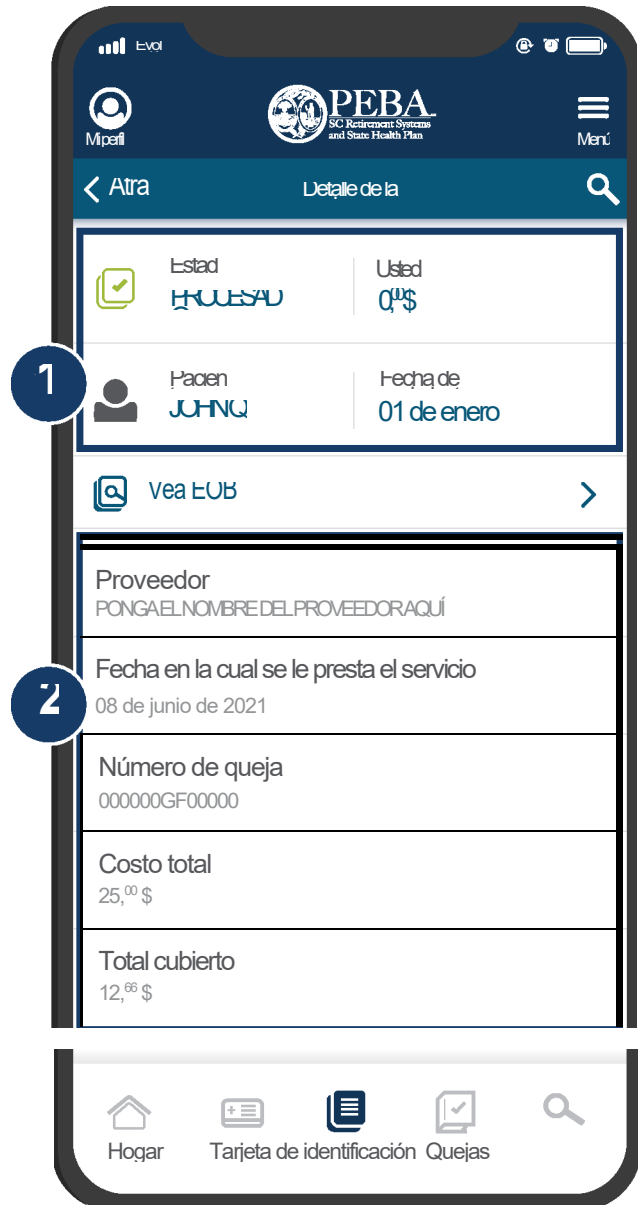
2. Información detallada

Aquí usted verá el nombre del proveedor, la fecha del servicio y el número de la queja. También encontrará el cargo total del reclamo del proveedor y el importe cubierto por el plan.

¡Sea ecológico!

¡Vea sus EOB en la aplicación My Health Toolkit! Además, puede elegir notificaciones no impresas, y le enviaremos un correo electrónico cada vez que aparezca un nuevo EOB.

1. Inicie sesión en su cuenta a través de la aplicación móvil.
2. Seleccione **Mi perfil** debajo del menú.
Línea permanente al 8007630703
3. Seleccione **sus preferencias de contacto**
4. Establezca sus preferencias de correo electrónico, texto o ambos.



Recursos para que sea una mejor versión de usted mismo

¿Está listo para ponerse en marcha en referencia a su salud, pero no está seguro de por dónde comenzar?

Lo bueno es que no tiene que averiguarlo por su cuenta. El plan de salud del estado le ofrece una variedad de recursos, la mayoría de los cuales están disponibles sin costo alguno.



Consultas de salud conductual a través de Blue CareonDemand

No deje que las dificultades emocionales afecten su bienestar. Videochat con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra licenciado desde la comodidad de su hogar. Y, la ayuda no tiene que cesar después de su primera consulta. Continúe con las consultas de seguimiento todo el tiempo que lo necesite. Las citas están disponibles en el momento y con la frecuencia que sean adecuadas para usted. Usted paga un copago de 14 \$,¹ más el importe permitido restante hasta que alcance su deducible. Visite www.BlueCareOnDemandSC.com o descargue use a aplicación gratuita hoy para programar su primera cita.



Consejería de salud

Un consejero de salud puede ayudarle con sus problemas de salud conductual, afecciones crónicas, estilos de vida saludables y apoyo en la maternidad. El orientador de salud está disponible en línea o por teléfono sin costo para los suscriptores del plan estatal de salud y sus familiares adultos que tienen cobertura. Para obtener mayor información, visite peba.sc.gov/health-coaching.



Los miembros del plan de ahorros no pagan copagos por ninguna consulta, pero pagarán el monto total permitido hasta que alcancen su deducible.



Aprenda las habilidades para perder peso y mantenerse delgado mientras sigue comiendo sus alimentos favoritos en este programa en línea de 10 semanas, clínicamente probado. Naturally Slim le enseñará que no se trata de lo que come, sino cuándo y cómo come lo que le ayudará a perder peso. Naturally Slim está disponible sin costo para usted. Obtenga mayor información en www.naturallyslim.com/PEBA



Hogares médicos centrados en el paciente

Un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) ofrece un enfoque de equipo para ayudarle a alcanzar sus metas para que tenga una mejor salud. Además, puede ahorrar dinero cuando utiliza PCMH. Los miembros del plan estándar no pagan el copago de 14 \$ por una consulta en el consultorio de PCMH. Además, los miembros del plan estándar y del plan de ahorros pagan un coseguro de 10 por ciento, en lugar de 20 por ciento, después de cumplir con su deducible. Visite www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com para encontrar un PCMH que esté cerca de usted.



Déjelo de por vida

Si desea dejar de consumir tabaco o cigarrillos electrónicos, el programa confidencial de cese el uso de tabaco Déjelo de Por Vida puede ayudarle a cumplir sus objetivos. El programa está disponible sin costo alguno para los miembros del plan estatal de salud y los dependientes de 13 años o más que tienen cobertura. Para obtener mayor información e inscribirse, visite www.quitnow.net/SCStateHealthPlan



Regístrese en Rally, una plataforma de salud digital que le facilita mejorar y mantener su salud en general. Basado en sus respuestas a una encuesta de salud rápida, obtendrá recomendaciones personalizadas que lo ayudarán a moverse más, comer mejor y sentirse bien. Inicie sesión en su **My Health Toolkit** para registrarse en Rally.



Ahorre dinero y obtenga la atención que necesita.

Su médico de atención primaria debe ser la primera persona que llame para recibir atención médica rutinaria. Pero, ¿qué pasa si el consultorio de su médico está cerrado? ¿O se trata de una emergencia? Evite preocupaciones innecesarias, gastos que salgan de su bolsillo y horas de estar sentado en la sala de emergencias, conociendo sus opciones de atención médica.

Médico de atención primaria

Telesalud

Sala de emergencias



Su médico de atención primaria, o médico habitual, son la mejor opción para obtener atención médica, tales como:

- Manejando su condición crónica.
- Surta sus medicamentos bajo prescripción médica.
- Síntomas de resfriado y gripe, incluyendo fiebre, tos, dolor de garganta y náuseas leves.
- Migrañas.
- Cortes menores y contusiones.
- Conjuntivitis.
- Erupciones, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones de la piel.
- Alergias debidas a los cambios climáticos estacionales.
- Infecciones nasales o respiratorias.
- Esguinces musculares.
- Infecciones del tracto urinario.

Usted paga un copago de 14 \$, ¹ más el importe o monto permitido restante hasta que alcance su deducible. Luego, paga su copago más su coseguro.



Si el consultorio de su médico está cerrado, está usted de viaje o se siente demasiado enfermo para conducir, haga uso de una consulta por video para resolver problemas de salud que no sean de emergencia, tales como:

- Síntomas de resfriado y gripe.
- Conjuntivitis.
- Erupciones y otras irritaciones de la piel.
- Alergias debidas a los cambios climáticos estacionales.

Blue CareOnDemand

Busque Blue CareOnDemand en su tienda de aplicaciones. Puede consultar a un médico que pueda diagnosticar sus síntomas y llame para obtener una prescripción médica en

Usted paga un copago de 14 \$, ¹ más el importe o monto permitido restante hasta que alcance su deducible. Luego, paga su copago más su coseguro.

Visite www.MUSChealth.org/virtual-care para iniciar la consulta. Un médico diagnosticará sus síntomas y le pedirá una prescripción a su farmacia local, de ser necesario.

Este servicio está disponible sin costo para todos los miembros del plan de salud del estado, incluyendo a los



Vaya a Urgencias o llame al 911 para afecciones muy graves o potencialmente mortales, tales como:

- Tos severa o vómitos de sangre.
- Hemorragia abundante e incontrolada.
- Pérdida de conciencia o mareos repentinos.
- Lesiones graves, como huesos rotos o traumatismo craneal.
- Reacciones alérgicas severas.
- Signos de un ataque cardíaco, como dolor en el pecho que dure más de dos minutos.
- Signos de accidente cerebrovascular, tales como entumecimiento, pérdida repentina del habla o de la visión.

Usted paga un copago de 175 \$, ¹ más el importe o monto permitido restante hasta que alcance su deducible. Luego, paga su copago más su coseguro.

¹ Los miembros del plan estándar que reciban atención de un PCMH no pagarán un copago. Los miembros del plan de ahorros no pagan copagos por ninguna consulta, pero pagarán el monto total permitido hasta que alcancen su deducible.



Consultas rutinarias para adultos y el plan estándar

Las consultas rutinarias pueden ser una parte clave de la atención preventiva. Ellos pueden asegurarle que usted está tan sano como se siente, o le pueden inducir a hacer preguntas sobre su salud. Obtenga mayor información sobre las consultas rutinarias para adultos y cuándo tienen coberturas, en peba.sc.gov/well-visits

Cómo funciona el beneficio

Los servicios respaldados por pruebas, basados en las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF por sus siglas en inglés), se incluyen como parte de una consulta rutinaria para adultos en el marco del plan estatal de salud.

Después de hablar con su médico durante la consulta, el médico puede decidir qué servicios necesita y elabore un plan de cuidado personal para usted.

Las consultas rutinarias para adultos están sujetas a copagos, deducibles y coseguro en los años que tienen cobertura.

¿Quién es elegible?

El beneficio está disponible para todos los adultos primarios no pertenecientes a Medicare de 19 años o más y que tengan cobertura para el

Plan estándar. Los miembros adultos pueden aprovechar este beneficio de parte de un proveedor elegible de la red.

Las mujeres que reúnan los requisitos pueden utilizar su consulta rutinaria con su ginecólogo o a su médico de atención primaria, pero no ambas, en un año de cobertura. Si una mujer consulta a ambos médicos en el mismo año que tiene cobertura, solo tendrá cobertura para la primera consulta rutinaria a la oficina recibida. Las mujeres en edades de 18 a 65 pueden hacerse una prueba de Papanicolaou anual sin costo para el miembro a través de los beneficios de PEBA. En los años que usted no es elegible para una consulta rutinaria para adultos, aún puede realizarse un Papanicolaou

Papanicolaou sin costo alguno para los miembros.

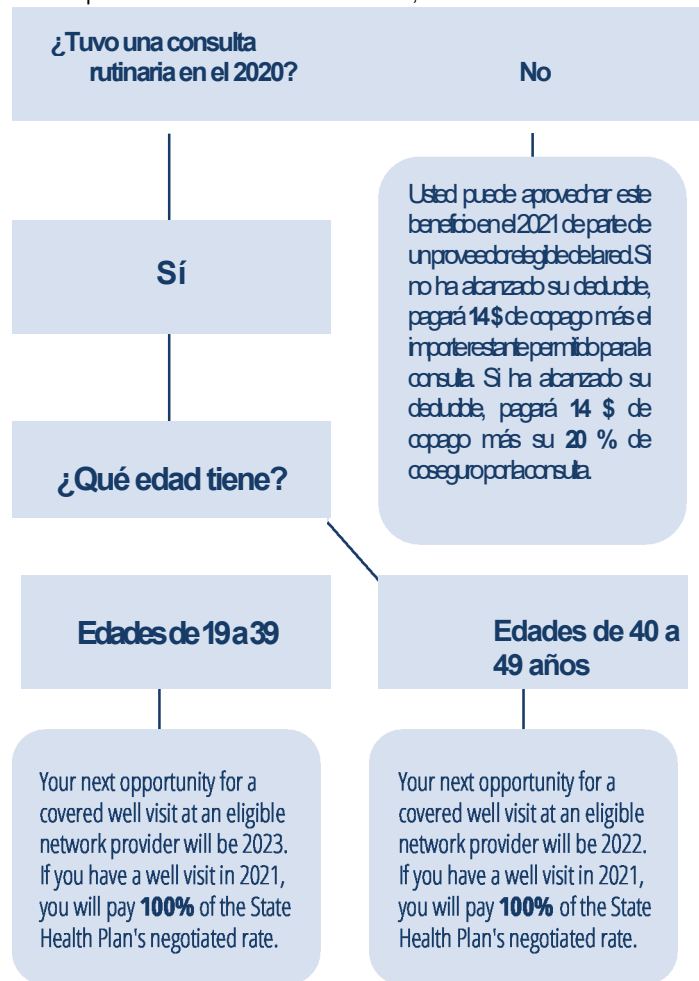
Frecuencia de las consultas

El plan cubrirá solo una consulta en los años que tienen cobertura, de acuerdo con el siguiente calendario:

	Una vez al año	Una vez cada dos años	Una vez cada tres años
Edades de 19 a 39			V
Edades de 40 a 49 años		V	
Edad de 50 años o más	V		

¿Se puede tener una consulta rutinaria para el 2021 si es menor de 50 años?

Los miembros de 50 años o más pueden tener una consulta rutinaria anual. Los miembros menores de 50 años pueden determinar cuándo pueden tener una consulta rutinaria, a continuación.



En los años que no tienen cobertura, la cantidad que usted paga por una consulta rutinaria no se aplicará a su deducible o a su máximo de coseguro.



Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El plan estatal de salud ofrece muchos beneficios basados en el valor sin costo alguno a sus miembros primarios a través de los beneficios de PEBA. Además, puede reservar dinero antes de pagar impuestos en su cuenta MoneyPlus para pagar por su consulta rutinaria para adultos. Aprenda cómo coordinar sus beneficios, MoneyPlus y PEBA, con su consulta rutinaria para adultos, a continuación.



Ahorre dinero en su cuenta MoneyPlus. Calcule cuánto gastará en su consulta rutinaria para adulto en un año con cobertura o un año sin cobertura. Incluya esta cantidad en la hoja de trabajo de la página 11 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta MoneyPlus en \$

Hágase su examen preventivo. Usted puede hacerse un examen biométrico previo sin costo alguno, lo cual minimizará su costo durante su consulta rutinaria para adultos.

Tenga su consulta rutinaria para adultos después de su examen preventivo. Las recomendaciones de USPSTF A y B se incluyen como parte de una consulta rutinaria para adultos. Después de hablar con su médico durante la consulta, el médico puede decidir qué servicios necesita y elaborar un plan de cuidado personal.

Comparta los resultados de las pruebas preventivas con su médico. Recibirá un informe confidencial con los resultados de su evaluación y le recomendamos que lo comparta con su médico para que no tenga la necesidad de volver a realizarse la prueba en la consulta rutinaria. El compartir sus resultados minimizará el costo de su consulta rutinaria para adultos.

Siga las recomendaciones de su médico y manténgase comprometido con su salud. Le recomendamos que aproveche las demás ventajas de los beneficios de PEBA que tiene a su disposición. Si es elegible regístrese en No-Pay Copay para que reciba ciertos medicamentos genéricos sin costo alguno. Obtenga mayor información en la página 20.

Servicios no incluidos como parte de la consulta de bienestar para adultos

Los servicios no incluidos como parte de la consulta rutinaria para adultos son aquellos que no tenga una recomendación A o B por parte de la USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en www.USPreventiveServicesTaskForce.org. Otros servicios, incluyendo un recuento sanguíneo completo (CBC), ECG, prueba de PSA y panel metabólico básico,

Estos servicios están sujetos a copagos, deducibles y coseguros, así como a las provisiones normales del plan. Las consultas y servicios de seguimiento como resultado de su consulta rutinaria también están sujetos a las disposiciones normales del plan.

Nota importante a cerca de las consultas rutinarias

La estructura de beneficios de la consulta rutinaria para 2021 es dependiente tras la aprobación por parte de la asamblea general del presupuesto para el ejercicio fiscal de 2021. El presupuesto no está finalizado en este momento. La estructura de beneficios estará disponible en peba.sc.gov/well-visits antes del 01 de octubre de 2020.

Consultas rutinarias para adultos y el plan estándar

Los miembros del plan de ahorros son elegibles para una consulta rutinaria anual sin costo alguno para los miembros. Los servicios respaldados por pruebas, basados en las recomendaciones de USPSTF A y B, se incluyen como parte de la consulta rutinaria para adultos. Después de hablar con su médico durante la consulta, su médico puede decidir qué servicios necesita y elaborar un plan de cuidado personal.





Beneficios basados en el valor sin costo para usted

Siempre es mejor abordar un problema de salud antes de que se convierta en una crisis de salud. Consulte a un proveedor de la red o farmacia para aprovechar estos beneficios basados en el valor sin que tenga costo alguno para usted. Estos beneficios

pueden ayudarle a que sea más fácil para usted y su familia mantenerse saludables. Para obtener mayor información sobre los beneficios de PEBA, incluyendo la elegibilidad, visite www.PEBAperks.com

Examen preventivo

La identificación temprana de los problemas de salud puede prevenir enfermedades graves y ayudarle a ahorrar dinero. Este beneficio, por el valor de más de 300 \$, le permite recibir un examen biométrico sin costo alguno.

Tenga su consulta rutinaria para adultos después de su examen preventivo.

Comparta sus resultados con su proveedor de red para eliminar la necesidad de volver a examinarse en una consulta rutinaria. El compartir sus resultados

Vacuna contra la gripe

La gripe afecta entre el 5 y el 20 por ciento de la población estadounidense anualmente. Una vacuna anual contra la gripe es la mejor manera de reducir el riesgo de enfermarse y propagarla a los demás.

Vacunaciones para adultos

Las vacunas son una de las formas más seguras de proteger su salud y la de quienes le rodean. El plan estatal de salud cubre las vacunas para adultos, incluyendo la vacuna Shingrix, en función de las recomendaciones para la edad, intervalo e historial médico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés).

Beneficios para el niño sano (exámenes e inmunizaciones)

Este beneficio tiene como objetivo promover la buena salud y la prevención de enfermedades en los niños. Niños con cobertura hasta la edad de 18 años, son elegibles para este beneficio. El plan estatal de salud cubre las consultas médicas basadas en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y las inmunizaciones basadas en las recomendaciones del CDC con los proveedores de la red.



Detección del cáncer colono rectal

El cáncer colono rectal es la segunda causa más común de muerte por cáncer en los Estados Unidos. El plan estatal de salud cubre el costo de los exámenes diagnósticos y rutinarios basados en los rangos de edad recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF por sus siglas en inglés). Cualquier cargo del centro de atención o trabajo de laboratorio asociado, como resultado de la detección, puede estar sujeto a la responsabilidad del paciente.

Detección del cáncer cervical

Las muertes por cáncer cervical han disminuido desde la implementación de exámenes generalizados para este tipo de cáncer. El plan estatal de salud les permite a las mujeres de entre 18 y 65 años hacerse una prueba de Papanicolaou anualmente sin costo alguno. Para las mujeres de 30 a 65 años, el plan cubre la prueba del VPH en combinación con una prueba de Papanicolaou una vez cada cinco años sin costo alguno.

Copago sin pago

El copago sin pago anima a los miembros a comprometerse más con su salud y les ahorra dinero. Al realizar cada trimestre ciertas actividades en Rally, los miembros pueden recibir ciertos medicamentos genéricos el próximo trimestre sin costo alguno. Las condiciones que tienen cobertura incluyen:

- Presión arterial alta y colesterol alto.
- Enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad de la arteria coronaria.
- Diabetes. Resumen del seguro para 2021



Mamografía

La mamografía es un paso importante para cuidarse a sí misma. Este beneficio proporciona una mamografía rutinaria de referencia (cuatro consultas) para mujeres de 35 a 39 años. Las mujeres mayores de 40 años pueden hacerse una mamografía rutinaria (cuatro consultas) por año. El plan estatal de salud también abarca las mamografías diagnósticas, las mismas están sujetas a la responsabilidad del paciente.

Educación sobre la diabetes

Manejar su diabetes puede ayudarle a sentirse mejor. También puede reducir la probabilidad de desarrollar complicaciones. Este beneficio proporciona educación sobre la diabetes a través de los educadores certificados en diabetes.

Cese del uso del tabaco

Este beneficio le proporciona la inscripción en el programa "Déjelo de por vida" sin costo alguno. También incluye un copago de 0 \$ para algunos medicamentos para cesar con el uso del tabaco a los participantes elegibles.

Extractor de leche materna

Este beneficio les da a los miembros ciertos extractores de leche eléctricos o manuales sin costo alguno. Los miembros pueden aprender a obtener un extractor de leche inscribiéndose en el programa del manejo de la maternidad "Coming Attractions".

Consultas de lactancia a través de Blue CareOnDemand

Este beneficio les permite a los miembros chatear por video con un consultor de lactancia sin costo alguno. Obtenga ayuda para muchos de los problemas comunes asociados a la lactancia materna, desde la comodidad y privacidad de su propio hogar. Y esto no tiene que dejarse de hacer después de la primera consulta. Puede programar citas de seguimiento a tiempo y con la frecuencia adecuadas para usted.

Ayuda para su salud en la palma de su mano

Los mensajes de texto son una excelente manera de mantenerse al día con los hijos, amigos y sus citas. También pueden ayudarle a mantenerle al tanto de su salud.

Regístrese para recibir mensajes móviles seguros, del plan estatal de salud. Obtendrá información sobre los beneficios, recordatorios de salud y bienestar, y consejos para ahorrar en costos.

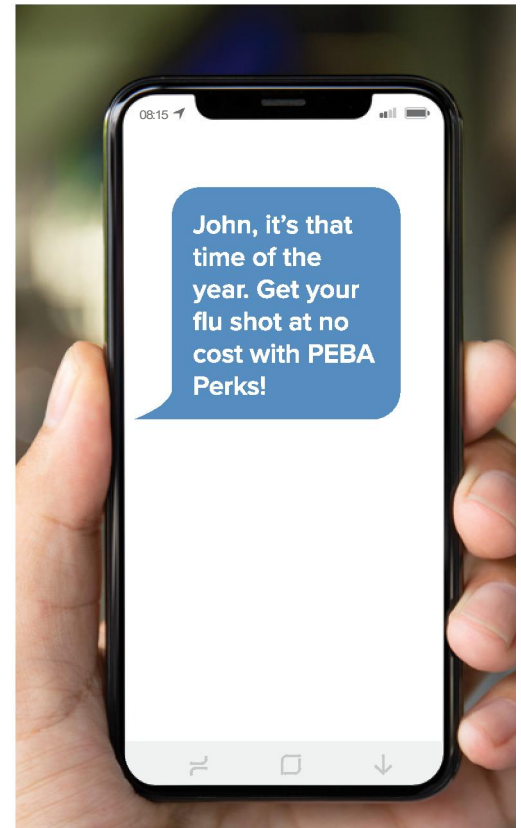
Aprenda a evitar contraer un resfriado. Infórmese sobre los beneficios disponibles sin costo alguno. Obtenga información sobre los programas de estilo de vida saludable, orientación de salud y beneficios basados en valores.

La mensajería móvil es completamente opcional, ¡pero le recomendamos que se registre! Es una forma sencilla y segura de obtener información que puede usar.

Regístrese para recibir mensajes en su teléfono móvil.

1. Llame al **844.284.5417** desde su teléfono móvil; o
2. Envíe un mensaje de texto a **PERKS** al 735-29.

Pueden aplicarse tarifas de datos.





Evite los costos obteniendo la aceptación para su atención.

Algunos servicios de salud médica y conductual necesitan autorización previa para que el plan estatal de salud le proporcione cobertura. Esto significa que usted o su proveedor deben hacer una llamada telefónica.

No pedir la autorización previa puede conllevar a una multa de \$ 490. La autorización previa no garantiza el pago.

Servicios médicos

Para autorizar previamente su tratamiento médico, llame a Medi-Call al **800.925.9724** al menos dos días hábiles antes:

- Atención hospitalaria, incluida la admisión a un hospital para tener un bebé.
- Un servicio ambulatorio que resulte en una hospitalización.
- Cirugía ambulatoria para una septoplastia (cirugía en el tabique de la nariz).
- Cirugía ambulatoria o de hospitalización, para una histerectomía.
- Escleroterapia (cirugía de las venas).
- Quimioterapia o radioterapia.
- Hospitalización en un centro de atención o cuidados a largo plazo o centro de enfermería.
- Pedido de equipos médicos duraderos.
- Fertilización in vitro u otros procedimientos de infertilidad.
- Un trasplante de órganos.
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios conexos, terapia física, del habla u ocupacional.

Embarazo

Debe ponerse en contacto con Medi-Call al **800.925.9724** durante los tres primeros meses del embarazo.

Emergencias

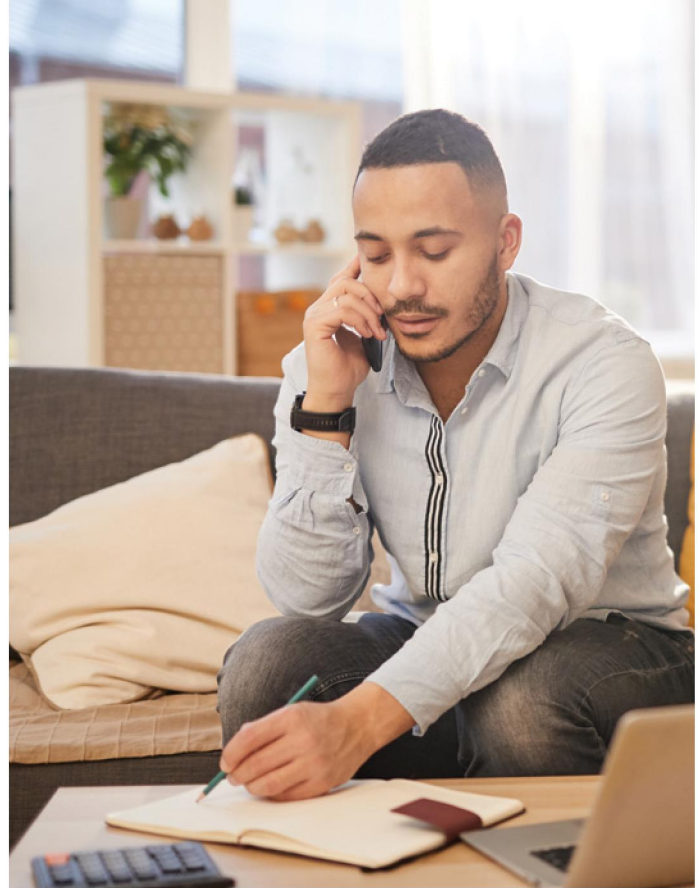
Si tiene una emergencia hospitalaria, debe ponerse en contacto con Medi-Call al **800.925.9724** para informar de su hospitalización en un plazo de 48 horas o al siguiente día hábil.

Servicios de radiología

Para obtener una autorización previa de servicios de radiología, llame a los Asociados Nacionales de Imágenes al **866.500.7664**

- Tomografía Computarizada (CT por sus siglas en inglés). Angiografía por Resonancia Magnética (MRA por sus siglas en inglés).
- Resonancia Magnética (MRI por sus siglas en inglés).
- Tomografía por Emisión de

Positrones (PET por sus siglas en inglés)



Servicios de salud del comportamiento

Para obtener una autorización previa de sus servicios para el comportamiento, llame a las alternativas de beneficios para el Compañero al **800.868.1032**

- Atención de hospitalización.
- Atención hospitalaria ambulatoria intensiva.
- Atención parcial de hospitalización.
- Terapia electroconvulsiva ambulatoria.
- Terapia magnética transcraneal repetitiva.
- Terapia de análisis conductual aplicada.
- Exámenes psicológicos y neuropsicológicos.

Algunos servicios de salud conductual ambulatorios pueden no estar cubiertos por el plan si usted no lo autoriza previamente.



Términos útiles

La jerga o lenguaje utilizado en el área de los seguros puede ser confusa. Sin embargo, es importante que comprenda sus beneficios y cómo funcionan. Estos son algunos términos que tiene que conocer.

Monto permitido La cantidad máxima que puede tener que pagarle a un proveedor de la red por un servicio que tenga cobertura. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del plan como su tarifa total.

Beneficios Los artículos o servicios que tienen cobertura bajo su plan de seguro.

Queja Una solicitud de pago que usted o su proveedor envíen después de recibir los servicios.

Coseguro Este es un porcentaje del costo de la atención médica que paga después de cumplir con su deducible. Por ejemplo, digamos que la cantidad permitida por el plan estatal de salud para una consulta al consultorio es de 114 \$ y el miembro ha alcanzado su deducible. Después de que un miembro del plan estándar pague el copago de 14 \$, su pago de coseguro de 20 por ciento sería de 20 \$. El plan de salud paga el resto de la cantidad permitida, o sea 80 \$.

Coseguro máximo Monto del coseguro que debe pagar anualmente antes de que ya no esté obligado a pagar el coseguro.

Copago El monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica o un medicamento que tenga cobertura. Los miembros del plan estándar pagan copagos para los medicamentos prescritos y copagos por las consultas en el consultorio, atención de emergencia y servicios ambulatorios. Los miembros del plan de ahorros no pagan copagos. Los miembros del plan estándar continuarán pagando los copagos incluso después de alcanzar su deducible.

Revisión de la cobertura Un término general para los diferentes tipos de procesos que utiliza el plan para garantizar la seguridad y el uso eficaz de los medicamentos prescritos y alentar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible.

Deducible El monto que usted paga por los servicios que tienen cobertura antes de que su plan de salud comience a pagar.

Dependiente Un hijo o cónyuge elegible que tenga cobertura bajo su plan de salud.

Formulario nacional preferido El formulario, o lista de medicamentos preferidos, utilizado por Express Scripts.

Tasa negociada El monto máximo que puede tener que pagarle a un proveedor de la red por un servicio que está cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del plan como su tarifa total. La tasa negociada es la misma que el monto permitido.

Red Un grupo de instalaciones, proveedores y suplidores bajo contrato que atienden a las personas que tienen cobertura bajo un plan de salud, odontológico u oftalmológico.

Gastos que salen de su bolsillo Estos son sus costos por los gastos que no son reembolsados por el seguro. Los gastos que salen de su bolsillo incluyen deducibles, coseguros y copagos para los servicios que tienen cobertura, además de todos los costos de los servicios que no tienen cobertura.

Autorización previa La decisión de que un servicio, un medicamento prescrito o una pieza de equipo sea necesaria desde el punto de vista médico. Ciertos servicios y medicamentos requieren de autorización previa antes de recibirlos, excepto en caso de emergencia. También puede escucharlo en referencia a la certificación o autorización previa.

Prima El monto que paga por la cobertura del seguro.

Proveedor Puede referirse al profesional médico que le presta la atención o la instalación donde recibe el servicio de salud o servicios de atención.



Planifique su cobertura de seguro para 2021.

La inscripción abierta es del 01 al 31 de octubre de 2020.

Durante la inscripción abierta, puede cambiar su cobertura para 2021. Revise su cobertura actual en **MyBenefits** (mybenefits.sc.gov). Si está satisfecho con sus elecciones actuales, lo único que debe hacer es volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles de MoneyPlus. Todos los cambios de la inscripción abierta entrarán en vigor el 01 de enero de 2021.

Su siguiente paso

Utilice la hoja de trabajo de inscripción abierta en la página 26 para planificar sus elecciones de cobertura.¹ Asegúrese de revisar los detalles sobre los cambios en la inscripción abierta en peba.sc.gov/oe

Nuevos contratados

Su empleador iniciará el proceso de inscripción. Usted tendrá que proporcionarle una dirección de correo electrónico válida a su empleador y luego realizar sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones del correo electrónico que recibe de parte de PEBA.

A partir de la fecha en que es elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro médico y tendrá otros beneficios del seguro, disponibles.

Su siguiente paso

Utilice la nueva hoja de trabajo de contratación de la página 27 para planificar sus elecciones de cobertura.¹ Luego, siga el enlace en el correo electrónico que recibe de parte de PEBA para

¹ No se trata de una elección de beneficios. Debe seguir los pasos aplicables para inscribirse para 2021. Vea la información de elegibilidad, detalles de cobertura y limitaciones en las páginas 1-11.

Guía de beneficios del seguro

La Guía de beneficios del seguro para 2021 está disponible en línea en peba.sc.gov/publications.

Resúmenes de los beneficios y de la cobertura

Los resúmenes de los beneficios y de la cobertura para 2021 para el plan estándar y el plan de ahorros están disponibles en línea en peba.sc.gov/publications. Para solicitar una copia, llame a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Descargo de responsabilidad

Los administradores de beneficios y otras personas elegidas por su empleador para ayudarle respecto a su participación en los programas de beneficios para empleados administrados por la Autoridad de Beneficios Públicos para Empleados de Carolina del Sur (PEBA por sus siglas en inglés) no son agentes o empleados de PEBA y no están autorizados a obligar a PEBA ni a hacer declaraciones en nombre de PEBA.

Aviso de los derechos adquiridos

La autoridad de beneficios del empleado público de Carolina del Sur cree que el plan de salud del estado es un "plan de salud adquirido" en virtud de la ley de protección al paciente y atención asequible (Ley de cuidado asequible). Según lo permitido por la ley de cuidados asequibles, un plan de salud adquirido, puede preservar cierta cobertura básica de salud que ya estuviera en vigor cuando se promulgó esa ley. El ser un plan de salud adquirido significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la ley de cuidado asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventiva sin ningún tipo de costo compartido. Sin embargo, los planes de salud adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones de los consumidores según la ley de cuidado asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites vitalicios de los beneficios.

Las preguntas sobre cuáles protecciones se aplican y cuáles no, a un plan de salud adquirido, y qué podría hacer que un plan cambie de a un plan de salud adquirido; puede dirigirse al administrador del plan por el 803.737.6800 o 888.260.9430.



Divulgaciones de terceros

Estas empresas brindan servicios en nombre de la autoridad de beneficios para empleados públicos de Carolina del Sur, que administra el plan de salud del estado y otros beneficios del seguro BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es el administrador externo para el plan estatal de salud y beneficios dentales. BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es un licenciario independiente de la asociación Blue Cross y Blue Shield. Rally es un producto de Rally Health Inc., una empresa independiente que ofrece una plataforma de salud digital en nombre del plan estatal de salud. El programa "Déjelo de por vida" llega a usted a través de la Sociedad Americana para el Cáncer y Optum. Optum es una marca registrada de Optum, Inc. El nombre y el logotipo de la Sociedad Americana del Cáncer son marcas registradas de la Sociedad Americana para el Cáncer. Optum administra el programa Déjelo de por vida. Naturalmente delgado es una empresa independiente que proporciona la información médica en nombre del plan estatal de salud. Companion Benefit Alternatives, Inc. administra los servicios de salud conductual. National Imaging Associates administra los servicios de radiología. Express Scripts administra los beneficios de farmacia. EyEMed administra los beneficios para la visión. MetLife administra los beneficios del seguro de vida. The Standard administra los beneficios por discapacidad a largo plazo. ASIFlex administra el programa MoneyPlus.

Aviso de no discriminación

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. PEBA no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

PEBA:

- Les proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas que padecen de discapacidad de comunicación efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma materno no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el oficial de privacidad de PEBA.

Si usted cree que PEBA no ha prestado estos servicios o discriminado de alguna u otra manera por motivos de raza, color, origen nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: PEBA Privacy Oficial, 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 803.734.0119 (teléfono), 803.570.8110 (fax), o a privacyofficer@peba.sc.gov. Usted puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el oficial de privacidad de PEBA está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja debido a sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, oficina de derechos civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en: Av. 200 Independence, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Asistencia lingüística

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.260.9430

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.260.9430

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.260.9430

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.260.9430 번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.888.260.9430

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.260.9430.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.260.9430.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.888.260.9430.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.888.260.9430.

. 1.888.260.9430 نإف، غللا ركذا شححت تنك اذ: تقوحم 1.888.260.9430 مقرب لصلتا. ناجملاب لكل رفاوتت ةيوغللا قدعاسملا تامدخ

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1.888.260.9430.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.888.260.9430まで、お電話にてご連絡ください。

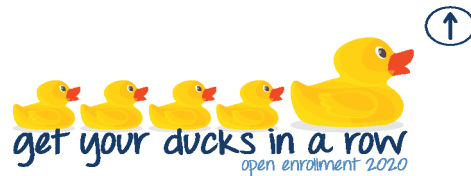
УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1.888.260.9430.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1.888.260.9430 पर कॉल करें।

ប្រយ័ត្ន៖ បរិស្ថានជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្លូវភាសា ដោយមិនគិតល្មន្តល គឺអាចមានសំរាប់បរិស្ថាន។ ចូរ ទូរស័ព្ទ

1.888.260.9430 ។

Abra la hoja de trabajo de inscripción



Utilice esta hoja de trabajo para planificar las elecciones para 2021. Esto no se trata de una elección de beneficios. Debe seguir los pasos aplicables para inscribirse para 2021. Vea la información de elegibilidad, detalles de cobertura y limitaciones en las páginas 1-11.



Elija su plan de salud. (Página 2)

Plan estándar
Considere la posibilidad de abrir una cuenta de gastos médicos.

Plan de Ahorros
Considere la posibilidad de abrir una cuenta de ahorro médico y una cuenta de gastos médicos de uso limitado.

Plan complementario de TRICARE

Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado y cónyuge
- Empleado e hijos
- Familia completa

Elija su plan dental. (Página 4) Los cambios en la cobertura dental existente se pueden realizar durante la inscripción abierta solo en los años impares. Su próxima oportunidad de agregar o eliminar la cobertura dental será en octubre de 202 para el plan anual de 2022.



Elija su cobertura adicional del seguro de vida. (Página 7)

Seguro de vida opcional
Monto en \$ _____
(deben hacerse en incrementos de 10 000 \$)
Seguro de vida para el cónyuge dependiente

Monto en \$ _____
(deben hacerse en incrementos de 10 000 \$)
Seguro de vida para hijos dependientes



Elija su cobertura adicional para la discapacidad a largo plazo. (Página 8)

Período de espera de los beneficios

Inscríbase en la cobertura de SLTD
Período de espera de las prestaciones de 90 días de espera de prestaciones de 180 días . Cambie el período de espera del beneficio



Elija su cobertura para la visión. (Página 6)

Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado y cónyuge
- Empleado e hijos
- Familia completa



Escoja sus selecciones de MoneyPlus. (Página 9)

Miembros del plan estándar

Cuenta de gastos médicos
Monto en \$ _____

Miembros del plan de ahorros

Cuenta de ahorros de salud
Monto en \$ _____

Cuenta de gastos médicos de uso limitado. A monto en \$ _____

Todos los miembros

Función de la prima grupal Pretax Cuenta de gastos de atención para dependientes

Monto en \$ _____



Hoja de trabajo de la nueva contratación

Utilice esta hoja de cálculo para planificar las selecciones. Esto no se trata de una elección de beneficios. Debe seguir los pasos aplicables para inscribirse. Vea la información de elegibilidad, detalles de cobertura y limitaciones en las páginas 1-11.



Elija su plan de salud. (Página 2)

- Plan estándar
Considere la posibilidad de abrir una cuenta de gastos médicos.
- Plan de Ahorros
Considere la posibilidad de abrir una cuenta de ahorro médico y una cuenta de gastos médicos de uso limitado.
- Plan complementario de TRICARE

Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado y cónyuge
- Empleado e hijos
- Familia completa



Elija su plan dental. (Página 4) *Su próxima oportunidad de agregar o eliminar la cobertura dental será en octubre de 2021 para el plan anual de 2022.*

- Dental Plus
- Dental Básico **Nivel de cobertura**
- Empleado
- Empleado y cónyuge
- Empleado e hijos
- Familia completa



Elija su cobertura para la visión. (Página 6)

Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado y cónyuge
- Empleado e hijos
- Familia completa

Elija su cobertura adicional del seguro de vida. (Página 7)

- Seguro de vida opcional



Monto en \$ _____
(debe hacerse en incrementos de 10.000 \$)

Seguro de vida para el cónyuge dependiente

Monto en \$ _____
(debe hacerse en incrementos de 10.000 \$)

Seguro de vida para los hijos dependientes

Elija su cobertura adicional para la discapacidad a largo plazo. (Página 8)

Periodo de espera de

beneficios 90 días

180 días



Escoja sus selecciones de MoneyPlus. (Página 9)

Miembros del plan estándar

Cuenta de gastos médicos

Monto en \$ _____



Miembros del plan de ahorros

Cuenta de ahorros de salud

Monto en \$ _____

Cuenta de gastos médicos de uso limitado. A

monto en \$ _____

Todos los miembros

Función de la prima de seguro grupal Pretax

Monto en \$ de la cuenta de gastos de atención para dependientes _____



PEBASM

SC Retirement Systems
and State Health Plan

Autoridad de beneficios para empleados públicos de Carolina del Sur
Prestarle servicios a quienes le prestan servicios a Carolina del Sur

202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

803.737.6800 | 888.260.9430
peba.sc.gov



This document does not constitute a comprehensive or binding representation regarding the employee benefits offered by PEBA. The terms and conditions of insurance plans offered by PEBA are set out in the applicable plan documents and are subject to change. The language on this flyer does not create any contractual rights or entitlements for any person. PEBA complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.260.9430. 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.260.9430

SCPERA | Expira 31-12-2021
Clasificación de datos: información pública