

2020

Guía de Beneficios de Seguros



Tabla de contenido

Exención de responsabilidad	12	MyBenefits.....	24
Estatus de derechos adquiridos del Plan de Salud Estatal.....	12	Sistema en línea de inscripción de beneficios del seguro de PEBA.....	24
Aviso de no discriminación.....	12	Situaciones especiales de elegibilidad	24
Asistencia para idiomas	13	Matrimonio.....	25
Información General.....	15	Divorcio	25
¿Qué hay de nuevo para el 2020?	16	Sumando hijos	26
Primas de salud.....	16	Eliminando un cónyuge o hijos	27
Primas de visión	16	Obteniendo otras coberturas	28
Primas dentales.....	16	Obtención de cobertura de Medicare	28
Elegibilidad para beneficios de seguros	16	Pérdida de otras coberturas.....	29
Empleados activos	16	Cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)	30
Beneficios en los que se pueden inscribir los empleados elegibles	17	Permisos de ausencia.....	30
Un jubilado elegible	17	Primas durante ausencia no remunerada.....	30
Un cónyuge elegible	18	Seguro de vida durante ausencia no remunerada.....	31
Un hijo elegible	18	Seguro suplementario por discapacidad a largo plazo durante ausencia remunerada o no remunerada	31
Un sobreviviente.....	19	Ausencia por la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA)	31
Inscripción Inicial	20	Permiso de ausencia militar	31
Empleados	20	Indemnización laboral	31
Jubilados	20	Cuando la cobertura termina	31
Información que Ud. necesita al inscribirse	21	Continuación de cobertura (COBRA)	32
Documentos que necesita al inscribirse	21	Elegibilidad	32
Completando su inscripción inicial a través de su administrador de beneficios.....	22	Cuando no se ofrece cobertura continua.....	32
Luego de su inscripción inicial	22	Cómo continuar la cobertura bajo COBRA	32
Tarjetas del seguro	22	Ejemplo de una situación COBRA	33
Número de Identificación de Beneficios	22	Cómo puede terminarse una cobertura continua bajo COBRA	33
Inscribiéndose como empleado transferido	23	Cuando terminan los beneficios provistos bajo COBRA.....	33
Inscripción abierta anual	23	Extendiendo la cobertura continua.....	33
Cambiando de planes o cobertura durante un periodo de inscripción abierta	23		

Otras opciones de cobertura	34	Buscando un proveedor médico o de salud conductual de la red	49
Muerte de un suscriptor o de un cónyuge o hijo amparado.....	34	Buscando un proveedor de la red fuera del estado o en otro país	49
Sobrevivientes.....	34	Red de proveedores de medicamentos recetados	51
Apelaciones de determinaciones de elegibilidad .35		Red de proveedores de cuidado de la vista	51
¿Qué tal si estoy en desacuerdo con una decisión sobre elegibilidad?	35	Beneficios fuera de la red	51
Seguro de salud	37	Facturación de saldos	51
Sus opciones de Plan de Salud Estatal	38	Diferencial fuera de la red.....	51
Plan Estándar.....	38	Plan Estándar.....	52
Plan de Ahorros	38	Plan de Ahorros	52
Plan Suplementario de Medicare.....	38	Obteniendo pre-autorización para su atención médica	53
Comparando los planes	38	Pre-autorización de atención médica	53
Sus herramientas en línea del Plan de Salud Estatal	39	Pre-autorización de exámenes de laboratorio.....	53
Comparación de planes de salud.....	40	Sanciones por no llamar	53
Cómo paga el Plan de Salud Estatal por beneficios cubiertos.....	43	Cómo pre-autorizar su tratamiento.....	53
Monto permitido.....	43	Pre-autorización de servicios de salud conductual.....	54
Pagando gastos médicos con el Plan Estándar	43	Pre-autorización de radiología avanzada:	
Deducible anual.....	43	Asociados Nacionales de Imágenes.....	55
Copagos	44	Manejando su salud.....	56
Coseguro	45	Visitas de bienestar para adultos.....	56
Máximo del coseguro	45	Cómo aprovechar al máximo sus beneficios.....	57
Pagando gastos médicos con el Plan de Ahorros	46	Privilegios de PEBA.....	57
Deducible anual.....	46	Naturalmente Delgado	61
Copagos	46	Asesoramiento de salud	62
Coseguro	46	Programa de manejo de casos médicos	63
Máximo del coseguro	47	Natural Blue SM y descuentos de miembros	65
Pagando gastos médicos si Ud. es elegible para Medicare.....	47	Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal	65
Coordinación de beneficios	47	Enfermera licenciada de práctica avanzada.....	66
Etapa final de enfermedad renal.....	48		
Usando redes de proveedores del Plan de Salud Estatal	48		

Plan de tratamiento alternativo	66	Servicios en Carolina del Sur	77
Servicio de ambulancia	66	Servicios fuera de Carolina del Sur	77
Beneficios de trastornos del espectro autista	66	Apelaciones	78
Beneficios de salud conductual	67	Reclamos y apelaciones de pre-autorización a tramitadores de reclamos de terceros	78
Manejo de casos de salud conductual	67	Apelaciones a PEBA: pre-autorizaciones y servicios que han sido provistos	78
Trasplantes óseos, de células madres y de órganos sólidos	67	Plan Suplementario GEA TRICARE	79
Atención quiropráctica	68	Elegibilidad	79
Anticonceptivos	68	Hijos dependientes elegibles	80
Atención odontológica	68	Cómo inscribirse	80
Suministros diabéticos	68	Características del plan	81
Visitas al médico	68	Presentando reclamos	81
Equipos médicos duraderos	69	Elegibilidad de Medicare y el Plan Suplementario TRICARE	81
Atención médica en casa	69	Pérdida de elegibilidad de TRICARE	81
Cuidado de hospicio	69	Más información	82
Infertilidad	69	Beneficios de prescripción	83
Servicios a pacientes hospitalizados	70	Usando sus beneficios de prescripción	84
Servicios de centros ambulatorios	70	Recursos para miembros	84
Hogares médicos enfocados en el paciente	71	Programa de Prescripción de Medicamentos del Plan de Salud Estatal	84
Embarazo y atención pediátrica	71	Plan Estándar	84
Medicamentos recetados	72	Plan de Ahorros	85
Cirugía reconstructiva luego de una mastectomía medicamento necesaria	72	Express Scripts Medicare®	85
Cuidado de rehabilitación	72	Red de farmacias	85
Segundas opiniones	73	Ubicando farmacias participantes	85
Instalación de enfermería especializada	73	Farmacias minoritas	85
Terapia del habla	73	Red de Preferred90	85
Cirugía	73	Pedido por correo a través de la Farmacia de Express Scripts	85
Otros beneficios cubiertos	73	Copagos con prescripción y formulario	86
Exclusiones – servicios no cubiertos	74		
Límites adicionales en el Plan Estándar	76		
Límites adicionales y exclusiones en el Plan de Ahorros	77		
Cómo presentar un reclamo del Plan de Salud Estatal	77		

Nivel 1: genéricos	87	Escenario 2: Dos calzadas superficiales de amalgama.....	97
Nivel 2: marca preferida	87	Exclusiones – servicios dentales no cubiertos	98
Nivel 3: marca no preferida	87	Beneficios generales no ofrecidos	98
Medicamentos de formulario no cubiertos	87	Beneficios cubiertos por otro plan.....	98
Programa de Seguridad del Paciente de Express Scripts	87	Procedimientos específicos no cubiertos	98
Política de pago de la diferencia	87	Beneficios limitados	99
Programas de especialidad farmacéutica.....	88	Beneficios de prostodoncia y ortodoncia.....	100
Revisiones de coberturas.....	88	Coordinación de beneficios.....	101
Previa autorización.....	89	Cómo presentar un reclamo dental	101
Manejo de cantidad de medicamentos	89	¿Qué tal si necesito ayuda?	102
Terapia escalonada.....	89	Apelaciones.....	102
Prescripciones de compuestos	89	Cuidado de visión	104
Coordinación de beneficios	90	Información en línea de beneficios de salud visual.....	105
Cobertura de Medicare para medicamentos auto administrados durante una permanencia ambulatoria por observación	90	Plan Estatal de Visión	105
Exclusiones	90	Exámenes de la vista.....	105
Beneficios de prescripción en base al valor sin costo para usted.....	90	Frecuencia de beneficios	105
Presentando un reclamo de medicamento de prescripción	91	Beneficios oftalmológicos a simple vista	106
Apelaciones.....	91	Anteojos	106
Apelaciones a PEBA	92	Anteojos (cont.)	107
Seguro dental	93	Lente progresiva y revestimiento antirreflectante.....	107
Recursos en línea	94	Lentes de contacto.....	108
Clases de tratamiento	94	Beneficios oftalmológicos diabéticos a simple vista.....	109
Dental Plus	94	Usando la red de proveedores de EyeMed	109
Red de Dental Plus	94	Buscar un proveedor de red	109
Basic Dental.....	95	Cómo ordenar lentes de contacto en línea.....	109
Disposiciones especiales de Basic Dental	95	Beneficios fuera de la red	109
Comparando Dental Plus y Basic Dental	96	Exclusiones y limitaciones	110
Ejemplos de comparaciones de planes	97	Contactar a EyeMed	110
Escenario 1: Chequeo de rutina.....	97	Apelaciones.....	111
		Ejemplos del Plan Estatal de Visión	112

Ejemplo uno.....	112	WillsCenter.com	124
Ejemplo dos.....	112	MetLife Infinity	124
Ejemplo tres	112	Asistencia en Planificación de Funerales	125
Seguro de vida	113	Terapia de duelo en persona	125
Elegibilidad	114	Total Control Account®.....	125
Requisito de Trabajar Activamente.....	114	Soluciones para la Transición.....	125
Solicitudes	115	Delivering the Promise®.....	125
Seguro de Vida básico	115	Reclamos	125
Seguro de vida opcional.....	115	Su beneficio acelerado.....	125
Inscripción inicial – empleados activos	115	Cómo presentar un reclamo	125
Ingreso Tardío	116	Cláusula sobre el suicidio	126
Primas	116	Cómo se pagan los reclamos por Muerte Accidental y Desmembramiento	126
Cambiando su monto de cobertura.....	117	Exámenes y autopsias	126
Seguro de Vida de Dependientes	117	Cuando su cobertura termina	126
Dependientes elegibles.....	117	Terminación de la cobertura.....	126
Dependientes excluidos	118	Terminación de la cobertura de seguro de vida del Dependiente	127
Cobertura de Vida de Cónyuge dependiente	118	Extensión de beneficios	127
Cobertura de Vida de Hijo Dependiente	119	Permiso de ausencia.....	127
Inscripción	119	Cuando Ud. pierde elegibilidad para beneficios activos debido a discapacidad.....	127
Primas	120	Continuando o convirtiendo su seguro de vida.....	128
Beneficiarios.....	120	La póliza grupal es terminada.....	128
Cambiando sus beneficiarios	120	Beneficio por muerte durante periodo de conversión	128
Asignación.....	120	Discapacidad a largo plazo	129
Muerte Accidental y Desmembramiento	121	Discapacidad a Largo Plazo Básico	130
Programa de pérdidas accidentales y beneficios.....	121	Resumen de beneficios del plan BLTD	130
¿Qué es lo que no está asegurado?.....	121	Elegibilidad	130
Beneficios por Muerte accidental y Desmembramiento.....	122	Periodo de espera de los beneficios.....	130
MetLife Advantages SM	124	Certificado	130
Servicios de Preparación de Testamentos en persona	124		
Servicios de Resolución de Inmobiliario en persona	124		

¿Cuándo se le considera discapacitado?	130
Condiciones pre-existentes	131
Reclamos	131
Requisito de trabajo activo	132
Ingresos pre-discapacidad	132
Ingresos deducibles	132
Cuando la cobertura del BLTD termina	133
Cuando los beneficios terminan.....	133
Exclusiones y limitaciones.....	133
Apelaciones.....	134
Discapacidad a Largo Plazo Suplementario	134
Lo que provee el seguro del SLTD	135
Resumen de beneficios del Plan de STLD	135
Elegibilidad	136
Inscripción	136
Periodo de espera de los beneficios.....	136
Certificado	136
¿Cuándo se le considera discapacitado?	136
Reclamos	137
Requisito de trabajo activo	138
Cambio de salario	138
Ingresos pre-discapacidad	138
Ingresos deducibles	138
Prestaciones de seguridad de por vida	139
Beneficios por muerte	139
Cuando la cobertura del SLTD termina	139
Cuando los beneficios terminan.....	139
Conversión	139
Exclusiones y limitaciones.....	140
Apelaciones.....	141

MoneyPlus 142

Ventaja de MoneyPlus	143
Cómo puede ahorrar dinero con MoneyPlus.....	143
Gastos administrativos de MoneyPlus.....	144
Recursos para miembros	144
Sitio web ASIFlex.....	144
Aplicación móvil ASIFlex	144
Crédito fiscal de ingresos ganados.....	145
Normas del IRS para las cuentas de gastos	145
Características de Prima del Seguro Colectivo antes de Impuestos.....	145
Elegibilidad e inscripción.....	145
Cuenta de Gastos Médicos.....	146
Elegibilidad	146
Inscripción	146
Límites de contribuciones	146
Personas que pueden tener cobertura de una MSA.....	146
Gastos elegibles	147
Gastos no elegibles.....	147
Usando sus fondos MSA.....	148
Tarjeta ASIFlex	148
Solicitando el reembolso de gastos elegibles .	149
Comparando el MSA con los gastos de reclamo en el <i>Formulario 1040 del IRS</i>	150
¿Qué sucede con su MSA cuando deja su trabajo?	150
¿Qué sucede con su MSA después de morir?....	150
Cuenta de gastos de atención médica de dependiente.....	151
Elegibilidad	151
Inscripción	151
Decidiendo cuánto apartar	151
Límites de contribuciones	151

Personas que pueden tener cobertura de un DCSA	152
Gastos elegibles.....	152
Gastos no elegibles.....	152
Solicitando el reembolso de gastos elegibles	152
Reportando su DCSA al IRS.....	153
Comparando el DCSA con el crédito por atención médica de menores y dependientes	153
¿Qué sucede con su DCSA si deja su trabajo? ...	153
¿Qué sucede con su DCSA después de morir?....	154
Cuenta de Ahorros de Salud.....	154
Elegibilidad	154
Inscripción	154
Límites de contribuciones	155
Cuándo están disponibles sus fondos	155
Usando sus fondos	155
Gastos elegibles y documentación	156
Invirtiendo en fondos HSA	156
Reportando su HSA al IRS	156
¿Qué pasa con su HSA después de morir?	156
Cerrando su HSA	157
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	157
Gastos elegibles.....	157
Gastos no elegibles – sólo de uso limitado MSA...157	
Haciendo cambios a su cobertura de MoneyPlus ...	157
Cómo afectan los cambios su periodo de cobertura	158
Apelaciones.....	158
Reembolso o reclamación de beneficios	158
Inscripción	159
Contactando a ASIFlex	159

Seguro de un grupo de jubilación.....160

¿Es Ud. elegible para un seguro colectivo para jubilados?	161
¿Pagará su empleador parte de su prima de seguro de jubilación?	161
Jubilación anticipada: Miembros Clase Dos SCRS.161	
Ciertos funcionarios elegidos	162
Sólo PEBA puede confirmar su elegibilidad	162
Elegibilidad, financiamiento de seguro de jubilados	162
Para miembros que trabajan para una agencia estatal, una institución estatal de educación superior, un distrito escolar público	162
Para miembros que trabajan para empleadores opcionales, tales como gobiernos de condados y municipalidades	165
Sus opciones de cobertura de seguro de jubilados	166
Si no es elegible para Medicare.....	166
Si tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare.....	166
Si es elegible para Medicare.....	166
Planes de salud para jubilados, dependientes no elegibles para Medicare	167
Beneficios dentales	168
Cuidado de visión.....	168
Cuándo inscribirse en cobertura de seguro de jubilados	168
Jubilación se servicios	168
Jubilación de discapacidad	168
Dentro de 31 días de una situación de elegibilidad especial	169
Durante un periodo de inscripción abierta	169
Cómo inscribirse en cobertura de seguro de jubilados	169
Primas de jubilados y pago de prima	170

Jubilados de agencia estatal, de instituciones de educación superior y distritos escolares	170	elegible para Medicare	179
Jubilados de empleadores opcionales participantes	170	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare	180
Jubilados de escuelas subvencionadas	170	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare	180
Incumplimiento del pago de primas	170	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare, uno o más hijos elegibles para Medicare	180
Cuándo comienza su cobertura como jubilado	170	Jubilados no financiados	181
Información que recibirá	171	Jubilado elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare	181
Sus tarjetas de identificación de seguro en la jubilación	171	Jubilado elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare	181
Otros programas de seguro que ofrece PEBA.....	172	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare	181
Seguro de vida	172	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare	182
Discapacidad de largo plazo	173	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare, uno o más hijos elegible para Medicare	182
MoneyPlus.....	173	Jubilados parcialmente financiados	182
Cambiando cobertura.....	173	Jubilado elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare	182
Eliminando un cónyuge o hijo amparado.....	174	Jubilado elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare	183
Volviendo a trabajar en un trabajo elegible para póliza de seguro	174	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare	183
Jubilados que continuaron el seguro de vida	174	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare	183
Si Ud. o un miembro de su familia está amparado por Medicare.....	174	Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare, uno o más hijos elegible para Medicare	184
Cuándo termina su cobertura de seguro de jubilación	175	Sobrevivientes financiados	184
Muerte de un jubilado.....	175	Cónyuge elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare	184
Sobrevivientes de un jubilado	175		
Primas mensuales.....	177		
Empleados activos	178		
Maestros permanentes, de tiempo parcial.....	178		
Categoría I: 15-19 horas.....	178		
Categoría II: 20-24 horas.....	178		
Categoría III: 25-29 horas.....	179		
Jubilados financiados.....	179		
Jubilado elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare.....	179		
Jubilado elegible para Medicare, cónyuge no			

Cónyuge elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare	184
Cónyuge no elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare	185
Cónyuge no elegible para Medicare, hijos no elegible para Medicare	185
Sobrevivientes no financiados	185
Cónyuge elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare.....	185
Cónyuge elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare	186
Cónyuge no elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare	186
Cónyuge no elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare	186
Sobrevivientes parcialmente financiados	187
Cónyuge elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare.....	187
Cónyuge elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare	187
Cónyuge no elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare	187
Cónyuge no elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare	188
Suscriptores de COBRA.....	188
18 y 36 meses	188
29 meses	188
Ex cónyuges.....	189
Tasa de seguro de vida.....	189
Seguro de Vida Opcional y de Dependiente-Cónyuge	189
Seguro de Vida de Dependiente-Hijo	189
Ejemplos de cálculo de tasa de Sg. Vida Opcional.....	189
Factor de seguro Suplementario de Discapacidad a Largo Plazo	190
Cómo calcular la prima mensual de SLTD:.....	190

Ejemplo uno	190
Ejemplo dos.....	190
Prima por consumo de tabaco	190
Contribuciones del empleador	191
Empleados activos	191
Categoría I: 15-19 horas.....	191
Categoría I: 20-24 horas.....	191
Categoría I: 25-29 horas.....	191

Términos útiles 192

Información de contacto..... 196

PEBA Carolina del Sur	197
Vendedores de seguros 2020.....	197
ASIFlex.....	197
BlueCross BlueShield de Carolina del Sur.....	197
Express Scripts	197
EyeMed	198
MetLife.....	198
Selman & Company	198
Compañía de Seguros Standar	198
Otros contactos útiles.....	198
Medicare.....	198
Administración del Seguro Social	198

Índice 199

Díganos lo que piensa

Háganos saber cómo lo estamos haciendo, y lo que piensa de esta publicación. Tómese unos pocos minutos para completar una pequeña encuesta.



www.surveymonkey.com/r/publicationsfeedback

Exención de responsabilidad

Los administradores de beneficios y otros elegidos por su empleador que pueden prestar asistencia con inscripción de seguros, cambios, retiros o terminaciones, al igual que otras actividades relacionadas no son agentes de la Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA, por su sigla en inglés) y no están autorizados para comprometer a PEBA o a hacer representaciones en nombre de PEBA.

La *Guía de Beneficios de Seguros* contiene una descripción abreviada de beneficios de seguros proporcionada por o mediante la Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur. Los documentos del Plan de Beneficios y los contratos de beneficios contienen descripciones completas de los planes de salud y dentales, así como todos los demás beneficios de seguro. Sus términos y condiciones gobiernan todos los beneficios ofrecidos por o mediante la Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur. Si usted desea revisar estos documentos, contacte a su administrador de beneficios o a la Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur.

El lenguaje utilizado en este documento no crea un contrato de empleo entre el empleado y la Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur. Este documento no genera ningún derecho contractual. La Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur se reserva el derecho a revisar el contenido de este documento en su totalidad o en parte. Ninguna promesa o aseveración, ya sea escrita u oral, que sea contraria o inconsistente con los términos de este párrafo crea algún contrato de empleo.

Estatus de protegido del plan de Salud Estatal

La Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur cree que el Plan de Estatal de Salud es un "plan de salud protegido" bajo la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica de Bajo

Costo (la Ley de Atención Médica a Bajo Costo).

Como lo permite la Ley de Atención Médica a Bajo Costo, un plan de salud protegido puede preservar cierta cobertura básica de salud

que ya estuviere en efecto cuando la ley fue

sancionada. El hecho de ser un plan de salud protegido significa que su plan puede no

incluir ciertas protecciones para el consumidor

incluidas en la Ley de Atención Médica a Bajo Costo,

las cuales sí aplican para otros planes, por ejemplo, el requisito para la provisión

de servicios de salud preventiva sin costo

compartido. Sin embargo, los planes de salud

protegidos deben cumplir con ciertas otras

protecciones del consumidor incluídas en la Ley de

Atención Médica a Bajo Costo, por ejemplo, la

eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas con respecto a qué protecciones

aplican a un plan de salud protegido, y cuáles no, así

como qué puede hacer que un plan de

salud cambie de estado de protegido, se pueden dirigir

al administrador del plan marcando

803.737.6800 o 888.260.9430.

Aviso de no discriminación

La Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de

Carolina del Sur (PEBA) cumple con las leyes federales

aplicables de derechos civiles y no discrimina según raza,

color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. PEBA

no excluye personas no las trata de manera diferente por

causa de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o

sexo.

PEBA:

- Proporciona ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma efectiva con nosotros, tales como:
 - Interpretes calificados para el lenguaje por señas;
 - Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos de fácil

acceso, otros formatos)

- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no sea el inglés, tales como:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, contacte al Funcionario de Privacidad de PEBA.

Si usted considera que PEBA no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por causa de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante: PEBA Private Officer, 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 1.888.260.9430 (teléfono), 803.570.8110 (fax), o en privacyofficer@peba.sc.gov. Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Funcionario de Privacidad de PEBA está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina para Derechos Civiles, por vía electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U .S . Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D .C . 20201
800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

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

Asistencia para idiomas

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 નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.888.260.9430.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن

تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم . 1.888.260.9430 خدمات المساعدة اللغوية

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।

បុរយ័តុន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ,
សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ
1.888.260.9430



Información general

Esta guía proporciona una visión general de los programas de seguros que la Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) ofrece además de primas e información de contacto. Aunque la guía proporciona una descripción general de muchos de estos beneficios, el *Plan de Beneficios* que se encuentra en www.peba.sc.gov/assets/planofbenefits.pdf, contiene una descripción completa de los beneficios del Plan Estatal de Salud. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud que ofrece PEBA.

La sección ¿Qué hay de nuevo para el 2020? destaca cambios importantes en los beneficios de seguridad ofrecidos para el año 2020.

¿Qué hay de nuevo para el 2020?

Los cambios enumerados a continuación son efectivos a partir del 1 de enero de 2020.

Primas de salud

Las primas para empleados activos y Jubilados financiados no aumentarán en el 2020. Esto incluye:

- El Plan Estándar;
- El Plan de Ahorros; y
- El Plan Suplementario de Medicare.

Las contribuciones del empleador para los tres planes también permanecerán igual para el 2020. Ver Página 177 para las primas.

Primas de visión

Las Primas para el Plan Estatal de Visión disminuirán en el 2020. Ver más en la Página 177.

Primas dentales

Las primas para Dental Plus disminuirán en el 2020. Ver más en la Página 177.

Elegibilidad para beneficios de seguros

Empleados activos

Empleados elegibles:

- Que trabajen para el estado, en una institución de educación superior, en un distrito de escuelas públicas, o para un empleador opcional participante; y
- Que reciban compensación del estado, de una institución de educación superior, un distrito de escuelas públicas, o para un empleador opcional participante.

Los empleados elegibles también incluyen empleados clérigos y administrativos de la Asamblea General de Carolina del Sur, jueces en las cortes del estado, y miembros de la Asamblea General. Los maestros permanentes de tiempo parcial que trabajen entre 15 y 30 horas a la semana califican para el seguro de salud estatal, visión y dental, pero no son elegibles para otros beneficios PEBA, tales como seguro de vida y discapacidad.

Los miembros elegidos de concejos de condados y ciudades participantes, cuyos miembros sean elegibles para participar en uno de los sistemas de jubilación administrados por PEBA son considerados empleados de tiempo completo. En general, los miembros de otras juntas directivas no son elegibles para cobertura. Si usted trabaja para más de un grupo participante, contacte a su administrador de beneficios para conocer más información. Otras normas de elegibilidad están descritas en el *Plan de beneficios*.

Tipos de empleados

Los empleados se dividen en estas categorías:

- Nuevos empleados de tiempo completo que el empleador espera que trabajen al menos 30 horas a la semana. Son elegibles para la cobertura dentro de los 30 días siguientes a su fecha de contratación.
- Empleados nuevos de hora variable, tiempo parcial o de temporada, que el empleador no espera que promedien 30 horas a la semana durante los primeros 12 meses de empleo. Debido a que su empleador no puede determinar su elegibilidad, ellos no pueden inscribirse de inmediato a los beneficios. Su empleador debe medir las horas para determinar si estos empleados trabajan un promedio de 30 horas a la semana durante los 12 meses a partir del primero del mes posterior a la contratación del empleado. Si un empleado

trabaja un promedio de 30 horas a la semana durante este periodo, el empleado es elegible para cobertura durante el periodo de 12 meses siguiente.

- Empleados actuales que han completado su tiempo de medición inicial. Si un empleado actual trabajó un promedio de 30 horas a la semana durante este período de 12 meses, es elegible para la cobertura durante el período de 2019 incluso si las horas del empleado disminuyen durante el 2019. Si un empleado actual trabajó un promedio de menos de 30 horas a la semana durante este período, no es elegible para la cobertura durante el 2019 a menos que el empleado obtenga cobertura por medio de otra provisión del plan.

Beneficios en los que se pueden inscribir los empleados elegibles

Seguro de salud

- Plan Estatal de Salud (incluye cobertura de medicinas de prescripción y salud conductual).
- Plan Estándar; o
- Plan de Ahorros (elegible para Cuenta de Ahorros de Salud).
- Plan Suplementario TRICARE para miembros elegibles de la comunidad militar; o
- Plan Suplementario de Medicare para Jubilados, sobrevivientes y suscriptores de COBRA que sean elegibles para Medicare.

Seguro dental

- Dental Plus; o
- Basic Dental.

Seguro de visión

- Plan Estatal de Visión.

Seguro de vida

- Seguro Básico de Vida con Muerte Accidental y Desmembramiento (de inscripción automática si se inscribe en seguro de salud);
- Seguro de Vida Opcional con Muerte Accidental y Desmembramiento;
- Seguro de Vida para Dependiente- Cónyuge con Muerte Accidental y Desmembramiento; y
- Seguro de vida para hijo dependiente.

Seguro por discapacidad a largo plazo

- Discapacidad Básica a Largo Plazo (de inscripción automática si se inscribe en seguro de salud); y
- Seguro suplementario de discapacidad a largo plazo.

MoneyPlus

- Características de Prima de Seguro Colectivo antes de impuestos (permite que los suscriptores elegibles paguen sus primas por salud, incluyendo la prima de usuario de tabaco, dental, Dental Plus, de salud visual y hasta \$50.000 en cobertura opcional de vida con dólares antes de impuestos);
- Cuenta de Gastos Médicos;
- Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes;
- Cuenta de Ahorros de Salud (para inscritos en el Plan de Ahorros); y
- Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado (para inscritos en el Plan de Ahorros y una Cuenta de Ahorros de Salud, o para los que tienen acceso a una Cuenta de Ahorros de Salud a través de su cónyuge).

Un jubilado elegible

Un empleado también puede ser elegible para la cobertura de salud, dental y de salud visual en el momento de la jubilación si el empleado cumple con los requisitos para dicha cobertura. La elegibilidad para cobertura de seguro de jubilado y la financiación depende de diferentes factores, incluyendo la elegibilidad del empleado para un beneficio de

jubilación, el crédito de servicio del empleado ganado mientras trabajaba para un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud y la naturaleza de los últimos cinco años de empleo activo con un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud.

Favor ver la Página 162 para más información sobre los requisitos de elegibilidad de seguro de jubilados.

Un cónyuge elegible

Un cónyuge elegible es alguien reconocido por la ley de Carolina del Sur. Un cónyuge elegible para cobertura como empleado de cualquier grupo participante, incluyendo un empleador opcional, no puede ser cubierto como cónyuge bajo ningún plan. Un cónyuge que sea maestro permanente o de medio tiempo puede estar cubierto como empleado o como cónyuge, pero no como ambos. Además, un cónyuge elegible para cobertura de jubilado y que recibe financiación completa de la prima del empleador de parte del Fideicomiso de Seguro de Salud para Jubilados de Carolina del Sur no puede ser cubierto como cónyuge bajo ningún plan. Un cónyuge elegible para cobertura de jubilado pero que no recibe financiación o solo financiación parcial de primas del empleador del Fondo de Fideicomiso de Seguro de Salud para Jubilados puede estar cubierto como jubilado o como cónyuge, pero no como ambos.

Un ex-cónyuge puede inscribirse bajo su propia política si un empleado activo o jubilado tiene esa exigencia por orden judicial para proveer cobertura. Vea la sección de divorcio en la página 25.

Un hijo elegible

- Debe ser menor de 26 años de edad; y
- Debe ser hijo natural del suscriptor,

hijo adoptado (incluyendo hijo puesto para adopción legal), hijastro, hijo de crianza temporal¹, un hijo sobre quien el suscriptor tenga custodia legal o un hijo a quien el suscriptor deba amparar debido a una orden del tribunal.²

Si ambos padres son elegibles para cobertura, sólo un padre puede cubrir a los hijos bajo algún plan. Por ejemplo, si uno de los padres cubre a los niños con seguro de salud y dental, el otro padre no puede cubrir a los niños ni con seguro de salud ni dental. Uno de los padres puede cubrir a los niños con seguro de salud, y el otro puede cubrirlos con seguro dental.

Un hijo en edad de 19 a 25 años

De acuerdo con la Ley de Atención Médica a Bajo Costo, enmendada por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010, un hijo de 19 a 25 años no necesita estar certificado como estudiante de tiempo completo o hijo incapacitado para estar cubierto por el seguro de salud, dental o de visión de los padres.

Un padre puede cubrir a un hijo que sea elegible para beneficios estatales debido a que el hijo trabaja para un empleador que participa en los beneficios del seguro de PEBA. El hijo puede estar cubierto bajo la cobertura dental y de salud visual de sus padres, y puede estar sujeto a exclusiones de cobertura adicionales según el Plan de Salud Estatal. Si está cubierto por su padre, el niño no es elegible para los seguros de Vida Básica, Vida Opcional, Vida Dependiente-Hijo o Discapacidad a Largo Plazo.

Un hijo que sea elegible para cobertura bajo un padre, pero que también es elegible para beneficios porque

¹ Un hijo de crianza temporal es un hijo colocado con el suscriptor por una agencia autorizada de colocación. El suscriptor debe ser un padre de crianza temporal con licencia.

² Un hijo sobre quien el suscriptor tiene custodia legal, es un hijo por el cual el suscriptor tiene responsabilidad de tutela, no sólo responsabilidad económica, de acuerdo con una orden de un tribunal u otro documento presentado en los tribunales.

trabaja para un empleador participante, debe elegir si es amparado por su padre como hijo o si es amparado por su propia cuenta como empleado. No puede estar amparado como hijo en un programa de seguros, tal como salud, y luego inscribirse para cobertura como empleado en otro, tal como visión. Para los propósitos del seguro de vida, un hijo que rehúse cobertura para permanecer en el plan de su padre, es inelegible para cobertura de Seguro de Vida para Dependiente-Hijo.

Un hijo incapacitado

Puede continuar cubriendo a su hijo de 26 años o mayor si está incapacitado y usted es económicamente responsable de él. Para cubrir a su hijo dependiente que está incapacitado, su hijo debe cumplir con estos requisitos:

- Debe haber estado continuamente cubierto por un seguro de salud antes del momento de la incapacidad;
- Debe estar soltero y permanecer soltero para continuar siendo elegible; y
- Debe no estar en capacidad de tener un empleo auto-sostenible debido a una enfermedad mental o discapacidad intelectual o física, y debe seguir siendo principalmente dependiente (más del 50 por ciento) del empleado cubierto, jubilado, sobreviviente o suscriptor COBRA para poder recibir asistencia y manutención.

Usted debe presentar la incapacidad a más tardar 31 días después del 26º cumpleaños de su hijo, cuando ya no sea elegible para la cobertura como hijo. Para la cobertura de seguro de Vida e Hijo Dependiente, establezca la incapacidad a más tardar 31 días después de su 19º cumpleaños si no es un estudiante de tiempo completo. Por lo general, se enviarán cartas 90 días antes de que se pierda la cobertura. Si recibe una carta de este tipo, tome medidas lo antes posible para evitar problemas durante la transición. Usted y el médico de su hijo deberán completar un formulario de *Certificación de Hijo Incapacitado*. Incluya una

copia de su declaración de impuestos federales más reciente, mostrando que su hijo depende principalmente de usted

para su sostenimiento y manutención. Si usted no declara a su hijo en sus impuestos, debe completar una hoja de trabajo para determinar el apoyo (Publicación 501) en lugar de su declaración de impuestos. Adjunte también un *Formulario de Representante Autorizado* completo y firmado por el menor incapacitado, y una copia de los documentos de tutela o un poder de representación que verifique su autoridad para actuar en nombre de su hijo incapacitado. Cualquiera de estos documentos da permiso a PEBA para analizar o divulgar información de salud protegida del menor ante el representante autorizado del mismo.

PEBA enviará la información que usted suministre a la Compañía de Seguros Standard para la revisión de la información médica. The Standard puede solicitar documentación médica adicional de parte del médico de su hijo. The Standard le proporcionará una recomendación a PEBA; sin embargo, PEBA es quien toma la decisión final.

Cobertura bajo Seguro de Vida de Hijo Dependiente

Según la ley estatal, solo un hijo dependiente entre los 19 y los 24 años que sea estudiante de tiempo completo puede estar cubierto por el Seguro de Vida de Hijo Dependiente. Un hijo de cualquier edad que haya sido certificado por PEBA como hijo incapacitado puede continuar cubierto bajo el Seguro de Vida de Hijo Dependiente. Para conocer más información sobre la elegibilidad para la cobertura de Seguro de Vida de Hijo Dependiente, consulte la página 119.

Un sobreviviente

Los cónyuges e hijos cubiertos bajo el Plan de Salud Estatal, el Plan Estatal de Salud Dental o el Plan Estatal de Salud Visual están clasificados como sobrevivientes cuando un empleado o jubilado cubierto muere. Para más información sobre cobertura de sobreviviente, consulte la página 34.

Inscripción inicial

Empleados

Si usted es empleado de un grupo participante en Carolina del Sur, puede inscribirse para cobertura de seguro dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que sea elegible o la fecha en que se retire, o durante la inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y / o hijos elegibles. Un grupo participante es una agencia estatal, institución de educación superior, distrito escolar público, condado, municipio u otro grupo autorizado por ley estatutaria para participar y que esté participando en el programa de seguro estatal.

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Usted deberá proveerle a su empleador una dirección válida de correo electrónico, y luego elegir sus opciones en línea a través de MyBenefits siguiendo las instrucciones en el email que reciba de PEBA. Su administrador de beneficios también le puede asistir en completar un formulario físico de *Notificación de Elección*.

Su cobertura comienza a partir del primer día calendario del mes en el que usted pase a ser elegible para cobertura ³ si ese día participa en un empleo activo ⁴.

- Si su fecha de contratación es el primer día hábil

³ La cobertura del seguro de vida está sujeta a la Disposición de no confinamiento de dependiente (Página 118), así como el requisito de activo en el trabajo (Página 114). Para más información acerca de la inscripción inicial en el seguro de vida opcional, consulte la página 115.

⁴ Un empleo activo significa estar realizando todos los deberes típicos de una ocupación en la jornada laboral designada por el empleador. Usted puede estar trabajando, ya sea en un lugar físico de trabajo habitual o en otro, lugar, si por ejemplo debe viajar. También se le considera comprometido en un empleo vigente, mientras está en servicio de jurado, en un día de vacaciones pagas o en uno de los días festivos determinados por su empleador si estuvo activamente trabajando el día laboral normal anterior. La cobertura no se dilatará si usted está ausente del trabajo por motivos que se relacionen con su salud, siempre y cuando así lo determine su cobertura.

del mes (el primer día que no es sábado, domingo o día feriado oficial), y no es el primer día calendario, puede elegir que su cobertura comience el primer día de ese mes o el primer día del mes siguiente.

- Si su fecha de contratación es el primer día del mes (por ejemplo, marzo 1), su cobertura comienza el primer día de ese mes.
- Si usted pasa ser elegible un día diferente al primer día calendario del primer día hábil del mes, su cobertura comenzará el primer día del siguiente mes.
- La cobertura de su cónyuge o hijos inscritos comienza el mismo día en que comienza su cobertura. Si usted no se inscribe dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que pasó a ser elegible para beneficios activos, jubilación o situación especial de elegibilidad, no podrá inscribirse usted, ni su cónyuge o hijos elegibles hasta el próximo período de inscripción abierta anual, que se realiza en octubre. La cobertura elegida durante un período de inscripción abierta anual comenzará el próximo 1 de enero.

Jubilados

Si Ud. es jubilado de un grupo participante en Carolina del Sur, puede inscribirse en cobertura de seguro dentro de los 31 días después de la fecha en que se jubile o durante la inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y/o hijos elegibles. Un grupo participante es una agencia estatal, institución de educación superior, distrito escolar público, condado, municipio u otro grupo autorizado por ley estatutaria para participar y que esté participando en el programa de seguro estatal.

Si Ud. no se inscribe dentro de los 31 días después de la fecha de su jubilación, no se podrá inscribir a sí mismo, ni a su cónyuge o hijos elegibles hasta el próximo periodo anual de inscripción, que se lleva a cabo en octubre. La cobertura elegida durante un periodo anual de inscripción abierta comenzará el siguiente enero 1.

Puede obtener más información sobre la cobertura de seguro en la jubilación en el capítulo

Seguro del grupo de jubilados en la Página 160.

Información que necesita en la Inscripción

Ya sea que su administradora de beneficios lo inscriba en línea o usted complete un formulario físico de *Notificación de Elección*, usted tendrá que responder algunas preguntas. A continuación, hay información que puede desear llevar a su reunión de inscripción.

	Información requerida
Para usted	Número de seguro social, incluyendo una copia de la tarjeta del Seguro Social, si está disponible; dirección de correo electrónico personal, salario anual; fecha de contratación (fecha en la que se reportó a trabajar)
Para cada uno de los miembros de la familia que desea cubrir	El número de seguro social, incluyendo una copia de la(s) tarjeta(s) de Seguridad Social, si está(n) disponible(s); fecha(s) de nacimiento
Para usted y cualquiera de los miembros de su familia que estén cubiertos por Medicare Parte A o Parte B	Número de Medicare; razón de elección; fecha efectiva de cobertura de Medicare
Para cada beneficiario de su plan Básico u Opcional Cobertura de vida	Fecha de nacimiento
Para un beneficiario que sea patrimonial o un fideicomiso	Nombre; dirección; fecha en que se firmó el fideicomiso

Documentos que necesita en la inscripción

Debe traer fotocopias de estos documentos mencionados a continuación a la reunión en la que se inscribirá para la cobertura del seguro. Por favor no resalte estos documentos. Necesitará también esta documentación cuando añada a alguien a su cobertura durante un periodo de inscripción abierta o como resultado de una situación especial de elegibilidad. No entregue estos documentos originales a PEBA, ya que no pueden devolverse.

Acción	Información requerida
Para cubrir a su cónyuge	Una copia de licencia de matrimonio
Para cubrir un hijo natural	Una copia de acta de nacimiento-formulario largo que acredite al suscriptor como padre
Para cubrir a un hijastro	Una copia de acta de nacimiento-formulario largo que muestre el nombre del padre natural; prueba de que el padre natural y el suscriptor están casados
Para cubrir a un niño adoptado o un niño entregado para adopción	Una copia de acta de nacimiento-formulario largo que muestre al suscriptor como padre o una copia del documento de adopción legal de un tribunal que declare que la adopción se ha completado; o una carta de colocación de un abogado, una agencia de adopción, o del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur declarando que la adopción está en curso
Para cubrir a un niño en crianza temporal	Una orden del tribunal u otro documento legal que coloque al niño con el suscriptor, quien es un padre de crianza temporal con licencia

Continúa en la siguiente página

	Información requerida
Para cubrir otros niños	Para todos los demás niños sobre quienes el suscriptor tiene la custodia legal, una orden judicial u otro documento legal que otorgue la custodia del niño al suscriptor (el documento debe validar que el suscriptor tiene la responsabilidad de tutela del niño, y no solo la responsabilidad financiera)
Para cubrir a un niño discapacitado	<i>Formulario de Certificación de Hijo Discapacitado</i> (vea la sección hijo discapacitado en la página 19 para conocer información completa sobre el proceso); más las pruebas que justifican el tipo de relación o parentesco
Para inscribirse en el Plan Suplementario TRICARE	Una copia de la tarjeta de identificación de TRICARE del nombre del suscriptor

Completando su inscripción

Inicial a través de su administradora de beneficios

Su administradora de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Ud. deberá proveerle a su empleador una dirección válida de correo electrónico, luego, hacer sus selecciones en línea a través de MyBenefits siguiendo las instrucciones en el email que reciba de PEBA. Puede proveer la documentación requerida cargándola a MyBenefits o dando copias de todo documento a su administradora de beneficios, quien los enviará a PEBA. PEBA insta a las administradoras de beneficios a inscribir a los empleados en línea para seguridad y eficiencia en el proceso de inscripción. Si Ud. o su administradora de beneficios elige introducir un formulario de *Aviso de Elección*:

- Llene completamente el formulario y escriba claramente. Debajo de cada beneficio, elija un plan o marque Refuse (Rehusar). Cuando sea aplicable,

seleccione un nivel de cobertura.

- Si tiene preguntas, consulte a su administradora de beneficios
- Asegúrese de revisar la precisión en el formulario, fírmelo, y dáselo a su administradora de beneficios con copias de los documentos apropiados.

Después de su inscripción inicial

Tarjetas de seguros

Si se inscribe en el Plan Estándar de Salud Estatal plan o el Plan de Ahorros, el Plan Suplementario de Medicare o el Plan MUSC, BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross) le enviará tarjetas de seguro médico para usted y los miembros de su familia cubiertos. También recibirá dos tarjetas de beneficios de farmacia de Express Scripts. Los administradores de beneficios proporcionan a los suscriptores del Plan Estatal de Salud Dental una tarjeta en la que pueden escribir su nombre y Número de Identificación de Beneficios. Los suscriptores de Dental Plus también reciben

una tarjeta de seguro de BlueCross, la cual sirve como proveedor de planes dentales. Los suscriptores del Plan Estatal de Salud Visual reciben dos tarjetas de papel de EyeMed Vision Care.

Puede acceder a las copias digitales de sus tarjetas de identificación de seguros desde las aplicaciones de BlueCross, Express Scripts y EyeMed.

Verifique y asegúrese de que su cobertura esté activa antes de ir a un médico o presentar una prescripción.

Número de Identificación de Beneficios

PEBA le asigna a cada suscriptor un Número de Identificación de Beneficios (BIN) de ocho cifras. Este número único se utiliza en lugar de un número de Seguro Social en los emails y en las comunicaciones escritas entre Ud., su cónyuge, sus hijos y PEBA. Está diseñado para hacer que su información personal sea más segura.

El Plan de Salud añade un prefijo de tres letras a su BIN y pone este número en su tarjeta de identificación. El BIN, junto con el prefijo de tres letras, también se usa en las tarjetas Dental Plus. El BIN sin el prefijo de tres letras se usa en las tarjetas de beneficios de medicinas de prescripción. Si no tiene cobertura de un plan que usa el BIN, PEBA le enviará su número.

Los suscriptores necesitan su BIN, sin el prefijo, para usar MyBenefits, el sistema de PEBA para inscripción de beneficios de seguro en línea. Si olvida su BIN, visite mybenefits.sc.gov y seleccione Obtener mi BIN.

Cuando se presenten emergencias médicas antes de recibir su tarjeta

Si necesita atención médica de emergencia antes de recibir sus tarjetas de seguro, aun así, puede presentar prueba de su cobertura al obtener su BIN.

Para esto, visite mybenefits.sc.gov y seleccione obtener mi BIN. Luego debe entregar su BIN a su proveedor de atención médica. Si tiene problemas o preguntas al tratar de obtener la verificación de sus beneficios, usted o el proveedor de atención médica de emergencia deben contactar a BlueCross para obtener ayuda.

Inscribiéndose como empleado de transferencia

PEBA lo considera transferido si cambia de empleo de un grupo participante a otro dentro de 15 días calendario.

Si se está transfiriendo a otro grupo participante, asegúrese de decirle a la administradora de beneficios en el lugar de trabajo que usted está saliendo para evitar una pérdida de cobertura o demoras en el procesamiento de reclamos. Verifique con la administradora de beneficios en su nuevo empleador para asegurarse de que sus beneficios hayan sido transferidos.

Si Ud. es un empleado académico, se le considera un transferido si completa un periodo escolar y se traslada a otro empleador académico participante al comienzo del siguiente periodo escolar, aun si no trabaja durante el verano. Su cobertura de seguro con el empleador del que está saliendo permanecerá válida hasta que Ud. comience a trabajar con su nuevo empleador, típicamente el 1 de septiembre, siempre y cuando pague sus primas. En esa fecha, su nuevo empleador tomará su cobertura. Usted deberá contactar a su antiguo empleador, sin embargo, para continuar la cobertura durante el verano. Si no se transfiere hacia otro empleador académico participante, su cobertura se termina el último día del mes en el que estuvo vinculado activamente en el empleo.

Inscripción abierta anual

Durante el periodo de inscripción abierta de octubre, los empleados elegibles, los jubilados, los sobrevivientes y los suscriptores de COBRA pueden cambiar su cobertura⁵ sin tener que tener una situación especial de elegibilidad.

Cambio de planes o cobertura durante un periodo de inscripción abierta

Los cambios hechos durante un periodo de inscripción abierta entran en vigor el siguiente 1 de enero.

- Usted puede agregar o cancelar la cobertura del Plan de Salud Estatal para usted, su cónyuge elegible e hijos elegibles durante la inscripción abierta. Puede también cambiar entre el Plan Estándar y el Plan de Ahorros durante la inscripción abierta.
- Los jubilados y sobrevivientes, sus cónyuges elegibles y los hijos elegibles que estén cubiertos por un plan de salud, pueden cambiar al Plan Suplementario de Medicare

5. Usted puede agregar o cancelar la cobertura del Plan Básico Dental y la del plan Dental Plus sólo durante un periodo de inscripción abierta en el mes de octubre de los años impares, o dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad.

dentro de los 31 días de elegibilidad de Medicare o durante un período de inscripción abierta.

- Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden añadir o eliminar cobertura del Plan Suplementario TRICARE para ellos y para sus dependientes elegibles durante la inscripción abierta.
- Durante la inscripción abierta en años impares, usted puede añadir o cancelar la cobertura del Plan Estatal de Salud Dental y Dental Plus para usted, su cónyuge elegible e hijos niños elegibles.
- Durante la inscripción abierta puede añadir o cancelar la cobertura del Plan Estatal de Salud Visual para usted, su cónyuge elegible y los hijos elegibles.
- Usted se puede inscribir en la funcionalidad de Prima de Seguro de Grupo Antes de impuestos; inscribirse o reinscribirse en una cuenta de gastos flexibles MoneyPlus; o inscribirse en una Cuenta de Ahorros de Salud.
- Otros cambios que puede hacer en su cobertura, tales como cambios al seguro de vida y discapacidad a largo plazo, se explican previo a cada inscripción abierta.

Si usted es un empleado activo de alguna agencia estatal, institución de educación superior o distrito escolar público, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más detalles. Si usted es empleado activo, jubilado, sobreviviente o un suscriptor COBRA de un empleador opcional, contacte al administrador de beneficios en el empleador opcional con el que tenga una relación de cobertura.

MyBenefits

El sistema en línea de PEBA para inscripción de beneficios de seguro

La forma más fácil de cambiar su cobertura durante un período de inscripción abierta es a través del sitio web de MyBenefits en mybenefits.sc.gov. Durante octubre, cada sección en la que es elegible para realizar cambios incluye enlaces a instrucciones.

Si usted es el suscriptor, puede usar MyBenefits para:

- Completar su inscripción inicial.
- Actualizar su información de contacto.
- Imprimir una lista de planes de seguro bajo los cuales está cubierto.
- Obtener su Número de Identificación de beneficios (BIN) de ocho dígitos.
- Actualizar sus beneficiarios.
- Iniciar o aprobar cambios realizados como resultado de una situación especial de elegibilidad.

No puede acceder a ninguna información sobre el estado de cualquier reclamación ni acerca de sus beneficios a través de MyBenefits. Consulte el capítulo correspondiente en esta guía y o visite www.peba.sc.gov/insurance.html.

Para proteger la confidencialidad de su información de seguro, regístrese la primera vez que use MyBenefits.

Situaciones especiales de elegibilidad

Una situación especial de elegibilidad es un evento que le permite a usted, como empleado elegible, jubilado, sobreviviente o suscriptor COBRA, inscribirse o cancelar su cobertura o la de los miembros elegibles de su familia fuera de un periodo abierto de inscripción.⁶

Usted puede hacer cambios usando **MyBenefits** si tiene una situación especial de elegibilidad, como la adición de un recién nacido, matrimonio, divorcio u adopción. MyBenefits presentará la documentación requerida para cada cambio. Los documentos requeridos se pueden subir por medio de MyBenefits.

⁶ Un aumento o disminución de sueldo o transferencia no crea una situación especial de elegibilidad.

Para hacer un cambio por medio de su administrador de beneficios, usted debe:

- a. Contactar a su administrador de beneficios;
- b. Completar un formulario de *Aviso de Elección* dentro de los 31 días⁷ del evento; y
- c. Subir documentación a **MyBenefits** o entregar la documentación a su administrador de beneficios.

Si usted es un empleado activo y es elegible para cambiar su cobertura de Plan de salud, dental, Estatal de Visión o cobertura Opcional del seguro de Vida debido a una situación especial de elegibilidad, también puede inscribirse en o cancelar la Funcionalidad de Prima de Seguro de Grupo Antes de impuestos, que se explica en la Página 153.

Matrimonio

Si usted desea añadir un cónyuge a su cobertura porque se casó, inicie sesión en **MyBenefits** y seleccione la razón de cambio correspondiente.

Para hacer el cambio por medio de su administrador de beneficios, complete un formulario de *Aviso de Elección* y entréguelos a su administrador de beneficios, junto con una copia de su licencia matrimonial, dentro de los 31 días de la fecha de su matrimonio. Los formularios están disponibles en el sitio web de PEBA www.peba.sc.gov/iforms.html, o contactando a PEBA o pidiendo copias a su administrador de beneficios.

Si usted y sus dependientes elegibles no están cubiertos, puede agregar cobertura médica, dental y de visión para usted, sus dependientes elegibles existentes, su nuevo cónyuge y nuevos hijastros dentro de los 31 días de la fecha de su matrimonio. Si añade a su nuevo cónyuge o sus nuevos hijastros a su cobertura médica, puede también cambiar planes de salud. Puede añadir A su nuevo cónyuge o nuevos hijastros a

cobertura del Plan dental y Estatal de Visión. Se requiere una copia de la licencia matrimonial para cubrir al nuevo cónyuge. Se requieren actas de nacimiento de formulario largo para cada hijastro que desee cubrir. El matrimonio también permite que un suscriptor cubierto se inscriba en o aumente la cobertura Opcional de Seguro de Vida hasta \$50.000 sin evidencia médica. Para información sobre elegibilidad para cobertura de Dependiente de Seguro Vida - Cónyuge, incluyendo montos en los que se puede inscribir un nuevo cónyuge elegible sin evidencia médica, consulte la sección Seguro de Vida para Dependientes, que comienza en la Página 117 en el capítulo **Seguro de vida** de esta guía.

Usted no puede cubrir a su cónyuge si el mismo es elegible, o se hace elegible, para cobertura como empleado de un grupo participante de seguro o como jubilado financiado de un grupo participante que tiene una parte de las primas del cónyuge pagadas para el cónyuge. Si usted no agrega a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros dentro de los 31 días de la fecha de matrimonio, no podrá agregarlos hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, llevado a cabo en octubre, o dentro de los 31 días de otra situación especial de elegibilidad.

Divorcio

Si usted se divorcia, su antiguo cónyuge y antiguos hijastros ya no son elegibles para cobertura bajo su póliza. Si una orden del tribunal le exige proporcionarle cobertura a su antiguo cónyuge, dicho ex cónyuge debe tener su propia póliza bajo el Plan. La cobertura para un antiguo cónyuge puede incluir cobertura médica, dental y de visión. El costo de cobertura de un ex cónyuge es el monto total de la prima.

Para cubrir a un ex cónyuge, complete un formulario de *Aviso de Elección de Antiguo Cónyuge* y preséntelo a su administrador de beneficios junto con una copia del decreto de divorcio que le exige a usted la cobertura de su antiguo cónyuge. Los jubilados de agencias estatales,

⁷ Los cambios relacionados con Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) se deben hacer dentro de 60 días.

instituciones de educación superior y distritos escolares; sobrevivientes; y suscriptores de COBRA deben presentarle a PEBA el *Aviso de Elección de Antiguo Cónyuge*.

Los jubilados de subdivisiones locales deben enviar el *Aviso de Elección de Antiguo Cónyuge* a su administrador de beneficios del empleador con el que tienen una relación de cobertura.

Para eliminar de su cobertura a su ex cónyuge (incluyendo un cónyuge de unión de hecho) y ex hijastros, inicie sesión en **MyBenefits** y seleccione la razón de cambio correspondiente.

Para hacer el cambio por medio de su administrador de beneficios, complete un formulario de *Aviso de Elección* y envíe una copia completa de su decreto de divorcio dentro de los 31 días posteriores a la fecha marcada en el decreto de divorcio. La cobertura de su ex cónyuge y ex hijastros terminará el último día del mes posterior a la fecha de la sentencia de divorcio. Si cancela la cobertura de su ex cónyuge o ex hijastros después de 31 días de la fecha marcada en la orden judicial o decreto de divorcio del tribunal, el cambio en la cobertura será efectivo el primer día del mes posterior a su firma del formulario completo de *Aviso de Elección* donde cancela la cobertura de sus antiguos dependientes.

Bajo ninguna circunstancia usted puede continuar dando cobertura a su ex cónyuge o ex hijastros bajo el seguro de vida para dependientes. La cobertura de seguro de vida de dependiente termina en la fecha del divorcio.

Cuando su divorcio sea definitivo, puede inscribir o aumentar la cobertura opcional de Seguro de Vida hasta \$ 50.000 sin evidencia de asegurabilidad. También puede cancelar o disminuir su cobertura de seguro de vida opcional.

También puede realizar cambios a una Cuenta de Gastos Médicos o a una Cuenta de Gastos de Atención Médica para Dependientes.

Los ex cónyuges y ex hijastros que pierdan cobertura debido a un evento calificador, como el divorcio, pueden ser elegibles para continuar con la cobertura bajo COBRA. Para conocer más información, comuníquese con el administrador de beneficios del suscriptor o PEBA dentro de los 60 días siguientes al evento o desde el momento en que se hubiese perdido la cobertura debido al evento, lo que ocurra de último.

Adición de hijos

Los hijos elegibles se pueden añadir por medio de MyBenefits seleccionando la razón correspondiente del cambio. Para hacer el cambio por medio de su administrador de beneficios, complete un formulario de *Aviso de Elección*. El cambio se debe entregar a PEBA dentro de los 31 días siguientes a:

- La fecha de nacimiento (efectivo en la fecha de nacimiento);
- El matrimonio del suscriptor con el padre del niño (vigente a partir de la fecha del matrimonio);
- La obtención de la custodia o tutela con una orden judicial (vigente a partir de la fecha en que el tribunal haya sellado la orden);
- Adopción o solicitud de adopción (efectiva a partir de la fecha de nacimiento si se adopta dentro de los 31 días posteriores al nacimiento; de lo contrario, será efectiva a partir de la fecha de adopción o solicitud de adopción);
- Solicitud de un hijo de crianza (efectiva a partir de la fecha de colocación); o
- Pérdida de otra cobertura (vigente en la fecha de pérdida de cobertura).

A los niños que sean elegibles se le debe ofrecer cobertura de salud, dental / Dental Plus y plan estatal de salud visual. Si el empleado y los dependientes elegibles no estaban cubiertos antes, también pueden elegir la cobertura en este momento. Si usted y sus dependientes actuales estaban cubiertos anteriormente, puede optar por cambiar de plan de salud cuando agregue a un nuevo niño.

Si en un lapso de 31 días, un empleado agrega cobertura de un recién nacido o un hijo adoptado o asignado a empleado para adopción, puede inscribirse en Seguro de Vida Opcional o aumentar su cobertura hasta \$ 50.000 sin presentar evidencia de asegurabilidad.

Un empleado también puede inscribirse en seguro de Vida Dependiente- Hijo.

Los hijos deben estar inscritos individualmente para estar cubiertos, incluso si usted ya tiene cobertura completa de familia o empleado/hijos. También debe enviar una copia de larga duración del certificado de nacimiento del niño. La notificación a Medi-Call del parto de su bebé no incluye al bebé a su seguro de salud.

Para agregar un hijastro, envíe una copia de su acta de nacimiento de formulario largo, que muestre el nombre del padre natural del niño y una prueba de que el padre natural y el suscriptor están casados.

Para agregar a un niño menor de 18 años que sea adoptado o puesto en adopción, presente uno de los siguientes:

- Una copia del certificado de nacimiento de larga duración que muestre al suscriptor como padre;
- Una copia de la documentación de adopción legal del tribunal que verifica la adopción completa; o
- Una carta de asignación de una agencia o un abogado de adopción, o del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur verificando que la adopción está en progreso

La fecha de entrada en vigor de la cobertura de salud, dental y de salud visual es la fecha de nacimiento del niño si el niño inscrito dentro de los 31 días posteriores al nacimiento. De lo contrario, es la fecha de Si un cónyuge o hijo cubierto pasa a ser no elegible,

adopción o asignación. Para obtener información sobre adopciones internacionales, consulte a su administrador de beneficios.

Para incluir a un hijo de crianza temporal, presente una copia de una orden judicial u otro documento legal que vincule al niño con usted, el suscriptor, y demuestre que usted es un padre de crianza temporal con licencia. Un hijo de crianza temporal no es elegible para la cobertura de seguro de Vida de Dependiente.

Para agregar otros hijos sobre los que usted tenga custodia legal, presente la copia de una orden judicial u otro documento legal del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur o una agencia de asignación que le otorgue custodia o tutela. Los documentos deben verificar que el suscriptor tenga la responsabilidad de la tutela del niño y no solo la responsabilidad financiera.

Si se emite una orden judicial que le exija amparar a su hijo, debe notificar a su empleador y a PEBA y elegir la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que el tribunal sellado la orden judicial. Tenga en cuenta que, si la orden judicial fue para cobertura médica o dental, o para ambas, debe inscribirse usted mismo si aún no está cubierto. Una copia de la orden judicial completa o el decreto de divorcio sellado por el tribunal debe ir adjunta al formulario de Aviso de Elección. Debe enumerar los nombres de los niños a cubrir y el tipo de cobertura que se debe proporcionar.

Si usted y su cónyuge son elegibles para cobertura, solo uno de los dos puede cubrir a sus hijos bajo algún plan. Por ejemplo, uno de los padres puede cubrir a los niños con seguro de salud, y el otro puede cubrirlos con seguro dental. Solo un padre puede tener cobertura de seguro de Vida para Dependientes para hijos dependientes elegibles.

Usted también puede ser elegible para hacer cambios en su cuenta de gastos médicos, o cuenta de gastos de atención médica para dependientes.

Retiro de un cónyuge o hijos

usted debe retirarlos de su cobertura de seguro de salud para

dependiente dental, visual y de vida. Esto puede ocurrir por causa de divorcio. Para retirar a un cónyuge o hijo de su cobertura, complete un formulario de *Aviso de Elección* dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que deje de reunir los requisitos y presente la documentación ante su administrador de beneficios.

Cuando un hijo pierda su elegibilidad de cobertura de seguro de salud, dental o de salud visual porque cumplió 26 años, el hijo será retirado automáticamente el primer día del mes después de cumplir 26 años. Si el niño es su último hijo cubierto en dejar la cobertura, su nivel de cobertura cambiará.

La elegibilidad para cobertura de seguro de vida de dependiente finaliza a los 19 años, a menos que su hijo sea estudiante de tiempo completo

o un hijo incapacitado.

Si su hijo es elegible para seguro colectivo de salud, dental, de salud visual o de vida, patrocinado por un empleador, ya sea como empleado o como cónyuge, usted tiene la opción de retirarlo de su cobertura de salud, dental o de salud visual. Usted debe retirarlo de la cobertura de seguro de vida de hijo dependiente. Dentro de los 31 días de elegibilidad, proporcione a su administrador de beneficios una carta del empleador indicando la fecha en que su hijo paso a ser elegible para la cobertura. Su hijo será retirado de la cobertura el primer día del mes después del aviso.

Obtención de otra cobertura

Si su cónyuge obtiene la elegibilidad para cobertura como empleado de un grupo que también ofrece beneficios de seguro a través de PEBA, usted debe cancelar la inscripción de su cónyuge en un lapso de 31 días completando un formulario de *Aviso de Elección*. No se necesita documentación adicional.

Si usted o su cónyuge obtienen cobertura fuera de los beneficios del seguro por medio de PEBA y usted desea cancelar su cobertura de seguro PEBA, tiene 30 días para cancelar el

tipo de cobertura obtenida. Complete un formulario de Aviso de Elección y devuélvalo a su oficina de beneficios con prueba de la otra cobertura. Para documentar la obtención de la cobertura, presente una carta en papel con membrete que incluya la fecha de vigencia de cobertura, los nombres de todas las personas cubiertas y los tipos de cobertura obtenidos. Solo se pueden retirar los que hayan obtenido cobertura. Si no cancela la cobertura en un lapso de 31 días, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta. Para mayor información, contacte a su administrador de beneficios o a PEBA.

Si usted, su cónyuge o sus hijos son encarcelados, usted obtendrá otra cobertura y puede retirar su cobertura de seguro PEBA dentro de 31 días.

Complete un formulario de Aviso de Elección y devuélvalo a su oficina de beneficios con prueba de la otra cobertura.

Obtención de cobertura Medicare

Si usted, su cónyuge o su hijo obtienen cobertura de Medicare, el miembro de la familia que obtuvo la cobertura puede cancelar la cobertura de salud a través de PEBA dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que la Parte A entra en vigencia. Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare a un formulario de Aviso de Elección y entréguela a su administrador de beneficios dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la carta de confirmación de la Administración del Seguro Social. La cobertura se cancelará en la fecha de entrada en vigor de la cobertura de Medicare la Parte A o, en algunas circunstancias, el primer día del mes posterior a la obtención de Medicare.

Un jubilado que obtenga cobertura de Medicare puede inscribirse en el Plan Suplementario de Medicare presentando un formulario de *Aviso de Elección* dentro de los 31 días posteriores a la obtención de la cobertura.

La obtención de cobertura de Medicare no permite que un suscriptor cambie la cobertura dental o de

salud visual.

Para conocer más información, consulte el manual de Cobertura de seguro para miembros elegibles para Medicare, disponible en

www.peba.sc.gov/iresources.html.

Pérdida de otra cobertura

Si usted rechaza su inscripción o la de o sus dependientes elegibles debido a otra cobertura, más adelante podrá inscribirse usted y sus dependientes elegibles para obtener cobertura si usted, su cónyuge o hijos pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la cobertura).

- Si usted es empleado o jubilado y pierde cobertura de salud de otro grupo, y si aún no está cubierto por el seguro de salud por medio de PEBA, puede inscribirse usted y a sus dependientes elegibles en el plan de cobertura de salud, dental y visual. Si ya tiene cobertura de salud, no puede realizar cambios.
- Si sus horas de trabajo se redujeron y perdió cobertura, y si usted es elegible para estar cubierto como cónyuge o hijo del plan de su cónyuge o su padre, puede inscribirse en la cobertura de salud, dental y de salud visual.
- Si usted es empleado o jubilado y su cónyuge o un hijo pierde cobertura de salud de otro grupo, puede inscribir al cónyuge e hijos elegibles al plan de cobertura de salud, dental y de salud visual. Si aún no está cubierto, debe inscribirse con la persona que perdió la cobertura. Otros dependientes que no perdieran cobertura de seguro de salud no podrán inscribirse. Si usted ya está cubierto como empleado o jubilado, puede cambiar planes de salud (por ejemplo, Plan de Ahorros a Plan Estándar) cuando agregue al cónyuge o hijos que perdieron cobertura de salud. Las Si un suscriptor, cónyuge o hijo pierde cobertura de salud, puede también inscribirse en la cobertura de visión o dental, aún si él (ella) no perdiera esa

contribuciones hacia su deducible se volverán a iniciar.

- Si usted, su cónyuge o hijos pierden cobertura dental, cobertura de visión o ambas, pero no pierden cobertura médica, entonces usted, su cónyuge o hijos que hayan perdido la cobertura dental o de visión, se pueden inscribir en el tipo de cobertura que hayan perdido. Si no está ya cubierto, usted debe inscribirse con el individuo que perdió la cobertura.
- Si usted rechazó cobertura porque estaba cubierto bajo el plan de sus padres y usted pierde esa cobertura, se puede inscribir usted y sus miembros de familia elegibles en la cobertura médica, dental y de visión. Para información sobre el seguro de Vida Opcional, seguro de Vida de Cónyuge Dependiente, Seguro de Vida de Hijo Dependiente o seguro Suplementario por Discapacidad a Largo Plazo, consulte a su administrador de beneficios.
- La pérdida de cobertura de TRICARE es una situación especial de elegibilidad que le permite a un empleado o jubilado elegible y a sus dependientes elegibles inscribirse en la cobertura médica, dental y de visión.
- Si usted, su cónyuge o hijos son liberados de encarcelamiento, la persona liberada ha experimentado una pérdida de cobertura y es elegible para elegir cobertura dentro de 31 días. Usted debe llenar un formulario de *Aviso de Elección* dentro de los 31 días de la fecha en que termina la otra cobertura. Para inscribirse debido a una pérdida de cobertura, usted debe presentarle a su oficina de beneficios una carta con un membrete de la compañía con una lista de los nombres de aquellos cubiertos y la fecha en que se perdió la cobertura, un formulario lleno de *Aviso de Elección* y copias de documentos adecuados que muestren cómo está emparentado a usted cualquier miembro de la familia agregado a cobertura.

Cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Obtención de cobertura Medicaid o CHIP

Si usted o sus miembros de familia cubiertos resultan elegibles para cobertura de Medicaid o CHIP, tienen 60 días desde la fecha de notificación para cancelar la cobertura por medio de PEBA. Un empleado puede cancelar cobertura médica, dental o de visión si obtiene cobertura de Medicaid. Si un cónyuge o un hijo obtiene Medicaid, sólo el miembro de la familia que obtuvo cobertura puede ser cancelado. Se debe adjuntar una copia de la carta de aprobación de Medicaid al formulario de *Aviso de Elección*.

Elegibilidad de asistencia de primas por medio de Medicaid o CHIP

Si usted o su cónyuge y/o hijos resultan elegibles para asistencia de primas bajo Medicaid o a través de CHIP, tal vez pueda inscribirse a sí mismo y a su cónyuge y/o hijos en un seguro de salud patrocinado por PEBA. Sin embargo, usted debe solicitar inscripción dentro de 60 días de la fecha en que se determine la elegibilidad para asistencia de primas.

Pérdida de cobertura de Medicaid o CHIP

Si usted rechazó cobertura en un seguro médico, dental y de visión patrocinado por PEBA para usted o para su cónyuge o hijos elegibles debido a la cobertura bajo Medicaid o CHIP y luego perdió elegibilidad para esa cobertura, tal vez se pueda inscribir en un plan de PEBA. Debe solicitar inscripción dentro de los 60 días de la fecha de notificación de pérdida de cobertura.

Permisos de ausencia

PEBA no determina su estatus laboral, sólo la cobertura que está disponible para usted a través de los programas de seguro de PEBA.

Primas bajo licencia no remunerada

Si está inscrito en beneficios y permanece elegible para cobertura, su cobertura continuará. Debe contactar a su administrador de beneficios para acordar los arreglos de pago.

Si tiene un permiso no remunerado y ya no puede pagar las primas para el plan de salud en el que está inscrito a través de PEBA, puede cancelar toda su cobertura con PEBA. Dado que voluntariamente está cancelando la cobertura, ni usted ni ninguno de sus dependientes serán elegibles para la cobertura continua bajo COBRA. Si cancela la cobertura, solo se le permitirá volver a inscribirse durante la inscripción abierta o dentro de los 31 días posteriores a la obtención de elegibilidad según una disposición del plan, tales como una situación especial de elegibilidad.

Si su cobertura se cancela debido a la falta de pago de primas, ya no será elegible para continuación de cobertura de COBRA, y no será elegible para volver a inscribirse en los beneficios con su empleador hasta el próximo período de inscripción abierta, si es elegible o dentro de los 31 días posteriores a la obtención de la elegibilidad según una disposición del plan. Para obtener más información sobre continuación de la cobertura bajo COBRA, consulte la Página 29.

Un periodo de licencia no remunerada también puede afectar su elegibilidad para cobertura de seguro de salud de jubilado si no es considerado empleado activo o si deja de ganar crédito de jubilación en cualquier punto durante la licencia. El crédito de servicio de jubilación adquirido para una licencia de ausencia aprobada no es considerado un servicio ganado en un plan de jubilación administrado por PEBA, salvo bajo ciertas circunstancias. Si tiene preguntas acerca de cómo un periodo de licencia no remunerada puede afectar su elegibilidad para cobertura de seguro de salud de jubilado, contacte a PEBA. Para conocer más

información sobre la elegibilidad para el seguro de grupo de jubilación, consulte la página 160.

Seguro de vida bajo licencia no remunerada

Usted puede continuar con su seguro de vida opcional, seguro de vida de cónyuge dependiente y seguro de vida de hijo dependiente hasta por 12 meses después de su último día trabajado. Si opta por no continuar con su seguro de vida mientras está bajo licencia no remunerada, puede convertir su cobertura en una póliza de vida completa individual al llenar el formulario correspondiente dentro de los 31 días siguientes a su último día trabajado.

Seguro suplementario de discapacidad a largo plazo bajo licencia remunerada o no remunerada

Su seguro de discapacidad suplementario a largo plazo (SLTD, por su sigla en inglés) terminará 31 días después de su último día trabajado. No hay opción para continuar con SLTD, sin embargo, usted puede convertir su cobertura SLTD. Conozca más en la página 134 o contacte a su administrador de beneficios.

Licencia según la ley de licencia familiar y médica (FMLA, por su sigla en inglés)

Conforme a la ley de licencia familiar y médica (FMLA, por sus siglas en inglés), se les exige a los empleadores que proporcionen licencias de trabajo protegidas, la continuación de ciertos beneficios y la restauración de ciertos beneficios al regresar de la licencia por ciertas razones familiares y médicas específicas. Si va a ausentarse por razones familiares o médicas o regresa de licencia familiar, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información.

Licencia por razones militares

Bajo la ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de Servicios Uniformados (USERRA, por su sigla en inglés) los

empleadores están obligados a proporcionar ciertos derechos de reemplazo y beneficios a los empleados que sirven o han servido en los servicios uniformados. Si va a ausentarse por razones militares o regresa de una ausencia por razones militares, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información.

Compensación laboral

Si tiene aprobado un permiso para ausentarse y recibe beneficios de compensación laboral bajo la ley estatal, puede continuar con su cobertura siempre que pague la prima requerida. El seguro ofrecido a través de PEBA no tiene como fin reemplazar la compensación de los trabajadores y no afecta ningún requisito de cobertura de seguro de compensación para trabajadores. No está destinado a proporcionar o duplicar beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo que estén dentro de la Ley de Compensación para Trabajadores. Si necesita más información, comuníquese con su oficina de beneficios.

Cuándo termina la cobertura

Su cobertura terminará:

- El último día del mes en el que estuvo ocupado en un empleo activo, a menos que esté transfiriéndose a otro grupo participante;
- El último día del mes en el que pasó a no ser elegible para la cobertura (por ejemplo, sus horas de trabajo se redujeron de tiempo completo a medio tiempo);
- El día después de su muerte;
- La fecha de finalización de la cobertura para todos los suscriptores; o
- El último día del mes en que se pagó la totalidad de sus primas. Usted debe pagar la prima completa, incluyendo la prima por consumo de tabaco, si corresponde.

La cobertura para su cónyuge e hijos terminará:

- La fecha en que termina su cobertura;
- La fecha en que la cobertura para cónyuges e hijos

ya no esté disponible; o

- El último día del mes en el que termina la elegibilidad de cobertura de su cónyuge o hijo.

Si su cobertura o la cobertura de su cónyuge o hijo finalizan, usted puede ser elegible para continuar con la cobertura como jubilado, como sobreviviente o bajo COBRA. Para excluir a un cónyuge o hijo de la cobertura, llene un formulario de *Aviso de Elección* dentro de los 31 días de la fecha en que el cónyuge o hijo ya no sea elegible para cobertura.

Continuación de cobertura (COBRA)

Elegibilidad

COBRA, la Ley General de Consolidación de Presupuesto (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), exige que se le ofrezca continuación de cobertura de grupo en atención médica, visual, dental o Cuenta de Gastos Médicos⁸ a usted y a su cónyuge e hijos cubiertos si usted deja de ser elegible para cobertura debido a un evento que califique. Los eventos que califican incluyen:

- Las horas de trabajo del empleado cubierto se reducen pasando de tiempo completo a tiempo parcial (fuera de un periodo de estabilidad);
- El empleado cubierto renuncia voluntariamente al trabajo, es dado de baja, suspendido o despedido (a menos que el despido se deba a una falta grave);
- Un cónyuge cubierto pierde elegibilidad debido a un cambio en el estado civil; o
- Un hijo ya no califica para cobertura.

Si usted es empleado de horas variables o estacionales, no es elegible para una Cuenta de Gasto Médico y no puede inscribirse en una bajo COBRA. Las otras reglas discutidas en esta sección se aplican a usted y a sus dependientes

8. Los individuos elegibles para continuar cobertura bajo COBRA pueden seguir participando en una Cuenta de Ahorros de Salud siempre y cuando permanezcan cubiertos por el Plan de Ahorros y cumplan con otros requisitos de elegibilidad.

cubiertos. Para más información, comuníquese con su empleador.

PEBA sirve como el administrador de beneficios para los suscriptores de COBRA de agencias estatales, instituciones de educación superior y distritos escolares públicos. Los suscriptores de COBRA de las subdivisiones locales mantienen el mismo administrador de beneficios.

Cuando no se ofrecerá cobertura continua

La cobertura continua bajo COBRA no se ofrecerá a una persona que pierda cobertura:

- Por no cumplir en pagar las primas;
- Cuando la cobertura fuera cancelada a solicitud del suscriptor; o
- Cuando un miembro se considera no elegible.

Cómo continuar la cobertura bajo COBRA

Para que un cónyuge o hijo, o ambos continúen con la cobertura bajo COBRA, el suscriptor o familiar apartado debe notificar a su oficina de beneficios dentro de los 60 días posteriores al evento clasificatorio o la fecha en que se perdió la cobertura debido al evento clasificatorio, lo que sea posterior. De lo contrario, perderá los derechos de continuar su cobertura.

Para continuar la cobertura bajo COBRA envíe un formulario de Aviso de Elección y las primas. Las primas deben pagarse dentro de los 45

días posteriores a la fecha de elección de la cobertura. El primer pago de prima debe incluir las primas desde la fecha de la pérdida de la cobertura.

La continuación de cobertura comienza cuando se paga la primera prima. Se hace efectiva el día después de que finalizó su cobertura anterior. La cobertura permanece vigente solo mientras las primas estén al día. Se considera que una prima se paga en la fecha del sello o la fecha en que se entrega físicamente, no en la fecha del cheque.

Ejemplo del escenario COBRA

Usted perdió la cobertura el 30 de junio, eligió la cobertura COBRA el 15 de agosto y pagó la prima inicial el 17 de septiembre. Usted debería pagar tres primas: una por el mes posterior a la fecha en que perdió la cobertura (julio); una por el mes en que eligió cobertura (agosto); y una por el mes en que realizó su primer pago (septiembre).

Cómo puede terminar la cobertura continuada bajo COBRA

La cobertura continuada finalizará antes de que finalice el período máximo de beneficio si:

1. Un suscriptor no paga la prima completa a tiempo;
2. Un beneficiario calificado obtiene cobertura bajo otro plan de salud grupal;
3. Un beneficiario calificado obtiene derecho a Medicare;
4. PEBA ya no brinda cobertura de salud grupal;
5. Durante una extensión por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que, el beneficiario calificado ya no está discapacitado; o
6. Se produce un evento que podría causar que PEBA termine la cobertura de cualquier suscriptor, como por ejemplo si el suscriptor comete fraude.

El beneficiario calificado, su representante personal o su tutor es responsable de notificar a PEBA cuando ya no sea elegible para continuar con la cobertura. La cobertura continuada será cancelada automáticamente por PEBA en las situaciones anteriores numeradas 1, 3 y 6. El beneficiario calificado es responsable de enviar un Aviso para finalizar la Cobertura continuada de COBRA, junto con los documentos de soporte, en las situaciones 2 y 5.

Si usted decide terminar su cobertura de COBRA de forma anticipada, por lo general no podrá obtener un plan del Mercado de Seguros Médicos fuera del período de inscripción abierta. Además, si el período de elección expira, y luego usted elige terminar su cobertura de COBRA anticipadamente, después no podrá cambiar de opinión y obtener cobertura de COBRA en una fecha posterior. Un beneficiario calificado puede cancelar la cobertura de COBRA presentando un formulario completo de *aviso de finalización de cobertura continuada de COBRA*.

Cuándo se agotan los beneficios provistos bajo COBRA

La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA) garantiza que las personas que han agotado la cobertura continuada bajo COBRA y que no sean elegibles para la cobertura bajo otro plan de salud grupal tienen acceso a un seguro de salud sin estar sujetos a un período de exclusión de condición preexistente. Sin embargo, se deben cumplir ciertas condiciones. En Carolina del Sur, el Fondo de seguros de salud de Carolina del Sur brinda esta garantía de cobertura de seguro de salud. Para obtener información, llame al 803.788.0500, ext. 46401 u 800.868.2500, ext. 4640.

Extensión de la cobertura continuada

Si se inscribe en cobertura continuada bajo COBRA, una extensión del período máximo de cobertura puede estar disponible si usted, como beneficiario calificado, está discapacitado o si ocurre un segundo evento calificativo. Debe notificar a su administrador de COBRA, dentro de ciertos plazos, sobre una discapacidad o un segundo evento calificador para extender el período de cobertura continua. La falta de notificación oportuna de una discapacidad o un segundo evento calificador pueden afectar el derecho a extender el período de cobertura continua bajo COBRA.

Otras opciones de cobertura

Bajo la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede comprar cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos. En el Mercado, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual. La información sobre primas, deducibles y otros costos directos está disponible antes de la inscripción. La elegibilidad para COBRA no limita su elegibilidad para un crédito fiscal a través del Mercado.

Muerte de un suscriptor o cónyuge o hijo cubierto

Si muere un empleado activo o un jubilado de una subdivisión local, un familiar debe comunicarse con el empleador del difunto para informar la muerte, discontinuar la cobertura del empleado y comenzar la cobertura de sobreviviente para su cónyuge cubierto e hijos. Si un jubilado de una agencia estatal, una institución de educación superior o un distrito escolar público muere, un miembro de la familia debe comunicarse con PEBA.

Para continuar con la cobertura, se debe completar un formulario de Aviso de Elección para Sobrevivientes dentro de los 31 días posteriores a la fecha de fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo número de identificación de beneficios, y los proveedores emitirán las tarjetas de identificación de los programas bajo los cuales los sobrevivientes están cubiertos.

Si muere su cónyuge o hijo amparado, por favor comuníquese con su administrador de beneficios. PEBA sirve como administrador de beneficios para jubilados de agencias estatales, instituciones de educación superior y distritos escolares públicos. Los suscriptores jubilados de las subdivisiones locales mantienen el mismo administrador de beneficios de su anterior empleador.

Sobrevivientes

Cobertura para sobrevivientes de empleados que no murieron en el cumplimiento del deber

Cuando un empleado cubierto fallece, su cónyuge e hijos que están cubiertos por el Plan Estatal de Salud son elegibles como sobrevivientes para recibir una exención de un año de las primas de su seguro de salud, incluida la prima por consumo de tabaco si corresponde.

Cuando fallece un jubilado de una agencia estatal, una institución de educación superior o un distrito escolar público cuyas primas de seguro fueron parcialmente financiadas, sus sobrevivientes calificados tendrán exención de sus primas por un año. Este no es necesariamente el caso con un jubilado de una subdivisión local porque las subdivisiones locales pueden optar por renunciar a las primas de los sobrevivientes de jubilados, pero no están obligados a hacerlo. El sobreviviente de un jubilado de una subdivisión local participante debe consultar con el administrador de beneficios del jubilado para determinar si se aplica la exención.

Después de que se haya eximido de la prima durante un año, el sobreviviente debe pagar la parte del suscriptor y la prima del empleador para continuar con la cobertura. Si el difunto y su cónyuge son empleados cubiertos o jubilados en el momento de la muerte, el cónyuge sobreviviente no es elegible para la exención de prima.

No se exoneran las primas dentales y de salud visual, aunque los sobrevivientes, incluidos los sobrevivientes de un suscriptor cubierto por el Plan Suplementario TRICARE, aún pueden continuar la cobertura dental y de salud visual pagando la prima completa.

Cobertura para sobrevivientes de empleados que murieron en cumplimiento de su deber

Si un empleado cubierto, empleado por un grupo participante, muere en el cumplimiento de su deber mientras trabaja para un grupo participante, su cónyuge e hijos cubiertos tendrán sus primas de seguro dental y de salud exoneradas por el primer año después del fallecimiento. Los sobrevivientes deben presentar una verificación de que la muerte ocurrió durante el cumplimiento del deber.

En los casos en que un empleado que está cubierto por el Plan Suplementario TRICARE muera durante el cumplimiento del deber mientras trabaja para un grupo participante, cualquier cónyuge o hijos cubiertos serán eximidos de primas dentales durante el primer año después de la muerte. También en este caso, los sobrevivientes deben presentar verificación de la muerte durante el cumplimiento del deber.

Después del final de esta exención de un año, un cónyuge sobreviviente cubierto y los hijos sobrevivientes cubiertos pueden optar por continuar con la cobertura pagando la tasa financiada por el empleador, en los casos en que el empleado fallecido trabajara para una agencia estatal, institución de educación superior o una escuela pública. Ellos pueden continuar con esta tasa hasta que no sean elegibles. La tarifa de la prima de cobertura de sobreviviente puede diferir en los casos en que el fallecido trabajara para una subdivisión local participante. La subdivisión local puede optar por contribuir a la prima de seguro de un sobreviviente, pero no está obligada a hacerlo. Incluso cuando los empleadores no contribuyan, los sobrevivientes podrán continuar con la cobertura pagando la tarifa completa mientras sigan siendo elegibles.

Elegibilidad continua e inscripción abierta para sobrevivientes

Un cónyuge sobreviviente puede continuar con la cobertura hasta que el cónyuge se vuelva a casar. Un hijo puede continuar con la cobertura

hasta que ya no sea elegible. Vea la sección de Hijos Elegibles en la página 18 para más información. Notifique a PEBA dentro de los 31 días siguientes a la pérdida de elegibilidad para la cobertura. Una persona que ya no sea elegible para cobertura como sobreviviente, puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA. Póngase en contacto con PEBA para más detalles.

Mientras un sobreviviente permanezca cubierto por seguro médico, visual o dental, puede agregar cobertura médica y visual durante el período de inscripción abierta anual de octubre o dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. La cobertura dental se puede agregar o eliminar, pero solo durante la inscripción abierta en un año impar o dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad.

Si un sobreviviente deja de tener seguro de salud, de visión y dental, ya no es elegible como sobreviviente y no puede volver a inscribirse en la cobertura, incluso durante la inscripción abierta.

Si un cónyuge sobreviviente pasa a ser un empleado activo de un empleador participante, puede pasar a una cobertura activa. Cuando deja el empleo activo, puede regresar a la cobertura de sobrevivientes dentro de los 31 días, si no se ha vuelto a casar.

Apelaciones de determinaciones de elegibilidad

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con una decisión sobre elegibilidad?

Este capítulo resume las reglas de elegibilidad para beneficios ofrecidos a través de PEBA, pero las determinaciones de elegibilidad están sujetas a las disposiciones del *Plan de beneficios* y a la ley estatal.

Si no está satisfecho después de que se haya realizado una determinación de elegibilidad, puede solicitar a PEBA que revise la decisión.

- Los empleados pueden enviar una Solicitud de Revisión a través de su oficina de beneficios.
- Los administradores de beneficios pueden escribir una carta o usar el formulario de Solicitud de revisión, que se encuentra en www.peba.sc.gov/iforms.html, bajo

Otros formularios.

- Los jubilados, sobrevivientes y abonados de COBRA de agencias estatales, distritos escolares públicos o instituciones de educación superior, pueden enviar las solicitudes directamente a PEBA, que sirve como su administrador de beneficios.
- Los jubilados, sobrevivientes o suscriptores de COBRA de subdivisiones locales pueden enviar sus solicitudes a través de la oficina de beneficios de su anterior empleador, que sirve como su administrador de beneficios.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar enviando un Formulario de Solicitud de Apelación (***Appeal Request Form***) (que se encuentra en www.peba.sc.gov/iresources.html bajo Otros formularios) a PEBA dentro de los 90 días de aviso de la decisión. Incluya una copia de la carta de decisión con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a

S.C. PEBA

Attn: Insurance Apelaciones Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con embarazo, recién nacido o la pre-autorización de un tratamiento o droga para salvar vidas, envíe su ***Appeal Request Form*** por email a PEBA a

urgentApelaciones@peba.sc.gov o por fax al 803 .740.1376.

Un prestador de servicios médicos, empleador o un administrador de beneficios no pueden apelar a PEBA en su nombre Solo usted,

como afiliado, su representante autorizado o un abogado con licencia que lo habilite para ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través del PEBA. Un prestador de servicios médicos o un administrador de beneficios no puede ser representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su

apelación dentro de los 180 días siguientes a partir de la fecha en que reciba su respectiva información de apelación. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si se solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA complete la revisión de su apelación, usted recibirá una la determinación por escrito y por correo.

Si la denegación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.



Seguro de Salud

Sus opciones de Plan Estatal de Salud

El Plan de salud estatal ofrece el Plan Estándar, el Plan de Ahorro (página 40) y, si está jubilado e inscrito en Medicare, el Plan Complementario de Medicare (página 41). Los miembros aptos de la comunidad militar pueden inscribirse en el Plan Complementario de GEA TRICARE (página 79).

En este capítulo, puede obtener más información sobre cómo se determinan los costos menores, las redes de prestadores de servicios, y qué servicios le cubren y otras características que son propios a los programas de los seguros de salud ofrecidos a través de PEBA.

El Plan Estándar

El Plan Estándar tiene primas más altas pero deducibles anuales más bajos que el Plan de Ahorro. Cuando un miembro de la familia alcanza su deducible, el plan estándar comenzará a pagar beneficios para él, incluso si no se ha alcanzado el nivel del deducible familiar. Cuando adquiere un medicamento recetado con el Plan Estándar, usted solo paga el copago requerido en lugar de tener que pagar el monto total permitido. Un monto asignado se define como el máximo permitido por un plan de salud para un servicio o producto cubierto, ya sea dentro o fuera de la red. Cuando los proveedores se unen a la red, aceptan proporcionar medicamentos recetados cuando los miembros realizan un copago.

El Plan de Ahorros

Como suscriptor del Plan de Ahorro, usted ahorra dinero a través de primas más bajas y asume una mayor responsabilidad por sus costos de atención médica a través de un deducible anual más alto. Usted paga el monto total permitido por los beneficios médicos cubiertos, incluidos los beneficios de salud del comportamiento, tales como los beneficios de salud mental y por uso de sustancias, así como los beneficios de

medicamentos con receta o bajo prescripción médica, hasta el alcance del deducible. Con el Plan de Ahorro, se debe cumplir el deducible de la familia antes de que algún miembro reciba pago por beneficios.

El estado del Plan de Ahorro como un plan de salud calificable para impuestos y deducibles altos significa que ofrece la ventaja de una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA). Las HSA están disponibles solo cuando usted cumple con varios criterios:

- Usted está inscrito en el plan de ahorros;
- Usted no está inscrito en ningún otro plan, excepto en los casos en que el otro plan también es un plan de deducible alto (Medicare no es de deducciones altas); y
- Usted no es considerado dependiente dentro de la declaración de impuestos de otra persona.

Los fondos en una HSA se pueden usar para pagar los gastos médicos calificados y pueden renovarse de un año a otro.

El Plan Suplementario de Medicare

Para obtener más información acerca de cómo funcionan tanto el Plan estándar, como el Plan complementario de Medicare, consulte el manual de *Cobertura de seguro para miembros aptos para Medicare* en www.peba.sc.gov/iresources.html bajo Publicaciones y de PEBA .

Comparando los planes

El siguiente cuadro ilustra cómo funcionan conjuntamente su deducible, los copagos y el coaseguro, así como las demás características tanto del Plan estándar como del Plan de ahorro. Este resumen es solo para fines comparativos El *Plan de Beneficios*, que incluye una descripción completa del plan, rige para los planes complementarios estándar, de ahorro y Medicare ofrecidos por el estado. Está disponible en [www.peba.sc.gov/assets/ planofbenefits.pdf](http://www.peba.sc.gov/assets/planofbenefits.pdf), o con su administrador de beneficios .

Tenga en cuenta que el copago de \$14 por visitas al médico dentro del Plan estándar no se cobra por los servicios recibidos en un hogar médico que se centra en el paciente afiliado a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (PCMH). Además, los miembros del Plan de Ahorro y del Plan Estándar pagan un 10 por ciento de coaseguro en lugar de un coaseguro del 20 por ciento a los prestadores de servicio de PCMH una vez han alcanzado sus deducibles. Consulte la página 71 para obtener mayor información acerca del PCMH.

Sus herramientas en línea del Plan Estatal de Salud

Estos sitios web cubren información específica a sus beneficios médicos y dentales. Descubra más sobre herramientas en línea para sus beneficios de prescripción en la Página 83 y beneficios del Plan Estatal de Visión en la Página 104.

StateSC.SouthCarolinaBlues.com

El sitio web de BlueCross para suscriptores del Plan Estatal de Salud ofrece:

- La herramienta de Encontrar Atención Médica para ubicar proveedores de redes, incluyendo proveedores dentales;
- Información de cobertura;
- Formularios y documentos;
- Información sobre beneficios de salud preventiva, tales como el programa No-Pay Copay, pruebas de detección, vacunas y cesación de tabaco; y
- La conexión a My Health Toolkit® para acceso a información específica para miembros.

My Health Toolkit®

Regístrese e inicie sesión a fin de que pueda:

- Ver cuánto ha cumplido de su deducible y máximo de coaseguro;
- Verificar el estatus de reclamos, pre-autorizaciones y facturas para proveedores médicos y dentales;

Mirar su *Explicación de Beneficios* en línea en vez de una copia en papel por correo;

- Solicitar una tarjeta de identificación de beneficios;
- Tomar una Encuesta Médica Rally;
- Conectarse con un asesor de salud y acceder a información de bienestar; y
- Enviar preguntas al Servicio al Cliente de BlueCross.

Rally®

Rally puede ayudarle a estar más sano, a un pequeño y conveniente paso a la vez. Rally es una plataforma digital de salud que le ofrece recomendaciones personalizadas para ayudarle a moverse más, comer mejor y sentirse excelente. Rally es un producto de Rally Health Inc., una compañía independiente que ofrece una plataforma digital a nombre de BlueCross a suscriptores del Plan Estatal de Salud. Con Rally, usted podrá:

- Tomar una rápida encuesta de salud para averiguar su Edad Rally, una instantánea de su salud en general.
- Obtener misiones recomendadas por Rally en base a los resultados de su encuesta. Las misiones son actividades sencillas diseñadas para mejorar su dieta, condición física y estado de ánimo.
- Sincronice con Rally su dispositivo personal de fitness y únase a desafíos en grupo. Los desafíos le permiten competir con otros mientras explora destinos alrededor del mundo usando sus propios pasos en un curso virtual.
- Ganar recompensas (monedas virtuales) al completar misiones y desafíos e incluso sólo por iniciar sesión. Puede usar las monedas para entrar a sorteos de equipos de fitness y otros grandes premios.
- Únase a comunidades en línea conformadas por personas que comparten sus intereses e inquietudes con respecto a la salud.

Comparación de planes de salud¹

	Plan Estándar ²	Plan de Ahorros
Deducible anual	Usted paga hasta \$490 por persona o \$980 por familia.	Usted paga hasta \$3.600 por persona o \$7.200 por familia. ³
Coaseguro⁴ <i>El máximo excluye copagos y deducible.</i>	Dentro de la red, usted paga 20% hasta \$2.800 por persona o \$5.600 por familia. Fuera de la red, usted paga 40% hasta \$5.600 por persona o \$11.200 por familia.	Dentro de la red, usted paga 20% hasta \$2.400 por persona o \$4.800 por familia. Fuera de la red, usted paga 40% hasta \$4.800 por persona o \$9.600 por familia.
Visitas al consultorio del médico⁵	Usted paga un copago de \$14 además del monto restante permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Blue CareOnDemandSM <i>Detalles en la Página 42.</i>	Usted paga un copago de \$14 además del monto restante permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Instalaciones de atención ambulatoria/ atención de emergencia⁷	Usted paga un copago de \$105 (servicios ambulatorios) o un copago de \$175 (atención de emergencia) además de la cantidad restante permitida hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Hospitalizaciones	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Quiropráctica	Límite de \$2.000 por persona cubierta	Límite de \$500 por persona cubierta
Medicamentos prescritos^{8,9} <i>Suministro de 30 días/suministro de 90 días en la farmacia de la red</i>	Nivel 1 (genérico): \$9/\$22 Nivel 2 (marca preferida): \$42/\$105 Nivel 3 (marca no preferida): \$70/\$175 Usted paga hasta \$3.000 en copagos de medicinas prescritas. Después no paga nada.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro. Los costos de los medicamentos se aplican a su coaseguro máximo. Cuando llegue al máximo puede recibir medicinas sin costo.
Cuentas con impuestos favorables	Cuenta de Gastos Médicos	Cuentas de Ahorros de Salud Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Notas al pie de la siguiente página.

Plan Suplementario de Medicare (en red)

Disponibilidad	Igual que Medicare y disponible para jubilados y dependientes / sobrevivientes cubiertos que sean elegibles para Medicare.
Deducible anual	El plan paga los deducibles de Medicare Parte A y Parte B.
Coaseguro	El plan paga el coaseguro de Parte B sin ningún máximo.
Visitas al consultorio del médico	El plan paga coaseguro de Parte B del 20%.
Hospitalizaciones / centro de enfermería especializada	<p>Hospitalizaciones El plan paga el deducible de Medicare, coaseguro por los días 61-150; (Los beneficios de Medicare pueden finalizar antes si el miembro ha utilizado previamente alguno de sus 60 días de reserva de por vida) El plan paga 100% después de 150 días (se requiere aprobación de Me-di-Call)</p> <p>Cuidado en centro de enfermería especializada El plan paga el coaseguro por los días 21-100; El plan paga el 100% de los días aprobados después de 100 días, hasta 60 días por año.</p>
Medicamentos prescritos⁸ <i>(Suministro de 30 días/suministro de 90 días en la farmacia de la red)</i>	<p>Nivel 1 (genérico): \$9/\$22</p> <p>Nivel 2 (marca preferida): \$42/\$105</p> <p>Nivel 3 (marca no preferida): \$70/\$175</p> <p>Usted paga hasta \$3.000 en copagos de medicinas prescritas. Después no paga nada.</p>

1 Los suscriptores del Plan Estatal de Salud que consumen tabaco o que cubren a dependientes que consumen tabaco pagarán una prima de \$40 por mes para cobertura solo para suscriptores y \$60 para otros niveles de cobertura. La prima por consumo de tabaco no se aplica a los suscriptores de suplemento TRICARE.

2 Vea el manual Cobertura de seguro para miembros elegibles para Medicare, disponible en www.peba.sc.gov/assets/medicarehandbook.pdf, para tener más información acerca de cómo se coordina este plan con Medicare.

3 Si más de un miembro de la familia está cubierto, ningún miembro de la familia recibirá beneficios, que no sean preventivos, hasta que se alcance el deducible anual de \$ 7.200.

4 Un proveedor fuera de la red puede facturarle más del monto permitido por los servicios del plan.

5 El copago de \$14 no se aplica para las mamografías de rutina y las consultas de control de bienestar del niño. Los miembros del Plan Estándar que reciben atención en un proveedor de hogar médico centrado en el paciente, afiliado a BlueCross, no tendrán que pagar \$14 de copago por una visita al consultorio médico. Una vez que los miembros del Plan de Ahorros y del Plan Estándar alcancen su deducible, pagarán un coaseguro del 10 por ciento, en lugar del 20 por ciento, para recibir atención en un PCMH.

6 El \$105 de copago por servicios ambulatorios no se aplica a servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electro convulsiva y gestión de medicamentos psiquiátricos.

7 Se cobra \$175 de copago por cuidado de emergencia si es admitido.

8 Los medicamentos con receta no están cubiertos en farmacias fuera de la red.

9 Con el Programa de Seguro del Paciente de Express Scripts, los miembros en los planes Estándar y Ahorros no pagarán más de \$25 por un suministro de 30 días de insulina en el 2020. Este programa es anual y puede no estar disponible en el siguiente año. No está destinado para miembros de Medicare, quienes seguirán haciendo copagos regulares por insulina.

www.CompanionBenefitAlternatives.com

En el sitio web de Companion Benefit Alternatives, el administrador del comportamiento de salud, bajo el enlace de Miembros, puede encontrar:

- La herramienta para localizar proveedores de servicios de salud conductual dentro de la red;
- Información acerca del programa de administración de casos de Companion Benefit Alternatives y programas de entrenadores de la salud de la conducta;
- El boletín electrónico mensual para miembros de Balanced Living que aborda temas de actualidad sobre la salud conductual y algunos consejos útiles; y
- Recursos para manejar problemas de la salud mental.

Blue CareOnDemandSM

Los miembros del plan estatal de salud inscritos en el Plan Estándar o el Plan de Ahorro tienen acceso a Blue CareOnDemand, una opción de telesalud (o visita virtual por video) que se ofrece a través del administrador externo del Plan Estatal de Salud, BlueCross. Esta plataforma se enfoca en visitas virtuales por video en vivo, a través de una computadora o dispositivo portátil, y usa tecnología por demanda en la que puede solicitar una visita y conectarse con un proveedor de servicios en menos de dos minutos. Las visitas virtuales por video están disponibles 24/7/365 y ofrecen una opción muy económica y más conveniente que asistir a salas de emergencia y centros de atención de urgencias.

Medicare no cubre visitas por video, de modo que los miembros inscritos en el Plan Suplementario de Medicare no son elegibles para este servicio.

Consultas médicas

Los médicos participantes son entrenados para tratar pacientes por medio de la tecnología virtual, siguiendo estrictos protocolos específicos a las visitas por video y usando las mejores prácticas para el uso del sitio web. Como parte de estos

protocolos, el panel de proveedores trata los diagnósticos de atención de urgencias comunes que incluyen sinusitis, infecciones respiratorias, bronquitis, conjuntivitis y tos, comparados con otras afecciones más graves que requieren de una atención integral. Si una visita virtual por video no es el tipo de servicio adecuado para usted, usted será remitido a un punto de servicio más apropiado y recibirá asistencia para garantizar que pueda recibir la atención necesaria.

Blue CareOnDemand permite que los médicos vean la información, historia clínica y antecedentes suministrados por el paciente antes de las consultas y se conecta a su vez con el sistema de membresía de BlueCross para confirmar su elegibilidad y determinar la cantidad correcta de su costo compartido de paciente.

Esta opción de visita virtual por video está cubierta como si fuese una visita al consultorio físico tradicional en cada Plan. Por ejemplo, si usted tiene el Plan Estándar, una visita antes de alcanzar su deducible puede sumar \$59, y después de alcanzar su deducible puede sumar \$23. Si tiene el Plan de Ahorros, una visita antes de alcanzar su deducible puede sumar \$59, y después de alcanzar su deducible puede sumar \$11,80.

Consultas de lactación

A través de Blue CareOnDemand, usted puede conversar por video con un consultor de lactación sin ningún costo a miembros. Existe ayuda disponible para muchos de los problemas comunes asociados con la lactancia desde la comodidad y privacidad de su propio hogar. Y, no tiene que terminar después de la primera visita. Usted puede programar citas de seguimiento en una hora y frecuencia que sean adecuadas para usted. Hay citas disponibles siete días a la semana.

Consultas de salud conductual

No permita que las dificultades emocionales afecten su bienestar. Haga video llamadas con un asesor certificado, terapeuta, psicólogo o psiquiatra desde la comodidad de su hogar. Y, la ayuda no tiene que cesar después de su primera consulta. Continúe las visitas de seguimiento todo el tiempo que necesite. Las citas están disponibles a la

hora y frecuencia que sean adecuadas para usted. Usted hace un copago de \$14,¹⁰ más el monto restante permitido hasta que cumpla con su deducible. Visite www.BlueCareOnDemandSC.com, o descargue hoy la aplicación gratuita para programar su primera cita.

Cómo paga el Plan de Salud Estatal los beneficios cubiertos

PEBA tiene contratos con varias compañías para procesar sus reclamos de una manera rentable y oportuna. La información para algunas de estas compañías, como beneficios de prescripción o de salud visual, se encuentra en capítulos separados. Estos administradores externos cubren el tratamiento de salud, dental y de salud conductual:

- BlueCross sirve como procesador de reclamaciones médicas, manejando reclamos de salud, salud conductual y reclamos dentales. Medi-Call, una división de BlueCross, proporciona pre-autorización médica y servicios de administración de casos. Para obtener más información sobre Medi-Call, consulte la página 53.
- Companion Benefit Alternatives, una subsidiaria propiedad de BlueCross, es el gerente de salud del conductual, que se encarga de la pre-autorización de tratamientos de salud mental y de uso de sustancias, la administración de casos y las redes de proveedores. Para más información, vea la página 54.

Los suscriptores comparten el costo de sus beneficios al pagar deducibles, copagos y coaseguros por los beneficios cubiertos.

Monto permitido

El monto permitido es la cantidad máxima que pagará un plan por un servicio cubierto. Los proveedores de Red aceptan el monto permitido

¹⁰ Los miembros del Plan de Ahorros no efectúan copagos para ninguna visita, sino que pagan el monto total permitido hasta alcanzar su deducible.

como su tarifa total, haciéndolo a usted responsable solo por los copagos y cualquier coaseguro después de que se haya alcanzado su deducible anual. Los suscriptores del Plan de Ahorros no pagan copagos, sino que pagan la cantidad total permitida hasta que se alcance el deducible. Para los servicios fuera de la red, usted paga más en coaseguro y el proveedor puede cobrar más del monto permitido. Vea la facturación de saldo en la página 51.

Pagar los gastos de atención médica con el Plan Estándar

Deducible anual

El deducible anual es la cantidad que usted paga cada año por los beneficios médicos cubiertos, incluidos los beneficios de salud conductual, antes de que el plan comience, para pagar un porcentaje del costo de sus beneficios médicos cubiertos. Los deducibles anuales son:

- \$490 490 para cobertura individual; y
- \$980 para cobertura familiar.

Las familias inscritas en el Plan Estándar tienen el mismo deducible, sin importar cuántos miembros de la familia estén cubiertos. El deducible familiar puede cubrirse con cualquier combinación de dos o más gastos médicos cubiertos de los miembros de la familia, siempre y cuando sumen un total de \$ 980.

Por ejemplo, si cuatro personas tienen \$245 en gastos de cobertura, el deducible de la familia se ha cubierto, incluso si ninguna persona ha alcanzado el deducible individual de \$ 490. Si solo una persona ha alcanzado el deducible individual de \$490, el plan comenzará a pagar un porcentaje del costo de los beneficios de esa persona, pero no un porcentaje del costo del resto de los beneficios de la familia hasta que el deducible familiar haya sido cubierto. Los reclamos de ningún miembro de la familia pueden contribuir más de \$ 490 para el deducible familiar.

Si el suscriptor y el cónyuge del suscriptor, que

también está cubierto por el suscriptor como empleado o jubilado, seleccionan el mismo plan de salud, entonces comparten el deducible familiar. Ambos cónyuges deberán aparecer en el mismo formulario de *Aviso de Elección* en este caso.

Los pagos por servicios no cubiertos, copagos y multas por no llamar a Medi-Call, National Imaging Associates o Companion Benefit Alternatives para la autorización previa apropiada no cuentan para el deducible anual.

Copagos

Un copago es un monto fijo que usted paga por un servicio que se suma a su deducible y coaseguro. Los copagos no se aplican a su deducible anual ni a su máximo de coaseguro. Una vez que alcanza su deducible anual e incluso después de alcanzar su coaseguro máximo, usted continúa pagando los copagos.

Los suscriptores del Plan Estándar pagan estos copagos:

- Copagos por servicios en la oficina de un proveedor profesional; visitas por video; servicios de instalaciones para pacientes ambulatorios, que se pueden proporcionar en un departamento ambulatorio de un hospital o en una instalación independiente; y atención en una sala de emergencias.
- Copagos por medicamentos prescritos.

El copago por cada visita al consultorio de un proveedor profesional es de \$14. Este copago no se aplica para las pruebas de Papanicolaou, mamografías rutinarias y consultas de niños sanos. El copago de \$14 del Plan Estándar por servicios recibidos en el consultorio de un proveedor no se cobra por servicios en un hogar médico centrado en pacientes afiliados de BlueCross. Ver la Página 71.

El ejemplo en la Página 45 utiliza la visita a un consultorio de médico que tiene un monto permitido de \$56 en el Plan Estándar.

El copago para los servicios de un centro para pacientes ambulatorios, que incluye servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios distintos de las visitas a la sala de emergencias y los servicios de un centro de cirugía ambulatoria, es de \$105. Este copago no se aplica terapia física, terapia del habla, terapia ocupacional, servicios de diálisis, hospitalización parcial servicios ambulatorios intensivos, terapia electroconvulsiva y gestión de medicamentos psiquiátricos. El copago por cada visita a la sala de emergencias es de \$175. Este copago no se aplica si usted es hospitalizado.

Un copago de medicamentos recetados es un monto fijo total que un suscriptor del Plan estándar paga cada vez que se presenta una prescripción en una farmacia de la red. El copago máximo del medicamento con receta para cada miembro de la familia cubierto es de \$3.000. Los copagos de medicamentos con receta no se aplican al deducible anual o al coaseguro máximo. Para obtener más información, consulte la Página 84.

El deducible anual no se ha alcanzado

Monto permitido	\$56.00
Copago	- \$14.00
Monto restante permitido (aplica al deducible anual)	\$42.00
Copago	\$14.00
Monto aplicado al deducible	+ \$42.00
Su pago total	\$56.00

El deducible anual se ha alcanzado

Monto permitido	\$56.00
Copago	- \$14.00
Monto restante permitido	\$42.00
	<u>× 20%¹¹</u>
Coaseguro	\$8.40
Copago	\$14.00
Coaseguro	+ \$8.40
Su pago total	\$22.40

Coaseguro

Después de que cumpla con su deducible anual, el Plan Estándar paga el 80 por ciento del monto permitido por sus beneficios médicos y de conducta cubiertos, si usa proveedores dentro de la red. Usted paga el 20 por ciento del monto permitido como coaseguro, que se aplica a su coaseguro máximo.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el plan paga el 60 por ciento del monto permitido del plan por sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos. Usted paga el 40 por ciento del monto permitido como coaseguro, que se aplica a su coaseguro máximo fuera de la red. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más de la cantidad permitida. Cualquier cargo superior al monto permitido del plan

¹¹ En este ejemplo, el Plan Estándar pagó 80 por ciento del monto permitido de \$42 restante después del copago, dando un total de \$33.60.

para un beneficio médico o de salud conductual cubierto es su responsabilidad. Consulte la página 51 para obtener más información sobre la facturación del saldo y el diferencial fuera de red. Los miembros del Plan Estándar pagan un coaseguro del 10 por ciento, en lugar del coaseguro del 20 por ciento, por los servicios recibidos en un hogar médico centrado en el paciente afiliado a BlueCross.

Se aplica una tasa diferente de coaseguro por tratamientos de infertilidad y medicamentos prescritos asociados con la infertilidad. Vea la Página 69.

Máximo de coaseguro

El coaseguro máximo es el monto en coaseguro que debe pagar un suscriptor por beneficios cubiertos cada año antes de que ya no deba pagar el coaseguro. Bajo el Plan Estándar, es de \$2.800 para cobertura individual y \$5.600 para cobertura familiar para servicios dentro de la red y \$5.600 para cobertura individual y \$11.200 para Cobertura familiar por servicios fuera de la red.

Tenga presente que el coaseguro por servicios dentro de la red no se aplica al coaseguro máximo fuera de la red. El coaseguro por servicios fuera de la red no se aplica al máximo de coaseguro dentro de la red. Por ejemplo: Si tiene cobertura individual, el máximo de coaseguro de red es de \$2.800, y usted pagó \$2.000 por coaseguro dentro de la red y \$800 por coaseguro fuera de la red, usted no ha cumplido con su máximo de coaseguro dentro de la red.

Los suscriptores del Plan Estándar siguen haciendo copagos aun después de que hayan alcanzado su deducible anual y coaseguro máximo.

Los copagos por servicios en un consultorio de proveedor, una visita por video, una instalación ambulatoria y una sala de emergencia no aplican al deducible anual o al coaseguro máximo. Los copagos de medicamentos prescritos aplican al

copago máximo de \$3.000 por medicamentos prescritos, pero no aplican al deducible anual o al coaseguro máximo.

Los pagos por servicios no cubiertos, así como los deducibles y las penalizaciones incurridas cuando no llama a Medi-Call, National Imaging Associates o Companion Benefit Alternatives para la pre-autorización apropiada, no cuentan para el coaseguro máximo.

Pagando los gastos de atención médica con el Plan de Ahorros

Deducible anual

El deducible anual es la cantidad que usted deberá pagar cada año por beneficios médicos, de salud conductual y de medicamentos prescritos antes de que el Plan de Ahorros comience a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios cubiertos.

Los deducibles anuales son:

- \$3.600 para cobertura individual y
- \$7.200 para cobertura familiar.

No hay deducible individual si hay más de un miembro de la familia cubierto. Si el suscriptor y el cónyuge, que también está cubierto como empleado o jubilado, seleccionan el mismo plan de salud, compartirán el deducible familiar. No se alcanza el deducible para ninguna persona cubierta hasta que la cantidad total permitida pagada por los beneficios cubiertos exceda \$7.200. Por ejemplo, incluso si un miembro de la familia ha pagado \$3.601 por beneficios médicos cubiertos, el plan no comenzará a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios cubiertos hasta que su familia haya pagado \$7.200 por beneficios cubiertos. Sin embargo, si el suscriptor pagó \$2,199 por los beneficios cubiertos, el cónyuge pagó \$3.001 por los beneficios cubiertos y un hijo pagó \$2.000 por los beneficios cubiertos, el plan comenzará a pagar un porcentaje del costo de los beneficios cubiertos para todos los

miembros de la familia.

Si usted está cubierto por el Plan de Ahorros, también paga la cantidad total permitida por medicamentos prescritos cubiertos, lo cual se aplica a su deducible anual.

Copagos

No hay copagos bajo el Plan de Ahorros. Hasta que cumpla con su deducible, usted paga la cantidad total permitida por los servicios, que se aplica a su deducible anual.

Coaseguro

Después de que cumpla con su deducible anual, el

El Plan de Ahorros paga el 80 por ciento del monto permitido por sus beneficios médicos, de medicamentos con receta y beneficios de salud conductual cubiertos si usted utiliza proveedores dentro de la red. Usted paga el 20 por ciento del monto permitido como coaseguro. Después de cumplir con su máximo de coaseguro, el plan pagará el 100 por ciento de la cantidad permitida.

Los miembros del Plan de Ahorros pagan un coaseguro del 10 por ciento, en lugar del coaseguro del 20 por ciento, del monto permitido por los servicios recibidos en un hogar médico centrado en el paciente afiliado a BlueCross.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el plan paga el 60 por ciento del monto permitido del plan por sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos. Usted paga el 40 por ciento del monto permitido como coaseguro. Un proveedor fuera de la red puede facturarle en exceso de la cantidad permitida. Cualquier cargo superior al monto permitido del plan para un beneficio médico o de salud conductual cubierto es su responsabilidad. Consulte la Página 51 para obtener más información sobre la facturación del saldo y el diferencial fuera de la red. Los beneficios de medicamentos recetados se pagan solo si usa una farmacia dentro de la red.

Se aplica una tasa de coaseguro diferente para tratamientos de infertilidad y medicamentos de

prescripción relacionados con infertilidad.

Consulte la Página 69.

Coaseguro máximo

El coaseguro máximo es el monto en coaseguro que un suscriptor debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que ya no deba pagar el coaseguro. Bajo el Plan de Ahorros es de \$2.400 para cobertura individual o \$4.800 para cobertura familiar para servicios dentro de la red y \$4.800 para cobertura individual o \$ 9.600 para cobertura familiar por servicios fuera de la red. Tenga presente que el coaseguro por servicios dentro de la red no se aplica al coaseguro máximo fuera de la red. El coaseguro por servicios fuera de la red no se aplica al máximo de coaseguro dentro de la red. Por ejemplo: Si tiene cobertura individual y pagó \$2.000 por coaseguro dentro de la red y \$400 por coaseguro fuera de la red, no ha cumplido con su coaseguro máximo dentro de la red.

Los pagos por servicios no cubiertos, deducibles y multas por no llamar a Medi-Call, National Imaging Associates o Companion Benefit Alternatives no cuentan hacia el coaseguro máximo.

Pagando los gastos de atención médica si usted es elegible para Medicare

Para obtener más información acerca de cómo funcionan tanto el Plan Estándar como el Plan Complementario de Medicare con Medicare, consulte el manual de *Cobertura de seguro para miembros aptos para Medicare* en www.peba.sc.gov/assets/medicarehandbook.pdf y con PEBA .

Coordinación de beneficios

Algunas familias, como aquellas en las que un cónyuge trabaja para un empleador participante y el otro trabaja para un empleador no cubierto a través de los beneficios de seguro de PEBA, pueden ser elegibles para estar cubiertas por dos planes

de salud. Si bien la cobertura adicional puede significar que el seguro paga más de sus gastos médicos, probablemente paguen las primas de ambos planes. Sopesese las ventajas y desventajas antes de comprar una cobertura adicional.

Todos los beneficios del Plan estatal de salud están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que una persona cubierta por más de un plan de seguro no sea reembolsada más de una vez por los mismos gastos.

Con la coordinación de beneficios, el plan primario paga primero. El plan secundario paga después del plan primario. Aquí hay algunos ejemplos de cómo funciona esto:

- El plan que cubre a una persona como empleado generalmente paga antes que el plan que cubre a la persona como dependiente.
- Cuando ambos padres cubren a un niño, el plan del padre cuyo cumpleaños venga antes en el año paga primero. Tenga en cuenta que se pueden aplicar otras reglas en situaciones especiales, como cuando los padres de un niño están divorciados.
- Si es elegible para Medicare y está cubierto como empleado activo, su cobertura de Plan Estatal de Salud paga antes que Medicare. Se pueden aplicar excepciones en el caso de la cobertura de Medicare debido a una enfermedad renal. Póngase en contacto con su oficina local de Administración de Seguro Social para obtener detalles.
- Si una persona está cubierta por un plan porque el suscriptor es un empleado activo y por otro plan porque el suscriptor está retirado, el plan que lo cubre como empleado activo generalmente paga primero. Puede haber excepciones a esta regla.

El Plan de Salud Estatal no es responsable de presentar ni procesar las reclamaciones de un suscriptor a través de otro plan de seguro médico.

Como parte de la coordinación de beneficios con el Plan Estándar y el Plan de Ahorros, su formulario de Aviso de Elección pregunta si está cubierto por más de un plan de seguro grupal. Aunque su respuesta a esto se registra en su archivo, BlueCross puede enviarle un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. Complete este formulario y devuélvalo a BlueCross tan pronto como pueda, porque las reclamaciones no se procesarán ni pagarán hasta que BlueCross reciba su información. Usted también puede actualizar esta información visitando StateSC.SouthCarolinaBlues.com y yendo a Recursos, luego a Formularios y Documentos y Otros Seguro de Salud / Dental, o llamando a BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520.

Así es como el Plan de Salud Estatal funciona como seguro secundario:

- Para un reclamo médico o de salud conductual, usted o su proveedor presentan la Explicación de beneficios de su plan principal con BlueCross.
- El Plan de Salud Estatal pagará el menor de:
 - Lo que pagaría si fuera el pagador principal; o
 - El saldo después de los descuentos y pagos de la red del plan primario se deducen del cargo total.
- La prohibición del Plan de Salud Estatal sobre la facturación del saldo no se aplica. Debido a esto, considere usar un proveedor en la red de su plan primario.
- Usted también será responsable de los copagos del Plan Estatal de

- Salud, deducible y el coaseguro (si no se ha alcanzado el coaseguro máximo).

Tenga en cuenta que, si cancela su cobertura con cualquier otro programa de seguro de salud, debe solicitar una carta de rescisión y enviar esta carta a BlueCross con prontitud, ya que los reclamos no se pueden procesar ni pagar hasta que BlueCross reciba su información.

Enfermedad renal en etapa final

Al final del periodo de coordinación de etapa final de 30 meses de enfermedad renal, Medicare será su seguro primario independientemente de su estatus laboral. Si usted está cubierto como jubilado, debe contactar a PEBA dentro de 31 días para cambiar del Plan Estándar al Plan Suplementario de Medicare. Consulte el manual *Cobertura de Seguro para el Miembro elegible de Medicare* para más información.

Uso de redes de proveedores de Plan de Salud Estatal

Dado que el Plan Estatal de Salud opera como una organización de proveedor preferido, tiene redes de médicos y hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios y centros de pruebas de mamografía. Notará que las letras "PPO" están impresas en su tarjeta de identificación del Plan Estatal de Salud. El Plan también pone a disposición de los suscriptores, redes de equipos médicos duraderos, laboratorios, radiología y rayos X, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, centros de enfermería especializada, centros de cuidados intensivos a largo plazo, centros de cuidados paliativos y centros de diálisis. Al unirse a la red, estos proveedores acuerdan aceptar el monto permitido del plan para los beneficios cubiertos como pago total. Los proveedores dentro de la red le cobrarán por su deducible, copagos y coaseguro cuando se presten los servicios. También presentarán sus reclamos.

Si usa un proveedor de servicios médicos o de salud conductual fuera de la red o su médico

envía sus exámenes de laboratorio a un proveedor fuera de la red, pagará más por su atención.

Por favor tenga en cuenta que incluso si se encuentra en un hospital que haga parte de la red o en una oficina de un proveedor dentro de la red, el proveedor puede emplear proveedores o técnicos contratados fuera de la red. Si un proveedor fuera de la red presta servicios, incluso en una instalación dentro de la red, aun así, puede facturarle el saldo, y usted tendrá que pagar la diferencia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Página 51.

Cómo encontrar un proveedor de red de salud médica o conductual

- Buscar un proveedor por nombre, ubicación y especialidad;
- Buscar alternativas a salas de emergencias, que sean lugares a los que puede acudir para recibir atención que no sea una sala de emergencias, tales como centros de atención prioritaria y clínicas sin cita previa; y
- Limitar su búsqueda solo a proveedores que sean parte de la red del Plan Estatal de Salud ingresando ZCS, que son las tres letras que aparecen al principio de su número de identificación de beneficios (BIN, por su sigla en inglés).

También puede llamar a BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520 para solicitar una lista de proveedores del Plan de Salud Estatal en su área.

Companion Benefit Alternatives sirve como gerente de beneficios de salud conductual, incluidos los beneficios de salud mental y uso de sustancias. Para proveedores de salud conductual, puede usar la Herramienta Buscar un Médico en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.state-sc.blues.com).

Para obtener ayuda en la selección de un proveedor, llame a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032.

Las listas de proveedores del directorio de la red

también están disponibles en su oficina de beneficios o, si usted es jubilado, sobreviviente o suscriptor de COBRA, de BlueCross. Si tiene preguntas sobre los proveedores de la red, llame a BlueCross. Si usa un proveedor fuera de la red, pagará más por su atención.

Cómo encontrar un proveedor de red fuera del estado o en el extranjero

Los miembros del Plan Estatal de Salud tienen acceso a la red BlueCross de médicos y hospitales participantes en los Estados Unidos a través del programa BlueCard® y alrededor del mundo a través de BlueCross BlueShield Global® Core.

Asegúrese de llevar siempre consigo su plan de salud y las tarjetas de identificación de medicamentos recetados cuando viaje, porque aún puede usarlos fuera del estado/país. Si está cubierto por el Plan Estatal de Salud y necesita atención de salud conductual fuera de Carolina del Sur, llame al 800.810.2583.

Dentro de los Estados Unidos

Con el programa BlueCard, usted puede elegir los médicos y hospitales dentro de la red que más le convengan. A continuación, le mostramos cómo usar su cobertura de salud cuando esté lejos de casa, pero dentro de los Estados Unidos:

1. Ubique médicos y hospitales cercanos visitando [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.state-sc.blues.com) o llamando a BlueCard Access al 800.810.2583.
2. Llame a Medi-Call dentro de las 48 horas siguientes al momento en el que recibió la atención de emergencia. El número gratuito se encuentra en su tarjeta de identificación del Plan Estatal de Salud.
3. El proveedor debe presentar reclamos con el afiliado de BlueCross en el estado donde se prestaron los servicios.

No es necesario que complete ningún formulario de reclamo ni pague por adelantado los servicios médicos que no sean los gastos directos habituales (deducibles, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos). BlueCross le enviará por correo una Explicación de sus Beneficios.

Para obtener información sobre los beneficios fuera de la red, vea la Página 51.

Fuera de los Estados Unidos

A través del programa BlueCross BlueShield Global Core, su tarjeta de identificación del Plan Estatal de Salud le da acceso a médicos y hospitales en más de 200 países y territorios en todo el mundo y a una amplia gama de servicios médicos.

Tenga en cuenta que Medicare no ofrece beneficios fuera de los Estados Unidos. Debido a que el Plan Complementario de Medicare del Plan Estatal de Salud no permite beneficios por servicios no cubiertos por Medicare, los suscriptores del Plan Suplementario de Medicare no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos. Para más información, consulte el manual PEBA de *Cobertura de seguro para miembros elegibles para Medicare*, disponible en www.peba.sc.gov/assets/medicarehandbook.pdf.

A continuación, le mostramos cómo aprovechar el programa central BlueCross BlueShield Global Core:

1. Si tiene alguna pregunta antes de su viaje, llame al número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal para verificar sus beneficios y para pre-autorización, si es necesario. Sus beneficios de atención médica pueden ser diferentes fuera de los Estados Unidos.
2. El Centro de Servicios BlueCross BlueShield Global Core puede ayudarlo a encontrar proveedores en el área hacia la que va a viajar. También puede proporcionar otra información útil sobre atención médica en el extranjero. Ingrese a bcbsglobalcore.com. Debe aceptar los términos y condiciones e iniciar sesión con las primeras tres letras de su NIB. Luego puede Seleccionar un Tipo de Proveedor.
3. Si es hospitalizado, llame gratis al Centro de Servicio BlueCross BlueShield Global Core al 800.810.2583 o por cobrar al número 804.673.1177 lo antes posible.
4. El Centro de Servicios BlueCross BlueShield Global Core trabajará con su plan para coordinar la facturación directa con el hospital por su hospitalización. Cuando se solucione la facturación directa, usted será responsable de los gastos directos (servicios no cubiertos, deducibles, copagos y coaseguros) que normalmente paga. El hospital presentará su reclamo en su nombre.
5. Tenga en cuenta que, si la facturación directa no se organiza entre el hospital y su plan, debe pagar la factura por adelantado y presentar un reclamo. Para atención ambulatoria y visitas al médico, pague al proveedor cuando reciba atención y presente un reclamo.
6. Para presentar un reclamo por servicios que pagó cuando recibió atención o pagó a proveedores que no hacen parte de la red BlueCross BlueShield Global Core, complete el formulario de reclamación internacional de BlueCross BlueShield Global Core and envíelo al Centro de Servicios de BlueCross BlueShield Global con esta información: el cobro por cada servicio; la fecha de cada servicio y el nombre y la dirección de cada proveedor; una factura completa y detallada, que incluya descripciones de artículos de línea; y descripciones y fechas para todos los procedimientos y cirugías. Esta información no tiene que ser en inglés. Asegúrese de obtener toda esta información antes de salir de la oficina del proveedor.
7. El formulario de reclamación se encuentra en el sitio web de BlueCross, StateSC.SouthCarolinaBlues.com en

También puede elegir una especialidad, ciudad, nación y distancia de la ciudad. También puede llamar al número gratuito 800.810.2583 o al número pago 804.673.1177 ya que los números gratuitos no siempre funcionan en el extranjero.

Recursos, luego Formularios y Documentos. Luego seleccione el formulario de reclamación internacional. También puede llamar al centro de servicios al número gratuito 800.810.2583 o por pagar al 804.673.1177. La dirección del centro de servicio se encuentra en el formulario de reclamo. BlueCross BlueShield Global Core coordinará la facturación a BlueCross.

Si necesita un comprobante de seguro para viajar al extranjero, solicítelo por escrito a PEBA. Puede hacerlo ingresando a www.peba.sc.gov/contactus.html o en una carta. La solicitud debe realizarse con al menos 10 días hábiles de anticipación para garantizar que la reciba en el momento deseado.

Red de proveedores de medicamentos prescritos

Para obtener más información sobre su red de proveedores de medicamentos recetados, consulte la Página 85.

Red de proveedores de cuidado visual

Para más información sobre la red del Plan Estatal de Visión, vea la Página 109.

Beneficios fuera de la red

Usted puede recibir cierta cobertura cuando usa proveedores de atención de salud conductual y médica que no forman parte de la red. Antes de que el Plan Estatal de Salud pague el 100 por ciento del monto permitido del plan para beneficios fuera de la red, los suscriptores del Plan Estándar deben alcanzar su deducible anual y luego cumplir con el coaseguro individual de \$5.600 máximo o el coaseguro familiar de \$11.200 máximo. Los suscriptores del Plan de Ahorros deberán alcanzar su deducible anual y luego cumplir con el máximo de coaseguro individual de \$ 4.800 o el máximo de coaseguro familiar de \$ 9.600. Los suscriptores de ambos planes también pueden necesitar completar formularios de reclamo.

Tenga en cuenta que no se pueden pagar beneficios por servicios avanzados de radiología (CT, MRI, MRA o PET) que no hayan sido autorizados previamente por National Imaging Associates.

No hay cobertura disponible para los medicamentos recetados que se surten en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos. Se ofrece cobertura de medicamentos limitada a los miembros inscritos en el Programa de Medicamentos con Recetas del Plan Estatal de Salud que se enferman mientras viajan al extranjero. Para obtener más información, consulte la Página 85.

Facturación de saldo

Si usa un proveedor que no es parte de la red, es posible que le facturen el saldo. Cuando el Plan Estatal de Salud es su cobertura principal, se prohíbe que los proveedores de la red le facturen a usted los beneficios cubiertos, a excepción de los copagos, el coaseguro y el deducible. Sin embargo, un proveedor fuera de la red puede facturarle más del monto permitido del plan por el beneficio cubierto (hasta los cargos del proveedor), lo cual aumentará su costo de desembolso directo. La diferencia entre lo que cobra el proveedor fuera de la red y el monto permitido se denomina factura de saldo. La factura del saldo no contribuye a alcanzar su deducible anual o coaseguro máximo.

Diferencial fuera de la red

Además de la facturación del saldo, si recibe servicios de un proveedor que no participa en las redes del Plan Estatal de Salud, Companion Benefit Alternatives o BlueCard®, pagará el 40 por ciento de la cantidad permitida en lugar del 20 por ciento en coaseguro. Estos ejemplos muestran cómo le costará más usar un proveedor fuera de la red.

En ambos ejemplos a la derecha, usted tiene cobertura solo para suscriptores según el Plan Estatal de Salud y no ha cumplido con su deducible. El monto permitido es de \$4.000. El proveedor cobró \$ 5.000 por el servicio.

Plan Estándar

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$5.000
Monto permitido ¹²	\$4.000
Deducible anual	<u>- \$490</u>
Monto permitido después del deducible	\$3.510
	<u>× 20%¹³</u>
	\$702
Coaseguro (aplica al máximo)	
Copago ¹⁴	\$14
Deducible anual	+ \$490
Coaseguro	+ \$702
Su pago total	\$1.206
Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	\$5.000
Monto permitido	<u>- \$4.000</u>
Factura de saldo ¹⁵	\$1.000
Monto permitido	\$4.000
Deducible anual	<u>- \$490</u>
Monto permitido después del deducible	\$3.510
	<u>× 40%¹⁶</u>
	\$1.404
Coaseguro (aplica al máximo)	
Copago ¹⁴	\$14
Deducible anual	+ \$490
Coaseguro	+ \$1.404
Factura de cargo	+ \$1.000
Su pago total	\$2.908

12 Los proveedores de la red no pueden cobrar más que el monto permitido.

13 El Plan Estándar pagó el 80 por ciento del monto permitido de \$3.510 después del deducible, por un total de \$2.808.

14 Esto supone que el servicio es una visita a la oficina.

15 Los proveedores fuera de la red pueden cobrarle cualquier monto que elijan por encima del monto permitido y facturarle el saldo por encima del monto permitido.

16 El Plan Estándar pagó el 60 por ciento del monto permitido de \$3.510 después del deducible, por un total de \$2.106.

Plan de Ahorros

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$5.000
Monto permitido ¹²	\$4.000
Deducible anual	<u>- \$3.600</u>
Monto permitido después del deducible	\$400
	<u>× 20%¹⁷</u>
	\$80
Coaseguro (aplica al máximo)	
Deducible anual	\$3.600
Coaseguro	+ \$80
Su pago total	\$3.680
Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	\$5.000
Monto permitido	<u>- \$4.000</u>
Factura de saldo ¹⁵	\$1.000
Monto permitido	\$4.000
Deducible anual	<u>- \$3.600</u>
Monto permitido después del deducible	\$400
	<u>× 40%¹⁸</u>
	\$160
Coaseguro (aplica al máximo)	
Deducible anual	+ \$3.600
Coaseguro	+ \$160
Factura de cargo	+ \$1.000
Su pago total	\$4.760

17 El Plan de Ahorros pagó el 80 por ciento del monto permitido de \$400 después del deducible, por un total de \$320.

18 El Plan de Ahorros pagó el 60 por ciento del monto permitido de \$400 después del deducible, por un total de \$240.

Cómo obtener pre-autorización para su atención médica

Pre-autorización de atención médica

Con el Plan Estatal de Salud, algunos servicios cubiertos requieren autorización previa mediante una llamada telefónica a Medi-Call antes de que usted los reciba. Su proveedor de atención médica puede hacer la llamada por usted, pero es su responsabilidad asegurarse de que se haga la llamada. Para pre-autorizar su tratamiento médico, llame a Medi-Call al 800.925.9724.

Tenga en cuenta que, además de la cobertura de salud habitual, algunos servicios de atención de salud conductual, así como radiología (servicio de imágenes) y beneficios de medicamentos prescritos también requieren autorización previa. Consulte la Página 54 para la salud conductual, la Página 55 para radiología y la Página 88 para medicamentos prescritos.

Pre-autorización para análisis de laboratorio

Ciertos servicios de laboratorio requieren previa autorización y requieren que su proveedor solicite que Avalon Healthcare Solutions (Avalon)¹⁹ revise estos servicios antes de efectuar los mismos. Las solicitudes pueden ser presentadas para previa autorización a Avalon por fax al 888.791.2181 o por teléfono al 844.227.5769, 8 am. a 8 pm., Hora del Este. Una vez que Avalon reciba la solicitud, ésta será revisada por el personal clínico de Avalon y le notificarán a su proveedor sobre la determinación. Una autorización para análisis de laboratorio no garantiza pago.

Sanciones por no llamar

¹⁹ Avalon es una empresa independiente que realiza servicios ambulatorios de laboratorio a nombre de BlueCross. Avalon no revisa solicitudes para servicios provistos en una sala de emergencia, centro de cirugías o lugar de servicios de pacientes hospitalizados.

Si usted no pre-autoriza el tratamiento cuando es necesario, pagará una multa de \$490 por cada hospital, rehabilitación, centro de enfermería especializada o admisión de salud conductual.

Cómo pre-autorizar su tratamiento

Los números de Medi-Call son:

- 803.699.3337 o 800.925.9724.
- 803.264.0183 (fax).

Usted puede comunicarse con Medi-Call por teléfono de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, excepto días festivos.

También puede enviar la información por fax a Medi-Call las 24 horas del día; Medi-Call responderá dentro de un día hábil.

Si envía un fax a Medi-Call, proporcione, como mínimo, la siguiente información para que la revisión pueda comenzar:

- Nombre del suscriptor;
- Nombre del paciente;
- NIB del suscriptor;
- Información sobre el servicio solicitado; y
- Un número de teléfono en el que se le pueda contactar durante horario de oficina.

Medi-Call promueve la atención médica de alta calidad y rentable para usted y sus familiares cubiertos a través de revisiones que evalúan, planifican, implementan, coordinan, supervisa y evalúan las opciones de atención médica y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de un individuo. Usted debe ponerse en contacto con Medi-Call al menos 48 horas o dos días hábiles, el período que sea más largo, antes de recibir cualquiera de estos servicios médicos que no sean de emergencia en cualquier hospital de los Estados Unidos o Canadá:

- Cualquier tipo de atención hospitalaria en un hospital, incluida la hospitalización por parto ²⁰;
- Un servicio ambulatorio pre-autorizado que

²⁰ Para servicios de salud conductual, usted debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032. Vea la Página 54 para más información.

resulta en una hospitalización – usted debe volver a llamar por la admisión al hospital;

- Cirugía ambulatoria para una septoplastia (cirugía en el tabique de la nariz);
- Cirugía ambulatoria o interna para una histerectomía;
- Escleroterapia (cirugía de venas) realizada en un entorno para pacientes internados, ambulatorios o consultorios;
- Un nuevo curso de quimioterapia o radiación (notificación por única vez por curso);
- Un procedimiento de radiología (realización de imágenes) (consulte la página 55 para obtener más información);
- Embarazo: le recomendamos que notifique a Medi-Call dentro de los primeros tres meses de su embarazo (consulte la página 63 para obtener más información);
- Una hospitalización de emergencia durante el embarazo²¹;
- Nacimiento de un niño (si planea presentar un reclamo por cualquier gasto relacionado con parto)²²;
- El bebé tiene complicaciones al nacer;
- Van a ser, o han sido, hospitalizados en un centro de cuidados intensivos a largo plazo, un centro de enfermería especializada o necesitan atención de salud en el hogar, atención de hospicio o un plan de tratamiento alternativo;
- Necesita equipo médico duradero;
- Someterse a fertilización in vitro, GIFT, ZIFT o cualquier otro procedimiento de infertilidad, esto los incluye a usted y a su cónyuge cubierto;

²¹ El contactar a Medi-Call para el parto de su bebé no agrega al bebé a su seguro de salud. Debe agregar a su bebé presentando un formulario lleno de *Aviso de Elección* y la documentación requerida, un acta de nacimiento de formato largo, dentro de los 31 días del nacimiento para que los beneficios sean pagaderos.

²² Para servicios de salud conductual, debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032. Vea la Página 54 para más información.

- Necesita ser evaluado para un trasplante lo incluye a usted o su cónyuge o familiar cubierto; y
- Necesita servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y terapia física, del habla u ocupacional relacionada con pacientes ambulatorios.

La admisión a un hospital en una emergencia, incluida la atención de emergencia relacionada con el nacimiento de un niño, se debe informar dentro de las 48 horas o el siguiente día hábil luego de un ingreso de fin de semana o festivo.

Una solicitud de autorización previa para cualquier procedimiento que pueda considerarse cosmético debe ser recibida por escrito por Medi-Call siete días antes de la cirugía. Los procedimientos en esta categoría incluyen blefaroplastia, mamoplastia de reducción, mamoplastia de aumento, mastopexia, TMJ u otra cirugía de mandíbula, paniculectomía, abdominoplastia, rinoplastia u otra cirugía de nariz, etc. Su médico debe incluir fotografías si corresponde.

Una determinación de Medi-Call de que un tratamiento propuesto está dentro de los estándares y procedimientos médicos generalmente reconocidos no garantiza el pago del reclamo. Se deben cumplir otras condiciones, como los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones o exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones de el plan antes de que BlueCross efectúe el pago en nombre del Plan de Salud Estatal. Recuerde, si usa un proveedor fuera de la red, pagará más.

Pre-autorización del servicio de salud conductual

La autorización previa y la administración de casos de beneficios de salud conductual, tales como los beneficios de salud mental y el uso de sustancias, son manejados por Companion Benefit Alternatives, el administrador de beneficios de salud del comportamiento del Plan Estatal de Salud.

Servicios que requieren pre-autorización

Las visitas al consultorio de un proveedor de salud conductual, como un psicólogo, un trabajador social clínico o un consejero profesional, no requieren autorización previa a menos que sean uno de los servicios que se detallan a continuación. Estos servicios deben estar pre-autorizados por Companion Benefit Alternatives:

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados;
- Cuidados hospitalarios intensivos en pacientes ambulatorios;
- Atención de hospitalización parcial;
- Terapia electro-convulsiva para pacientes ambulatorios: servicios hospitalarios y médicos;
- Terapia magnética transcraneal repetitiva;
- Terapia de análisis de comportamiento aplicado; y
- Prueba psicológica / neuropsicológica.

Para pre-autorizar los servicios, su proveedor debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032 antes de usted ser admitido o, en una situación de emergencia, dentro de las 48 horas o el siguiente día hábil. Para los servicios profesionales mencionados anteriormente, su proveedor debe llamar antes de que se presten los servicios. Para evaluar la necesidad médica, Companion Benefit Alternatives requerirá información clínica del de salud conductual que lo está tratando. Su proveedor puede enviar la información clínica en línea a través del Centro de recursos de formularios que se encuentra en forms.companionbenefitalternatives.com, o puede enviar la información por fax al 803.714.6456..

Aunque su proveedor puede contactar a Companion Benefit Alternatives por usted, es su responsabilidad ver que se realice la llamada y que se haya otorgado la autorización previa.

Una determinación de Companion Benefit

Alternatives no garantiza el pago.

Se deben cumplir otras condiciones, incluidos los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones y exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan antes de que BlueCross realice el pago.

Sanciones por no solicitar las pre-autorizaciones necesarias para servicios de salud conductual

Si los servicios ambulatorios de salud conductual que requieren autorización previa (por ejemplo, terapia de análisis de comportamiento aplicado y pruebas psicológicas/neuropsicológicas) no son pre-autorizados, no serán cubiertos.

Sanciones por no solicitar pre-autorizaciones necesarias de servicios en instalaciones

Si su proveedor no llama a Companion Benefit Alternatives cuando sea necesario, usted pagará una multa de \$490 por cada hospitalización.

Pre-autorización de radiología avanzada: National Imaging Associates

El Plan de Salud Estatal tiene un proceso para obtener autorización previa para CT, MRI, MRA y PET. Los médicos de Carolina del Sur dentro de la red, los centros de radiología (imagen) y los centros de radiología para pacientes ambulatorios son responsables de solicitar la autorización previa de radiología de National Imaging Associates antes de completar un examen.

Los médicos pueden obtener más información en StateSC.SouthCarolinaBlues.com o llamando al 800.444.431. Para solicitar pre-autorización en línea, los proveedores pueden visitar www.RadMD.com o llamar al 866.500.7664, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.

Si un suscriptor o un miembro de la familia cubierto está programado para recibir una CT, MRI, MRA o PET de un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur, el suscriptor es

responsable de asegurarse de que su proveedor llame para pre-autorización. Puede comenzar el proceso llamando al 866.500.7664. Debe proporcionar a National Imaging Associates el nombre y el número de teléfono del médico que realiza el pedido y el nombre y número de teléfono del centro de imágenes o el médico que proporcionará el servicio de radiología.

National Imaging Associates tomará una decisión sobre las solicitudes de autorización previa que no sean de emergencia dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud del proveedor. Si la situación es urgente, se tomará una decisión dentro de un día hábil después de recibir la solicitud del proveedor. Sin embargo, el proceso puede llevar más tiempo si se necesita información clínica adicional para tomar una decisión. Usted puede consultar en línea el estado de una solicitud de autorización previa de National Imaging Associates a través de su cuenta My Health Toolkit® en StateSC.SouthCarolinaBlues.com.

Sanciones por no llamar

Si un médico o centro de radiología de la red de Carolina del Sur no solicita una autorización previa para los servicios de radiología avanzada, no se le pagará al proveedor por el servicio y no se puede facturar al suscriptor por el servicio. Si un suscriptor o un familiar cubierto reciben servicios de radiología avanzada de un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o de cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur sin autorización previa, BlueCross no pagará al proveedor y el suscriptor será responsable de la factura completa.

Administrando su salud

Consultas de adulto sano

Las consultas de adulto sano están cubiertas como servicio contractual bajo el Plan Estándar efectivo a partir de enero 1 de 2019, sujetas a copagos,

deducibles y coaseguros. Las consultas de adulto sano pueden ser una parte clave de atención médica preventiva. Ellos pueden reafirmarles a los miembros que están tan saludables como se sienten o a animarlos a hacer preguntas sobre su salud. Los servicios basados en evidencia, con una recomendación A o B por la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), se incluirá como parte de una consulta de adulto sano bajo el Plan Estatal de Salud (Planes estándar y de Ahorro).

El beneficio está disponible para todos los adultos primarios que no sean de Medicare de 19 años o mayores que estén cubiertos por el Plan Estatal de Salud. Los miembros adultos pueden aprovechar este beneficio en un proveedor de la red especializado en Práctica General, Práctica Familiar, Medicina Interna y Obstetricia y Ginecología.

Miembros del Plan Estándar

El plan solo cubrirá una visita en los años cubiertos según el siguiente horario:

- Edades de 19 a 39, una visita cada tres años;
- Edades de 40 a 49, una visita cada dos años; y
- Edades 50 y más, una visita por año.

Los miembros femeninos elegibles pueden usar su visita de bienestar con su ginecólogo o su médico de atención básica, pero no con ambos en un año de cobertura. Si una mujer visita a ambos médicos para una visita de bienestar en el mismo año cubierto, sólo se permitirá la visita de rutina al primer médico.

En un año no cubierto, los miembros pagarán la totalidad del monto permitido para la visita. El Plan pagará 100 por ciento del costo del trabajo de laboratorio y la visita al consultorio asociada con una prueba de Papanicolaou para miembros femeninos elegibles en un año no cubierto. Para más información consulte la sección de beneficios PEBA en la página 57.

Miembros del plan de ahorros

El plan cubrirá una consulta por año sin ningún

costo para el miembro. Los miembros femeninos elegibles pueden usar su visita de bienestar con su ginecólogo o su médico de atención básica, pero no con ambos en un año de cobertura. Si una mujer visita a ambos médicos para una visita de bienestar en el mismo año cubierto, sólo se permitirá la visita al primer médico por la cual se reciba una reclamación.

Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El Plan Estatal de Salud ofrece muchos beneficios basados en el valor sin ningún costo para sus miembros primarios a través de PEBA Perks. Además, usted puede apartar dinero antes de impuestos en su cuenta MoneyPlus para pagar por su consulta de adulto sano. Descubra cómo coordinar sus beneficios de MoneyPlus y PEBA Perks más abajo con su consulta de adulto sano.

1. Apartar dinero en su cuenta MoneyPlus. Calcular cuánto gastará en su consulta de adulto sano. Sumar este monto a su cuenta MoneyPlus.
2. Recibir sus pruebas de detección. Puede recibir una prueba de detección biométrica sin costo alguno, lo cual le minimizará al costo en su consulta de adulto sano. Para más información sobre lo que se incluye en una prueba de detección, vea la Página 60.
3. Tener su consulta de adulto sano después de sus pruebas de detección. Las recomendaciones SPSTF A y B se incluyen como parte de una consulta de adulto sano. Luego de consultar con su médico durante una visita, el médico puede decidir qué servicios necesita usted y elaborar un plan de atención personal para usted.
4. Compartir sus resultados de las pruebas de detección con su médico. Usted recibirá un informe confidencial con sus resultados, y recomendamos que lo comparta con su médico para eliminar la necesidad de repetir pruebas

en una consulta de adulto sano. Compartir sus resultados minimizará el costo de su consulta de adulto sano.

5. Seguir las recomendaciones de su médico y mantenerse activo con su salud. Le instamos a sacar provecho de las otras Ventajas de PEBA que están disponibles para usted. Si es elegible, inscribese para un Copago Sin-Pago para recibir algunos medicamentos genéricos sin costo alguno para usted. Consulte la Página 59.

Servicios no incluidos como parte de una consulta de adulto sano

Los servicios no incluidos como parte de la consulta de adulto sano son aquellos sin una recomendación A o B por parte del USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en www.uspreventiveservicestaskforce.org. Otros servicios, incluyendo un conteo de sangre completo (CSC), electrocardiograma, antígeno prostático y panel metabólico básico, sólo están cubiertos por su médico que tratará una condición específica, y están sujetos al copago, deducible y coaseguro, así como las provisiones normales del Plan. Las visitas y servicios de seguimiento como resultado de su visita de bienestar también están sujetas a las estipulaciones normales del plan.

Conozca más acerca de los servicios incluidos en la visita de bienestar de adultos en www.peba.sc.gov/wellvisit.html.

Ventajas de PEBA

Si el Plan de Salud Estatal es su cobertura primaria de salud, PEBA ofrece beneficios basados en el valor sin costo para usted en los proveedores y farmacias de la red. Estos beneficios pueden ayudar a que sea más fácil para usted y su familia mantenerse saludables. Obtenga más información acerca de las ventajas de PEBA, incluida la elegibilidad, en www.PEBAPERKS.com

Vacunación de adultos

Las vacunas para adultos a intervalos recomendados por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) están cubiertas sin costo para los miembros del Plan de Ahorros, el Plan Estándar y el Plan Suplementario de Medicare en los proveedores participantes. La cobertura incluye el costo de la vacuna y la tarifa de administración si el miembro recibe la vacuna en la oficina de un médico de la red. Todos los cargos

asociados a las visitas a la oficina seguirán las reglas de cobertura del Plan. Contacte a su médico de la red o ingrese a www.cdc.gov/vaccines/schedules y seleccione Adultos (19 años en adelante) para saber qué vacunas están cubiertas

Extractor de leche

Este beneficio proporciona a los miembros ciertas bombas de extracción manual o eléctrica sin costo alguno. Los miembros pueden aprender cómo obtener un extractor de leche al inscribirse en nuestro programa de gestión de la maternidad, Coming Attractions. Obtenga más información acerca de Coming Attractions en la Página 63.

Examen de cáncer cervical

El plan cubre solo el costo del trabajo de laboratorio asociado con una prueba de Papanicolaou cada año calendario. Antes de recibir este servicio, tenga en cuenta lo siguiente:

El costo de la parte de la visita a la oficina asociado con la prueba de Papanicolaou está cubierto.

- Los costos por la parte de la visita al consultorio no asociada con la prueba de Papanicolaou, cargos asociados con un examen pélvico, examen de senos o un examen completo o mini-físico y cualquier otro examen, procedimiento o servicio de laboratorio asociado con recibir el beneficio de la prueba de Papanicolaou no están cubiertos y son responsabilidad del miembro.

- Si la prueba la realiza un proveedor fuera de la red, se le puede facturar al miembro el monto del cargo que está por encima del monto permitido del Plan Estatal de Salud para la prueba.

Considere contactar al proveedor antes de programar una visita al consultorio para determinar el costo del examen y los servicios relacionados. El monto que el miembro paga por servicios adicionales no cubiertos no cuenta para su deducible anual. Según la recomendación de la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, el Plan Estándar y el Plan de Ahorros cubren el examen del virus del papiloma

humano (VPH) cada cinco años junto con un examen de Papanicolaou sin costo para mujeres de 30 a 65 años.

Exámenes de cáncer colorrectal

Los exámenes de detección de cáncer colorrectal, tanto de diagnóstico como de rutina, se brindan sin costo a los miembros con proveedores dentro de la red para los miembros principales del Plan de Salud Estatal. Las evaluaciones cubiertas incluyen colonoscopias y una prueba de sangre oculta en materia fecal. Las colonoscopias de rutina y algunos los análisis de sangre oculta en heces están cubiertos dentro de los rangos de edad recomendados por la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

El Plan de Salud Estatal también cubre algunas pruebas de detección temprana para llevar a casa a miembros elegibles sin costo para colonoscopias de rutina y de diagnóstico. La cobertura incluye la consulta, el kit genérico de preparación, el procedimiento y la anestesia asociada. Por favor tenga en cuenta que, si elige un kit de preparación no genérico, se aplicarán cargos adicionales. Cualquier trabajo de laboratorio asociado como resultado de la evaluación puede estar sujeto a la responsabilidad del paciente.

Visite a un proveedor calificado de la red para encontrar qué opción de evaluación es la mejor para usted.

Contacte también a su proveedor con relación al costo de cualquier servicio relacionado.

Educación sobre la diabetes

La educación sobre salud para la diabetes a través de educadores certificados en diabetes se ofrece sin costo a los miembros principales del Plan Estatal de salud en un proveedor de la red. La educación sobre diabetes capacita a los diabéticos para controlar su afección y evitar las complicaciones relacionadas con la enfermedad. Las personas que reciben educación sobre diabetes tienen más probabilidades de utilizar la atención primaria y los servicios preventivos; tomar medicamentos según lo prescrito; y para controlar sus niveles de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol. Visite a un proveedor dentro de la red para obtener más información.

Vacuna contra la influenza

La vacuna contra la influenza está disponible sin costo alguno para todos los miembros cuya cobertura primaria

sean los Planes Estándar o de Ahorro. Los miembros pueden recibir la vacuna de una farmacia dentro de la red por un copago de \$0. Si un miembro recibe la inyección en un consultorio médico de la red, la vacuna contra la influenza y la tarifa de administración se pagarán en su totalidad; sin embargo, los cargos asociados a las visitas a la oficina se procesarán de acuerdo con las reglas de cobertura regulares del Plan.

Mamografía

Las mamografías de rutina están cubiertas al 100 por ciento siempre que use un proveedor en la red de mamografía BlueCross y cumpla con los requisitos de elegibilidad. No se requiere una orden del médico para la cobertura del plan de una mamografía de rutina, pero algunos centros pueden pedirla. Los beneficios de la mamografía incluyen:

- Una mamografía base (cuatro vistas) para mujeres de 35 a 39 años de edad; y
- Una mamografía de rutina (cuatro visitas) cada año para mujeres mayores de 40 años.

Considere programar su mamografía después de su cumpleaños para ayudar a recordarla todos los años. Usted puede encontrar un proveedor de la red de mamografía en la herramienta de Búsqueda de Médicos en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com). También puede llamar a BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520 para obtener ayuda. El plan también cubre cualquier mamografía de diagnóstico.

Los cargos por mamografías de rutina realizadas por proveedores de Carolina del Sur no están cubiertos, a menos que el proveedor participe en la Red de mamografía BlueCross, incluso si el proveedor participa en la red del Plan de Salud Estatal.

Las mamografías de rutina realizadas fuera de Carolina del Sur no están cubiertas, a menos que el proveedor participe en una red BlueCross en el estado en el que el proveedor está ubicado. Los proveedores fuera de la red pueden cobrarle cualquier precio por sus servicios, por lo que es posible que pague más.

Los beneficios de las mamografías preventivas y de rutina se suman a los beneficios de las mamografías de diagnóstico. Todos los cargos por mamografías adicionales además de la mamografía preventiva están sujetos a copagos, deducibles y coaseguros.

Las mujeres que están cubiertas como jubiladas y están inscritas en Medicare deben comunicarse con Medicare o consultar el manual *Medicare y Usted* para obtener información sobre la cobertura. El Plan Estatal de Salud es el principal para una mujer cubierta como empleada activa o como cónyuge de un empleado activo, independientemente de la elegibilidad de Medicare.

Copago sin pago

El programa No-pay Copay otorga a los miembros elegibles²³ del Plan de Salud Estatal con presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad de la arteria coronaria o diabetes una exención de copago para medicamentos genéricos que tratan estas afecciones.²⁴ El programa anima a los miembros a estar más comprometidos con su salud – y les ahorra dinero. Los participantes califican para el programa trimestralmente. Al completar ciertas actividades en un trimestre, pueden recibir ciertos medicamentos genéricos sin costo el próximo trimestre.

Los miembros son identificados para una de las

- 23 Los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA, sobrevivientes y sus cónyuges cubiertos son elegibles para calificar si el Plan de salud estatal es su seguro principal. Si un suscriptor está inscrito en el Plan Suplementario de Medicare, pero cubre a un cónyuge que no es elegible para Medicare, el cónyuge es elegible para el programa. Los niños dependientes no son elegibles, independientemente de su edad. Si un miembro califica para el Copago sin Pago y luego se vuelve elegible para Medicare, entonces la exención terminará al final del trimestre. Estas fechas de finalización no se aplican a los miembros que se inscriban en Express Scripts Medicare, el programa Medicare Parte D del Plan Estatal de Salud. La inscripción en Express Scripts Medicare significa que la exención termina inmediatamente.
- 24 Los suministros para pruebas de diabetes (tiras reactivas, solución de control, lancetas, jeringas, agujas para pluma, etc.) comprados en una farmacia dentro de la red también están cubiertos sin cargo. El fabricante proporcionará un glucómetro por separado.

condiciones de calificación de forma automática por BlueCross. BlueCross notifica a los miembros sobre su elegibilidad y les indica que se registren para Rally.

Rally es un producto de Rally Health, una compañía independiente que ofrece una plataforma de salud digital en nombre de BlueCross. Rally les permite a los miembros hacer seguimiento de su estatus en el programa y su progreso hacia el cumplimiento de los requisitos. Ellos pueden completar algunas actividades a través de Rally, tales como tomar una encuesta de salud, acceder a información educativa y comunicarse con un asesor de salud.

Las actividades de cumplimiento están orientadas a la condición y los riesgos para la salud de un miembro.

Una vez que un miembro participante en No-Pay Copay (Copago Sin Pago) se inscribe en Medicare como su seguro primario, su exención de copago perderá vigencia. Este es el caso sin importar si el miembro está inscrito en la cobertura del Plan de exención del Grupo de Empleadores.

Para obtener información detallada sobre el programa Copago Sin Pago vaya a

StateSC.SouthCarolinaBlues.com o llame al Servicio al cliente de BlueCross al 800.868.2520. Si usted cree que califica para el programa, pero no se le ha notificado sobre su elegibilidad, llame al 855.838.5897. BlueCross administra el programa, pero usted puede llamar a Express Scripts, el administrador de beneficios de farmacia, al 855.612.3128 para obtener más información sobre las recetas genéricas elegibles.

Exámenes preventivos

Este beneficio se proporciona sin costo para los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA y sus cónyuges cubiertos y ex cónyuges si su cobertura principal es el Plan Estándar o el Plan de Ahorros. Este tipo de examen generalmente cuesta \$ 300 o más. El examen incluye análisis de sangre, una evaluación del riesgo para la salud, medición de altura y peso, presión arterial y perfiles lipídicos.

Después de la evaluación, recibirá un informe confidencial con sus resultados y recomendaciones

para mejorar su salud. Al presentar este informe a su médico, se puede eliminar la necesidad de exámenes. Además de tomar parte en una evaluación en su lugar de trabajo, hay otras opciones para aprovechar este beneficio. También le animamos a compartir sus resultados con BlueCross para que puedan cargarlo automáticamente en la encuesta de salud Rally. Obtenga más información acerca de Rally en la página 39.

Asista a un examen preventivo regional

Si su lugar de trabajo no ofrece un examen, o si se lo perdió, usted puede registrarse para un examen regional en la página de próximos eventos de PEBA en **www.peba.sc.gov/events.html** .

Visite a un proveedor de exámenes participante

Visite a uno de nuestros proveedores de exámenes participantes para llevar a cabo un examen preventivo. Hay una lista de proveedores disponible en **www.peba.sc.gov/assets/preventivescreeningproviders.pdf** . Hay un cupón disponible en **www.PEBAPERKS.com** para que lo lleve con usted cuando haga la visita para su examen.

No importa cómo aproveche este beneficio, existen pruebas y evaluaciones requeridas que se incluirán en su informe confidencial. Sin embargo, algunos proveedores de exámenes pueden proporcionar resultados adicionales por encima de los requisitos mínimos.

Además de las pruebas y evaluaciones requeridas, los proveedores de exámenes participantes pueden ofrecer pruebas opcionales por un cargo adicional. Puede comunicarse con el proveedor de exámenes para recibir información sobre los gastos directos relacionados con estas pruebas. Tenga en cuenta que las pruebas opcionales pueden variar según el proveedor del examen.

Dejar de fumar

El programa basado en investigación Quit For Life® es presentado por la Sociedad Americana del Cáncer y Optum. Un Quit Coach® experto le brindará apoyo por teléfono, en línea y por mensajes de texto mientras

usted sigue un plan personalizado para dejar de fumar según sus necesidades.

Quit For Life se ofrece sin cargo a los suscriptores del Plan de Salud Estatal, sus cónyuges cubiertos y los hijos dependientes cubiertos que tengan 13 años o más. Para los miembros elegibles de 18 años o más, el programa también brinda terapia gratuita de reemplazo de nicotina, como parches, gomas de mascar o pastillas, de ser adecuado.

Su Quit Coach (asesor para dejar de fumar) también puede recomendar que un médico le recete un medicamento para dejar de fumar, como bupropion o Chantix, que esté disponible a través de la cobertura de medicamentos con receta del Plan Estatal de Salud. Los medicamentos con receta para dejar de fumar, incluyendo Chantix y bupropion, se entregan a los miembros del Plan de Ahorros y del Plan Estándar sin costo para el miembro cuando se obtienen de un proveedor dentro de la red.

Para inscribirse, llame al 800.652.7230 o al 866.QUIT.4.LIFE (866.784.8454). También puede visitar www.quitnow.net/SCStateHealthPlan. Una vez que se haya verificado su elegibilidad, usted será transferido a un Quit Coach para su primera llamada.

Beneficios de atención de niños sanos

Los beneficios de atención de niños sanos, incluyendo los chequeos y vacunas, tienen como objetivo promover la buena salud, así como la detección temprana y prevención de enfermedades en los niños inscritos en el Plan de Salud Estatal. Los niños cubiertos son elegibles para exámenes de atención de niños sanos hasta que cumplan 19 años.

El plan paga el 100 por ciento del monto permitido por exámenes de rutina aprobados, las vacunas recomendadas por el Centro para el Control de Enfermedades, los servicios recomendados por la Academia Americana de Pediatría específicos para ciertas edades y los exámenes de laboratorio cuando un médico dentro de la red proporcione estos chequeos:

- Menos de 1 año de edad (hasta seis visitas);
- 1 año de edad (hasta tres visitas);
- 2 años de edad (hasta dos visitas);

- 3 años de edad hasta que cumpla 19 años (una visita al año).

El examen niño sano debe llevarse a cabo después del cumpleaños del niño.

Cuando se reciben estos servicios de un médico de la red del Plan de Salud Estatal los beneficios se pagarán al 100 por ciento del monto permitido. El Plan de Salud Estatal no pagará los servicios de proveedores fuera de la red.

Es posible que algunos servicios no se consideren parte de los cuidados de niño sano. Por ejemplo, si durante una visita de niño sano se descubrió fiebre y dolor de garganta, el laboratorio debe verificar que el diagnóstico no sea parte de la visita de rutina. Estos cargos, en caso de estar cubiertos, estarían sujetos al copago, deducible y coaseguro, al igual que cualquier otro gasto médico.

Naturalmente Delgado

Naturalmente Delgado es un programa conductual clínico para el control del peso, que se concentra en la pérdida peso y la prevención de la diabetes. Los miembros del Plan de Salud Estatal, incluyendo cónyuges e hijos dependientes de 18 años o más, son elegibles para hacer la solicitud. Los miembros primarios de Medicare también son elegibles para hacer la solicitud. Algunas condiciones médicas o índices de masa corporal (IMC) pueden ser impedimento para que participe en el programa.

Naturalmente Delgado le enseñará que no es lo que come, sino cuándo y cómo come lo que le ayudará a perder peso. Además, usted reducirá su riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y enfermedades cardíacas, mientras aumenta sus expectativas de vivir una vida más prolongada y saludable. El programa ofrece un sitio web fácil de usar, un kit de bienvenida y asesorías en video brindadas por expertos clínicos. Es un programa en línea de 10 semanas que usa lecciones semanales en video y herramientas interactivas para enseñar las habilidades conductuales necesarias para perder peso y mantenerlo estable a largo plazo. Cada semana usted verá lecciones según su conveniencia, en su computadora, teléfono

inteligente o tableta, a través de las aplicaciones para iPhone o Android.

Después de las primeras 10 semanas, usted recibirá siete sesiones cada dos semanas y seis meses de apoyo continuo según sea necesario. Este programa llega a donde usted esté con simpleza, conveniencia y una atractiva experiencia para el miembro que le conduce a una mejora sostenible en su salud.

Obtenga más información en

www.naturallyslim.com/PEBA .

Asesoramiento de Salud

Los programas de asesoramiento de salud disponibles están diseñados para ayudar a los suscriptores del Plan Estándar y el Plan de Ahorros y sus familiares adultos cubiertos que tengan ciertas condiciones médicas crónicas o conductuales a manejar sus síntomas y retrasar o incluso prevenir muchas de las complicaciones de estas enfermedades.

BlueCross identifica a los participantes al revisar reclamaciones médicas, de farmacia y de laboratorio. Si a usted se le identifica como alguien que podría beneficiarse de uno de los programas de asesoramiento de salud disponibles, ya sea a través de sus reclamos o sus respuestas a la Encuesta de Salud de Rally, usted queda inscrito automáticamente, pero los programas son voluntarios y usted puede retirarse en cualquier momento. También puede inscribirse por cuenta propia en uno o más de los programas de asesoramiento de salud disponibles. Si tiene presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad de la arteria coronaria o diabetes, BlueCross puede enviarle una notificación que indique que también es elegible para el programa de Copago sin Pago.

Como participante en el(los) programa(s) de asesoramiento de salud, usted recibirá materiales educativos y una carta de bienvenida que proporcionará el nombre y la información de contacto de su asesor de salud de BlueCross. Su asesor de salud será un profesional de la salud que lo ayudará a aprender más sobre su condición y cómo manejarla.

Su asesor de salud también lo ayudará a trabajar con su médico para desarrollar un plan para hacerse cargo de su enfermedad, contactándole por teléfono o a través de Rally. Puede ponerse en contacto con su asesor de salud con la frecuencia que desee para hacer preguntas o pedir consejo. Para comunicarse con un asesor, llame al 855.838.5897 y seleccione la opción 2. .

En cumplimiento de la ley federal, su información de salud siempre se mantendrá confidencial. Su empleador no recibe los resultados de ninguna encuesta que usted complete, y la inscripción no afectará sus beneficios de salud.

Salud Conductual

Los asesores de salud trabajan individualmente y ofrecen apoyo a los miembros diagnosticados con las siguientes enfermedades y categorías. Los asesores de salud alientan a los miembros a seguir su plan de tratamiento, ayudan a los miembros a establecer objetivos y enseñan a los miembros a manejar los síntomas.

- Recuperación de las adicciones;
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH);
- Trastorno bipolar; y
- Depresión.

Condiciones crónicas

Los asesores de salud trabajan individualmente con los miembros diagnosticados con las siguientes enfermedades crónicas. Los asesores ayudarán a los participantes a aprender más sobre su condición y cómo manejarla. El asesor de salud también trabajará con el médico del miembro a fin de desarrollar un plan para hacerse cargo de su enfermedad.

- Asma;
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC);
- Insuficiencia cardíaca congestiva;
- Enfermedad de la arteria coronaria;

- Diabetes;
- Colesterol alto;
- Hipertensión (presión arterial alta); y
- Migraña.

Estilos de vida saludables

Si usted está listo para encaminarse con su salud, pero no está seguro por dónde comenzar, un asesor de salud puede ayudarle. Su asesor puede ayudarle a lograr un estilo de vida más saludable con un plan de acción personalizado para cumplir sus objetivos.

- Salud de la espalda;
- Salud metabólica;
- Manejo del estrés; y
- Control de peso para adultos y niños.

Para comunicarse con un asesor, llame al 855.838.5897 y seleccione la opción 3.

Maternidad

Si es una futura madre, se le alienta a inscribirse y participar en el programa gratuito de gestión de maternidad. Medi-Call administra el programa integral de gestión de maternidad de PEBA, Coming Attractions. Este programa apoya a las madres durante todo el embarazo y la atención posparto. También ayuda a los bebés de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales u otros bebés con necesidades especiales hasta que cumplan un año de edad. Una vez inscritas en el programa Coming Attractions, las futuras madres recibirán un correo de bienvenida y materiales educativos durante su embarazo y en el periodo posparto. Usted no tiene que esperar a ver a su médico para inscribirse en Coming Attractions, y la inscripción es fácil.

Para inscribirse:

1. Visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com e inicie sesión en su cuenta My Health Toolkit® seleccione Bienestar, luego haga clic en Health

Coaching. Desde My Activity Center, haga clic en Evaluaciones y complete el examen de salud de maternidad disponible, que aparece como Inscripción en el Programa de Maternidad.

2. Llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724 para hablar con una enfermera de maternidad a fin de completar un examen de salud de maternidad.

Una enfermera de maternidad de Medi-Call completará un Examen de Salud de Maternidad cuando usted se inscriba. Este se usa para identificar posibles factores de alto riesgo durante su primer trimestre. Si se identifican factores de alto riesgo, se le programarán llamadas de seguimiento. Si no se identifican riesgos, se recomienda que llame si hay cualquier cambio en su condición.

De lo contrario, su enfermera de maternidad la llamará durante su segundo y tercer trimestre. Su enfermera de maternidad también la llamará luego de que nazca su bebé para ayudar con cualquier necesidad.

Si se inscribe en el programa a través de My Health Toolkit, puede usar el sistema en línea para comunicarse con su enfermera y recibir artículos de interés de reconocidas fuentes médicas. Además, puede llamar a su enfermera de maternidad en cualquier momento si tiene preguntas. Una enfermera estará allí para ayudarle con las necesidades rutinarias y especiales durante su embarazo y el período de posparto.

Por favor tenga en cuenta que si no pre-autoriza una hospitalización relacionada con su embarazo o para dar a luz, pagará una multa de \$490 por cada ingreso, como lo haría con cualquier ingreso, ya sea que el ingreso esté relacionado con la maternidad o no.

Para obtener más información sobre los beneficios relacionados con la maternidad, incluyendo la cobertura de algunos extractores de leche, consulte Embarazo y atención pediátrica en la página 71.

Programa de manejo de casos médicos

Los programas de manejo de casos disponibles para

los miembros del Plan de Salud Estatal que enfrenten enfermedades o lesiones graves están destinados a ayudarlos a encontrar información de apoyo y tratamiento. Cada programa incluye equipos de enfermeras y médicos especialmente capacitados. Su objetivo es ayudar a los participantes a coordinar, evaluar y planificar la atención médica, y hacerlo dándole al paciente control sobre su atención y respetando su derecho al conocimiento, elección, una relación directa con su médico, privacidad y dignidad. Ninguno de los programas proporciona tratamiento médico. Cada programa puede involucrar una visita al participante en su hogar o en las instalaciones, pero solo con permiso.

Para obtener más información sobre cualquiera de estos programas, llame al 800.925.9724 y solicite un supervisor de manejo de casos.

Programa de manejo de casos de BlueCross Medi-Call

Este programa está diseñado para miembros del Plan de Salud Estatal que tengan trastornos catastróficos o crónicos específicos, enfermedades agudas o lesiones graves. El programa facilita la continuidad de la atención y el apoyo de estos pacientes mientras se manejan los beneficios del plan de salud de una forma que promueva resultados rentables y de alta calidad.

Los administradores de casos hablan con los pacientes, familiares y proveedores a fin de coordinar los servicios entre los proveedores y apoyar al paciente a través de una crisis o enfermedad crónica. La intervención de manejo de casos puede ser a corto o largo plazo. Los administradores de casos combinan servicios de pre-autorización estándar con enfoques innovadores para pacientes que requieren altos niveles de atención médica y beneficios. Los administradores de caso a menudo pueden organizar servicios o identificar los recursos comunitarios disponibles para satisfacer las necesidades del paciente.

El administrador de casos trabaja con el paciente y los proveedores para valorar, planificar, implementar, coordinar, supervisar y evaluar formas de satisfacer

las necesidades del paciente, reduciendo los reingresos y mejorando la calidad de vida. Su enfermera administradora de casos de Medi-Call puede visitarle en su hogar, con su permiso, un centro de tratamiento o el consultorio de su médico cuando el equipo de tratamiento determine que es apropiado.

Una enfermera de Medi-Call se mantiene en contacto con el paciente, los cuidadores y los proveedores para valorar y reevaluar el plan de tratamiento y el progreso del paciente. Toda comunicación entre BlueCross y el paciente, los miembros de la familia o los proveedores cumple con los requisitos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Si un paciente rechaza el manejo de casos médicos, Medi-Call continuará pre-autorizando el tratamiento adecuado.

Para obtener más información, llame al 800.925.9724 y solicite un supervisor de manejo de casos.

Programa de manejo de cuidados complejos

Algunos miembros son remitidos a manejo de cuidados complejos, un programa diseñado para ayudar a los pacientes más graves. Estos pueden incluir miembros con condiciones médicas complejas y hospitalizaciones frecuentes o barreras críticas para su atención.

El programa de manejo de cuidados complejos le proporciona información y apoyo a través de una administradora de casos, la cual es una enfermera registrada. Esta enfermera coordinadora puede ayudarlo a identificar opciones de tratamiento, localizar suministros y equipos recomendados por su médico, coordinar los cuidados, e investigar la disponibilidad de transporte y alojamiento para tratamientos fuera de la ciudad. La enfermera se mantiene en contacto semanalmente con los pacientes y los cuidadores para valorar y reevaluar el plan de tratamiento y el progreso del paciente. Este programa lo ayuda a tomar decisiones bien fundamentadas respecto a su salud al estar gravemente enfermo o lesionado. La participación es voluntaria, y puede abandonar el programa en cualquier momento, por cualquier motivo. Sus beneficios no se verán afectados por su participación.

BlueCross le remitirá al programa si el mismo puede beneficiarle. Recibirá una carta explicando el programa y un representante le contactará. Un equipo de enfermeras y médicos especialmente capacitados revisará su información médica y su plan de tratamiento. Su historial médico e información siempre serán confidenciales entre sus cuidadores y el equipo de manejo de cuidados complejos. Su enfermera administradora de casos será su contacto principal. Sin embargo, usted y su médico siempre tomarán la decisión final sobre su tratamiento. Asegúrese de consultar siempre con su médico antes de seguir cualquier consejo médico.

Programa de manejo de casos de enfermedad renal

El manejo de casos de enfermedad renal está disponible para miembros seleccionados del Plan de Salud Estatal que reciben diálisis renal. Las enfermeras de este programa brindan educación y coordinación de cuidados que pueden ayudar a evitar enfermedades agudas y hospitalizaciones.

Cuando un miembro que está recibiendo diálisis renal es remitido al programa, una enfermera se pone en contacto con el miembro para confirmar que es un buen candidato para el manejo de casos renales. La enfermera, que tiene muchos años de experiencia en diálisis renal, brinda educación y ayuda a coordinar la atención.

Como enlace entre usted, sus proveedores y el equipo de diálisis, la enfermera identifica sus necesidades a través de una revisión de registros médicos y consultas con usted, su familia y su equipo de atención médica. Las necesidades pueden ser médicas, sociales, conductuales, emocionales y financieras. La enfermera coordina los servicios basándose en las necesidades a largo plazo e incorpora dichas necesidades en un plan acordado por usted, su(s) médico(s), el equipo de diálisis y otros proveedores. Su enfermera le llamará con frecuencia y recibirá información actualizada de sus proveedores

Natural BlueSM y descuentos de miembros

Natural Blue es un programa de descuentos disponible para suscriptores del Plan de Salud Estatal y que es ofrecido por BlueCross. El programa tiene una red de acupunturistas, terapeutas de masajes y clubes de fitness con licencia, que pueden usarse a tarifas más bajas, a menudo con descuentos de hasta 25 por ciento. Natural Blue también ofrece descuentos en productos de salud, como vitaminas, suplementos a base de hierbas, libros y videos.

Al igual que Natural Blue, los Descuentos para Miembros ofrecen ahorros en otros productos y servicios que BlueCross pone a disposición pero que no son beneficios del Plan de salud estatal. Para más información sobre Natural Blue o los Descuentos para Miembros, ingrese a StateSC.SouthCarolinaBlues.com, seleccione Recursos, luego seleccione Descuentos para Miembros o llame al Servicio de atención al cliente de BlueCross al 800.868.2520.

Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal

El Plan Estándar y el Plan de Ahorros pagan beneficios por el tratamiento de enfermedades y lesiones si el Plan de Beneficios define el tratamiento como médicamente necesario. Si bien esta sección proporciona una descripción general de muchos de estos beneficios, el *Plan de beneficios*, que se encuentra en www.peba.sc.gov/assets/planofbenefits.pdf, contiene una descripción completa de todos los beneficios. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud ofrecidos por PEBA.

Previamente en este capítulo, los beneficios basados en el valor, incluyendo los beneficios preventivos, como las vacunas y los beneficios específicos para mujeres y niños, son cubiertos en su propia sección. Los beneficios de salud conductual también se presentan en su propia sección. Los beneficios de medicamentos recetados, beneficios odontológicos y de la vista están cubiertos en capítulos posteriores. Algunos servicios y tratamientos requieren autorización previa de Medi-Call, National Imaging Associates, Companion Benefit Alternatives o

o Express Scripts. Para más detalles, lea la sección de Medi-Call que comienza en la página 53, la sección de salud conductual en la página 54 y la sección de National Imaging Associates en la página 55.

Dentro de los términos del Plan de Salud Estatal, un servicio o suministro médicamente necesario es:

- Requerido para identificar o tratar una condición, enfermedad o lesión existente; y
- Recetado u ordenado por un médico; y
- Consistente con la enfermedad, lesión o condición de la persona cubierta y de acuerdo con las prácticas médicas y quirúrgicas adecuadas en la especialidad médica o campo de la medicina en el momento previsto; y
- Requerido por razones distintas a la conveniencia del paciente; y
- Resulta en un progreso cuantificable e identificable en el tratamiento de la condición, enfermedad o lesión de la persona cubierta.

El hecho de que un procedimiento, servicio o suministro sea recetado por un médico no significa automáticamente que sea médicamente necesario bajo los términos del Plan de Salud Estatal.

Enfermera licenciada de práctica avanzada

Los gastos por servicios recibidos de una enfermera licenciada independiente de práctica avanzada están cubiertos incluso si estos servicios no son realizados bajo la dirección inmediata de un médico. Una enfermera licenciada de práctica avanzada es una enfermera practicante, una enfermera partera certificada, una enfermera anestesista certificada o una enfermera clínica especializada. Todos los servicios recibidos deben estar dentro del alcance de la licencia de la enfermera y ser necesarios debido a un servicio permitido por el plan.

Plan de tratamiento alternativo

Un plan de tratamiento alternativo es un programa

individual para permitir el tratamiento con una mejor relación costo-eficacia y de forma menos intensiva. Un plan de tratamiento alternativo requiere la aprobación del médico tratante, Medi-Call y el paciente. Se cubrirán los servicios y suministros autorizados por Medi-Call según sea médicamente necesario debido al plan de tratamiento alternativo aprobado.

Servicio de ambulancia

El servicio de ambulancia, incluyendo el servicio de ambulancia aérea, está cubierto hasta el hospital más cercano para obtener la atención de emergencia que sea médicamente necesaria. El servicio de ambulancia también puede estar cubierto para transportar a un miembro al hospital más cercano que pueda proporcionar los servicios de hospitalización médicamente necesarios cuando dichos servicios no estén disponibles en el centro actual, si está pre-autorizado. No se paga ningún beneficio por el servicio de ambulancia utilizado para transporte de rutina, que no sea de emergencia, incluyendo, pero sin limitarse a, el traslado a un centro para tratamientos médicos o quirúrgicos programados, tales como diálisis o tratamiento del cáncer, o traslado de un nivel de atención superior a un nivel de atención inferior. Todos los reclamos por el servicio de ambulancia están sujetos a revisión médica.

Los servicios de ambulancia se reembolsan al 80 por ciento de la cantidad permitida; sin embargo, los proveedores no participantes pueden facturarle el saldo hasta el total de su cargo por el servicio. Por favor tenga en cuenta que es posible que todos los servicios de ambulancia, incluyendo el servicio de ambulancia aérea, no estén dentro de la red. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio de ambulancia está dentro de la red, contacte a BlueCross. Para obtener información sobre la facturación de saldos, consulte la página 51.

Beneficios de trastornos del espectro autista

La terapia de análisis conductual aplicado para el tratamiento del trastorno del espectro autista está cubierta, sujeta a las directrices de Companion Benefit Alternatives y los requisitos de pre-autorización.

Beneficios de salud conductual

No existe límite en el número de visitas permitidas a un proveedor de atención de salud conductual, tales como servicios de salud mental y uso de sustancias, siempre que la atención sea médicamente necesaria bajo los términos del plan. No existe un máximo anual o de por vida para los beneficios de salud conductual. Algunos servicios requieren pre-autorización de parte de Companion Benefit Alternatives, el administrador de salud conductual. Para más información, consulte la página 54. Su proveedor de salud conductual tendrá la obligación de realizar revisiones periódicas de necesidad médica, similares a Medi-Call para los beneficios médicos.

Para recibir atención al cliente e información sobre los reclamos correspondientes a la atención de salud conductual, llame a BlueCross al 800.868.2520.

Manejo de casos de salud conductual

El manejo de casos está diseñado para ayudar a los miembros con enfermedades catastróficas o crónicas. A los participantes se les asigna un administrador de casos, que lo ayudará a educarlo sobre las opciones y servicios disponibles para satisfacer sus necesidades de salud conductual y ayudar a coordinar los servicios.

Los administradores de casos son enfermeras licenciadas y trabajadoras sociales. Pueden brindarle asistencia al responder preguntas y ayudarle a obtener el máximo provecho de sus beneficios de salud mental, atención médica y farmacia. Esto puede incluir la planificación de la atención médica, educación del paciente/familia, revisión de beneficios y la coordinación de otros servicios y recursos comunitarios. Al estar inscrito en este programa, puede recibir acceso a un administrador personal de casos, recursos educativos y herramientas de internet que le ayudarán a aprender más sobre su salud y cómo manejar su condición de mejor forma. La participación es voluntaria y confidencial.

Para más información, llame al 800.868.032, ext. 25835.

Trasplantes óseos, de células madres y de órganos sólidos

Los acuerdos de contratación de trasplantes del Plan de Salud Estatal incluyen la red nacional de trasplantes de la BlueCross BlueShield Association, Centros para Trasplantes Blue Distinction. Todas las instalaciones de los Centros para Trasplantes Blue Distinction cumplen con criterios específicos que consideran las cualificaciones del proveedor, los resultados de los pacientes y los programas.

Todos los servicios de trasplante deben ser aprobados por Medi-Call (consulte la página 53). Usted debe llamar a Medi-Call, incluso antes de que usted o un miembro de su familia cubierto sea evaluado para un trasplante.

A través de la red de Centros para Trasplantes Blue Distinction, los miembros del Plan de Salud Estatal tienen acceso a las principales instalaciones de trasplante de órganos en la nación. Los contratos también tienen efecto con los proveedores locales de servicios de trasplante, por lo que los miembros pueden recibir trasplantes en dichas instalaciones. Usted ahorrará una cantidad significativa de dinero si recibe sus servicios de trasplante en una instalación de la red Centros para Trasplantes Blue Distinction o en un centro de trasplantes de la red de Carolina del Sur. Si recibe servicios de trasplante en una de estas instalaciones de la red, no se le facturará el saldo. Usted solo será responsable por su deducible, coaseguro y cualquier cargo no cubierto por el plan. Además, estas instalaciones de la red presentarán todas las reclamaciones por usted.

Los servicios de trasplante en las instalaciones no participantes están cubiertos por el plan; sin embargo, el Plan de Salud Estatal solo paga el monto permitido por el Plan de Salud Estatal para trasplantes realizados fuera de la red. Si no recibe sus servicios de trasplante en una instalación de la red, es posible que pague una cantidad considerablemente mayor. Además del deducible y el coaseguro, los miembros que usan instalaciones fuera de la red son responsables de cualquier cantidad que exceda el monto permitido o la facturación del saldo, y pagan un

coaseguro del 40 por ciento. Los costos de la atención por trasplante pueden variar en cientos de miles de dólares. Para obtener información sobre la facturación de saldos, consulte la página 51. También puede llamar a Medi-Call para más información.

Atención quiropráctica

Usted está cubierto por servicios específicos de un quiropráctico prestados en consultorios, incluyendo la detección y corrección de desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo, mediante medios manuales o mecánicos, a fin de eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de dicha interferencia nerviosa, donde dicha interferencia sea el resultado de, o esté relacionada con, distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral. Las radiografías de diagnóstico están cubiertas si son médicamente necesarias. Tanto el Plan Estándar como el Plan de Ahorro están limitados a una terapia manual por visita, que está sujeta al máximo del plan. Para los miembros del Plan Estándar, los beneficios quiroprácticos están limitados a \$2.000 por persona cada año. Con el Plan de Ahorros, los beneficios quiroprácticos están limitados a \$500 por persona cada año por cada persona cubierta después de que se haya alcanzado el deducible anual. Los servicios de un terapeuta de masajes no están cubiertos.

Anticonceptivos

Las recetas de anticonceptivos de rutina, incluyendo inyectables y píldoras de control natal, despachadas en una farmacia participante o a través de la farmacia de pedidos por correo del plan, están cubiertas sin costo alguno para los suscriptores primarios y cónyuges cubiertos del Plan de Salud Estatal. Los implantes de control natal y los inyectables administrados en un consultorio médico están cubiertos como un beneficio médico, no de farmacia. Las visitas al consultorio para implantes anticonceptivos se procesarán con los copagos, coaseguros y deducibles aplicables. Los anticonceptivos están cubiertos para niños con cobertura solo para tratar una condición médica y deben ser previamente autorizados por Express

Scripts o Medi-Call. El miembro paga la proporción del costo en estos casos.

Atención odontológica

En general, la atención odontológica se proporciona bajo el Plan Dental Plus o Dental Básico, y no el Plan de Salud Estatal. Consulte el capítulo de **Seguro dental** en la página 93 para más información.

Las cirugías o tratamientos odontológicos para reparar daños por un accidente, causados por el tratamiento del cáncer o debido a un defecto congénito de nacimiento son una excepción a esto, y están cubiertos por el Plan de Salud Estatal hasta por un año a partir de la fecha del accidente. La cirugía dental para dientes de hueso impactados también está cubierta, al tener el respaldo de rayos X.

Suministros diabéticos

La insulina está permitida bajo el programa de medicamentos recetados o bajo el plan médico, pero no bajo ambos. Los suministros para diabéticos, incluyendo las jeringas, las lancetas y las tiras reactivas, están cubiertos en las farmacias participantes por un copago genérico de \$9, por artículo, por cada suministro de hasta 30 días. Consulte la página 86 para obtener más información sobre la cobertura de suministros para diabéticos y el Formulario Nacional Preferido de Express Scripts. Los medicamentos genéricos para tratar la diabetes y los suministros para las pruebas de diabetes están cubiertos sin costo alguno para los miembros del Plan Estándar y el Plan de Ahorro inscritos en el programa de Copago Sin Pago. Debido a que la insulina no es un medicamento genérico, no es elegible para la exención. Para más información, consulte la página 59. Las reclamaciones por equipos médicos duraderos para diabéticos deben presentarse a través de su cobertura médica.

Por favor tenga en cuenta que los servicios de educación sobre la diabetes ofrecidos por los proveedores de la red están cubiertos sin costo para los miembros principales del Plan de Salud Estatal.

Visitas al médico

Los tratamientos o consultas por una lesión o

enfermedad están cubiertos cuando son médicamente necesarios dentro de los términos del plan y no están asociados con un servicio excluido por el plan.

Algunas visitas ambulatorias para atención de la salud conductual, como la atención de salud mental y uso de sustancias, todavía requieren autorización previa. Para obtener detalles sobre beneficios de salud conductual, consulte la página 67.

Equipos médicos duraderos

En general, Medi-Call debe autorizar previamente los equipos médicos duraderos. Algunos ejemplos incluyen:

- Cualquier compra o alquiler de equipo médico duradero;
- Cualquier compra o alquiler de equipos médicos duraderos que tengan un uso no terapéutico o un uso potencialmente no terapéutico;
- Oxígeno y equipos para el uso de oxígeno fuera del entorno hospitalario; y
- Cualquier aparato protésico o aparato ortopédico, muleta o elevador unido al soporte, ya sea inicial o de reemplazo.

Las redes de proveedores de equipos médicos duraderos están disponibles para los miembros del Plan de Salud Estatal. Ellos ofrecen descuentos mientras proporcionan productos y atención de alta calidad.

Atención médica en casa

La atención médica en casa incluye cuidados de enfermería a tiempo parcial, servicio de asistente de salud o terapia física, ocupacional o del habla, proporcionada por una agencia aprobada de atención médica en el hogar y administrada en el hogar del paciente. Usted no puede recibir atención médica en casa y beneficios de un hospital o centro de enfermería especializada al mismo tiempo. Estos servicios no incluyen atención bajo custodia o atención proporcionada por una persona que normalmente vive en el hogar o es miembro de la familia del paciente o de la familia del cónyuge del paciente.

Los beneficios están limitados a 100 visitas por año.

Estos servicios deben estar autorizados previamente por Medi-Call y el miembro debe estar confinado en su hogar.

Cuidado de hospicio

El plan pagará hasta un beneficio de por vida de \$7.500 por cuidado de hospicio para un paciente cuyo médico haya certificado que tiene una enfermedad terminal y una expectativa de vida de seis meses o menos. El beneficio también incluye un máximo de \$200 por consejería de duelo. Estos servicios deben estar autorizados previamente por Medi-Care.

Infertilidad

Para ser elegible para beneficios para tratar la infertilidad, el suscriptor o cónyuge cubierto debe tener un diagnóstico de infertilidad. La cobertura está limitada a un pago máximo de por vida de \$15.000. Por favor tenga en cuenta que el límite se aplica a cualquier beneficio médico cubierto y a los beneficios cubiertos de medicamentos recetados incurridos por el suscriptor o el cónyuge cubierto, ya sea que esté cubierto como cónyuge o como empleado. El límite para el individuo se aplica incluso si el miembro estaba casado con otra persona en ese momento.

Si el suscriptor o el cónyuge han tenido una ligadura de trompas o una vasectomía, el plan no pagará el diagnóstico ni el tratamiento de infertilidad para ninguno de los miembros.

En el máximo de \$15.000 se encuentran incluidas las pruebas de diagnóstico, los medicamentos recetados y hasta seis ciclos de inseminación intrauterina (IUI), y un máximo de tres ciclos completos de transferencia intrafalopiana de cigotos o gametos (ZIFT o GIFT) o fecundación in vitro (FIV) de por vida. Un ciclo refleja los cambios cíclicos de la fertilidad con el ciclo que comienza con cada nueva inseminación o transferencia con tecnología de reproducción asistida (TRA) o intento de implantación. Los procedimientos de TRA no mencionados específicamente no están cubiertos, incluyendo, pero sin limitarse a, transferencia de embrión a las trompas (TET), transferencia de embrión a las trompas en

estado pronuclear (PROUST), donación de ovocitos. Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad están sujetos a un pago de coaseguro del 30 por ciento a través del Plan de Ahorros y el Plan Estándar. Este gasto no se aplica al copago máximo de \$3.000 de medicamentos recetados por persona para el Plan Estándar. Se aplica al deducible del Plan de Ahorro. El pago del 70 por ciento del plan correspondiente a medicamentos recetados para tratamientos de infertilidad se aplica al pago máximo de por vida de \$15.000 por tratamientos de infertilidad. Llame a Atención al Cliente de Express Scripts al 855.612.3128 para más información sobre los medicamentos recetados.

Los beneficios se pagan al 70 por ciento de la cantidad permitida. Su porción de los gastos no cuenta para el máximo de su coaseguro. Todos los procedimientos relacionados con la infertilidad deben ser autorizados previamente por Medi-Call. Para más información, llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724.

Por favor, tenga en cuenta que, al quedar embarazada, se le anima a inscribirse en el programa de gestión de la maternidad Coming Attractions. Consulte la página 63 para más información.

Servicios a pacientes hospitalizados

La atención para pacientes hospitalizados, que incluye una habitación semiprivada y comida, está cubierta. Además de las visitas normales de su médico mientras se encuentra en el hospital, usted está cubierto para una consulta por el médico tratante por cada estancia hospitalaria. La atención para pacientes hospitalizados debe ser aprobada por Medi-Call (Página 53) o Companion Benefit Alternatives. Para más información, consulte la página 54.

Servicios de centros ambulatorios

Los servicios de centros ambulatorios se pueden proporcionar en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro

independiente. Los servicios y suministros para pacientes ambulatorios incluyen:

- Servicios de laboratorio;
- Rayos X y otros servicios radiológicos;
- Servicios de sala de emergencias;
- Radioterapia;
- Servicios de patología;
- Cirugía ambulatoria;
- Servicios de Suite de Infusión; y
- Pruebas de diagnóstico.

Si está cubierto por el Plan Estándar, se le cobrará un copago de \$105 por servicios de centros ambulatorios. Se le cobrará un copago de \$175 por servicios de sala de emergencias. Estos copagos no se aplican a su deducible anual ni al máximo de su coaseguro. El copago por servicios de sala de emergencia se exime si se le ingresa como paciente hospitalizado.

El copago por servicios de centros ambulatorios no se aplica a diálisis, mamografías de rutina, citologías, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, visitas clínicas, servicios de oncología, terapia electroconvulsiva, administración de medicamentos psiquiátricos, hospitalización parcial y servicios de salud conductual intensivos para pacientes ambulatorios.

Por favor, tenga en cuenta que cuando se soliciten pruebas de laboratorio, es posible que desee hablar con su proveedor sobre la realización del servicio en un laboratorio independiente dentro de la red. El uso de un laboratorio independiente puede ser más rentable, ya que le permitiría evitar pagar el copago de \$105 por los servicios de centros ambulatorios o el copago de \$14 por una visita al consultorio médico.

Además, recuerde que puede haber una alternativa más económica y más conveniente disponible para usted, dependiendo de sus circunstancias. Considere

si una visita por video, una visita al centro de atención de urgencias o una visita al consultorio médico serían igual de efectivas, podría evitar los copagos del centro en su totalidad.

Hogares médicos enfocados en el paciente

Un hogar médico enfocado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) es un consultorio de atención médica primaria en el que un paciente tiene un equipo de atención médica que generalmente es dirigido por un doctor. El equipo puede incluir enfermeras, un nutricionista, educadores de salud, farmacéuticos y especialistas en salud conductual, y estos profesionales hacen remisiones a otros proveedores, según sea necesario. La comunicación entre los miembros del equipo y con el paciente es una parte importante de la práctica médica.

Los PCMHs se enfocan en coordinar la atención y prevenir enfermedades, en lugar de esperar hasta que ocurra una enfermedad y luego tratarla. El equipo ayuda al paciente a mejorar su salud, trabajando con él para establecer los objetivos y elaborar un plan para alcanzar estos objetivos. Este enfoque puede ser particularmente beneficioso para miembros con enfermedades crónicas, como la diabetes y la presión arterial alta.

Para alentar a los miembros a buscar atención en un PCMH, el Plan de Salud Estatal no les cobra a los miembros del Plan Estándar el copago de \$14 por una visita al consultorio médico. Luego de que los suscriptores del Plan de Ahorros y el Plan Estándar alcancen su deducible, pagarán un coaseguro del 10 por ciento, en lugar de 20 por ciento, por servicios en un PCMH afiliado a BlueCross.

Los PCMHs están disponibles en muchos condados de Carolina del Sur. Puede encontrar una lista y obtener más información sobre los PCMHs en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com).

Embarazo y atención pediátrica

Los beneficios de maternidad se proporcionan a los suscriptores y sus cónyuges cubiertos. Los menores de edad cubiertos no tienen beneficios de maternidad. Los beneficios de maternidad incluyen

la atención prenatal y posparto necesaria, incluyendo el parto, los abortos espontáneos y las complicaciones relacionadas con el embarazo. Al quedar embarazada, se le anima a inscribirse en el programa de gestión de la maternidad Coming Attractions. Consulte la página 63 para más información.

Extractores de leche

Hay modelos específicos de extractores de leche cubiertos y disponibles sin costo para las mujeres suscriptoras y las cónyuges de los suscriptores. Para usar esta cobertura, tendrá que obtener el extractor a través de un proveedor contratado por BlueCross. Si bien no se requiere una receta médica, se prefiere tener una receta médica y esto ayudará a que la orden se procese de forma más rápida. Para más información, vaya a

[StateSC.SouthCarolinaBlues.com/links/pregnancy](https://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com/links/pregnancy).

Duración de la estancia en el hospital

En virtud de la ley federal, los planes de salud grupales por lo general no pueden restringir los beneficios por la duración de cualquier estancia en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, el plan puede pagar una estancia más corta si el médico tratante, luego de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes de lo previsto

También en virtud de la ley federal, los planes de salud grupales no pueden establecer el nivel de los beneficios o los costos de desembolso directo de forma que cualquier porción posterior a la estancia de 48 horas (o 96 horas) se trate de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier porción anterior de la estancia. Además, un plan no puede exigir que un médico u otro proveedor de atención médica obtengan autorización para recetar una duración de la estancia de hasta 48 horas (o 96 horas). Se puede exigir a un miembro que obtenga una pre-certificación para usar ciertos proveedores o centros, o para reducir los costos de desembolso directo.

Servicios de parteras

El Plan de Salud Estatal solo reconoce a las enfermeras parteras certificadas como proveedoras de servicios cubiertos de parteras. Una enfermera partera certificada es una enfermera registrada de práctica avanzada con licencia otorgada como partera por la Junta Estatal de Enfermería, o por un estado hermano que tenga estándares de licencias considerablemente equivalentes. Los servicios de una enfermera registrada de práctica activa están cubiertos incluso si dichos servicios no se llevan a cabo bajo la dirección inmediata de un médico. Los servicios de parteras empíricas y parteras con licencias otorgadas por el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur no son reembolsados.

Medicamentos recetados

Consulte el capítulo **Beneficios de prescripción** en la página 83 para más información.

Cirugía reconstructiva luego de una mastectomía médicamente necesaria

El plan cubrirá, según lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, los servicios relacionados con la mastectomía, los cuales incluyen:

- Reconstrucción del seno en el que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema.

Estos servicios se aplican solo en casos posteriores a la mastectomía. Todos los servicios deben ser aprobados por Medi-Call.

Cuidado de rehabilitación

El plan proporciona beneficios para la rehabilitación física diseñada para restablecer una función corporal que se ha perdido debido a un trauma o enfermedad.

El cuidado de rehabilitación está sujeto a todos los términos y condiciones del plan.

- Se requiere autorización previa para cualquier cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados, independientemente del motivo del ingreso.
- La terapia de rehabilitación se debe realizar en el ambiente más rentable y adecuado para la condición.
- El proveedor debe entregar un plan de tratamiento a Medi-Call.
- Debe existir una expectativa razonable de que se pueda restablecer una función de modo suficiente para que el paciente viva en casa.
- Debe continuarse haciendo una mejora significativa.
- Un ingreso para hospitalización debe ser en un centro de rehabilitación acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación.

Los beneficios de rehabilitación no son pagaderos por:

- Rehabilitación vocacional destinada a enseñar a un paciente a tener un empleo remunerado;
- Rehabilitación pulmonar (excepto en combinación con un trasplante de pulmón cubierto y aprobado o como un componente de acondicionamiento perioperatorio para la cirugía de reducción del volumen pulmonar);
- Reentrenamiento cognitivo (mental);
- Programas de reingreso a la comunidad; o
- Rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda.

Rehabilitación - aguda

La rehabilitación de fase aguda a menudo se realiza en un entorno ambulatorio. En casos complejos, la rehabilitación

se puede realizar en un centro de cuidados agudos y luego en un centro de rehabilitación sub-aguda o en un centro para pacientes ambulatorios. La rehabilitación aguda comienza poco después del comienzo de la enfermedad o lesión y puede continuar por días, semanas o varios meses. La rehabilitación cardíaca y pulmonar requiere autorización previa.

Rehabilitación a largo plazo

La rehabilitación a largo plazo se refiere al punto en el que es posible una mejora adicional, en teoría, pero el progreso es lento y su relación con el tratamiento formal no está clara. La rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda generalmente no está cubierta.

Segundas opiniones

Si Medi-Call le aconseja buscar una segunda opinión antes de un procedimiento médico, el plan pagará el 100 por ciento del costo de esa opinión. Estos procedimientos incluyen cirugía y tratamiento (incluyendo hospitalización).

Instalación de enfermería especializada

El Plan pagará beneficios limitados por servicios de internación médicamente necesarios en una instalación de enfermería especializada por hasta 60 días. Las visitas de los médicos están limitadas a una por día. Estos servicios requieren la aprobación de Medi-Call.

Terapia del habla

El plan cubre la terapia del habla a corto plazo para restaurar la función del habla o la deglución que se haya perdido como resultado de una enfermedad, trauma, lesión o defecto congénito, como labio leporino o paladar hendido. La terapia del habla debe ser recetada por un médico y proporcionada por un terapeuta del habla con licencia. La terapia del habla, ya sea que se ofrezca como servicio para pacientes internados o en el hogar del miembro, requiere la autorización previa de Medi-Call. La terapia de habla para pacientes externos no requiere autorización previa. Para más información, comuníquese

con el Servicio al cliente de BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520.

La terapia de mantenimiento comienza cuando se han logrado los objetivos terapéuticos de un plan de tratamiento o cuando no se documenta o se espera que ocurra ningún progreso funcional adicional. La terapia de mantenimiento no está cubierta.

El Plan de Salud Estatal cubre los servicios de habilitación de terapia del habla para dependientes cubiertos de 6 años de edad y menos. La terapia del habla no está cubierta al estar asociada con alguno de los siguientes:

- Apraxia verbal o tartamudeo, 7 años o más;
- Retraso del lenguaje, 7 años o más;
- Retraso de comunicación, 7 años o más;
- Retraso en el desarrollo, 7 años o más;
- Trastornos de atención;
- Trastornos conductuales;
- Rehabilitación cognitiva (mental);
- Programas de reingreso a la comunidad; o
- Rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda de tratamiento de la lesión o enfermedad.

Por favor tenga en cuenta que BlueCross aún puede revisar los servicios de terapia del habla después de que se haya pagado un reclamo para determinar si los servicios son realmente un beneficio cubierto por el plan.

Cirugía

Los cargos del médico por cirugías médicamente necesarias para pacientes hospitalizados, las cirugías ambulatorias y el uso de instalaciones quirúrgicas están cubiertos si la atención está asociada con un servicio permitido por el plan.

Otros beneficios cubiertos

Estos beneficios están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios y están asociados con un servicio permitido por el plan:

- Sangre y plasma sanguíneo, excluyendo las tarifas de almacenamiento; y
- Servicios de enfermería (a tiempo parcial /intermitente).

La atención extendida está cubierta como una alternativa a la atención hospitalaria solo si cuenta con la aprobación de Medi-Call.

Exclusiones – servicios no cubiertos

Hay algunos gastos médicos que el Plan de Salud Estatal no cubre. El *Plan de beneficios*, disponible en www.peba.sc.gov/assets/planofbenefits.pdf, contiene una lista completa de las exclusiones.

- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios dentro de los términos del plan.
- Procedimientos de rutina no relacionados con el tratamiento de lesiones o enfermedades, excepto aquellos específicamente mencionados en la sección de beneficios preventivos.
- Exámenes físicos de rutina, chequeos (excepto visitas de bienestar para adultos, atención para niños sanos y beneficios preventivos según las pautas), servicios, cirugía (incluyendo la cirugía estética) o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Los exámenes rutinarios de próstata, los exámenes de detección o servicios relacionados no están cubiertos por el plan. Se cubrirá un examen de próstata de diagnóstico, un examen de detección y análisis de laboratorio cuando sea médicamente necesario, pero no como parte del examen físico anual del Plan de Ahorros. El examen de diagnóstico estará sujeto a los deducibles y coaseguros habituales del Plan Estatal de Salud.
- Exámenes de antígeno prostático específico de rutina.
- Anteojos²⁵.
- Lentes de contacto ²⁵, a menos que sean médicamente necesarios después de una cirugía de cataratas y para el tratamiento del queratocono, una enfermedad corneal que afecta la visión.
- Exámenes oculares de rutina ²⁵.
- Cirugía refractiva ²⁵, como la queratotomía radial, la corrección de la visión queratomileusis in situ asistida con láser (LASIK) y otros procedimientos para alterar las propiedades refractivas de la córnea.
- Aparatos auditivos y exámenes para ajustarlos.
- Servicios dentales²⁶, excepto para extraer los dientes impactados, tratamiento dentro de un año de una condición resultante de un accidente, tratamiento necesario por la pérdida de dientes debido al tratamiento para el cáncer y tratamiento necesario como resultado de un defecto congénito de nacimiento.
- Férulas ATM, aparatos ortopédicos, protectores, entre otros. La cirugía médicamente necesaria para ATM está cubierta si tiene autorización previa de Medi-Call. ATM, trastorno de la articulación temporomandibular, a menudo se caracteriza por dolor de cabeza, dolor facial y sensibilidad en la mandíbula causados por irregularidades en la forma en que las articulaciones, los ligamentos y los músculos de las mandíbulas trabajan en conjunto.
- Cuidado de custodia, incluyendo niñeras y compañeros o amas de casa/cuidadores.
- Admisiones o porciones de las mismas para cuidado de custodia o cuidado a largo plazo, incluyendo:
 - Cuidado temporal;
 - Cuidado psiquiátrico agudo o crónico a largo plazo;
 - Atención para ayudar a un miembro en el

²⁵ Aunque los beneficios de la visión generalmente no están cubiertos por el Plan de Salud Estatal, existe cobertura y descuentos disponibles mediante el Plan Estatal de Salud Visual. Consulte el capítulo **Cuidados de Visión** en la página 104.

²⁶ Los beneficios dentales están disponibles a través del Plan Dental Básico y Dental Plus. Consulte el capítulo Seguro dental en la página 93.

desempeño de actividades de la vida diaria (es decir, cuidado de custodia, incluyendo, pero sin limitarse a: caminar, moverse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, continencia, comer, preparación de alimentos y toma de medicamentos); y

- Cuidados psiquiátricos o por uso de sustancias a largo plazo, incluyendo: escuelas terapéuticas, campamentos retirados/ de entrenamiento, residencias terapéuticas, casas intermedias y hogares grupales terapéuticos.
- Cualquier artículo que pueda comprarse sin receta, incluyendo, pero sin limitarse a, medicamentos y dispositivos anticonceptivos.
- Cirugía para revertir una vasectomía o ligadura de trompas en caso de ser electiva y no médicamente necesaria para tratar una condición preexistente.
- Diagnóstico o tratamiento de la infertilidad para un suscriptor o un cónyuge si alguno de los miembros ha tenido una ligadura de trompas o una vasectomía.
- Tecnologías de reproducción asistida (tratamiento de fertilidad) excepto según lo descrito en la página 69.
- Tratamientos de pérdida de peso y todas las cirugías de pérdida de peso, incluyendo, pero sin limitarse a: derivación gástrica, banda o grapado gástrico; derivación intestinal y cualquier procedimiento relacionado; la reversión de tales procedimientos; así como condiciones y complicaciones como resultado de tales procedimientos o tratamiento.
- Equipo que tenga un uso no terapéutico (como humidificadores, aires acondicionados, bañeras de hidromasaje, pelucas, reemplazo de cabello artificial, aspiradoras, modificaciones al hogar y el vehículo, suministros para ejercicios, dispositivos de comunicación o para el aumento del habla, incluyendo computadoras, etc.), independientemente de si el equipo está relacionado con una condición médica o

recetado por un médico.

- Pruebas de moho o calidad del aire.
- Suministros usados para la participación en atletismo (que no son necesarios para actividades de la vida diaria), incluyendo, pero sin limitarse a, férulas o aparatos ortopédicos.
- Cargos del médico por medicinas, medicamentos, aparatos, suministros, sangre y derivados sanguíneos, a menos que sean beneficios médicos cubiertos según el Plan.
- Atención médica de un médico el mismo día o durante la misma estadía de hospital en la que usted tiene cirugía, a menos que se necesite un especialista médico para una condición que el cirujano no pudo tratar.
- Cargos del médico por patologías clínicas, definidos como servicios para leer cualquier informe generado por máquinas o pruebas mecánicas de laboratorio. La interpretación de estas pruebas se incluye en la asignación para el servicio de laboratorio.
- Cargos por registros médicos y presentación de reclamos.
- Complementos alimenticios, incluyendo, pero sin limitarse a, fórmula para bebés, nutrición enteral, Boost/Ensure o suplementos relacionados.
- Servicios realizados por miembros de la familia inmediata del asegurado.
- Acupuntura.
- Programas de control del dolor crónico.
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (a través de la piel) (TENS), cuyo objetivo principal es el tratamiento del dolor.
- Biorretroalimentación
- Complicaciones que surjan de la recepción de servicios no cubiertos.
- Pruebas psicológicas para determinar la ubicación laboral, ocupacional o escolar o para

- finés educativos; terapia de medio ambiente; o para determinar una discapacidad de aprendizaje.
- Cualquier servicio o suministro para el cual una persona cubierta tiene derecho a pago o beneficios según la ley federal o estatal (excepto Medicaid), como beneficios pagaderos bajo las leyes de compensación laboral.
 - Cargos por tratamiento de enfermedades, lesiones o complicaciones causadas por actos de guerra o servicio militar.
 - Productos, cirugía o procedimientos cosméticos, o complicaciones resultantes de tales procedimientos o servicios.
 - Productos o servicios para dejar el tabaco o disuadir su uso, excepto los que estén cubiertos por el Programa de Medicamentos Recetados o según lo autorice el programa para dejar el tabaco para participantes elegibles en su programa para dejar el tabaco.
 - Escleroterapia (tratamiento de las venas varicosas), incluyendo las inyecciones de soluciones esclerosantes para las venas varicosas de las piernas, a menos que se haya llevado a cabo una ligadura aprobada previamente (inmovilización de un vaso sanguíneo) o un procedimiento de extracción dentro de un plazo de tres años y que la documentación presentada a Medi-Call con una solicitud de autorización previa establezca que algunas varicosidades (venas retorcidas) permanecieron después del procedimiento.
 - Servicios llevados a cabo por animales de servicio o terapia o sus adiestradores.
 - Abortos, a excepción de un aborto legal realizado de acuerdo con los lineamientos federales de Medicaid.
 - Un tratamiento de infertilidad infantil cubierto, embarazo o complicaciones del embarazo o el parto.
 - Almacenamiento de sangre o plasma sanguíneo.
- Cirugía o procedimientos médicos experimentales o investigativos, así como suministros, dispositivos o medicamentos. Cualquier procedimiento quirúrgico o médico determinado como práctica médica experimental, investigativa o no aceptada por el personal médico del procesador de reclamaciones de terceros, con una consulta adecuada. Los procedimientos experimentales o investigativos son aquellos procedimientos médicos o quirúrgicos, suministros, dispositivos o medicamentos que, en el momento de ser proporcionados o buscar ser proporcionados:
 - No se reconocen como acordes a la práctica médica aceptada en la especialidad médica o campo de medicina pertinente; o
 - Los procedimientos, medicamentos o dispositivos no han recibido la aprobación final para el mercado por parte de las entidades gubernamentales adecuadas; o
 - Son aquellos sobre los que la literatura médica revisada por colegas no permite conclusiones sobre su efecto en los resultados de salud; o
 - No se demuestra que sean tan beneficiosos como las alternativas establecidas; o
 - No han demostrado, a un nivel estadísticamente significativo, que mejoren los resultados netos de salud; o
 - Aquellos en los que la mejora que se afirma no demuestra ser alcanzable fuera del entorno investigativo o experimental.

Límites adicionales en el Plan Estándar

- Los beneficios quiroprácticos en el Plan Estándar están limitados a \$2.000 por persona por año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual están limitados a uno por visita por persona.

Límites adicionales y exclusiones en el Plan de Ahorros

- Los beneficios quiroprácticos en el Plan de Ahorros están limitados a \$500 por persona cubierta por año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual están limitados a uno por visita por persona.
- Los antihistamínicos y medicamentos no sedantes para tratar la disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan de Ahorros.

Cómo presentar un Reclamo del Plan de Salud Estatal

Servicios en Carolina del Sur

Si usted recibió servicios de un proveedor que participa en una red del Plan de Salud Estatal, usted no tiene que presentar un reclamo; su proveedor lo presentará por usted. Usted es responsable de los gastos directos habituales, tales como deducibles, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos

Si no usó un proveedor de la red o si tiene un reclamo por un servicio fuera de la red, es posible que tenga que presentar el reclamo usted mismo. Puede obtener formularios de reclamos en su oficina de beneficios, PEBA, incluyendo en su sitio web www.peba.sc.gov/iforms.html, y en BlueCross. Necesitará un formulario de reclamo por separado para cada persona que haya recibido atención.

Para presentar un reclamo:

- Complete el formulario de reclamo.
- Adjunte sus facturas detalladas, las cuales deben mostrar el monto cobrado; el nombre del paciente; la(s) fecha(s) y lugar(es) del (de los) servicio(s); el diagnóstico, si corresponde; los códigos de procedimiento; así como el nombre del proveedor, el Número de Identificación Fiscal federal o el Identificador Nacional de Proveedor, si está disponible.

Presente sus reclamos dentro de un plazo de 90 días

luego de la fecha en que usted reciba los servicios o tan pronto como sea razonablemente posible.

Para los reclamos a pagar, BlueCross debe recibir su formulario antes del final del año calendario siguiente al año en que se incurra en los gastos.

Envíe los reclamos a:

State Business Unit
BlueCross BlueShield of South Carolina
P.O. Box 100605
Columbia, SC 29260-0605

Para más información, llame a BlueCross al 800.868.2520 o al 803.736.1576.

Servicios fuera de Carolina del Sur

Generalmente, si recibe servicios fuera de Carolina del Sur o de los EE.UU., de parte de un médico u hospital de la red BlueCard, usted no debería tener que pagar la atención por adelantado, excepto por los gastos directos habituales, como deducibles, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos. El proveedor debe presentar el reclamo en su nombre. Los proveedores de la red presentarán los reclamos ante el afiliado de BlueCross en el estado donde se prestó el servicio. Fuera de EE.UU., usted debe completar un Formulario de Reclamo de BlueCross BlueShield Global Core y enviarlo al Centro de Servicios de BlueCross BlueShield Global Core. Este formulario de reclamo está disponible en www.peba.sc.gov/iforms.html y StateSC.SouthCarolinaBlues.com.

Si los servicios son recibidos de un proveedor fuera de la red, es posible que le soliciten que pague por adelantado el costo total de los servicios recibidos y también se le puede solicitar que presente el reclamo a BlueCross usted mismo.

Para más información, llame a BlueCross BlueShield Global Core al 800.810.2583 o al 804.673.1177.

Apelaciones

Reclamos y apelaciones de pre-autorización a tramitadores de reclamos de terceros

Los suscriptores tienen el derecho de apelar las decisiones tomadas por los tramitadores de reclamos de terceros contratados por PEBA para administrar los beneficios. Lo siguiente cubre las apelaciones iniciales a BlueCross para reclamos de seguro de salud, así como a Medi-Call para pre-autorización médica y a Companion Benefit Alternatives (CBA) para pre-autorizaciones de beneficios de salud conductual. Las apelaciones de pre-autorización de radiología correspondientes a National Imaging Associates se manejan de forma diferente a otros procedimientos de apelación y también están cubiertos en esta sección.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, puede apelar un reclamo inicial o una negación de pre-autorización dentro de los seis meses siguientes a la decisión. Si desea que otra persona haga la apelación en su nombre, puede hacer esta solicitud por escrito a BlueCross, Medi-Call o CBA. Por favor tenga en cuenta que los proveedores médicos no pueden apelar en su nombre. La información de contacto se proporciona a continuación si tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación.

BlueCross Blue Shield de Carolina del Sur

- StateSC.SouthCarolinaBlues.com .
- 803.736.1576 o 800.868.2520.

Medi-Call

- 803.699.3337 o 800.925.9724.

Companion Benefit Alternatives

- www.CompanionBenefitAlternatives.com .
- 803.736.1576 o 800.868.2520.

Los derechos de apelación y las instrucciones para una apelación están incluidos en la carta de negación que recibe. Por favor, incluya la siguiente información en su apelación:

- El número de identificación de salud del suscriptor, ZCS seguido de su Número de Identificación de Beneficios de ocho dígitos (NIB);

- El nombre y la fecha de nacimiento del suscriptor;
- Una copia de la decisión apelada;
- El número de reclamo de los servicios que se están apelando, si corresponde (disponible en su Explicación de Beneficios);
- Una copia de los registros médicos que respaldan la apelación; y
- Cualquier otra información o documento que respalde la apelación.

National Imaging Associates

- www.RadMD.com .
- 866.500.7664.

Si National Imaging Associates niega un procedimiento debido a que no es médicamente necesario, tiene tres días para presentar una apelación ante National Imaging Associates si los servicios no se han recibido. Si han pasado tres días o más, puede solicitar que BlueCross revise la decisión.

Apelaciones a PEBA: pre-autorizaciones y servicios que han sido provistos

Si todavía está insatisfecho luego de que se haya reexaminado la decisión, puede solicitar una apelación de segundo nivel, enviando un **Formulario de Solicitud de Apelación** a PEBA dentro de los 90 días siguientes a su aviso de negación. Por favor incluya una copia de las dos negaciones anteriores con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA

Atención: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un niño recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento para salvar vidas, puede enviar su

Formulario de Solicitud de Apelación a urgentappeals@peba.sc.gov .

Un proveedor de servicios de salud, empleador o administrador de beneficios no puede apelar ante PEBA en su nombre, incluso si hubiere apelado la decisión ante el tramitador de reclamos de terceros. Sólo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia admitido a ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado. PEBA hará su mayor esfuerzo para procesar su apelación dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que reciba su expediente de reclamo de BlueCross, Medi-Call o CBA, según lo descrito en el Plan. Sin embargo, este periodo de tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Cuando la revisión de su apelación de PEBA esté completa, usted recibirá una determinación por escrito en el correo.

Si la negación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para buscar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.

Plan Suplementario GEA TRICARE

TRICARE es el programa de beneficios de salud del Departamento de Defensa para la comunidad militar. Está compuesto por TRICARE Prime, una organización de mantenimiento de la salud; TRICARE Extra, una opción de proveedor preferido; y TRICARE Standard, un plan de cargo por servicio.

El Plan Suplementario TRICARE es una cobertura secundaria para TRICARE. El mismo paga la parte de los gastos médicos cubiertos del suscriptor bajo las opciones de TRICARE Prime (dentro de la red), Extra y Estándar. Los participantes elegibles tienen casi el 100 por ciento de cobertura. Suscrito por Transamerica Premier Life Insurance Company, el plan es

administrado por Selman & Company. La ley federal requiere que el plan sea patrocinado por una asociación, no un empleador. El patrocinador del plan es la Asociación de Empleados del Gobierno.

El Plan Suplementario TRICARE está diseñado para empleados activos elegibles para TRICARE y empleados jubilados hasta que sean elegibles para Medicare. Es una alternativa al Plan de Salud Estatal.

Elegibilidad

PEBA no confirma la elegibilidad para el Plan Suplementario TRICARE. Las personas elegibles deben estar registradas en el Sistema de Informes de Elegibilidad para la Inscripción de la Defensa (DEERS, por su sigla en inglés) y no deben ser elegibles para Medicare. Debe cancelar su cobertura del Plan de Salud Estatal para inscribirse en el Plan Suplementario de TRICARE.

Debe confirmar su elegibilidad para TRICARE con DEERS antes de inscribirse en el Suplemento de TRICARE. Si la tarjeta de identificación militar de un dependiente ha expirado o si la información, como la dirección postal, ha cambiado, llame a DEERS al 800.538.9552. El Plan Suplementario de TRICARE está disponible para empleados elegibles, incluyendo:

- Los jubilados militares que reciben pago de retiro, de retención o equivalente;
- Cónyuge/cónyuge sobreviviente de un militar retirado;
- Reservistas retirados entre las edades de 60 y 65 años y cónyuges/cónyuges sobrevivientes de reservistas retirados;
- Reservistas retirados menores de 60 años e inscritos en TRICARE Reservistas Retirados (Retirados del Área Gris) y cónyuges/cónyuges sobrevivientes de reservistas retirados inscritos en TRICARE Reservistas Retirados; y
- Miembros calificados de la Guardia Nacional y la Reserva (TRICARE Selección de Reserva).

Existen excepciones limitadas a la Regla de elegibilidad de los 65 años de edad. Contacte a Selman & Company para más información.

Como suscriptor, puede cubrir a sus hijos dependientes elegibles; sin embargo, la elegibilidad del dependiente para el Plan Suplementario TRICARE se basa en las reglas de elegibilidad de TRICARE y es diferente a las reglas de elegibilidad de dependientes de PEBA.

Hijos dependientes elegibles

- Hijos dependientes solteros hasta los 21 años de edad o, si el hijo es un estudiante a tiempo completo, hasta los 23 años. Se debe proporcionar a TRICARE la documentación de que un hijo, de 21 a 22 años, es un estudiante a tiempo completo.
- Los dependientes incapacitados están cubiertos después de los 21, 23 o 26 años de edad, si el hijo depende del miembro para recibir manutención y mantenimiento primario y aún es elegible para TRICARE. Se requiere prueba de incapacidad continua y dependencia. Se debe proporcionar la documentación a TRICARE.
- Hijos adultos dependientes que sean menores de 26 años y que estén inscritos en TRICARE Young Adult. El hijo debe enviar una copia de su tarjeta de identificación de inscripción de TRICARE Young Adult a Selman & Company.

Cómo inscribirse

Si usted es elegible para TRICARE y es elegible para la cobertura con el programa de seguro de salud estatal de Carolina del Sur, puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que le hayan contratado o se haya hecho elegible para TRICARE. También puede inscribirse durante la inscripción anual abierta. Si se inscribe durante la inscripción abierta, la cobertura entra en vigencia el 1 de enero.

Para inscribirse

1. Se requiere Membresía en la Asociación de

Empleados del Gobierno para inscribirse en el Plan Suplementario de TRICARE. La información sobre la Asociación de Empleados del Gobierno se proporciona en el paquete de bienvenida del Plan Suplementario TRICARE. Las cuotas están incluidas en la prima mensual del plan. Para más información, contacte a la Asociación de Empleados del Gobierno al 800.446.7600 o www.geausa.org.

2. Complete un *Aviso de Elección* y marque "Plan Suplementario TRICARE" en la sección del plan de salud. Entregue el Aviso de Elección a su administrador de beneficios junto con una copia de su identificación militar o su tarjeta de identificación de TRICARE. Además, si usted es un empleado activo, su administrador de beneficios puede inscribirlo en línea. Como suscriptor, puede inscribirse a través de MyBenefits.sc.gov durante la inscripción abierta. Vea la página 23 para más información. Si es un empleado jubilado de una agencia estatal, distrito escolar público o institución de educación superior, envíe a PEBA un Aviso de Elección de jubilado. Si usted es jubilado de un empleador opcional participante, entregue un Aviso de Elección de jubilado a la oficina de beneficios de su antiguo empleador. Vea la página 170 para más información. La cobertura no es automática.
3. Si usted es un suscriptor elegible, complete el formulario TRICARE Other Health Insurance si se inscribió previamente en Plan de Salud Estatal. El formulario TRICARE Other Health Insurance para cada región se encuentra en el sitio web de TRICARE, www.tricare.mil. Envíe por fax los formularios completos a TRICARE al número que aparece en el formulario. Recuerde, el Plan Suplementario de TRICARE no se considera otro seguro de salud. Al inscribirse, recibirá un paquete con su certificado de seguro, tarjeta de identificación, formularios de reclamo e instrucciones sobre cómo presentar reclamos.

Además de inscribirse en el Plan Suplementario TRICARE, durante la inscripción abierta, si usted es un suscriptor elegible, puede cancelar la cobertura del Plan Suplementario TRICARE para usted o sus dependientes, o agregar dependientes. Vea la página 26 para más información.

Características del Plan

El Plan Suplementario de TRICARE le proporciona cobertura adicional, la cual, al combinarse con la otra cobertura de TRICARE, generalmente paga el 100 por ciento de sus gastos directos. Algunas de las características del plan incluyen:

- No hay deducibles, coaseguros ni gastos directos por los servicios cubiertos;
- Elección de cualquier proveedor autorizado por TRICARE, incluyendo los proveedores participantes en la red o fuera de la red (consulte Manual para Miembros del Plan Suplementario TRICARE);
- Reembolso de copagos de medicamentos recetados; y
- Portabilidad que le permite continuar con la cobertura pagando las primas directamente a Selman & Company si usted deja su empleo.

Presentando reclamos

La mayoría de los proveedores entregan reclamos del Plan Suplementario de TRICARE. Si un proveedor no lo hace, puede entregar los reclamos a Selman & Company. La información y los formularios para presentar reclamos de médicos/hospitales y farmacias se incluye en el paquete de bienvenida y en www.selmantricareresource.com/scpeba.

Elegibilidad de Medicare y el Plan Suplementario TRICARE

Si, como empleado activo, sobreviviente o jubilado, pasa a ser elegible para la Parte A de Medicare, debe comprar la Parte B de Medicare para seguir siendo elegible para TRICARE. Su beneficio de salud

TRICARE cambia a TRICARE y su cobertura del Plan Suplementario TRICARE finaliza. Puede continuar la cobertura del plan suplementario para sus dependientes elegibles haciendo pagos de primas directamente a Selman & Company. Contacte a Selman & Company al 800.638.2610, opción 1 para más detalles.

Si un dependiente pasa a ser elegible para Medicare antes que el empleado activo, sobreviviente o jubilado, el dependiente ya no es elegible para el Plan Suplementario de TRICARE.

Pérdida de elegibilidad de TRICARE

El Plan Suplementario TRICARE paga después de que TRICARE pague. Por lo tanto, si un empleado, cónyuge o hijo dependiente pierde la elegibilidad de TRICARE, la cobertura del Plan Suplementario de TRICARE finaliza. Los dependientes que pierden la elegibilidad para TRICARE no son elegibles para la continuación de la cobertura del Plan Suplementario de TRICARE a través de COBRA o en portabilidad. La pérdida de la elegibilidad de TRICARE es una situación especial de elegibilidad que permite que un empleado o jubilado elegible y sus dependientes, si los dependientes son elegibles para la cobertura de seguro PEBA, se inscriban en la cobertura de salud, dental y de la vista. El seguro de vida básico y el seguro básico por discapacidad a largo plazo se proporcionan de forma gratuita a empleados activos que se inscriban en el Plan de Salud Estatal o en el Plan Suplementario de TRICARE.

Pérdida de Elegibilidad de TRICARE de un cónyuge

Un cónyuge puede perder la elegibilidad de TRICARE debido a un divorcio. Cuando esto ocurre, también pierde la elegibilidad para continuar la cobertura bajo el Plan Suplementario de TRICARE.

Pérdida de Elegibilidad de TRICARE de un hijo dependiente

Un hijo dependiente pierde la elegibilidad de TRICARE a los 21 años, si no está inscrito como estudiante a tiempo completo. Un dependiente también pierde la elegibilidad a la medianoche de su cumpleaños número 23, independientemente de si es un estudiante a tiempo


completo o no, o en la fecha en que se gradúa de la universidad, lo que ocurra primero.

Un hijo dependiente de un adulto inscrito en TRICARE Young Adult pierde elegibilidad a la medianoche de su cumpleaños 26 o la fecha en que deje de pagar las primas completas a su contratista regional de TRICARE.

Más información

Para más información sobre el Plan Suplementario TRICARE de la Asociación de Empleados del Gobierno, contacte a Selman & Company a través de www.selmantricareresource.com/scpeba o a través del 800.638.2610, opción 1.

Para más información sobre TRICARE for Life, visite www.tricare4u.com o llame al 866.773.0404.



Beneficios de Prescripción

Los medicamentos recetados son una parte importante de los beneficios disponibles para usted y una parte importante del costo del plan de salud auto-asegurado de los suscriptores del seguro PEBA. El Plan de Salud Estatal contrata a un administrador de beneficios de farmacia para que administre los beneficios de medicamentos recetados del plan. Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia del Plan. El uso de medicamentos genéricos le ahorra dinero a usted y su plan. También puede ahorrar dinero y recibir los mismos medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) cuando renueve las prescripciones a través de la Red de Mantenimiento Minorista del plan o servicio de prescripción por correo. Los beneficios solo se pagan por prescripciones surtidas en farmacias de la red o a través de la farmacia de pedido por correo Express Scripts en los Estados Unidos. Se ofrece cobertura limitada fuera de los Estados Unidos. Para más información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la página 91.

Usando sus beneficios de prescripción

Usted recibirá dos tarjetas de beneficios de medicamentos recetados de Express Scripts. Presente su tarjeta cuando surta una receta, en especial la primera vez que use su tarjeta, y cada vez que surta una receta en una farmacia diferente para garantizar que pague el monto adecuado.

Recursos para miembros

Puede obtener información útil sobre sus beneficios de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal con solo un clic en www.Express-Scripts.com y en la aplicación móvil Express Scripts. La aplicación es compatible con la mayoría de los dispositivos móviles iPhone®, iPad®, Android™, Windows Phone®, Amazon y BlackBerry® y se puede descargar gratuitamente desde las tiendas de aplicaciones de iTunes, Google Play, Windows Phone y Amazon. Se le invita a crear una cuenta para aprovechar al máximo estos recursos. Asegúrese de tener su tarjeta de medicamentos con receta disponible cuando

se registre. El sitio web y la aplicación móvil ofrecen una variedad de información y herramientas:

- Surtir y renovar sus recetas;
- Ver el estatus de su pedido, reclamos e historial de pagos;
- Encontrar farmacias dentro de la red cerca de usted;
- Encontrar y comparar precios con Price a Medication;
- Verificar interacciones y alertas de medicamentos;
- Ver información actualizada sobre la cobertura;
- Contactar a un farmacéutico 24/7; y
- Obtener acceso instantáneo a su tarjeta de identificación de miembro digital.

Programa de Prescripción de Medicamentos del Plan de Salud Estatal

Plan Estándar

Los miembros del Plan Estándar pagan un copago al surtir prescripciones en una farmacia de la red. Los copagos para un suministro de hasta 30 días son:

- Nivel 1 (genérico): \$9
- Nivel 2 (marca - preferida): \$42
- Nivel 3 (marca - no preferida): \$70

El copago de medicamentos recetados es un monto total fijo que un miembro debe pagar por un medicamento cubierto. Si el cargo de la farmacia es menor que el copago, el miembro paga la cantidad menor. El plan de seguro paga el costo más allá del copago, hasta la cantidad permitida. Los beneficios de medicamentos recetados son pagaderos sin un deducible anual y no hay reclamos a presentar.

El beneficio de medicamentos con receta tiene un máximo copago anual separado de \$3.000 por persona. Esto significa que después de gastar \$3.000 en copagos de medicamentos recetados, el plan pagará el 100 por ciento del monto permitido para sus

medicamentos recetados cubiertos durante el resto del año. Los gastos en medicamentos no cuentan para el deducible anual médico o el máximo del coaseguro médico.

Plan de Ahorros

Los miembros del Plan de Ahorros no pagan un copago cuando surten recetas en una farmacia de la red. Usted paga el monto total permitido de sus medicamentos recetados, y un registro de su pago se transmite electrónicamente a BlueCross Blue Shield de Carolina del Sur (BlueCross). Si no ha alcanzado su deducible anual, la cantidad total permitida para el medicamento se acreditará a su deducible anual. Si ha alcanzado su deducible anual, pagará el 20 por ciento del monto permitido por el medicamento. Este monto será acreditado al máximo de su coaseguro.

Tenga en cuenta que los antihistamínicos no sedantes, así como los medicamentos para la disfunción eréctil no están cubiertos por el plan de ahorros.

Express Scripts Medicare®

Si está inscrito en el Plan de Salud Estatal como empleado activo y usted o sus dependientes cubiertos pasan a ser elegibles para Medicare, PEBA inscribe automáticamente al miembro elegible para Medicare en Express Scripts Medicare®, el Programa de la Parte D de Medicare del Plan Estatal de Salud. Sin embargo, tiene la opción de regresar al Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal, que cubre a los miembros que no son elegibles para Medicare. Para más información sobre Express Scripts Medicare®, consulte el manual de *Cobertura de seguro para miembros elegibles para Medicare*, que se encuentra disponible en www.peba.sc.gov/assets/medicarehandbook.pdf.

Red de farmacias

Ubicando farmacias participantes

Puede buscar una farmacia de la red a través del sitio web de Express Scripts, www.Express-Scripts.com, o la aplicación móvil Express Scripts, iniciando sesión en su cuenta y seleccionando Encontrar una Farmacia. Debido a que el Plan de Salud Estatal no ofrece cobertura fuera de la red para medicamentos prescritos en los Estados Unidos, usted debería considerar usar un proveedor de la red cuando sea posible.

Farmacias Minoristas

La mayoría de las principales cadenas de farmacias y farmacias independientes participan en la red. Al usar una farmacia participante para comprar medicamentos, asegúrese de mostrar su tarjeta de medicamentos recetados.

Red Preferred90

Puede comprar hasta 90 días de suministros de medicamentos recetados a precios con descuento en su farmacia de la red local que participa en la red Preferred90. Usted pagará un copago más bajo que si compra este medicamento una vez al mes. Asegúrese de pedirle a su médico que le escriba su receta para un suministro de 90 días. El descuento solo se aplica a las recetas surtidas para un suministro de 61 a 90 días. Los copagos por las recetas surtidas para un suministro de 1 a 60 días seguirán los precios minoristas normales. Puede buscar una farmacia de la red Preferred90 iniciando sesión en su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts.

Pedidos por correo a través de la Farmacia de Express Scripts

El Programa de Medicamentos Recetados del Plan

de Salud Estatal y Express Scripts Medicare® ofrecen entrega a domicilio para suministros de 90 días de recetas a través de Express Scripts Pharmacy.

Cuando usted usa este servicio, recibe el mismo descuento en los mismos medicamentos recetados aprobados por la FDA que recibiría en las Redes de Smart90 o Preferred90.

Es posible que algunas sustancias controladas no estén disponibles por correo; llame a Express Scripts al 855.612.3128 antes de enviar su receta para determinar si la misma está disponible. Asegúrese de pedirle a su médico que le escriba su receta para un suministro de 90 días.

Para hacer un pedido, inicie sesión en su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts. Su pedido por correo será entregado en su domicilio comúnmente dentro de 10 a 14 días hábiles.

Plan Estándar y Plan Suplementario de Medicare

Los copagos por un suministro de hasta 90 días son:

- Nivel 1 (genérico): \$22
- Nivel 2 (marca - preferida): \$105
- Nivel 3 (marca - no preferida): \$175

Plan de ahorros

Usted paga la cantidad total permitida cuando ordena medicamentos recetados a través del correo; sin embargo, el costo de un suministro de 90 días generalmente será menor si usa la red Smart90 o el servicio de farmacia por correo de Express Scripts.

Cómo ordenar medicamentos por correo

1. Pídale a su médico que le escriba una receta o envíe una receta electrónicamente para un suministro de 90 días del medicamento con renovaciones, según sea apropiado. También puede pedirle que escriba una receta para el suministro de 30 días del medicamento, que puede surtir en una farmacia minorista y utilizar hasta que

reciba sus medicamentos por correo.

2. Complete un formulario de orden de entrega a domicilio, disponible en www.peba.sc.gov/iforms.html bajo Beneficios de Prescripción, o solicite a su médico que prescriba electrónicamente la receta a Express Scripts en una orden por correo. Puede pagar con cheque, giro postal o tarjeta de crédito principal. Si desea pagar con tarjeta de crédito, puede inscribirse en el programa de pago automático de Express Scripts. Si usted ya ha creado una cuenta de Express Scripts, el método de pago puede seleccionarse con anticipación, y Express Scripts le enviará un correo electrónico cuando reciba su nueva receta y podrá comenzar a dispensarla.
3. Envíe por correo la receta, el formulario del pedido y el pago a Express Scripts a la dirección indicada en el formulario.

Cómo surtir una prescripción por fax

1. Pida a su médico que escriba una receta nueva o envíe una receta electrónicamente para un suministro de 90 días del medicamento, con las renovaciones según corresponda. Proporcione a su médico su número de identificación de miembro, que puede encontrar en la parte frontal de su tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos con Receta del Plan de Salud Estatal.
2. Pida a su médico que envíe su receta por fax al 800.837.0959.

Si su médico tiene preguntas sobre el envío de su receta por fax a Express Scripts, puede llamar al 888.327.9791.

Copagos con prescripción y formulario

Los miembros cubiertos por el Plan Estándar y Express Scripts Medicare® pagan copagos por medicamentos; todos los medicamentos se clasifican por un nivel que determina el copago del miembro. Express Scripts, el administrador de

beneficios de farmacia del Plan elabora el formulario o una lista de medicamentos cubiertos y preferidos. La ubicación del medicamento en el formulario determina el nivel de copago para los medicamentos y, en algunos casos, si una marca en particular está cubierta. El comité independiente de médicos y farmacéuticos de Express Scripts revisa continuamente los medicamentos con el objetivo de garantizar el acceso de los miembros a las terapias necesarias, mientras se logra el costo neto más bajo para el Plan.

Nivel 1: genérico

copago de \$9

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la FDA requiere que los ingredientes activos sean el equivalente químico de la alternativa al de marca y tengan la misma fuerza, pureza y calidad. Debido a que los medicamentos genéricos tienen un copago más bajo, usted normalmente obtiene los mismos beneficios de salud por menos. Es posible que desee pedirle a su médico que marque Sustitución Permitida en su receta. Si no lo hace, su farmacéutico tendrá que proporcionarle el medicamento de marca si ese es el medicamento que su médico escribió en la receta.

Nivel 2: marca preferida

copago de \$42

Estos medicamentos preferidos de marca cuestan más que los genéricos. Los medicamentos clasificados como de Nivel 2 pueden actualizarse durante el año.

Nivel 3: marca no preferida

copago de \$70

Estos medicamentos de marca no preferida tienen el copago más alto.

Una lista de medicamentos por nivel está disponible iniciando sesión en su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts.

Medicamentos de formulario no cubiertos

PEBA adoptó el Formulario Nacional Preferido de

Express Scripts. En el Programa de Medicamentos con Receta del Plan de Salud Estatal (esto no se aplica a los miembros inscritos en Express Scripts Medicare®), hay ciertas marcas de productos en categorías terapéuticas altamente intercambiables que no están cubiertas. Hay productos preferidos cubiertos y disponibles en cada una de estas categorías. Si le recetaron un medicamento que no está cubierto o no es preferido, le invitamos a hablar con su médico sobre la prescripción de los medicamentos preferidos. Como miembro de Plan de Salud Estatal, usted todavía tiene acceso a medicamentos comparables que están cubiertos por el Plan.

Programa de Seguridad del Paciente de Express Scripts

Con el Programa de Seguridad del Paciente de Express Scripts, Los miembros principales del Plan de Salud Estatal pagarán no más de \$25 por un suministro de 30 días de insulina en el 2020. Este programa es interanual y es posible que no esté disponible el siguiente año. El mismo no aplica a los miembros de Express Scripts Medicare, quienes continuarán pagando los copagos habituales por la insulina.

Política de pago de la diferencia

Si compra un medicamento de marca cuando el equivalente genérico aprobado por la FDA está disponible, el plan solo pagará la cantidad permitida por el equivalente genérico. Esta política de pagar la diferencia se aplica incluso si su médico le receta el medicamento como Dispensar según lo Escrito o No Sustituir.

Como miembro del Plan Estándar o del Plan Suplementario de Medicare¹, si usted compra un medicamento de Nivel 2 o Nivel 3 (de marca), en lugar de un medicamento de Nivel 1 (genérico), se le cobrará el copago genérico más la diferencia entre los montos permitidos para el medicamento de marca y el genérico. Si el monto total es menor

¹ La política de pago de la diferencia no se aplica a los miembros cubiertos por Express Scripts Medicare®, el programa de la Parte D de Medicare del Plan de Salud Estatal.

que el copago del Nivel 2 o del Nivel 3 (marca), usted pagará el copago del de marca. Solo el copago del medicamento de Nivel 1 (genérico) se aplicará al máximo del copago anual de medicamentos recetados del miembro.

Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos; sin embargo, generalmente ahorran dinero comprando medicamentos genéricos porque estos medicamentos suelen costar menos. Con el Plan de Ahorros, si compra un medicamento de Nivel 2 o Nivel 3 (marca) en lugar de un medicamento de Nivel 1 (genérico), solo el monto permitido para el medicamento genérico se aplicará a su deducible.

Una vez que haya alcanzado su deducible, solo se aplicará el 20 por ciento del monto permitido del medicamento genérico para su coaseguro máximo.

Los ejemplos de abajo y a la derecha muestran cómo funciona la política de pago de la diferencia en el Plan Estándar y el Plan Suplementario de Medicare.

Esto es lo que paga por un medicamento de Nivel 2 (marca) cuando un medicamento de Nivel 1 (genérico) no está disponible:

	Nivel 1 (genérico)	Nivel 2 (marca)
Monto permitido para medicamento		\$125
Copago genérico		N/A
Monto que usted paga²		\$42

² Usted paga solo el copago de marca.

Esto es lo que paga por un medicamento de Nivel 2 (marca) cuando un medicamento de Nivel 1 (genérico) está disponible:

	Nivel 1 (genérico)	Nivel 2 (marca)
Monto permitido para medicamento	\$65	\$125
Copago genérico	\$9	N/A
Monto que paga si elige el medicamento genérico	\$9	
Monto que paga debido a que eligió el medicamento de marca³		\$69

Programas de especialidad farmacéutica

Especialidad farmacéutica es un término que se refiere a ciertos medicamentos que tienen algunas o todas las siguientes características:

- Costo extremadamente alto y lo necesita un porcentaje relativamente pequeño de la población;
- Es complejo de fabricar; y
- Requiere manejo y administración especial.

Los miembros que presenten prescripciones de medicamentos especializados deben usar la red de especialidades con credenciales personalizadas del Plan.⁴ La red incluye farmacias especializadas acreditadas de propietarios independientes en Carolina del Sur y Accredo, la farmacia especializada de Express Scripts. Los pacientes que busquen medicamentos especializados deben comunicarse con Express Scripts al 855.612.3128 para más información.

Revisiones de coberturas

A veces, una prescripción no es suficiente para determinar si el Plan de Salud Estatal proporcionará beneficios. Cuando se necesita más información

³ Usted paga el copago genérico más la diferencia entre la cantidad permitida para medicamentos genéricos y de marca.

⁴ Algunos medicamentos especializados administrados en la oficina de un proveedor pueden requerir autorización previa.

para determinar cómo se cubre un medicamento, Express Scripts comenzará una revisión de cobertura para obtener más información. Si se hace la determinación de cubrir el medicamento, usted pagará el copago correspondiente. El Plan de Salud Estatal usa revisiones de cobertura para garantizar el uso seguro y efectivo de las medicinas prescritas y para motivar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible. Hay tres tipos básicos de revisiones de cobertura.

Previa autorización

Algunos medicamentos estarán cubiertos por el Plan de Salud Estatal solo si se recetan para ciertos usos. Estos medicamentos deben ser autorizados por adelantado o no serán cubiertos por el plan. Es posible que otros medicamentos no estén cubiertos por el Plan si hay alternativas de bajo costo seguras y efectivas disponibles. Usted puede investigar si un medicamento requiere autorización previa u otro tipo de revisión de cobertura iniciando sesión en su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts. Si el medicamento recetado requiere autorización previa, usted, su médico o su farmacéutico pueden comenzar el proceso de revisión, contactando a Express Scripts al 855.612.3128.

Manejo de cantidad de medicamentos

La FDA tiene lineamientos de seguridad y efectividad que incluyen límites de cantidad para ciertos medicamentos. Si se le receta una cantidad de un medicamento que no se encuentra dentro de estos lineamientos, es posible que el plan cubra una cantidad menor del medicamento. Usted, su médico o su farmacéutico también pueden comenzar el proceso de revisión de cobertura para ver si se puede permitir la cobertura por una cantidad mayor, contactando a Express Scripts al 855.612.3128.

Terapia escalonada

El proceso de terapia escalonada está diseñado para fomentar el uso de medicamentos genéricos y de venta libre que son alternativos a algunos medicamentos de marca de gran volumen y alto precio. Si usted o su médico piensan que no debe usar el medicamento de menor costo, es posible que su receta requiera autorización previa o que se cubra a la tasa del Nivel 3.

Usted o su médico pueden solicitar una revisión de la cobertura llamando a Express Scripts al 855.612.3128. Como parte del proceso, es posible que se le solicite el haber intentado usar exitosamente el medicamento de menor costo y haber obtenido resultados fallidos. Si como resultado de la revisión, se aprueba el medicamento, se cubrirá en el nivel apropiado. Si se niega la aprobación, el plan no cubrirá el medicamento. Para más información, llame a Express Scripts al 855.612.3128.

Prescripciones de compuestos

Un medicamento que requiere que un farmacéutico mezcle dos o más medicamentos, basándose en la receta de un médico, cuando dicho medicamento no está disponible de un fabricante, se conoce como una prescripción de compuestos. Para estar cubierto, la prescripción debe ser médicamente necesaria y estudiada para su uso en este tipo de preparación. También se debe comprar en una farmacia participante de la red.

Para asegurarse de que su medicamento compuesto esté cubierto bajo su plan, su farmacéutico debe enviar la prescripción a Express Scripts electrónicamente. Si un ingrediente del compuesto no está cubierto, el plan no cubrirá el medicamento compuesto. El farmacéutico recibirá información sobre la cobertura de los ingredientes y, en algunas situaciones, puede sustituir otros ingredientes cubiertos para crear su compuesto. Si su compuesto no está cubierto, le invitamos a que consulte con su

médico sobre los medicamentos disponibles en el mercado.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios del Plan de Salud Estatal, incluyendo los beneficios de medicamentos recetados, están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se usa para garantizar que una persona cubierta por más de un plan de seguro no se le reembolse más de una vez por los mismos gastos. Con coordinación de beneficios, el plan que paga primero es el plan primario. El plan secundario paga después del plan primario. Consulte la página 47 para obtener más información sobre la coordinación de beneficios.

Cobertura de Medicare para medicamentos auto administrados durante una permanencia ambulatoria por observación

Los servicios de observación hospitalaria ambulatoria son servicios recibidos en un hospital mientras el médico decide si admite a un paciente como hospitalizado o lo da de alta. Los pacientes pueden recibir servicios de observación en el departamento de urgencias u otra área del hospital. La observación puede durar hasta un período de 72 horas. Medicare cubre los servicios de observación bajo la Parte B de Medicare. Por razones de seguridad, muchos hospitales tienen políticas que no permiten que los pacientes traigan medicamentos recetados u otros medicamentos desde su hogar. Estos medicamentos se consideran auto-administrados y Medicare los define como medicamentos que un paciente tomaría por vía oral o se administraría a sí mismo e incluyen, pero no se limitan a: medicamentos orales, insulina, gotas oculares y tratamientos tópicos. Los medicamentos auto-administrados no están cubiertos bajo la Parte B de Medicare.

Es posible que a un miembro elegible para Medicare que ha tenido una permanencia de observación en el hospital le sean denegados los cargos de medicamentos auto-administrados bajo la Parte B de Medicare. Los medicamentos auto-administrados

pueden estar cubiertos bajo el beneficio de prescripción para los miembros de EGWP (Parte D de Medicare) y los jubilados primarios de Medicare cubiertos por el Plan Comercial del Plan de Salud Estatal. Si los medicamentos auto-administrados son denegados por Medicare como no cubiertos bajo la Parte B de Medicare durante una permanencia de observación en el hospital, los miembros pueden presentar un reclamo de reembolso impreso bajo el beneficio de prescripción. El reclamo se pagará a la tarifa de la red de farmacias (monto permitido) y es posible que no cubra la cantidad total facturada al miembro.

Exclusiones

Algunos medicamentos recetados, como los que no aparecen en la lista de medicamentos cubiertos y preferidos del Formulario de Preferidos Nacional, no están cubiertos bajo el plan.

Algunos medicamentos cubiertos, incluyendo la insulina y otros medicamentos inyectables de forma autónoma administrados en el hogar, están sujetos a exclusiones y limitaciones del plan cuando usa una farmacia de la red.

Los medicamentos recetados asociados con tratamientos de infertilidad tienen una tasa de coaseguro diferente. Consulte la página 69 para más información sobre tratamientos de infertilidad.

Ejemplos de otros medicamentos que no están cubiertos:

- Medicamentos en las Fases de prueba I, II o III de la FDA; y
- Medicamentos recetados usados para la pérdida de peso.

Los medicamentos que no están cubiertos por el Plan de Ahorros, pero están cubiertos por el Plan Estándar son:

- Antihistamínicos no sedantes; y
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil.

Beneficios de prescripción en base al valor sin costo para usted

Los siguientes están cubiertos por el Plan de Salud Estatal si se obtienen de una farmacia de la red

y se entregan sin costo a los miembros principales del Plan de Salud Estatal:

- Anticonceptivos para suscriptores y cónyuges cubiertos.
- Algunos medicamentos con receta específicos para dejar de fumar.
- Las vacunas para adultos, incluyendo la vacuna contra la influenza, según lo recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consulte la página 57 para obtener más información sobre las vacunas para adultos.

Presentando un reclamo de medicamento de prescripción

Si usted no muestra su tarjeta de medicamentos recetados en una farmacia participante en los Estados Unidos, o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal o Express Scripts Medicare® y tiene gastos en medicamentos recetados mientras viaja fuera de los Estados Unidos, usted pagará el precio minorista completo por su prescripción. Luego puede presentar un reclamo con Express Scripts para reembolso. Luego de alcanzar su deducible, si corresponde, su reembolso se limitará al monto permitido del plan, menos el copago o coaseguro, en caso de haberlos. Las reclamaciones deben presentarse con Express Scripts a más tardar dentro del año siguiente a la fecha del servicio.

Para presentar un reclamo por gastos incurridos por medicamentos recetados en una farmacia participante o fuera de los Estados Unidos, complete el formulario de *reembolso de medicamentos recetados* de Express Scripts. El formulario está disponible en línea **en** www.peba.sc.gov/iforms.html bajo los Beneficios de Prescripción. También puede solicitar una copia llamando a Express Scripts al 855.612.3128.

Si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal, envíe el formulario con los recibos de sus recetas a:

Express Scripts
Atención: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711

Si usted está inscrito en Express Scripts Medicare, envíe el formulario con los recibos de sus recetas a:

Express Scripts
Atención: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Recuerde, los beneficios no son pagaderos si usa una farmacia no participante en los Estados Unidos.

Apelaciones

Si Express Scripts niega la autorización previa para su medicamento, se le informará de forma oportuna. Si tiene preguntas sobre la decisión, consulte la información en este capítulo. Usted o quien hace la prescripción también pueden llamar a Express Scripts para obtener una explicación. Si cree que la decisión fue incorrecta, puede solicitar a Express Scripts que vuelva a examinar su decisión.

La solicitud de una revisión debe hacerse por escrito dentro de los seis meses siguientes a la notificación de la decisión a:

Express Scripts
Atención: Benefit Coverage Review Department
P.O. Box 66587
St. Louis, MO 63166-6587

Si aún no está satisfecho después de que se reexamine la decisión, puede solicitarle a PEBA que revise el asunto enviando un ***Formulario de Solicitud de Apelación*** a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la negación final de su apelación por parte de Express Scripts. Por favor incluya una copia de las dos negaciones anteriores con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA

Atención: Insurance Appeals Division 202

Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un niño recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento para salvar vidas, puede enviar un ***Formulario de Solicitud de Apelación*** a PEBA por correo electrónico a:

urgentappeals@peba.sc.gov.

Apelaciones a PEBA

Un proveedor de servicios de salud, empleador o administrador de beneficios no puede apelar ante PEBA en su nombre, incluso si hubiere apelado la decisión ante el tramitador de reclamos de terceros. Sólo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia admitido a ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará su mayor esfuerzo para procesar su apelación dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que reciba su expediente de reclamo de Express Scripts, según lo descrito en el Plan. Sin embargo, este periodo de tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Cuando la revisión de su apelación de PEBA esté completa, usted recibirá una determinación por escrito en el correo.

Si la negación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para buscar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.



Seguro Dental

Usted tiene dos opciones de cobertura dental: Dental Plus o Basic Dental (conocido anteriormente como el Plan Dental Estatal). Usted elige el plan que más le convenga. Al hacer su elección, usted elegirá ya sea Dental Plus o Basic Dental, no ambos. Si elige Dental Plus, le inscribiremos automáticamente en ambos planes.

Dental Plus paga más y tiene primas más altas y costos directos más bajos. Basic Dental paga menos y tiene primas más bajas y costos directos más altos.

Los miembros pueden inscribirse o abandonar el Plan Dental Estatal y Dental Plus:

- Durante la inscripción inicial en los programas de seguro de PEBA.
- Durante un período de inscripción abierta en un año impar. Las próximas dos oportunidades serán en octubre de 2021 y octubre de 2023.
- Dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad. Las situaciones especiales de elegibilidad se explican en la página 24.

Recursos en línea

La información acerca de Dental Plus y Basic Dental está incluida en el sitio de internet de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross), StateSC.SouthCarolinaBlues.com, y está diseñado para los suscriptores de PEBA. En el sitio y bajo el inicio de Sesión del miembro en My Health Toolkit, usted puede:

- Registrarse para explicaciones de beneficios (EOB) vía electrónica;
- Encontrar proveedores de la red Dental Plus a través de la sección Encuentre un Dentista;
- Visitar el Centro de Recursos Dentales (haga clic en Dental bajo la pestaña Información de cobertura en la página de inicio);
- Revisar su elegibilidad y beneficios;
- Verificar los reclamos y ver las EOBs;

- Verificar los estimados de pre-tratamiento; y
- Reportar otras coberturas dentales.

Clases de Tratamiento

La cobertura dental ofrece cuatro clases de tratamiento. Los detalles sobre los beneficios en cada clase se encuentran en el cuadro de la página 96.

- **Clase I: Diagnósticos and preventivo**
Exámenes; limpieza y remoción de sarro en los dientes; tratamiento con fluoruro; mantenedores de espacio (niños); Rayos X.
- **Clase II: Básico**; Empastes, extracciones cirugía Oral; endodoncia (tratamientos de conducto); procedimientos periodontales.
- **Clase III: Prostodoncia** Recubrimientos; coronas, puentes, prótesis dental; implantes; reparación de aparatos prostodónticos.
- **Clase IV: Ortodoncia** limitada a hijos cubiertos de 18 años o menos. Corrección de la Maloclusión que consiste en servicios de diagnóstico (incluyendo modelos, rayos X) y tratamiento activo (incluyendo los aparatos necesarios).

Dental Plus

Dental Plus tiene montos permitidos más altos, que son los montos máximos permitidos por el Plan para un servicio cubierto. Los proveedores de la red no pueden cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido. El beneficio anual máximo para una persona cubierta por Dental Plus es de \$ 2,000. No todos los procedimientos dentales están cubiertos. Usted será responsable por cualquier cargo relacionado con servicios no cubiertos.

Por favor, consulte la página 98 para más información.

Vea la tabla en la Página 96 para más información. Las primas están en la página 178.

Red de Dental Plus

BlueCross ofrece a los dentistas en Carolina del Sur acuerdos para que participen en la red de Dental

Plus y acepten el menor de los cargos habituales o el monto permitido negociado. Usted solo es responsable de los deducibles y coaseguros, más los servicios no cubiertos prestados por un dentista de la red que haya aceptado el acuerdo de BlueCross. Para obtener una lista de dentistas de la red, vaya a StateSC.SouthCarolinaBlues.com seleccione Buscar un Dentista bajo la sección Buscar un Médico.

Si su dentista está fuera de la red, sus beneficios bajo Dental Plus no serán reducidos. Usted será responsable de los deducibles y coaseguros, más la diferencia entre el pago y el cargo por todos los servicios prestados por un dentista fuera de la red.

Basic Dental

Basic Dental tiene montos permitidos más bajos, que son los montos máximos permitidos por el plan para un servicio cubierto. No hay red para Basic Dental; por lo tanto, los proveedores pueden cobrarle la diferencia en su costo y el monto permitido. Los beneficios Basic Dental se pagan basándose en los montos permitidos para cada procedimiento dental mencionado en el *Programa de procedimientos y montos permitidos* del Plan, que se encuentra en StateSC.SouthCarolinaBlues.com bajo Información de Cobertura, y luego Dental y Programa de Tarifas Dentales. El beneficio anual máximo para una persona cubierta por Basic Dental es de \$1,000. No todos los procedimientos dentales están cubiertos. Usted será responsable de cualquier cargo relacionado con los servicios no cubiertos. Consulte la página 98 para más información.

Consulte la tabla en la página 96 para más información. Las primas están en la página 177.

Disposiciones especiales de Basic Dental

Formas alternativas de tratamiento

Si usted o su dentista selecciona un tratamiento más costoso o personalizado, el Plan cubrirá el procedimiento menos costoso que vaya acorde con

los estándares profesionales aceptados de atención dental. BlueCross utiliza lineamientos basados en los servicios proporcionados y estándares de atención dental habituales y comunes para determinar los beneficios o las negaciones. Su dentista puede facturarle la diferencia entre sus cargos por el procedimiento más costoso y lo que el Plan permite para el procedimiento alternativo. No puede aplicar el pago del procedimiento alternativo al costo del procedimiento más costoso si el procedimiento más costoso no es un beneficio cubierto. Ejemplos de cuándo se puede aplicar un procedimiento menos costoso son:

- Un empaste de amalgama (color plateado) es menos costoso que un empaste compuesto (blanco) colocado en un diente posterior (trasero).
- La porcelana fusionada con una corona de metal predominantemente base es menos costosa que la porcelana fusionada con una corona de metal noble.

Estimados previos al tratamiento

Aunque no es obligatorio, PEBA sugiere que obtenga un estimado previo al tratamiento de su tratamiento no urgente para los procedimientos dentales importantes. Para hacer esto, usted y su dentista deben completar un formulario de reclamo antes de hacer cualquier trabajo. El formulario se puede encontrar en www.peba.sc.gov/iforms.html. El formulario lleno debe mencionar los servicios que se llevarán a cabo y el cargo por cada uno. Envíe el formulario de reclamo a:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Basic Dental Claims Department
P.O. Box 100300
Columbia, SC 29202-3300.

El tratamiento de emergencia no necesita un estimado previo al tratamiento.

Usted y su dentista recibirán un estimado previo al tratamiento, mostrando un estimado de los gastos que cubrirá su plan dental. Este formulario puede usarse para solicitar el pago a medida que se completa el

trabajo. Solo complete las fechas del servicio, pida a su dentista que firme el formulario y lo envíe a BlueCross. Su estimado previo al tratamiento es válido por 90 días a partir de la fecha del formulario. La fecha real del servicio puede afectar el pago permitido. Por ejemplo, si ha alcanzado su pago anual máximo cuando le realizan el servicio o si ya no tiene cobertura dental, no recibirá el monto que fue aprobado en el estimado previo al tratamiento.

Si Basic Dental es su seguro secundario, el estimado previo al tratamiento no reflejará el pago coordinado estimado, debido a que BlueCross no sabrá cuánto pagará su seguro primario.

Para determinar la cantidad permitida para un procedimiento, solicite a su dentista el código del procedimiento. Luego llame al Servicio al Cliente Dental de BlueCross al 888.214.6230 o al 803.264.7323.

Comparando Dental Plus y Basic Dental

	Dental Plus	Basic Dental
Diagnóstico y preventivo <i>Exámenes, limpiezas, Rayos X</i>	Usted no paga un deducible. El Plan pagará el 100% de un monto permitido más alto . En la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido.	Usted no paga un deducible. El Plan pagará el 100% de un monto permitido más bajo . Un proveedor puede cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido.
Básico <i>Empastes, cirugía oral, tratamientos de conductos</i>	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 80% de un monto permitido más alto . En la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido.	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 80% de un monto permitido más bajo . Un proveedor puede cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido.
Prostodoncia <i>Coronas, puentes, prótesis dentales, implantes</i>	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 50% de un monto permitido más alto . En la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido.	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 50% de un monto permitido más bajo . Un proveedor puede cobrarle por la diferencia en su costo y el monto permitido.
Ortodoncia² <i>Limitado a hijos cubiertos de 18 años o menos.</i>	Usted no paga un deducible. Existe un beneficio de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto.	Usted no paga un deducible. Existe un beneficio de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto.
Pago Máximo	\$2,000 por persona cada año por servicios diagnóstico y preventivo, básicos y de prostodoncia.	\$1,000 por persona cada año por servicios diagnóstico y preventivo, básicos y de prostodoncia.

1 Si tiene servicios diagnósticos y preventivos, básicos o de prostodoncia, solo paga un deducible. El deducible está limitado a tres por familia por año.

2 Hay un beneficio máximo de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto, independientemente del plan o año del plan.

Ejemplos de comparaciones de planes

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
Monto permitido³	\$135.00	\$171.00	\$67.60
Monto permitido por el plan (100%)	\$135.00	\$171.00	\$67.60
Su coaseguro (0%)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Diferencia entre monto permitido y cargo	\$56.00 <i>El dentista descarta este monto</i>	\$20.00	\$123.40
Usted paga	\$0.00	\$20.00 <i>Diferencia en monto permitido y cargo</i>	\$123.40 <i>Diferencia en monto permitido y cargo</i>

Escenario 2: Dos calzadas 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^{3,4}	\$145.00	\$177.00	\$44.80
Monto permitido por el plan (80%)	\$116.00	\$141.60	\$35.84
Su coaseguro (20%)	\$29.00	\$35.40	\$8.96
Diferencia entre monto permitido y cargo	\$45.00 <i>El dentista descarta este monto</i>	\$13.00	\$145.20
Usted paga	\$29.00 <i>20% de coaseguro</i>	\$48.40 <i>20% de coaseguro más diferencia</i>	\$154.16 <i>20% de coaseguro más diferencia</i>

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

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

Exclusiones – servicios dentales no cubiertos

El documento del plan Basic Dental menciona todas las exclusiones y se encuentra en www.peba.sc.gov/dental.html en la sección de Más información. La siguiente lista incluye muchas de las exclusiones.

Beneficios generales no ofrecidos

- Tratamiento recibido de un proveedor que no sea un dentista con licencia. La limpieza o remoción de sarro de los dientes por parte de un higienista dental con licencia están cubiertas cuando se realiza bajo la supervisión y dirección de un dentista.
- Servicios que van más allá del alcance de la licencia del dentista.
- Servicios prestados por un dentista que sea miembro de la familia de la persona cubierta o por los cuales la persona cubierta no se le cobró previamente o no pagó al dentista.
- Servicios o suministros dentales que se brindan antes de la fecha en la cual usted es elegible para la cobertura bajo este plan.
- Cargos hechos directamente a una persona cubierta por parte de un dentista por suministros dentales (es decir, cepillo de dientes, cepillo de dientes mecánico, enjuague bucal o hilo dental).
- Servicios no dentales, como citas canceladas y llenado de formularios de reclamo.
- Consejería nutricional para el control de enfermedades dentales, instrucción de higiene oral o capacitación en atención dental preventiva.
- Servicios y suministros para los cuales no se realiza ningún cargo o no se requeriría ningún pago si la persona no tuviera este beneficio, incluyendo cargos no facturables bajo el plan de seguro primario de la persona.
- Servicios o suministros no reconocidos como

prácticas dentales aceptables por la Asociación Dental Americana.

Beneficios cubiertos por otro plan

- Tratamientos a los que la persona cubierta tiene derecho bajo cualquier ley de compensación laboral.
- Servicios o suministros que están cubiertos por los servicios armados de un gobierno.
- Servicios dentales para el tratamiento de lesiones como resultado de un accidente que se reciben durante los primeros 12 meses a partir de la fecha del accidente. Estos servicios están cubiertos por el plan de salud del miembro.
- Los beneficios adicionales por servicios dentales para dientes, dentaduras, puentes, entre otros, naturales y artificiales, necesarios debido a la pérdida de dientes a causa del tratamiento del cáncer o como resultado de un defecto congénito de nacimiento, están cubiertos bajo el plan de salud del miembro.

Procedimientos específicos no cubiertos

- Mantenedores de espacio para dientes deciduos (primarios) perdidos si la persona cubierta tiene 19 años o más.
- Servicios o suministros de investigación o experimentales.
- Cualquier servicio o cargo por un servicio que no sea médicamente necesario.
- Recubrimientos o coronas, cuando se usan con fines preventivos o cosméticos o debido a la erosión, abrasión o desgaste.
- Servicios y suministros para fines estéticos o cosméticos, incluyendo cargos por personalización o caracterización de dentaduras postizas, a excepción del tratamiento de ortodoncia, según lo estipulado en este plan.
- Terapia miofuncional (es decir, corrección

del empuje lingual).

- Terapia miofuncional (es decir, corrección del empuje lingual).
- Aparatos o terapia para la corrección o el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Servicios para alterar la dimensión vertical.
- Férulas, incluyendo pilares adicionales para puentes.
- Servicios para pruebas y exámenes de laboratorio, que incluyen, pero no se limitan, a cultivos bacterianos para determinar agentes patológicos, pruebas de susceptibilidad de caries (destrucción de dientes o huesos), cultivos virales, muestras de saliva, pruebas genéticas, fotografías de diagnóstico y exámenes histopatológicos
- Revestimiento del esmalte dental, directo o indirecto (excluyendo la restauración final).
- Férula provisional intracoronal y extracoronal (corona).
- Trasplante de dientes o reposicionamiento quirúrgico de los dientes.
- Ajuste oclusal (completo). Las protecciones oclusales están cubiertas para ciertas condiciones. El proveedor debe presentar los registros de la oficina con el reclamo para su revisión por parte del especialista dental.
- Procedimientos temporales, tales como empastes temporales o coronas temporales.
- Procedimientos de rebases.
- Liberadores de tensión.
- Aditamentos de precisión.
- Procedimientos que se consideran parte de un tratamiento más definitivo (es decir, rayos-x tomados el mismo día de un procedimiento).
- Incrustaciones (metal fundido, compuesto, resina, porcelana, cerámica). Los beneficios para las incrustaciones se basan en la concesión de una restauración de amalgama alternativa.

Gingivectomía/gingivoplastia en conjunto con o con el propósito de la colocación de restauraciones.

- Aplicación tópica de selladores por diente para pacientes de 16 años o más.
- Tomografías computarizadas, tomografía axial computarizada, resonancias magnéticas o cualquier servicio relacionado.

Beneficios limitados

- Más de dos de estos procedimientos durante cualquier año del plan: examen oral, consultas (deben proporcionarse por un especialista) y profilaxis (limpieza de los dientes).
- Más de dos profilaxis periodontales. (Las profilaxis periodontales, el raspado o limadura de raíz solo están disponibles para pacientes que tienen antecedentes de tratamiento / cirugía periodontal). Se permiten cuatro limpiezas al año (una combinación de profilaxis y profilaxis periodontal) para pacientes con antecedentes de tratamiento/cirugía periodontal.
- Radiografías interproximales más de dos veces durante cualquier año del plan o más de una serie de rayos-X de boca completa o una radiografía panorámica en cualquier período de 36 meses, a menos que una necesidad especial de estos servicios en intervalos más frecuentes se documente como médicamente necesaria por el dentista y sean aprobados por BlueCross.
- Más de dos aplicaciones tópicas de fluoruro o barniz de fluoruro durante cualquier año del plan.
- Aplicación tópica de sellantes para pacientes de 15 años o menos; el pago está limitado a un tratamiento cada tres años y se aplica únicamente a los molares permanentes sin restaurar.
- Más de un tratamiento de conducto en el mismo diente. El tratamiento adicional

(retratamiento) se debe presentar con el código de procedimiento y la documentación de la Asociación Dental Americana apropiados de su dentista.

Más de cuatro cuadrantes en cualquier período de 36 meses de curetaje gingival, gingivectomía, cirugía ósea (hueso) o raspado y limadura de raíz.

- Injertos de reemplazo óseo realizados en el mismo sitio más de una vez en cualquier período de 36 meses.
- Desbridamiento bucal completo para el tratamiento de inflamación gingival si se realiza más de una vez por vida.
- El acondicionamiento de tejido para dentaduras superiores e inferiores está limitado a dos veces por dentadura en cualquier período de 36 meses.
- La aplicación de medicamentos desensibilizantes está limitada a dos veces por cuadrante por año, y el único propósito del medicamento usado debe ser la desensibilización.
- No más de una restauración compuesta o de amalgama por superficie en un período de 12 meses.
- Reemplazo de restauraciones con fundidos (coronas, puentes, implantes) o prostodoncia (dentaduras postizas completas y parciales) dentro de cinco años de la colocación original a menos que se presente evidencia y sea satisfactoria para el tramitador de reclamos de terceros que: 1) la restauración con fundidos o dentadura postiza existente no puede ser reparada; o 2) la dentadura postiza existente es una dentadura postiza temporal inmediata y se requiere el reemplazo por una dentadura postiza permanente, y dicho reemplazo se entrega o se coloca dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de entrega o colocación de la dentadura temporal inmediata.
- Adición de dientes a un puente fijo o parcial

existente a menos que se presente evidencia, y sea satisfactorio para el tramitador de reclamos de terceros, que se requiere la adición de dientes para la colocación inicial de uno o más dientes naturales.

Beneficios de prostodoncia y ortodoncia

- No se pagan los beneficios por prostodoncia (es decir, coronas, coronas asentadas sobre implantes, puentes, dentaduras postizas parciales o completas) hasta que se asienten o se entreguen. Otras exclusiones y limitaciones para estos servicios incluyen:
- Prótesis dentales (incluyendo puentes, coronas, e implantes) y su ajuste, que se solicitaron mientras la persona estaba cubierta por el plan, pero se entregaron o se asentaron más de 90 días luego de la terminación de la cobertura.
- Reemplazo de prótesis dentales pérdidas o robadas, mantenedores de espacio o aparatos de ortodoncia, cargos por aparatos o dentaduras extra o duplicadas.
- Reemplazo de aparatos de ortodoncia o protectores oclusales rotos o perdidos.
- Reemplazo de prótesis existentes a menos que se especifique lo contrario en el documento del plan dental.
- Tratamiento de ortodoncia para empleados, jubilados, cónyuges o hijos cubiertos de 19 años o más.
- Pago por tratamiento de ortodoncia por encima del máximo de por vida.
- Servicios de ortodoncia después del mes en el cual un hijo cubierto pasa a ser inelegible para la cobertura de ortodoncia.
- El único beneficio de servicios de ortodoncia es el pago de ortodoncia de por vida de \$1.000 por cada hijo cubierto de 18 años

o menos.

Coordinación de beneficios

Si usted está cubierto por más de un plan dental, puede presentar un reclamo de reembolso de ambos planes. La coordinación de beneficios permite que ambos administradores de planes trabajen juntos para brindarle el máximo beneficio permitido. Sin embargo, la suma de los pagos combinados nunca será mayor que la cantidad permitida para sus procedimientos dentales cubiertos. El monto permitido es el monto que Basic Dental menciona para cada procedimiento dental en el *Programa de Procedimientos Dentales y Montos Permitidos*, que se encuentra en StateSC.SouthCarolinaBlues.com bajo Información de Cobertura, luego en Dental y Programa de Tarifas Dentales. Dental Plus tiene montos permitidos más altos. Cuando su cobertura dental estatal es secundaria, la misma paga hasta el monto permitido de su cobertura dental estatal menos lo que el plan primario pagó.

Ciertos procedimientos quirúrgicos orales están cubiertos bajo el Plan de Salud Estatal y los planes dentales. El más común de estos es la extracción quirúrgica de dientes impactados. Los beneficios se aplican bajo el Plan de Salud Estatal y luego se coordinan bajo Dental Plus y Basic Dental, si el miembro está cubierto por un plan dental. El monto pagado bajo el plan dental puede reducirse basándose en el pago del Plan de Salud Estatal, como se explica en la última oración del párrafo anterior.

Nunca recibirá más de su cobertura dental estatal que el beneficio máximo anual, que es de \$2.000 para una persona cubierta por Dental Plus y de \$1.000 para una persona cubierta por Basic Dental. El máximo de beneficios de por vida para los servicios de ortodoncia es de \$1.000, independientemente de si está cubierto bajo Dental Plus o Basic Dental y está limitado a hijos cubiertos de 18 años o menos. Vea el cuadro en la página 96 para más información.

Para más información sobre la coordinación de beneficios, incluyendo cómo determinar qué plan paga primero, consulte la página 47. Si su cobertura dental estatal es secundaria, debe enviar la Explicación de Beneficios que recibe de su plan principal con su reclamo a BlueCross.

Si tiene alguna pregunta, contacte a BlueCross al número gratuito 888.214.6230 o al 803.264.7323, su oficina de beneficios o PEBA.

Cómo presentar un reclamo dental

La forma más fácil de presentar un reclamo es asignar beneficios a su dentista. La asignación de beneficios significa que usted autoriza a su dentista a presentar sus reclamos y a recibir el pago del plan por su tratamiento. Para hacer esto, muestre a un miembro del personal de la oficina de su dentista su tarjeta de identificación dental y solicite que se presente el reclamo por usted. Asegúrese de firmar las autorizaciones de pago en los bloques 36 y 37 del formulario de reclamo. BlueCross le pagará entonces directamente a su dentista. Si está cubierto por Dental Plus y visita a un proveedor en la red, usted es responsable por su coaseguro. Si está cubierto por Basic Dental, usted es responsable de la diferencia entre el monto permitido y el cargo real, más su coaseguro.

Si su dentista no presenta sus reclamos, usted puede presentar una solicitud a BlueCross. El formulario de reclamo está disponible en

www.peba.sc.gov/iforms.html o

StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Complete los bloques 4-23 en el formulario de reclamo y solicite a su dentista que complete los bloques 1-2, 24-35 y 48-58.

Si su dentista no completa sus secciones del formulario, obtenga una factura detallada que muestre esta información:

- El nombre y la dirección del dentista y Número de identificación Fiscal Federal o Identificador Nacional de Proveedor (NPI);
- El nombre del paciente;

- La fecha de cada servicio;
- El nombre o código de procedimiento para cada servicio; y
- El cargo por cada servicio.

Adjunte la factura al formulario de reclamo completado y envíelo por correo a la dirección en el formulario:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Basic Dental Claims Department
P.O. Box 100300
Columbia, SC 29202-3300

Es posible que se necesiten rayos X, registros de consultorio y otros medios de diagnóstico para determinar el beneficio para algunos procedimientos dentales. Se le puede solicitar a su dentista que proporcione esta documentación para que la revise el asesor dental de BlueCross. El plan no pagará una tarifa a su dentista por proporcionar esta información. BlueCross debe recibir un formulario de reclamo completo dentro de los 90 días posteriores al inicio de la atención o tan pronto como sea razonablemente posible. Debe presentarse a más tardar 24 meses después de que se incurrió en los cargos, excepto en ausencia de capacidad legal, o no se pagarán los beneficios.

¿Qué tal si necesito ayuda?

Puede llamar a BlueCross al 888.214.6230, visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com o escriba a BlueCross a la dirección anterior.

Apelaciones

Si BlueCross niega todo o parte de su reclamo o tratamiento propuesto, se le informará oportunamente.

Si tiene preguntas sobre la decisión, verifique la información en este capítulo o llame para pedir una explicación. Si considera que la decisión fue incorrecta, puede solicitar a BlueCross que vuelva a examinar su decisión. La solicitud de una segunda revisión debe hacerse por escrito dentro de los seis meses posteriores a la notificación de la decisión al:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Atención: State Dental Appeals
AX-B15
P.O. Box 100300
Columbia, SC 29202-3300

Si aún no está satisfecho después de que se reexamine la decisión, puede solicitarle a PEBA que revise el asunto enviando un **Formulario de Solicitud de Apelación** a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la negación de su apelación por parte de BlueCross. Por favor, incluya una copia de las dos negaciones anteriores con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S . C . PEBA
Atención: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un niño recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento para salvar vidas, puede enviar su solicitud a PEBA vía correo electrónico a:

urgentappeals@peba.sc.gov.

Un proveedor de servicios de salud, empleador o administrador de beneficios no puede apelar ante PEBA en su nombre, incluso si hubiere apelado la decisión ante el tramitador de reclamos de terceros. Sólo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia admitido a ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará su mayor esfuerzo para procesar su apelación dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que reciba su expediente de reclamo de BlueCross, según lo descrito en el Plan. Sin embargo, este periodo de tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Cuando la revisión de

su apelación de PEBA esté completa, usted recibirá una determinación por escrito en el correo.

Si la negación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para buscar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.



Cuidado de visión

La Autoridad de Beneficios a Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) ofrece beneficios de cuidados de la visión a través del Plan Estatal de Visión, un producto completamente asegurado proporcionado a través de EyeMed Vision Care®.

Información en línea de beneficios de salud visual

Regístrese e inicie sesión en el sitio web de EyeMed www.eyemedvisioncare.com/pebaoc, para:

- La función Encontrar un Proveedor;
- La función Ver Sus Beneficios, incluyendo qué miembros de la familia están cubiertos y cuándo todos serán elegibles para servicios particulares posteriormente; Nota: Debido a lineamientos de privacidad, EyeMed solo muestra familiares menores de 18 años. Cualquier persona de 18 años o más deberá registrarse por cuenta propia;
- Acceso a las actualizaciones del estatus de los reclamos;
- Una tarjeta de identificación imprimible y un formulario de reclamo fuera de la red;
- La opción de usar la vía electrónica para sus Explicaciones de Beneficios;
- Ordenar lentes de contacto a través de ContactsDirect; y
- La sección bienestar visual, donde puede obtener más información sobre exámenes visuales, enfermedades oculares y la elección de anteojos.

Plan Estatal de Visión

El Plan Estatal de Visión está disponible para los empleados elegibles, jubilados, sobrevivientes, maestros permanentes y a tiempo parcial, Suscriptores de COBRA, antiguos cónyuges y sus miembros de la familia cubiertos. Los suscriptores pagan la prima sin una contribución del empleador. Las primas se mencionan en la página 177.

El programa cubre exámenes oculares completos, monturas, lentes y opciones de lentes, así como

servicios y materiales para lentes de contacto. También ofrece descuentos en pares adicionales de anteojos y lentes de contacto convencionales. Un descuento del 15 por ciento en el precio minorista y del 5 por ciento en un precio promocional se ofrece en LASIK y corrección de la visión PRK a través de U.S Laser Network. El tratamiento médico de sus ojos, como de enfermedades oculares o cirugía, está cubierto por su plan de salud. Es posible que los descuentos en los servicios no estén disponibles en todos los proveedores participantes. Antes de su cita, por favor consulte con su proveedor para determinar si se ofrecen descuentos.

Un beneficio no puede combinarse con ningún descuento, oferta promocional u otro plan de beneficios grupales. El Plan Estatal de Visión no cubre el impuesto a las ventas sobre ningún beneficio, como anteojos o lentes de contacto.

Exámenes de la vista

Un examen ocular completo no solo detecta la necesidad de corrección de la visión, sino que también puede revelar señales tempranas de muchas afecciones médicas, incluyendo la diabetes, la presión arterial alta y enfermedades cardíacas. Un examen completo está cubierto como parte de su beneficio de EyeMed una vez al año, con un copago de \$ 10.

Para asegurarse de que solo se le cobre el copago del examen de la vista de \$ 10, diga a su proveedor que desea solo los servicios que el Plan Estatal de Visión define como un examen ocular completo.

Algunos proveedores pueden ofrecer un examen de imagen retinal opcional por hasta \$39. Este proporciona imágenes de alta resolución del interior del ojo. Esto es un descuento, no un beneficio cubierto.

Frecuencia de beneficios

El Plan Estatal de Visión cubre:

- Un examen completo de la vista una vez al año;
- Lentes de plástico estándar para anteojos lentes de contacto en lugar de lentes para anteojos, una

vez al año;

- Monturas una vez al año; y
- Los miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2 son elegibles para visitas de servicio en oficina y pruebas de diagnóstico una vez cada seis meses para monitorear si hay señales de cambios diabéticos en el ojo.

Beneficios oftalmológicos a simple vista^{1,2}

	Costo del miembro en la red	Costo del miembro fuera de la red
	Usted paga ...	Usted paga ...
Examen completo con dilatación, según sea necesario <i>limitado a una vez por año</i>	Un copago de \$10.	Hasta \$35.
Imagen retinal <i>Cubiertas solo para miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2</i>	Un copago de \$0.	Hasta \$50.
Descuento por imágenes retinales <i>Opcional, no es un beneficio cubierto</i>	Hasta \$39.	No aplica.

Anteojos

	Costo del miembro en la red	Costo del miembro fuera de la red
	Usted paga ...	Usted paga ...
Monturas <i>disponibles todos los años; esto se aplica a cualquier montura disponible en la ubicación del proveedor</i>	Un copago de \$0 y 80% de diferencia sobre la asignación de \$150. Este beneficio no se puede usar con ninguna promoción.	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar³ (limitado a una vez por año)		
Visión sencilla	Un copago de \$10.	Hasta \$25.
Bifocal	Un copago de \$10.	Hasta \$40.
Trifocal	Un copago de \$10.	Hasta \$55.
Lenticular	Un copago de \$10.	Hasta \$55.
Lentes progresivas estándar, Premium	Vea la tabla en la siguiente página.	Vea la tabla en la siguiente página.

¹ Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones del Plan Estatal de Visión. Por favor consulte la página 110 para más detalles.

² Los beneficios a continuación solo están disponibles bajo el Plan Estatal de Visión. Los anteojos, lentes de contacto y exámenes para el ajuste de los mismos están excluidos bajo el Plan de Salud Estatal. Consulte la página 110 para más detalles.

³ Los lentes de vidrio no están cubiertos bajo el Plan. Como artículo no cubierto, se ofrecen lentes de vidrio con un 20 por ciento de descuento.

Anteojos (continuación)

	Costo del miembro en la red	Costo del miembro fuera de la red
	Usted paga . . .	Usted paga . . .
Complementos para lentes		
Tratamiento UV, matiz (sólido, gradiente); revestimiento estándar contra rayones; y lente de policarbonato estándar (solo para menores de 19 años)	Un copago de \$0 para cada opción.	Hasta \$5 por cada opción.
Lente de policarbonato estándar (adultos)	Un copago de \$30 .	Hasta \$5.
Recubrimiento antirreflectante estándar	\$45 .	No aplica.
Recubrimiento antirreflectante superior	Ver la tabla a continuación.	No aplica.
Polarizado	20% de descuento en el precio minorista	No aplica.
Lentes de plástico de transición	Un copago de \$60 .	Hasta \$5.
Otros complementos	20% de descuento en el precio minorista	No aplica.
Ahorros adicionales		
Pares adicionales de anteojos	40% de descuento en pares completos de anteojos recetados luego de usar el beneficio financiado.	No aplica.

Lente progresiva y revestimiento antirreflectante⁴

	Costo del miembro en la red	Costo del miembro fuera de la red
	Usted paga . . .	Usted paga . . .
Lentes progresivas		
Lentes progresivas estándar	\$35 .	Hasta \$55.
Progresivas Premium (programados)	Un copago de \$55-\$80 .	Hasta \$55.
Otras progresivas Premium (no programados)	Un copago de \$35 y 80% de cargo menos asignación de \$130 .	Hasta \$55.
Recubrimiento antirreflectante		
Recubrimiento antirreflectante estándar	\$45 .	No aplica.
Revestimientos antirreflectantes Premium (programados)	\$57-\$68 .	No aplica.
Otros recubrimientos antirreflectantes superiores (no programado)	80% de cargo.	No aplica.
Complementos		
Otros complementos y servicios	20% de descuento en el precio minorista	No aplica.

⁴ Los productos mencionados como progresivos Premium y antirreflectantes Premium están sujetos a revisión anual por parte del director médico de EyeMed y pueden cambiar basándose en las condiciones del mercado. El copago mencionado se aplica a marcas de lentes particulares. Los proveedores no están obligados a aprobar todas las marcas en todos los niveles. Los proveedores pueden dar a los miembros los nombres y precios de productos específicos bajo pedido. Una lista completa de marcas está disponible en www.eyemedvisioncare.com/theme/pdf/microsite-template/eyemedlenslist.pdf.

Lentes de contacto⁵

Disponibles en lugar del beneficio de los lentes de anteojos; limitado a una vez por año

	Costo del miembro en la red	Costo del miembro fuera de la red
	Usted paga . . .	Usted paga . . .
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto <i>disponible después de que se haya completado un examen completo de la vista</i>	Estándar ⁶ : Un copago de \$0 y el servicio se paga completo, incluyendo dos visitas de seguimiento. Premium ⁷ : 10% de descuento en el precio minorista y recibe \$40 de la asignación luego del descuento.	Hasta \$40.
Convencional	Un copago de \$0 y 85% de saldo sobre la asignación de \$130.	Hasta \$104.
Desechables	Un copago de \$0 y saldo sobre la asignación de \$130.	Hasta \$104.
Lentes de contacto médicamente necesarios	Un copago de \$0.	Hasta \$200.
Ahorros adicionales		
Lentes de contacto adicionales	15% de descuento en lentes de contacto convencionales luego de usar el beneficio financiado.	No aplica.

Lentes de contacto médicamente necesarios

El beneficio proporciona cobertura para lentes de contacto médicamente necesarios cuando existe una de las siguientes condiciones:

- Anisometropía de 3D en potencias meridionales;
- Alta ametropía que supera -10D o +10D en potencias meridionales;
- Queratocono donde la visión del miembro no se puede corregir a 20/30 en ninguno de los dos ojos usando anteojos

- Mejoramiento de visión para miembros cuya visión se puede corregir dos líneas de mejora en el cuadro de agudeza visual al compararse con los mejores anteojos estándar corregidos.

El beneficio no se puede ampliar para otras condiciones visuales incluso si usted o sus proveedores consideran necesarios los lentes de contacto para otras condiciones o mejora visual.

⁵ La asignación de lentes de contacto incluye solo materiales. La asignación para lentes de contacto desechables es de \$130, y no tiene que usar toda esta asignación de una sola vez. Por ejemplo, puede usar \$50 de la asignación al comprar su primer suministro de lentes de contacto desechables y el resto de la asignación posteriormente.

⁶ Un equipo de lentes de contacto estándar incluye lentes de contacto transparentes, suaves, esféricos y de uso diario para recetas monofocales. No incluye lentes de uso extendido/durante la noche.

⁷ Un equipo de lentes de contacto Premium es más complejo y puede incluir accesorios para lentes bifocales/multifocales, de color cosmético, posquirúrgicos y permeables al gas. También incluye lentes de uso extendido/durante la noche.

Beneficios de la visión para diabéticos a simple vista

Frecuencia para diabéticos tipo 1 y tipo 2: hasta dos servicios por año de beneficio

	Costo del miembro en la red	Costo del miembro fuera de la red
	Usted paga . . .	Usted paga . . .
Visita de servicio a la oficina <i>Examen médico de seguimiento</i>	Un copago de \$0; cubierto 100%.	Hasta \$77 por servicio.
Imagen retinal	Un copago de \$0; cubierto 100%.	Hasta \$50 por servicio.
Oftalmoscopia extendida	Un copago de \$0; cubierto 100%.	Hasta \$15 por servicio.
Gonioscopia	Un copago de \$0; cubierto 100%.	Hasta \$15 por servicio.
Láser de barrido	Un copago de \$0; cubierto 100%.	Hasta \$33 por servicio.

Usando la red de proveedores de EyeMed

La red de EyeMed incluye profesionales privados y minoristas ópticos en Carolina del Sur y en todo el país. Los minoristas incluyen LensCrafters®, Sears OpticalSM, Target Optical®, JCPenney® Optical y ubicaciones de Pearle Vision® participantes. Cuando utiliza un proveedor de la red, usted es el único responsable de los copagos y cualquier cargo que reste luego de haber aplicado las asignaciones y los descuentos a su factura. Además, el proveedor de la red presentará su reclamo.

Buscar un proveedor de red

- Verifique los proveedores de la red en o cerca de su código postal en la lista que viene con su tarjeta de membresía.
- Para el directorio más actual, vaya a www.eyemed.com/locator. Luego ingrese su código postal o la dirección y elija la opción Seleccionar Red en la lista desplegable.
- Use el sistema de Respuesta de Voz Interactiva o hable con un representante en el Centro de Atención al Cliente al 877.735.9314. Para hablar con un representante de servicio al cliente, elija su idioma (1 para inglés) y luego diga, Localizador de Proveedores.
- También puede preguntarle a su proveedor

si acepta la cobertura de EyeMed.

Cuando haga una cita, informe al proveedor que está cubierto por EyeMed. No es necesario que traiga su tarjeta de identificación del Plan Estatal de Visión a su cita, pero puede ser útil que lo haga.

Cómo ordenar lentes de contacto en línea

Por lo general, puede ahorrar dinero usando su beneficio de red del Plan Estatal de Visión para ordenar lentes de contacto a través de ContactsDirect.com. Haga clic en Seguros en la barra en la parte superior de la página de inicio, regístrese y siga las instrucciones. Necesitará una receta de su médico e información sobre su seguro de la vista. Sus lentes de contacto serán enviados a su hogar sin cargo.

Beneficios fuera de la red

Sus beneficios son menores cuando usa un proveedor fuera de la red. Para saber lo que se le reembolsará si usa un proveedor fuera de la red para servicios y suministros cubiertos, consulte los cuadros en las páginas 105-108.

Para recibir beneficios fuera de la red:

- Usted puede presentar un reclamo fuera de la red vía electrónica. El formulario electrónico de reclamo está ubicado en sitio web de miembros de EyeMed Vision Care, www.eyemed.com. También

puede imprimir uno en

www.peba.sc.gov/iforms.html bajo Cuidados de la Visión.

- Cuando reciba servicios, pague por ellos y solicite a su proveedor un recibo detallado.
- Envíe el formulario de reclamo y una copia de su recibo a:
First American Administrators/EyeMed Vision Care
Atención: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, Ohio 45040-7111

Su reembolso le será enviado.

Para información sobre los servicios fuera de la red, llame al Centro de Atención al Cliente de EyeMed al 877.735.9314. Es posible que necesite tener a mano su tarjeta de identificación del Plan Estatal de Visión.

Exclusiones y limitaciones

Algunos servicios y productos no están cubiertos por sus beneficios de cuidado de la visión. Los mismos incluyen:

- Ortóptica (problemas con el uso de los músculos oculares) o entrenamiento visual, ayudas para visión subnormal y cualquier prueba complementaria asociada;
- Lentes anisecónicos (lentes para corregir una condición en la cual la imagen de un objeto en un ojo difiere de la imagen del mismo en el otro ojo);
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o estructuras de apoyo;
- Cualquier examen ocular, visual o gafas correctivas requeridas por un empleador como una condición de empleo;
- Anteojos de seguridad;
- Servicios que serían proporcionados por el gobierno bajo cualquier ley de compensación laboral o legislación similar, ya sea federal,

estatal o local;

- Lentes o lentes de contacto no correctivos (sin prescripción);
- Anteojos de sol sin receta;
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
- Servicios proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupales que ofrezca cuidados de la visión;
- Los servicios proporcionados luego de la fecha en que el suscriptor ya no está cubierto bajo la póliza, excepto cuando se entreguen materiales oftalmológicos ordenados antes de que la cobertura terminara, y los servicios se brindan al suscriptor dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que se ordenaron los materiales;
- Los lentes, monturas, cristales o lentes de contacto perdidos o rotos no serán reemplazados hasta que se programe el siguiente reemplazo bajo la Frecuencia de Beneficios;
- Un beneficio no se puede combinar con ningún descuento, oferta promocional u otros planes de beneficios grupales.

Contactar a EyeMed

Puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de EyeMed al 877.735.9314 o ingresando en la página de inicio de EyeMed y seleccionando Contáctenos, bajo la opción Ayuda y Recursos. Asegúrese de tener lista la siguiente información:

- El nombre y apellido del suscriptor;
- Número de identificación de beneficios del suscriptor o número de Seguro Social;
- El número de grupo para el Plan Estatal de Visión: 9925991; y
- Un número de fax o una dirección, si solicita información por fax o correo.

EyeMed tiene una aplicación que proporciona el mismo acceso que el sitio web para miembros de EyeMed. Visite su tienda de aplicaciones

y busque la aplicación gratuita para miembros de EyeMed. Está disponible para iPhone, iPad, iPod Touch y dispositivos Android.

Apelaciones

Si una pregunta sobre reclamos no se puede resolver a través del Centro de Atención al Cliente de EyeMed, puede escribir al Equipo de Aseguramiento de la Calidad a:

EyeMed Vision Care
Atención: Quality Assurance Department
4000 Luxottica Place
Mason, OH 45040

La información también puede enviarse por fax al 513.492.3259. Este equipo trabajará con usted para resolver su problema dentro de 30 días. Si no está satisfecho con la decisión del equipo, puede apelar ante un subcomité de apelaciones de EyeMed, cuyos miembros no estuvieron involucrados en la decisión original. EyeMed resuelve todas las apelaciones en un plazo de 30 días luego de la fecha en que el subcomité las recibe.

Debido a que el Plan del Cuidado de la Visión está completamente asegurado, usted no puede apelar las determinaciones de EyeMed ante PEBA.

Ejemplos del Plan Estatal de Visión

Ejemplo uno

	Precio minorista promedio ⁸	Beneficio del Plan Estatal de Visión	Costo para el miembro en la red
Examen de ojos	\$109	Copago de \$10	Usted paga un copago de \$10.
Monturas	\$200	Un copago de \$0 y 20% de diferencia sobre la asignación de \$150.	Usted paga \$40.
Lentes			
Monofocal	\$72	Copago de \$10	Usted paga un copago de \$10.
Policarbonato (adultos)	\$62	Copago de \$30	Usted paga un copago de \$30.
Premium antirreflectante (Crizal Alize)	\$97	Copago de \$68	Usted paga un copago de \$68.
Su pago total	\$540	No aplica.	\$158

Ejemplo dos

	Precio minorista promedio ⁸	Beneficio del Plan Estatal de Visión	Costo para el miembro en la red
Examen de ojos	\$109	Copago de \$10	Usted paga un copago de \$10.
Monturas	\$150	Un copago de \$0 y 20% de diferencia sobre la asignación de \$150.	Usted paga \$0.
Lentes			
Premium progresivo (Nivel 2)	\$230	Copago de \$65	Usted paga un copago de \$65.
Premium antirreflectante (Crizal Alize)	\$97	Copago de \$68	Usted paga un copago de \$68.
Su pago total	\$586	No aplica.	\$143

Ejemplo tres

	Precio minorista promedio ⁸	Beneficio del Plan Estatal de Visión	Costo para el miembro en la red
Examen de ojos	\$109	Copago de \$10	Usted paga un copago de \$10.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto (estándar)	\$71	Un copago de \$0	Usted paga \$0.
Lentes de contacto desechables	\$130	Asignación de \$130	Usted paga \$0.
Su pago total	\$310	No aplica.	\$10

⁸ Basado en promedios de la industria. Los precios y costos variarán según el mercado y el tipo de proveedor. Las primas no están incluidas.



Seguro de Vida

El programa de seguro de vida de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) está suscrito por la Empresa de Seguros Metropolitan Life (MetLife). El seguro ofrecido es seguro de vida a término, lo que significa que la cobertura se proporciona por un período específico de tiempo. La política no tiene valor en efectivo.

El contrato para el programa de seguro de vida consiste en la póliza, que se emite a PEBA, la solicitud de PEBA y su solicitud de inscripción. La póliza está en poder de PEBA. El contrato de seguro puede cambiarse en cualquier momento siempre que MetLife y PEBA acuerden el cambio. Nadie más tiene la autoridad para cambiar el contrato. Todos los cambios deben ser por escrito, hacerse parte de la póliza y estar firmados por un funcionario de MetLife y de PEBA.

Elegibilidad

Generalmente, para inscribirse en el programa de seguro de vida, debe ser un empleado de tiempo completo que recibe compensación de un departamento, agencia, junta, comisión o institución del estado; distrito escolar público; gobierno de un condado, incluyendo los miembros del consejo del condado; empleador opcional participante; u otro empleador elegible que esté aprobado por la ley estatal y esté participando en el programa de seguro estatal. Los miembros de la Asamblea General de Carolina del Sur, los empleados administrativos y auxiliares de la Asamblea General, y los jueces en las cortes del estado también son elegibles para la cobertura del seguro de vida.

Para fines del seguro, un empleado se clasifica como de tiempo completo si trabaja al menos 30 horas por semana. Si usted trabaja al menos 20 horas por semana, también puede ser elegible en los casos donde su empleador cubierto haya definido qué tiempo completo se refiere a un empleado que trabaja al menos 20 horas por semana. PEBA también debe aprobar esta decisión.

Además, La elegibilidad requiere que los empleados sean ciudadanos o residentes legales de los Estados Unidos, sus territorios y sus protectorados, excluyendo a los empleados temporales, subcontratados o por temporada.

Requisito de Trabajar Activamente

Para estar asegurado o para recibir un aumento en el monto de su cobertura de seguro de vida, debe estar "Activamente en el trabajo". Esto significa que usted está cumpliendo con sus deberes habituales para su número regular de horas programadas en el lugar de trabajo habitual del empleador, o en otros lugares a los que el negocio del empleador le exija viajar.

Si no está trabajando debido a una enfermedad o lesión, no cumple con el requisito de Trabajar Activamente. Si recibe un pago por enfermedad, beneficios por discapacidad a corto plazo o beneficios por discapacidad a largo plazo, tampoco cumple con los requisitos.

Si no está trabajando activamente en la fecha en que comenzaría la cobertura, o en la fecha en que un aumento en su monto de seguro de vida entraría en vigencia, no será elegible para la cobertura o el aumento hasta que vuelva al trabajo de forma activa. Si la ausencia es en un día no laborable, la cobertura no se retrasará siempre que usted hubiere estado trabajando activamente el día laboral inmediatamente anterior al día no laborable. Salvo que se estipule lo contrario en el certificado del seguro de vida, usted es elegible para continuar estando asegurado solo mientras permanezca Trabajando Activamente.

Cualquier selección de cobertura de seguro de vida o aumento en la cobertura realizado mientras usted no esté Trabajando Activamente no será elegible para reclamos. Recibirá un reembolso de la prima por cualquier cobertura de seguro de vida que haya pagado para la cual no era elegible.

Solicitudes

Los formularios de *Aviso de Elección y Declaración de Salud* que usted complete para estar cubierto por este plan se consideran su solicitud de cobertura de seguro de vida. MetLife puede utilizar las tergiversaciones u omisiones en su solicitud para impugnar la validez del seguro o negar un reclamo. MetLife no usará su solicitud para impugnar un seguro que haya estado en vigor por dos años o más durante su vida. El período de dos años puede extenderse por fraude o según lo permita la ley.

Salvo por fraude o falta de pago de las primas, luego de que la cobertura del seguro del asegurado haya estado en vigor durante su vida durante dos años a partir de la fecha de vigencia de su cobertura, MetLife no puede impugnar la cobertura del asegurado. Sin embargo, si ha habido un aumento en el monto de seguro para el cual el asegurado debía hacer una solicitud o para el cual MetLife requería evidencia médica, entonces, en la medida del aumento, cualquier pérdida que ocurra dentro de los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigencia del aumento será impugnabile.

Cualquier declaración que haga el asegurado en su solicitud se considerará, en ausencia de fraude, como representaciones (verdaderas en ese momento) y no garantías (verdaderas en el momento y seguirán siendo verdaderas en el futuro). Además, cualquier declaración que haga un asegurado no se usará para anular su seguro, ni para defenderse contra un reclamo, a menos que la declaración esté contenida en la solicitud.

¿Cuál es la cantidad mínima de seguro de vida que debe tener? Para ayudarlo a tener una idea de cuánto debe considerar, pruebe la calculadora de MetLife en www.metlife.com/scpeba.

Seguro de Vida básico

La inscripción automática al beneficio de Seguro de Vida Básico, incluyendo la cobertura por Muerte

Accidental y Desmembramiento, se proporciona a los empleados elegibles inscritos en el Plan de Salud Estatal o en el Plan Complementario TRICARE. No hay formularios específicos que completar para participar, y usted recibe este beneficio sin costo alguno. La cobertura del Seguro de Vida Básico proporciona:

- \$3.000 en seguro de vida a término para empleados elegibles de 69 años o menos; y
- \$1.500 para empleados elegibles de 70 años o más

Los montos de cobertura por muerte accidental y desmembramiento son los mismos que los del seguro de Vida Básico.

Su cobertura comienza el primer día del mes en el que Trabaje Activamente como empleado de tiempo completo. Si se convierte en elegible en un día diferente al primer día calendario o al primer día hábil del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente. Todas las fechas de entrada en vigencia de la cobertura están sujetas al requisito Trabajar Activamente (consulte la página 114).

Seguro de vida opcional

Para muchas personas, comprar un seguro de vida adicional además de la cobertura proporcionada por el empleador puede ayudar a otorgar una mayor seguridad financiera. El beneficio de seguro de vida opcional, con cobertura por muerte accidental y desmembramiento, es un beneficio voluntario en el que usted paga la prima completa sin contribuciones de PEBA, el estado de Carolina del Sur o su empleador.

Inscripción inicial – empleados activos

Si usted es un empleado elegible, puede inscribirse en un seguro de Vida Opcional dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que lo contrataron. Tendrá que completar los formularios requeridos, incluyendo un formulario Aviso de Elección. Usted puede elegir la cobertura, en incrementos de \$10.000, hasta tres veces sus ingresos anuales básicos (redondeados a los \$10.000 más cercanos por debajo) o hasta

\$500.000, lo que sea menor, sin proporcionar evidencia médica.

Puede solicitar un nivel de beneficios más alto, en incrementos de \$10.000, hasta un máximo de \$500.000, completando una *Declaración de Salud* para proporcionar evidencia médica. El formulario Declaración de Salud está disponible a través de su administrador de beneficios.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que Trabaje Activamente como empleado de tiempo completo. Si pasa a ser elegible en un día diferente al primer día calendario o al primer día hábil del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente. Si se inscribe en un monto de cobertura que requiere evidencia médica, la fecha de entrada en vigencia de su cobertura para el monto que requiere evidencia médica será el primer día del mes luego de la aprobación.

Todas las fechas de entrada en vigencia de la cobertura están sujetas a la estipulación de Trabajar Activamente (consulte la página 114).

Ingreso Tardío

Con la opción de Prima de Seguro Grupal antes de impuestos

Si participa de la opción de Prima de Seguro Grupal antes de Impuestos MoneyPlus y no se inscribe en cobertura de Vida Opcional dentro de los 31 días siguientes al inicio de su empleo, puede inscribirse solo dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad (consulte la página 24) o durante el período de inscripción abierta anual cada octubre. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede comprar cobertura de Vida Opcional, en incrementos de \$ 10.000, hasta un máximo de \$ 50.000 sin proporcionar evidencia médica. La cobertura elegida como resultado de una situación de elegibilidad especial entrará en vigor el primer día del mes luego de completar y presentar un formulario de *Aviso de Elección*. De lo contrario, deberá completar un formulario de *Aviso de Elección* y

un *Formulario de Declaración de Salud* durante el período de inscripción abierta y devolverlos a su administrador de beneficios. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia el primer día de enero después del período de inscripción o, si se aprueba después del 1 de enero, la cobertura entrará en vigor el primero del mes luego de la aprobación. Todas las fechas de entrada en vigencia de coberturas están sujetas al requisito Trabajar Activamente (consulte la página 114).

Sin la opción de Prima de Seguro Grupal antes de impuestos

Si no participa en la opción de Prima de Seguro Grupal antes de Impuestos MoneyPlus y no se inscribe en cobertura de Vida Opcional dentro de los 31 días siguientes al inicio de su empleo, puede inscribirse durante el año siempre que proporcione evidencia médica y sea aprobado por MetLife.

Para inscribirse, tendrá que completar un formulario de *Aviso de Elección* y un Formulario de *Declaración de Salud* y entregarlos a su administrador de beneficios. Su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes que coincida con la aprobación, o el primero del mes siguiente. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede comprar cobertura de Vida Opcional, en incrementos de \$ 10.000, hasta un máximo de \$ 50.000 sin proporcionar evidencia médica. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes luego de completar y presentar el formulario *Aviso de Elección*.

Todas las fechas de entrada en vigencia de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Trabajar Activamente (consulte la página 114).

Primas

Las primas del seguro de Vida Opcional están determinadas por su edad al 31 de diciembre anterior y el monto de cobertura que usted seleccione. Puede pagar primas de hasta \$50.000 de cobertura antes de los impuestos a través de MoneyPlus (consulte la página 145). Los empleados jubilados no son elegibles para pagar primas.

¿Qué pasa si mi categoría de edad cambia?

Las tarifas se calculan con base en su edad y aumentarán cuando cambie su categoría de edad. Si su categoría de edad cambia, su prima aumentará el 1 de enero del próximo año calendario. Su cobertura se reducirá a los 70, 75 y 80 años. La cobertura reducida se da en enero 1 del próximo año calendario.

Cambiando su monto de cobertura

Con la Características de Prima de Póliza

Colectiva Antes de Impuestos

Si participa de la Característica de Prima de Seguro Colectivo Antes de Impuestos MoneyPlus, puede aumentar, disminuir o cancelar su cobertura de Vida Opcional sólo durante el período anual de inscripción abierta en octubre o dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad (consulte la página 24).

Para aumentar su cobertura durante la apertura inscripción, tendrá que proporcionar información médica y ser aprobado por MetLife. Si se aprueba, La cobertura será efectiva el 1 de enero siguiente el período de inscripción. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Activo en el Trabajo (véase la página 114). Si usted está aumentando su cobertura de Vida Opcional debido a una situación especial de elegibilidad, puede aumentar, en incrementos de \$10,000 hasta \$50,000 (\$500,000 sirve como la cantidad máxima de cobertura) sin proporcionar pruebas médicas.

Sin las Características de Prima de Póliza

Colectiva Antes de Impuestos

Si no participa en la Característica de Prima de Póliza Colectiva Antes de Impuestos, puede solicitar para aumentar la cantidad de cobertura de Vida Opcional en cualquier momento del año, proporcionando evidencia médica y ser aprobada por MetLife. Su cobertura en el nuevo nivel será

efectiva en el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede comprar la cobertura de Vida Opcional, en Incrementos de 10.000 dólares, hasta un máximo de 50.000 dólares sin proporcionar evidencias médicas. La cobertura será efectiva el primer día del mes después de que usted complete y archive el formulario de *Aviso de Elección*. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Activo en el Trabajo (ver página 114). Puede disminuir o cancelar su cobertura en cualquier momento. Sin embargo, si desea volver a inscribirse o aumentar la cobertura en una fecha posterior, usted debe proporcionar evidencia médica y ser aprobado por MetLife.

Seguro de Vida del dependiente

Dependientes elegibles

Si usted es elegible para la cobertura de seguro de vida, puede inscribir a sus dependientes elegibles en el Seguro de Vida para Dependientes, incluso si no se ha inscrito en el programa de Vida Opcional o en la cobertura estatal de seguro de salud.

Dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legal:
 - Puede no ser elegible para la cobertura como empleado de un empleador participante.
- Niños:
 - Incluye hijos naturales, hijos adoptados legalmente, niños puestos para adopción (desde la fecha de asignación con los padres adoptivos hasta la adopción legal), hijastros o niños para quienes tienes tutela legal.
 - Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad, o un niño de al menos 19 años, pero menor de 25 años estudia de tiempo completo (según lo definido por la institución) como su actividad principal y es principalmente dependiente de usted para obtener ayuda financiera.

Los cambios de elegibilidad de seguro realizados por la Ley

de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, tal como fue enmendada por la Ley de Reconciliación de Cuidado de Salud y Educación de 2010, no se aplican al seguro de Vida para Hijos Dependientes.

Los niños de cualquier edad son elegibles si son física o mentalmente incapaces de mantenerse a sí mismos, son incapaces de mantenerse a sí mismos antes de los 25 años, y dependen financieramente de usted por más de la mitad de su apoyo y mantenimiento.

Para obtener más información sobre cómo cubrir a un niño incapacitado, consulte la página 19.

Una persona que es elegible como empleado o jubilado bajo la póliza, o asegurado bajo la continuación, no es elegible como dependiente. Solo una persona puede asegurar un hijo dependiente elegible.

PEBA puede realizar una auditoría de la elegibilidad de un dependiente asegurado. Si se determina que el dependiente no es elegible, no se pagarán beneficios.

Si tanto el esposo como la esposa trabajan para un empleador participante, solo uno puede tener cobertura de dependientes para hijos dependientes elegibles, y los cónyuges no pueden cubrirse entre sí.

Para presentar un reclamo bajo la categoría de Hijo Dependiente para un hijo de 19 a 24 años de edad, se le requerirá que demuestre que el hijo era un estudiante de tiempo completo al momento de la inscripción y al momento del reclamo. Necesitará una declaración en papel con membrete de la institución educativa que verifique que el niño era un estudiante a tiempo completo y que proporcione las fechas de inscripción del niño. La declaración debe entregarse a su administrador de beneficios, quien la enviará a MetLife junto con el *Formulario de Reclamación de Seguro de Vida*.

Dependientes excluidos

- Cualquier dependiente que sea elegible como empleado para la cobertura de seguro de vida o que esté en servicio militar a tiempo completo no se considerará dependiente.
- Un ex cónyuge y ex hijastros no pueden ser cubiertos bajo el Seguro de Vida para Dependientes a través de PEBA, incluso con una orden judicial.
- Un niño de crianza temporal no es elegible para la cobertura de Vida de Dependiente.

Cobertura de Vida de Cónyuge Dependiente

Si está inscrito en el programa de Vida Opcional con más de \$30.000 de cobertura, puede cubrir a su cónyuge en incrementos de \$10.000 hasta en un 50 por ciento de su cobertura de Vida opcional o \$100.000, lo que sea menor.

Sin embargo, si no está inscrito o tiene \$10.000, \$20.000 o \$30.000 de cobertura de seguro de vida opcional, solo puede inscribir a su cónyuge por \$10.000 o \$20.000.

Se requiere evidencia médica para todos los montos de cobertura mayores a \$20.000, aumentos en el monto de cobertura de más de \$20.000 y para cobertura no elegida cuando su cónyuge llegó a ser elegible por primera vez o debido a una situación especial de elegibilidad.

La cobertura de su cónyuge se reducirá a las edades de 70, 75 y 80 en función de su edad.

Los cónyuges inscritos en la cobertura de Vida de Dependiente también están cubiertos por los beneficios de Muerte y Desmembramiento Accidental. Son elegibles para el Beneficio de Cinturón de Seguridad, el Beneficio de Bolsa de Aire, el Beneficio de Cuidado Infantil y el Beneficio de Educación Infantil (vea las páginas 123-124).

Cobertura de Vida de Hijo Dependiente

El beneficio de seguro de vida de hijo dependiente es de \$15.000.

Inscripción

Dentro de los 31 días siguientes a su fecha de contratación, usted puede inscribirse en un Seguro de Vida para Conyugue Dependiente hasta por \$20.000 sin presentar evidencia médica. Se requiere la inscripción en Vida Opcional para inscribirse en la cobertura de Seguro de Vida para Conyugue Dependiente por más de \$ 20.000. No puede cubrir a un ex cónyuge.

Se pueden agregar niños elegibles en la inscripción inicial y durante todo el año sin proporcionar evidencia de médica.

Para inscribirse en el seguro de Vida de Dependientes, usted debe completar un formulario de *Aviso de Elección* y devolverlo a su administrador de beneficios. Cada dependiente que usted desee cubrir debe estar listado en el formulario de *Aviso de Elección*.

La cobertura de su dependiente comienza el primer día del mes si usted está en activo en el trabajo en ese día como empleado a tiempo completo. Si se convierte en elegible el primer día laborable del mes (el primer día que no sea un sábado, domingo o festividad observada), y no es el primer calendario día, puede elegir que la cobertura comience el día el primer día de ese mes o el primer día del próximo mes. Si usted se vuelve elegible en un día diferente que el primer día natural o el primer día laborable del mes, la cobertura comienza el primer día del próximo mes.

En cualquier momento durante el año, puede inscribirse o agregar una cobertura adicional para Conyugue Dependiente al completar una Declaración de Salud para proporcionar evidencia de médica. La cobertura adicional entra en vigencia el primer día del mes posterior a la aprobación de la evidencia médica. Todas las fechas de vigencia de cobertura están sujetas al requisito de Activo en el Trabajo (consulte la página 114) y la de dependiente sin provisión de

confinamiento, encontrado más adelante en esta sección.

Agregando a un nuevo cónyuge

Si desea agregar un cónyuge porque se casa, puede inscribirse en la cobertura de Vida de Cónyuge Dependiente de \$10,000 ó \$20,000 sin proporcionar evidencia médica. Para hacerlo, complete un formulario de *Aviso de Elección* dentro de los 31 días de la fecha de su matrimonio. La cobertura entra en vigor el primer día del mes después de que usted complete y presente el formulario de *Aviso de Elección*. No puede cubrir a su cónyuge como dependiente si su cónyuge es o se convierte en empleado de un empleador que participa en el plan.

Si se divorcia, debe retirar a su cónyuge de su cobertura de Vida para Dependientes. Deberá completar un formulario de Notificación de Elección dentro de los 31 días de la fecha de su divorcio. La cobertura termina en la fecha del divorcio.

Pérdida de empleo del cónyuge

Si el empleo de su cónyuge con un empleador participante finaliza, usted puede inscribir a su cónyuge en cobertura de Vida para Dependientes hasta por un máximo de \$20.000 dentro de los 31 días posteriores a su despido sin presentar evidencia médica. Si su cónyuge pierde un seguro de vida a través de un empleador que no participa en el seguro PEBA, puede inscribirse durante todo el año completando una *Declaración de Salud* para proporcionar evidencia médica.

Ingreso tardío

Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inicio de su empleo o de su matrimonio, puede inscribir a su cónyuge durante todo el año siempre y cuando proporcione evidencia médica y ésta sea aprobada por MetLife. Para ello, complete un formulario de *Aviso de Elección* y un formulario de *Declaración de Salud*. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la aprobación. Todas las fechas de entrada en vigencia de la cobertura están sujetas al requisito de Activo en el trabajo y a la disposición de no confinamiento de dependientes.

Agregando de niños

Los niños elegibles se pueden agregar durante todo el año sin proporcionar evidencia médica completando un formulario de *Aviso de Elección* y devolviéndolo a su administrador de beneficios. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes después de que complete y presente el formulario.

Su hijo elegible está cubierto automáticamente durante 30 días a partir del nacimiento vivo del niño. Para continuar con la cobertura de su hijo, deberá incluir a cada niño en su formulario de Aviso de Elección dentro de los 31 días posteriores al nacimiento; de lo contrario, la cobertura del niño finalizará al final del período de 30 días.

Debe incluir a cada niño en su formulario de Aviso de Elección dentro de los 31 días de su nacimiento, incluso si tiene cobertura de Seguro de Vida para Dependientes cuando tiene un nuevo hijo.

Todas las fechas efectivas de cobertura están sujetas a la disposición de no confinamiento del dependiente.

Si un dependiente es hospitalizado o confinado debido a una enfermedad o enfermedad en la fecha en que su seguro entraría en vigencia, su fecha de vigencia se retrasará hasta que sea dado de alta de dicha hospitalización o internamiento. Esto no se aplica a un niño recién nacido. Sin embargo, en ningún caso el seguro de un dependiente será efectivo antes de que su seguro de vida sea efectivo.

Primas

La cobertura de seguro de vida de cónyuge e hijo dependiente son beneficios por separado por los que usted paga primas por separado. Las primas son pagadas en su totalidad, sin contribución de su empleador, y pueden pagarse a través de la deducción de nómina.

Las primas para el cónyuge dependiente dependen de la edad del cónyuge. Las primas se enumeran en la página 189.

La prima para la cobertura de seguro de vida de

hijo dependiente es de \$1,26, independientemente de la cantidad de niños cubiertos.

Beneficiarios

Un beneficiario es una persona o personas que recibirán pagos del seguro si usted muere. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento a menos que haya renunciado a este derecho. Si no tiene beneficiarios elegibles nombrados, los beneficios por fallecimiento se pagarán a:

1. Su estado;
2. Su cónyuge legal, si vive; de otra manera:
3. Su hijo o hijos naturales o legalmente adoptados, en partes iguales, si viven; de otra manera:
4. Sus padres, en partes iguales, si viven; de otra manera:
5. Sus hermanos, en partes iguales, si viven.

Cambio de beneficiarios

Usted puede cambiar sus beneficiarios en línea a través de MyBenefits.sc.gov, o notificando a su administrador de beneficios y completando un formulario de *Aviso de elección*. Cuando se procese, el cambio entrará en vigencia en la fecha en que se firme la solicitud, y no se aplicará a ningún pago u otra medida tomada antes de que se procesara la solicitud. Tenga en cuenta que MetLife permitirá cambios de beneficiarios mediante un poder legal sólo si los documentos establecen específicamente que un apoderado tiene la facultad de cambiar las designaciones de los beneficiarios.

Asignación

Usted puede transferir los derechos de propiedad de su seguro a un tercero, lo que se conoce como cesión de su seguro de vida. MetLife no estará obligado por la cesión del certificado o de la Guía de Beneficios de Seguro 121 ningún interés en el mismo, a menos que se realice como una declaración escrita, que usted presente el instrumento original o una copia certificada en la oficina central de MetLife y que

MetLife le envíe una copia reconocida.

MetLife no es responsable de la validez de ninguna cesión. Tendrá que asegurarse de que la asignación sea legal en su estado y que cumpla con sus objetivos. Si un reclamo se basa en una cesión, MetLife puede requerir una prueba de interés del reclamante. Una cesión válida tendrá prioridad sobre cualquier reclamo de un beneficiario.

Beneficios por Muerte Accidental y

Desmembramiento

Esta sección no se aplica a jubilados o hijos dependientes.

Programa de pérdidas accidentales y beneficios

Además de cualquier beneficio de seguro de vida, MetLife pagará los beneficios por muerte accidental y desmembramiento equivalentes a la cantidad del seguro Básico y Vida Opcional por el que el empleado está asegurado y una cantidad igual a la cantidad del seguro de vida de cónyuge o dependiente por el cual el cónyuge está asegurado, según el programa a continuación, si:

1. Usted sufre lesiones corporales accidentales mientras su seguro está vigente;
2. Usted sufre una pérdida como resultado directo de tal lesión, independientemente de todas las demás causas, y es involuntaria, inesperada e imprevista; y
3. Tal pérdida ocurre dentro de los 365 días después de la fecha del accidente que causó la lesión.

La pérdida de una mano o un pie se refiere a la separación real y permanente del cuerpo en la articulación de la muñeca o el tobillo o por encima de esta. La pérdida de la vista, el habla o la audición significa una pérdida total e irrecuperable. La pérdida tanto del pulgar como del dedo índice

de la misma mano significa una separación real y permanente del cuerpo en o sobre las articulaciones metacarpofalángicas.

El monto del beneficio será un porcentaje del monto del seguro Básico, Opcional, y de Vida para Cónyuge Dependiente. El porcentaje está determinado por el tipo de pérdida, como se muestra en la tabla abajo.

Descripción de la pérdida	Porcentaje de cantidad de seguro de vida
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Habla y escucha en ambos oídos	100%
Mano o pie, y vista de un ojo	100%
Movimiento de los miembros superiores e inferiores (cuadriplejia)	100%
Movimiento de ambas extremidades inferiores (paraplejia)	75%
Movimiento de ambas piernas y un brazo, o ambos brazos y una pierna	75%
Movimiento de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo (hemiplejia)	50%
Mano o pie	50%
Vista de un ojo	50%
Habla o escucha en ambos oídos	50%
Movimiento de una extremidad (uniplejia)	25%
Pulgar e índice de la misma mano	25%

¿Qué es lo que no está asegurado?

MetLife no pagará beneficios por muerte accidental y desmembramiento bajo esta sección por cualquier pérdida causada o contribuida por:

- Lesión auto infligida intencionalmente.

- Suicidio o intento de suicidio.
- Haber cometido o intentado cometer un delito grave.
- Afección corporal o mental, enfermedad o dolencia.
- Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- El uso voluntario de medicamentos recetados, medicamentos no recetados, drogas ilegales, medicamentos, venenos, gases, humos u otras sustancias tomadas, absorbidas, inhaladas, ingeridas o inyectadas a menos que se haya tomado bajo el consejo de un médico autorizado de forma verificable y en las dosis prescritas.
- Choque o accidente de un vehículo motorizado donde usted es el operador del vehículo y su nivel de alcohol en la sangre alcanza o excede el nivel de intoxicación según la definición en el estado donde ocurrió la colisión o accidente, independientemente de cualquier procedimiento legal pertinente.
- Infección, que no sea una infección que ocurra simultáneamente con, y como un resultado directo e independiente de la lesión accidental.
- Tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos de diagnóstico o cualquier complicación resultante, incluidas las complicaciones derivadas de un accidente médico.
- Guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado.
- Servicio en el ejército de cualquier nación, excepto la Guardia Nacional de los Estados Unidos.

Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento.

Beneficio de Cinturón de Seguridad y Bolsa de Aire (Básico, Opcional, y de Vida para Cónyuge y Dependiente sólo por muerte accidental o desmembramiento)

El Beneficio del Cinturón de Seguridad es un 10

por ciento adicional de su beneficio por muerte accidental. Sin embargo, el monto que MetLife pagará por este beneficio no será inferior a \$1.000 ni superior a \$25.000. Por ejemplo, si el monto de su seguro de vida opcional es de \$20.000 y usted muere en un accidente, se pagará un beneficio adicional de \$20.000 por muerte accidental. El Beneficio del Cinturón de Seguridad aumenta este beneficio por muerte accidental en un 10 por ciento, o 2.000 dólares. El beneficio total por muerte accidental será entonces 22.000 dólares, lo que significa que todo el beneficio por fallecimiento serán 42.000 dólares.

El beneficio de la Bolsa de Aire es un 5 por ciento adicional. Sin embargo, la cantidad pagada por este beneficio no será inferior a \$1,000 ni superior a \$10,000 de su beneficio por muerte accidental. Por ejemplo, si el monto de su seguro de vida es de \$20,000 y usted muere en un accidente, se pagará un beneficio adicional de \$20,000 por muerte accidental. El Beneficio del Cinturón de Seguridad aumenta el beneficio por muerte accidental en \$2,000, y el Beneficio de la Bolsa de Aire aumenta el beneficio por muerte accidental en \$1,000 (5 por ciento de \$20,000), lo que significa que el beneficio total por muerte será de \$43,000.

Para ser elegible para estos beneficios, se debe aplicar lo siguiente:

1. El asiento en el que estaba sentado el asegurado estaba equipado con una bolsa de aire debidamente instalada en el momento del accidente.
2. El automóvil de pasajeros privado está equipado con cinturones de seguridad.
3. El cinturón de seguridad estaba en uso apropiado por el asegurado en el momento del accidente, según la Guía de Beneficios del Seguro 123 certificada en el informe oficial del accidente o por el oficial de investigación.
4. En el momento del accidente, el conductor del coche privado de pasajeros era un conductor con licencia y no estaba en estado de embriaguez, impedido o bajo la influencia del

alcohol o las drogas.

Beneficio de Cuidado para hijos (Opcional y de Vida para Cónyuge y Dependiente sólo por muerte accidental o desmembramiento)

Se pagará un Beneficio de cuidado infantil a cada dependiente que sea menor de 7 años (en el momento del fallecimiento del asegurado) y que esté inscrito en un programa de guardería. El beneficio para cada niño por año será el menor de:

1. Doce por ciento del monto de seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental; o:
2. \$ 5.000; o:
3. Gastos reales incurridos por cuidado infantil.

Se pagará por cada dependiente que califique por no más de dos años. Si este beneficio está vigente en la fecha en que el empleado o el cónyuge muere y no hay un hijo dependiente que pueda calificar para este beneficio, MetLife pagará \$1.000 al beneficiario.

Beneficio de educación para hijo dependiente (Opcional y de Vida para Cónyuge y Dependiente sólo por muerte accidental o desmembramiento)

Se paga un beneficio educativo por cada dependiente que califica como estudiante. Un dependiente calificado debe ser estudiante posterior a la escuela secundaria que asiste a una escuela de enseñanza superior a tiempo completo en el momento de la muerte del asegurado o en el grado 12 y se convertirá en un estudiante de posgrado de tiempo completo en una escuela de educación superior dentro de los 365 días posteriores a la muerte del asegurado. El beneficio es un máximo de \$10.000 por año académico con un beneficio total máximo del 25 por ciento del monto de la cobertura. El beneficio será pagadero al comienzo de cada año escolar por un máximo de cuatro años consecutivos, pero no más allá de la fecha en que el niño cumpla 25 años.

Si este beneficio entra en vigencia en la fecha de su fallecimiento o su cónyuge fallece y no tiene un hijo que reúna los requisitos, MetLife pagará \$ 1,000 a su beneficiario.

Beneficio por Agresión Criminal (Muerte y Desmembramiento Accidental Opcional, Solo Empleados)

Se paga un Beneficio por Agresión Criminal si usted se lesiona en una agresión criminal y la lesión resulta en una pérdida para la cual son pagaderos beneficios bajo el beneficio de Muerte y Desmembramiento Accidental. El beneficio es el menor de los siguientes: sus ganancias anuales, \$25,000 o la cantidad de cobertura opcional del seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento. Una agresión criminal es una agresión física por otra persona que resulta en daño corporal para usted. La agresión debe implicar el uso de la fuerza o la violencia con la intención de causar daño y debe ser un delito grave según las leyes de la jurisdicción en la que se cometió el acto.

No se paga ningún beneficio si la agresión la comete un miembro de la familia inmediata. Los familiares inmediatos incluyen a su cónyuge, así como hijos, padres, hermanos, abuelos y nietos suyos o de su cónyuge.

Beneficio de Repatriación (Básico, Opcional, y de Vida para Cónyuge y Dependiente sólo por muerte accidental o desmembramiento)

El Beneficio de Repatriación se pagará si usted o su cónyuge con la cobertura de Vida de Cónyuge Dependiente muere de una manera que estaría cubierta bajo el beneficio de Muerte y Desmembramiento Accidental y si la muerte ocurre a más de 100 millas de su residencia principal.

El beneficio de repatriación será el menor entre:

- Los gastos reales incurridos por:
 - Preparación del cuerpo para el entierro o la cremación, y
 - Transporte del cuerpo al lugar de entierro o cremación;
- o
- \$ 5.000, la cantidad máxima para este beneficio.

Beneficio de Transporte Público (transporte común) (Básico, Opcional por Muerte o Desmembramiento Accidental, Sólo Empleados)

Si muere como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usted es pasajero con boleto pagado en un vehículo de transporte público, MetLife pagará un beneficio adicional igual a al monto total de su seguro por muerte accidental y desmembramiento.

Vehículo de transporte público significa cualquier vehículo aéreo, terrestre o acuático operado bajo una licencia para el transporte de pasajeros que pagan la tarifa.

MetLife AdvantagesSM

Sus beneficios de seguro de Vida Opcional incluyen acceso a **MetLife AdvantagesSM** –un paquete completo de valiosos servicios de apoyo, planeación y protección cuando más lo necesite y sin ningún costo para usted.

Servicio de Preparación del Testamento en Persona

Le ofrecen a usted y su cónyuge reuniones ilimitadas presenciales o por teléfono con un abogado, de la red Hyatt Legal Plans, con más de 14,000 abogados participantes, para preparar o actualizar un testamento, un testamento en vida o un Poder legal.

Para más información, llame a Hyatt Legal Plans marcando 800.821.6400, de lunes a viernes. Informe al Representante de Servicio al Cliente que está con PEBA (grupo número 200879) y proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

Servicios de Resolución de Inmobiliario en persona

Los representantes de bienes y los beneficiarios pueden recibir asistencia legal en persona ilimitada con los procesos testamentarios de sus bienes y los de su cónyuge. Los beneficiarios también pueden consultar a un abogado de la red Hyatt Legal Plans con más de 14.000 participantes, para hacer preguntas generales

sobre el proceso testamentario.

Para más información, llame a Hyatt Legal Plans marcando 800.821.6400, de lunes a viernes. Informe al Representante de Servicio al Cliente que está con PEBA (grupo número 200879) y proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

WillsCenter.com

Le ayuda a usted o a su cónyuge a preparar un testamento, un testamento en vida, un poder legal y un formulario de Autorización HIPAA por su cuenta, a su ritmo, 24 horas al día, siete días a la semana.

Visite www.willscenter.com y regístrese como usuario nuevo. Siga las sencillas instrucciones para crear su documento en línea. Este beneficio también está disponible para usted si sólo tiene un seguro de Vida Básico.

MetLife Infinity

Le ayuda a crear un legado digital para sus beneficiarios, administradores de patrimonio y otras personas que desempeñan un papel importante en los principales acontecimientos de su vida. MetLife Infinity ofrece una manera única de capturar y almacenar de manera segura sus documentos importantes, incluyendo escrituras, testamentos y documentos de planificación de la etapa de vida, así como fotos y videos. También puede compartir eventos de vida importantes, hitos y otras actividades memorables para su uso futuro.

Visite metlifeinfinity.com para conocer más y descargar de la tienda de aplicaciones o Google Play.

Asistencia en Planificación de Funerales

Servicios diseñados para simplificar el proceso de planificación de un funeral para sus seres queridos y beneficiarios, ayudándolos a organizar un evento que honrará la vida de un ser querido desde una guía de planeación propia de un funeral a su gusto hasta servicios tales como localizar funerarias, floristerías y grupos de apoyo local.

Llame a Dignity Memorial las 24 horas del día al 866.853.0954 o ingrese a finalwishesplanning.com. Usted también puede usar este número de teléfono para localizar casas funerarias y otros proveedores importantes de servicios.

Terapia de Duelo en persona

Le provee a usted y sus dependientes hasta cinco sesiones privadas de asesoramiento por evento, con un consejero profesional para duelo, con el fin de ayudar a enfrentar una pérdida, sin importar las circunstancias, ya sea muerte, enfermedad o divorcio. Las sesiones también se pueden realizar por teléfono.

Llame a LifeWorks US Inc. 24 horas al día, 7 días a la semana marcando 888.319.7819.

Total Control Account[®]

La Cuenta de Control Total (CCT) es una opción de liquidación que les proporciona a sus seres queridos una manera segura y conveniente de administrar los ingresos por seguro de vida. Ellos tendrán la conveniencia de acceso inmediato a cualquiera de sus ingresos por medio de una cuenta que genera intereses con privilegios ilimitados para la emisión de cheques. La Cuenta de Control Total También les da tiempo a los beneficiarios para decidir qué hacer con sus ingresos.

Llame a MetLife al 800.638.7283, de lunes a viernes.

Soluciones para la transición

Se concentra en orientación y servicios en torno a seguro y otros productos financieros para ayudarle a usted y su familia a prepararse mejor para su futuro en respuesta a eventos que cambien los beneficios.

Llame a MetLife al 877.275.6387, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 6 p.m.

Delivering the Promise[®]

Este servicio está diseñado para ayudar a los beneficiarios a organizar detalles y preguntas serias respecto a las reclamaciones y

necesidades financieras durante un tiempo de dificultad. MetLife tiene dispuestos para la Compañía de Seguros de Vida Massachusetts Mutual (Mass Mutual) profesionales financieros que estarán disponibles para ayudar en persona o por teléfono con completar reclamaciones de seguros de vida, beneficios gubernamentales y ayudar con preguntas financieras.

Para ser remitido a un especialista de Cumpliendo la Promesa, que lo contactará directamente, llame al 877.275.6387, opción 2.

Reclamos

Para pagar los beneficios, MetLife debe recibir una prueba escrita de la pérdida. Esto significa que debe presentarse un reclamo como se describe a continuación.

Su beneficio acelerado

Si usted o su dependiente cubierto es diagnosticado médicamente con una enfermedad terminal, puede solicitar que MetLife pague hasta el 80 por ciento de su seguro de vida antes de su muerte. Cualquier beneficio restante se le pagará a su beneficiario luego de su muerte. Una enfermedad terminal significa que tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos.

Para presentar un reclamo, notifíquelo a su empleador. Luego usted, su empleador y el médico tratante completarán cada uno una sección del formulario de Opción de Beneficios Acelerados de MetLife.

Cómo presentar un reclamo

Cuando usted o su dependiente fallecen, su empleador debe ser notificado. Esto debería hacerse tan pronto como sea razonablemente posible. El administrador de beneficios llenará y enviará el formulario de *Reclamo de Seguro de Vida* de MetLife. MetLife enviará al beneficiario una declaración del beneficiario y una carta de condolencia, que solicitará un certificado de defunción original.

Cuando MetLife recibe una prueba aceptable de la muerte de su dependiente cubierto, le pagará el beneficio del seguro de vida. Si usted ya no está con vida, se le pagará a su beneficiario.

Cuando un jubilado fallece, el beneficiario o el empleador en su nombre debe notificar a MetLife sobre la muerte llamando al 800.638.6420.

Clausula sobre el suicidio

Ningún beneficio de seguro de Vida Opcional, de Cónyuge o Hijo Dependientes podrá ser pagado si la muerte resulta de un suicidio, ya sea que la persona cubierta esté sana o demente, dentro de dos años de la fecha de vigencia. Si el suicidio ocurre dentro de dos años de un aumento de la cobertura, el beneficio de muerte pagadero se limita a la cantidad de cobertura vigente antes del aumento.

Cómo se pagan los reclamos por Muerte Accidental y Desmembramiento

En caso de muerte accidental, su empleador debe ser notificado. El administrador de beneficios de llenará y enviará el formulario de *Reclamo de Seguro de Vida* de MetLife. Metlife pagará el beneficio de muerte accidental a sus beneficiarios.

Si usted sustenta otras pérdidas cubiertas bajo Muerte Accidental y Desmembramiento, usted, su empleador y su médico deberán completar el formulario de *Reclamo por Muerte Accidental y Desmembramiento*, y presentarlo a MetLife. El beneficio por pérdidas adicionales que haya sufrido le será pagado directamente a usted en caso de que se encuentre con vida. De otra forma, será pagado a su beneficiario.

El beneficio por muerte accidental o desmembramiento de un dependiente le será pagado directamente a usted en caso de que se encuentre con vida. De otra forma, será pagado a su beneficiario.

Exámenes y autopsias

MetLife se reserva el derecho de someterlo/a a exámenes médicos, cuando y con tanta frecuencia como sea razonable, cuando un reclamo esté pendiente, y mientras no sea prohibido por la ley, MetLife se reserva el derecho

de proceder con una autopsia, en caso de muerte.

Cuándo su termina cobertura

Terminación de la cobertura

Su seguro terminará a media noche en la primera de las siguientes fechas:

- El último día del mes de finalizado su empleo;
- El último día del mes en el que presente inasistencias que no hayan sido aprobadas;
- El último día del mes que comience a ser un empleado que no sea elegible para recibir cobertura (por ejemplo, un cambio de estatus de tiempo completo a medio tiempo);
- La fecha de terminación de la política de PEBA; o
- El último día del mes en que no pague la prima requerida para ese mes.

La cobertura para jubilados terminará el 1° de enero después de:

- Que alcance los 70 años de edad, si continuó con cobertura y se retiró antes del 1° de enero de 1999, o
- Que alcance los 75 años de edad, si continuó con cobertura y se retiró el 1° de enero de 1999, y después.

Las reclamaciones incurridas antes de que termine la fecha de finalización de cobertura de seguro no se verán afectadas por la terminación de la cobertura.

Terminación de la cobertura de seguro de Vida del Dependiente

La cobertura de su dependiente terminará a media noche en la primera de las siguientes fechas:

- El día que termina la política de PEBA;
- El día que usted, el empleado, muera;
- El último día del mes en el que el dependiente no reúna los criterios para ser considerado dependiente; o
- El día que cualquier prima del Seguro de Vida para

Dependientes esté pendiente o no haya sido pagada, por un período de 30 días.

Las reclamaciones incurridas antes de que termine la fecha de finalización de cobertura de seguro no se verán afectadas por la terminación de la cobertura.

Extensión de beneficios

Una extensión de beneficios se provee de acuerdo con los requisitos mencionados a continuación. MetLife no está contractualmente obligado a proveer estos beneficios a menos que usted cumpla con estos requisitos.

Permiso de ausencia

Si usted está en una licencia aprobada por su empleador y aún es elegible para beneficios activos, puede continuar con su Seguro de Vida Opcional hasta por 12 meses desde el primero del mes después del último día trabajado, siempre y cuando pague las primas correspondientes. Puede que MetLife requiera una prueba escrita de la aprobación de su permiso antes de que cualquier reclamo sea pagado.

Licencia militar

Si ingresa en el servicio militar activo y se le concede una licencia militar por escrito, su cobertura de seguro de vida (incluyendo a los dependientes La cobertura de vida) puede continuar hasta 12 meses a partir del primero del mes después del último día trabajado, siempre y cuando pague las primas requeridas. Si el permiso termina antes de lo acordado fecha, esta continuación terminará inmediatamente. Si regresa del servicio militar activo después de haber sido dado de alta y usted califica para volver al trabajo Bajo la ley federal o estatal aplicable, usted puede ser elegible para la cobertura de seguro de vida que tenía antes de que comenzara la licencia, siempre que son contratados de nuevo por el mismo empleador y solicitan reintegro dentro de los 31 días de haber

regresado al trabajo.

Discapacidad

Si usted queda en condición de discapacidad, su seguro de vida puede continuar por hasta 12 meses desde el último día trabajado siempre y cuando usted permanezca elegible para beneficios activos, y:

- Continúe pagando las primas; y
- El Seguro de Vida Opcional no termine.

Cuándo pierde cobertura para beneficios activos por discapacidad

- Si usted es elegible para seguro por jubilación, puede convertir su cobertura en una póliza de vida completa o continuar con su Seguro de Vida Opcional hasta los 75 años de edad. Aprenda más sobre sus opciones de seguro de vida en las páginas 159-160.
- Si usted no es elegible para el seguro por jubilación, puedes convertir su cobertura a una póliza de vida entera. Usted debe presentar su solicitud de conversión dentro de los 31 días siguientes a la terminación de su cobertura de empleado activo.
- Si se le aprueban posteriormente los beneficios de jubilación por incapacidad y por lo tanto es elegible para el seguro para jubilados, puede inscribirse hasta la misma cantidad de cobertura de Vida Opcional que tenía cuando terminó su elegibilidad para beneficios activos. Para ello, comuníquese con MetLife dentro de los 31 días posteriores a la fecha de aprobación del retiro de la Guía de Beneficios de Seguro por Incapacidad. La cobertura comenzaría el primer día del mes posterior a su aprobación para el retiro por incapacidad.

Para más información sobre la elegibilidad para seguros de jubilados, ve a las páginas 167-169.

Continuando o convirtiendo su seguro de vida

Por favor tenga en cuenta que la cobertura por Muerte Accidental y desmembramiento no se puede continuar o convertir.

Continuación

Si usted es elegible para seguro de jubilado, puede ser posible que continúe con su cobertura de seguro y que

pague sus primas directamente a MetLife. MetLife le enviará por correo un paquete de conversión/continuación. Los paquetes se envían por correo de los EE. UU. de tres a cinco días hábiles después que MetLife recibe el archivo de elegibilidad de PEBA. Para continuar con su cobertura, complete el formulario que estará incluido en el paquete de MetLife. La cobertura se pierde por jubilación aprobada o por jubilación por incapacidad aprobada.

Si tiene preguntas acerca de sus opciones para continuar con su cobertura de seguro, o le gustaría solicitar formularios de continuación, contacte a MetLife al 866.492.6983 de lunes a viernes de 8 a.m. a 11 p.m. Se debe recibir una solicitud completa dentro de los 31 días siguientes a la terminación de su beneficio.

Si continúa con su cobertura, recibirá un recibo de parte de MetLife con sus primas. Pagarás sus primas directamente a MetLife. Contacte a MetLife al 888.507.3767 si desea hacer cambios a su cobertura.

Conversión

Si su seguro de vida Básico, Opcional o de Dependiente termina porque su empleo o su elegibilidad para cobertura terminan, usted podría solicitar transformar su cobertura a una póliza de seguro de vida total, una forma permanente de seguro de vida, sin presentar evidencia médica. MetLife le enviará un paquete de conversión. Los paquetes se envían por correo de los EE. UU. de tres a cinco días hábiles después que MetLife recibe el archivo de elegibilidad de PEBA. Para convertir su cobertura, siga las instrucciones incluidas en su paquete de MetLife. La póliza será emitida sin evidencia médica si usted aplica y paga la prima en los 31 días siguientes.

Al hacer la solicitud para cobertura, recuerde estas reglas:

1. No podrá solicitar más que la cantidad de seguro de vida que tenía bajo su seguro de vida colectivo terminado.
2. Su nueva prima para la política de conversión se fijará a la tasa estándar de MetLife por el monto de cobertura que desee convertir y su edad.

Los formularios deben ser recibidos por MetLife dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que termine su cobertura de seguro.

La póliza grupal es terminada

Si su póliza de seguro de vida colectiva termina por la finalización del estado de la póliza o por la terminación de una clase, usted podría ser elegible para una póliza de conversión. Para más información, vaya al certificado de MetLife en la sección Derechos de Conversión.

Beneficio por muerte durante el periodo de conversión

Si usted fallece dentro de los 31 días posteriores a la fecha de finalización de su seguro colectivo y cumple con los requisitos de elegibilidad para la conversión, MetLife pagará un beneficio por fallecimiento, independientemente de que se haya presentado una solicitud de cobertura en virtud de una póliza individual. El beneficio por fallecimiento será el monto del seguro que habría sido elegible para convertir según los términos de la sección Derecho de conversión.



Discapacidad a Largo Plazo

Discapacidad a Largo Plazo Básico

El Plan Básico por Discapacidad a Largo Plazo (BLTD, por su sigla en inglés), administrado por la Compañía de Seguros Standard (La Standard), es un plan de discapacidad financiado por el empleador, que provee el estado. Ayuda a proteger una parte de sus ingresos, en caso de que quede en condición de incapacidad, como lo define el Plan. Este beneficio le es proporcionado de manera gratuita.

Si tiene preguntas o necesita más información, por favor contacte a La Standart marcando 800.628.9696 o en www.standard.com/mybenefits/southcarolina.

Resumen de beneficios del plan BLT

- Período de espera del beneficio: 90 días.
- Porcentaje del beneficio de BLTD mensual: 62.5 por ciento de sus ingresos, previos a la incapacidad, reducido por impuesto a las ganancias.
- Beneficio máximo: \$800 mensuales.
- Período máximo de beneficio: A la edad de 65 años si usted queda discapacitado antes de los 62 años. Si usted queda en condición de discapacidad a los 62 años o más, el período máximo de beneficio se basa en su edad al momento de la discapacidad. El período máximo de beneficio para la edad de 69 y más es de un año.

Elegibilidad

Usted es elegible para BLTD si está cubierto por el Plan Estatal de Salud o el Plan de complementario de TRICARE y es empleado activo y de tiempo completo, como lo define el Plan, o un empleado académico de tiempo completo y le emplea: un departamento, agencia, junta, comisión o institución del estado, un distrito escolar público, un gobierno de condado (incluyendo miembros del consejo del condado), u otro grupo participante en el programa de seguros del estado. Los miembros de la

Asamblea General y los jueces de los tribunales del estado también son elegibles para tener cobertura.

Para recibir beneficios, usted debe estar empleado activamente al momento que ocurra el hecho que genera su discapacidad.

En caso de quedar discapacitado, usted puede ser elegible para beneficios adicionales a través de PEBA que son distintos de los beneficios aquí descritos. Llame al 803.737.6800 o visite www.peba.sc.gov/retirement.html para más información.

Período de espera de los beneficios

El período de espera de los beneficios es la cantidad de tiempo durante el cual debe estar incapacitado antes de que se paguen los beneficios. El plan BLTD tiene un período de espera de 90 días, y los beneficios no se pagan durante ese período.

Certificado

El certificado BLTD está disponible en la página de discapacidad a largo plazo, en www.peba.sc.gov/longtermdisability.html. El documento del plan BLTD es un contrato que contiene las disposiciones de control de este plan de seguros. Ni el certificado, ni cualquier otro material, incluyendo esta publicación, pueden modificar las disposiciones del documento del plan.

¿Cuándo se lo considera discapacitado?

Usted es considerado discapacitado y elegible para beneficios si no puede cumplir con los requisitos para su cargo, por una lesión cubierta, enfermedad física, trastorno mental o embarazo. También deberá esperar el tiempo estipulado en el periodo de espera y cumplir con las siguientes definiciones de incapacidad en el período al que aplican.

Discapacidad de ocupación independiente

Usted no está en capacidad de realizar, con razonable continuidad, los deberes materiales de su propia ocupación durante el período de beneficio de espera y los primeros 24 meses de discapacidad.

“Ocupación Independiente” significa cualquier trabajo, negocio, oficio, profesión, llamado o vocación que

incluya deberes materiales¹ del mismo carácter general de su trabajo regular y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni tampoco cuando su trabajo está disponible.

Discapacidad en cualquier ocupación

Usted no está en capacidad de desempeñar con razonable continuidad los deberes materiales de cualquier ocupación.

“Cualquier ocupación” significa cualquier ocupación o empleo que usted puede ejecutar, gracias a educación, entrenamiento o experiencia, que está disponible en una o más ubicaciones en la economía nacional y en la cual puede esperarse que usted obtenga al menos el 65% de sus ingresos previos a la discapacidad (ajustado por inflación) en los 12 meses siguientes a su retorno al trabajo, sin importar que usted trabaje en esa u otra ocupación. El período de cualquier ocupación comienza al término de su propio período de ocupación y continúa hasta el fin del máximo período de beneficio.

Discapacidad parcial

Se le considera parcialmente discapacitado si durante el periodo de espera del beneficio y el periodo de ocupación propia usted está trabajando mientras está incapacitado, pero no está en capacidad de ganar más del 80 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustado por inflación, mientras trabaja en su propia ocupación.

A usted se lo considera parcialmente discapacitado si durante el periodo de cualquier ocupación usted trabaja mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65 por ciento de su ganancia antes de la

discapacidad, ajustado por inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación el periodo de ocupación.

Condiciones pre-existentes

"Condición pre-existente" significa cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluyendo condiciones secundarias y complicaciones) que haya sido documentada médicamente como existente, o por la cual se incurrió en cualquier tratamiento médico, servicio médico, prescripción u otro gasto médico en cualquier momento durante el periodo de condición pre-existente mostrado en las Características de Cobertura del *Certificado de Cobertura*.

Los beneficios no serán pagados, por incapacidades causadas o propiciadas por condiciones pre-existentes a menos que en la fecha en la que usted adquiera la discapacidad:

- Usted ha estado continuamente cubierto bajo el plan durante al menos 12 meses (este es el período de exclusión); o
- Su fecha de discapacidad cae dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en la que su cobertura BLTD se hizo efectiva y puede demostrar que no ha consultado un médico, recibido tratamiento médico o tomado medicinas prescritas durante el periodo de seis meses anterior a la fecha efectiva de cobertura (este es el periodo de condición pre-existente).

Reclamos

Una vez sea claro que usted estará incapacitado por 90 días o más, o su empleador modifique sus responsabilidades dada una condición de salud, hable con su administrador de beneficios y descargue un formulario de paquete de reclamación en www.peba.sc.gov/iforms.html en la sección de discapacidad a largo plazo. El paquete contiene:

- *Declaración del Empleado.*
- *Autorización para Obtener y Divulgar información;*
- *Autorización para Obtener Notas de Psicoterapia;*
- *Declaración del Médico Tratante; y*
- *Declaración del Empleador.*

¹ Los "Deberes materiales" se refieren a tareas esenciales, funciones, operaciones, habilidades, conocimiento, entrenamiento y experiencia, que por lo general los empleadores requieren de empleados que trabajen en un cargo en particular.

Usted es responsable de asegurar que estos formularios se llenen y se entreguen a La Standard. Puede enviar los formularios por fax, al 800.437.0961 o puede enviarlos a la dirección en el formulario de reclamaciones. Si tiene preguntas, comuníquese con La Standard al 800.628.9696.

Entregue los formularios de reclamación a La Standard dentro de los 90 días siguientes a la finalización de su periodo de espera por beneficios. Si no puede cumplir con esto en la fecha límite, debe entregar estos formularios tan pronto como sea razonablemente posible, pero no más de un año después del beneficio de período de espera de 90 días. Si usted no suministra estos formularios dentro de este tiempo, a menos que medie una determinación judicial de incapacidad legal, La Standard puede denegar su reclamo.

Requisito de trabajo activo

Si una enfermedad física, un desorden mental, lesión o un embarazo le impiden trabajar un día antes de la fecha programada de su cobertura, ésta no se hará efectiva hasta el día después de que usted esté trabajando activamente durante un día completo.

Ingresos de pre-discapacidad

Sus ingresos pre-discapacidad son las ganancias mensuales, incluyendo los aumentos por mérito y longevidad, de su empleador cubierto a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que se convirtió en miembro si no lo era el 1 de enero. No incluye sus bonos, comisiones, horas extras o pago de incentivos. Si eres profesor, no incluye tu compensación por la escuela de verano, pero sí incluye la compensación ganada durante las sesiones regulares de verano por el personal de la universidad.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de BLTD se reducirán por su ingreso deducible—ingresos que recibe o puede recibir—de otras fuentes. El ingreso deducible incluye:

- Pago por enfermedad u otra continuación salarial (incluyendo el grupo de licencia por enfermedad);
- Beneficios Primarios del Seguro Social;
- Remuneraciones para trabajadores;
- Beneficios de discapacidad para otro grupo (A excepción de beneficios suplementarios de discapacidad a largo plazo descritos en la página 134);
- Beneficios de plan máximo de jubilación; y
- Otras fuentes de ingresos.

Por favor note que el pago de las vacaciones se excluye del deducible del ingreso. El Seguro de BLTD sirve como reemplazo de ingresos. Por ejemplo, con el plan BLTD, Standard le pagará hasta un 62,5% de sus ganancias antes de la discapacidad con un máximo de \$800 si se aprueba la discapacidad. Esto significa que si sus ganancias antes de la discapacidad son \$1.280 y usted no tiene ningún ingreso del deducible, su beneficio será \$800, o el 62,5 por ciento de \$1.280. En el mismo ejemplo, si tiene ingresos deducibles, sus \$800 del beneficio serán reducidos a la cantidad de sus ingresos deducibles. El plan de BLTD no tiene un mínimo de beneficio, así que si usted no tiene suficientes ingresos del deducible su beneficio será reducido a \$0.

En otro ejemplo, se asegura que el 62,5 por ciento de sus ganancias antes de la discapacidad sean \$1.200. La Standard pagará un máximo de \$800 de beneficio y su beneficio de BLTD se reducirá cuando su ingreso del deducible exceda los \$400. En otras palabras, su beneficio se reducirá cuando el máximo del beneficio de \$800 sumado con el ingreso del deducible totalice una cantidad que exceda el 62,5 por ciento de su ingreso antes de la discapacidad. En este ejemplo, los beneficios no serían pagados si los ingresos de su deducible exceden los \$1.200.

Debe cumplir con sus plazos para aplicar por todos los ingresos del deducible que puede elegir para recibir. PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Para más

información por favor comuníquese con PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Cuando los beneficios son otorgados, pueden incluirse pagos que se le adeudaron mientras estaba recibiendo los beneficios del BLTD. Si se otorgan beneficios retroactivos, o si recibe otro ingreso antes de notificar a La Standard, es probable que haya recibido pagos adicionales de BLTD. Esto es porque usted recibe beneficios del plan y tiene ingresos de otra fuente durante el mismo período de tiempo. Usted debe pagar el plan por este pago en exceso.

Cuándo la cobertura de BLTD termina

Su cobertura BLTD finaliza automáticamente en la primera fecha de las siguientes:

- La fecha de finalización del plan;
- La fecha en que no se cumplen los requisitos notificados en la sección de elegibilidad de este capítulo;
- La fecha en que su cobertura de salud como empleado activo termine; o
- La fecha en que su empleo finalice.

Cuándo los beneficios terminan

Sus beneficios terminarán automáticamente en la primera de estas fechas:

- La fecha en que usted ya no esté incapacitado según los términos del plan BLTD;
- La fecha en que termina su período máximo de beneficios (consulte las Exclusiones y limitaciones);
- La fecha en que se paguen los beneficios según cualquier otro Seguro de discapacidad colectivo a largo plazo bajo el cual usted debe convertirse en asegurado durante el período de recuperación; o
- La fecha de su muerte.

Si usted es empleado de una subdivisión local, su empleador se hace responsable de sus pagos de

beneficios de BLTD si su empleador deja de participar del programa de Seguro del Estado.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de una guerra o cualquier acto de guerra no están cubiertas.
- Las lesiones intencionales auto infligidas no están cubiertas.
- Los beneficios no son pagables en cualquier periodo cuando no esté participando de buena fe, en un concurso de tratamiento médico, entrenamiento vocacional, o educación aprobada por La Standard, a menos que la discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no son pagaderos cuando usted no está bajo el cuidado continuo de un médico en la especialidad apropiada.
- Los beneficios no son pagaderos por ningún período de discapacidad cuando usted esté confinado por alguna razón en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no son pagaderos después de haber sido incapacitado según los términos del plan BLTD por 24 meses durante toda su vida, excluyendo el beneficio de periodo de espera en virtud de una discapacidad causada o aportada por:
 - Un desorden mental, a menos que se trate de confinamiento continuo en un hospital debido a un desorden mental al final de los 24 meses.
 - El uso de alcohol, alcoholismo, o el uso de drogas ilícitas, incluyendo alucinógenos o cualquier droga adictiva;
 - Dolor crónico, musculo esquelético o afecciones del tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o condiciones relacionadas; o

- Sensibilidades químicas y ambientales.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, después del período de espera de beneficios, los beneficios de SLTD no se pagarán por ningún período de discapacidad cuando usted puede trabajar en su propia ocupación y puede ganar al menos 20 por ciento del salario que devengaba antes de la discapacidad, ajustado por inflación, pero usted elige no trabajar.
- Mientras viva fuera de los Estados Unidos o Canadá, el pago de los beneficios está limitado a 12 meses por cada período de incapacidad continua.

Apelaciones

Si La Standard rechaza su reclamo de beneficios por discapacidad a largo plazo, usted puede apelar la decisión de La Standard enviando una nota escrita dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que recibió la carta de negación. Envía la apelación a:

Compañía de Seguros Standard
P.O. Box 2800
Portland, OR 97208

Si La Standard mantiene su decisión después de una revisión por parte de su Unidad Administrativa de Revisión, usted puede apelar esa decisión escribiendo a PEBA dentro de los 90 días siguientes a la negación por parte de la Unidad Administrativa de Revisión. Incluya una copia de las dos denegaciones anteriores con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

O

S.C. PEBA
Atención: División de Apelaciones de Seguros
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un proveedor de servicios de salud o

administrador de beneficios no puede apelar ante PEBA en su nombre, así haya apelado la decisión ante el tercero procesador de reclamos. Sólo usted, el miembro o su representante autorizado pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un prestador de servicios médicos o un administrador de beneficios no puede ser representante autorizado.

PEBA hará todos los esfuerzos posibles para procesar su aplicación BLTD dentro de los 180 días de la fecha en que se reciba su archivo de reclamo por parte de The Standard, según lo descrito en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si se solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA complete la revisión de su apelación, usted recibirá una la determinación por escrito y por correo.

Si la negación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.

Discapacidad a largo plazo suplementaria

Seguro Suplementario de Discapacidad a Largo Plazo (SLTD, por su sigla en inglés), completamente asegurado por La Compañía de Seguros (The Standard), está diseñado para proporcionar asistencia financiera adicional además del Plan Básico de Discapacidad a Largo Plazo si usted queda discapacitado. Su beneficio estará basado en un porcentaje de su ganancia antes de la discapacidad. El programa está personalizado para usted. El resumen del plan de beneficios de SLTD en la siguiente página contiene más información acerca de su plan, incluyendo:

- Su nivel de cobertura;
- Su nivel de cobertura;
- Por cuanto tiempo continuarán los pagos de beneficios si usted permanece discapacitado;
- La cantidad máxima del beneficio;
- Su elección del periodo de espera de beneficios; y

- Su programa de primas.
- Cobertura por lesión, enfermedad física, desorden mental o embarazo;
- Un incentivo por retorno al trabajo;
- Seguro de conversión SLTD;
- Ajuste de costo de vida; y
- Beneficio de seguridad de por vida.

Resumen de beneficios del Plan de SLTD

Período de espera de Beneficios	Plan uno: 90 días Plan dos: 180 días
Ganancias máximas antes de la discapacidad cubiertas por SLTD	\$ 12.307 por mes
Porcentajes de beneficio mensual ²	65% de los primeros \$ 12.307 de sus ingresos antes de la discapacidad, reducidas por el ingreso deducible
Beneficio mínimo	\$ 100 por mes
Beneficio máximo	\$ 8.000 por mes
Ajuste del costo de vida	Después de 12 meses consecutivos de recibir los beneficios SLTD, efectivos al 1 de abril de cada año, después de eso, basado en el índice de precio al consumidor del año anterior hasta 4%. Este ajuste del costo de vida no aplica cuando usted está recibiendo el mínimo de beneficio mensualmente o un beneficio mensual de \$25.000 como resultado de estos ajustes.
Máximo período de beneficio	A la edad de 65 años si usted queda discapacitado antes de los 62 años. Si usted queda en condición de discapacidad a los 62 años o más, el período máximo de beneficio se basa en su edad al momento de la discapacidad. El período máximo de beneficio para la edad de 69 y más es de un año. En ciertas circunstancias, los beneficios continuarán después del período máximo de beneficio. Para más información vea el beneficio de seguridad de por vida en la página 139.
Tarifa de prima mensual ³	Multiplique el factor de prima por su edad y plan seleccionado por su ingreso mensual.

Lo que el seguro SLTD provee

- Tarifas competitivas para grupos;
- Beneficio de sobrevivientes para los dependientes elegibles;

² Estos beneficios no son gravables siempre que pague la prima después de impuestos.

³ La prima debe ser un monto entero (el monto se redondeará hacia el próximo número entero)

Elegibilidad

Usted es elegible para el seguro SLTD si usted es:

- Empleado activo, compensado, de tiempo completo; como lo define el Plan;
- Empleado académico de tiempo completo compensado; o

- Miembro de la Asamblea General, o juez en las cortes estatales.

Usted no es elegible para esta cobertura si es empleado de un empleador cubierto por cualquier otro plan grupal de discapacidad a largo plazo que asegure cualquier porción de sus ingresos antes de la discapacidad (diferentes al Plan BLTD); si está recibiendo beneficios de jubilación de PEBA y ha renunciado a la cobertura activa de los empleados; si es empleado temporal o estacional; maestro a tiempo parcial; o si usted es miembro a tiempo completo de las fuerzas armadas de cualquier país.

Inscripción

Usted podrá inscribirse en el programa SLTD dentro de los 31 días siguientes a su elegibilidad. Usted podrá escoger entre uno de dos períodos de beneficio de espera descritos abajo. Si usted no se inscribe dentro de los 31 días siguientes a su fecha de contratación, debe completar una declaración de historial médico. La Standard puede solicitar que se realice un examen físico y un análisis de sangre. También es posible que se le solicite que proporcione cualquier tipo de información adicional sobre su asegurabilidad que La Standard pueda requerir de forma razonable, a su propio costo. A lo largo del año, usted deberá registrar evidencia médica de buena salud.

Período de espera de los beneficios

El período de espera de beneficios es la cantidad de tiempo durante el cual debe estar incapacitado antes de que se paguen los beneficios. Usted deberá escoger un beneficio de 90 o 180 días de período de espera, y puede cambiar de 90 días al beneficio de 180 días de período de espera en cualquier momento completando un formulario de *Aviso de Elección* y entregándolo a su administrador de beneficios.

Para cambiar de un beneficio de 180 días a un beneficio de 90 días de período de espera, llene un formulario de *Aviso de Elección* y proporcione evidencia médica de buena salud, con la cual La Standard considerará para determinar si aprueba su solicitud.

Certificado

El certificado SLTD está disponible en la página web de discapacidad a largo plazo en www.peba.sc.gov/longtermdisability.html. El certificado contiene el control de suministros de su plan de seguros. Ni el certificado ni ningún otro material, incluyendo esta publicación, puede modificar estas provisiones.

¿Cuándo se lo considera discapacitado?

Usted será considerado discapacitado y elegible para beneficiarse si no puede trabajar debido a una lesión amparada, enfermedad física, desorden mental o embarazo. Usted también necesitará satisfacer su respectivo período de beneficio de espera y cumplir con las siguientes definiciones de discapacidad durante ese período al que esté aplicando.

Discapacidad de ocupación independiente

Usted no está en capacidad de realizar, con razonable continuidad, los deberes materiales⁴ de su propia ocupación durante el período de beneficio de espera y los primeros 24 meses de beneficios del SLTD son pagables.

“Ocupación Independiente” significa cualquier trabajo, negocio, oficio, profesión, llamado o vocación que incluya deberes materiales del mismo carácter general de su trabajo regular y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni tampoco cuando su trabajo está disponible.

⁴ Los deberes materiales se refieren a tareas esenciales, funciones, operaciones, habilidades, conocimiento, entrenamiento y experiencia. Usted no está en capacidad de desempeñar con razonable continuidad los deberes materiales de cualquier ocupación.

Discapacidad de cualquier ocupación

Usted no puede realizar, con una razonable continuidad, los deberes materiales ⁵ de cualquier

⁵ Los deberes materiales se refieren a tareas esenciales, funciones, operaciones, habilidades, conocimiento, entrenamiento y experiencia. Usted no está en capacidad de desempeñar con razonable continuidad los deberes materiales de cualquier ocupación.

ocupación.

“Cualquier ocupación” significa cualquier ocupación o empleo que usted pueda realizar, debido a su educación, entrenamiento o experiencia, que esté disponible en una o más locaciones en la economía nacional y en la cual usted puede esperar ganar por lo menos 65% de su ganancia antes de la discapacidad (ajustada por inflación) dentro de los siguientes 12 meses siguientes a su retorno al trabajo, independientemente de si está trabajando en esa y otra ocupación. El período de cualquier ocupación comienza al término de su propio período de ocupación y continúa hasta el fin del máximo período de beneficio.

Discapacidad parcial

Usted se considera parcialmente discapacitado si durante su período de beneficio de espera y el mismo período de ocupación, usted trabaja mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80 por ciento de su ganancia antes de la discapacidad, ajustada por inflación, mientras trabaja en su propia ocupación.

A usted se lo considera parcialmente discapacitado si durante el periodo de cualquier ocupación usted trabaja mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65 por ciento de su ganancia antes de la discapacidad, ajustado por inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación el periodo de ocupación.

Condiciones pre-existentes

"Condición pre-existente" significa cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluyendo condiciones secundarias y complicaciones) que haya sido documentada médicamente como existente, o por la cual se incurrió en cualquier tratamiento médico, servicio médico, prescripción u otro gasto médico en cualquier momento durante el periodo de condición pre-existente mostrado en las Características de Cobertura del *Certificado de Cobertura*.

Los beneficios no serán pagados, por incapacidades causadas o propiciadas por condiciones pre-existentes a menos que en la fecha en la que usted adquiera la discapacidad:

- Usted ha estado continuamente cubierto bajo el plan durante al menos 12 meses (este es el período de exclusión); o
- Su fecha de discapacidad cae dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en la que su cobertura SLTD se hizo efectiva y puede demostrar que no ha consultado un médico, recibido tratamiento médico o tomado medicinas prescritas durante el periodo de seis meses anterior a la fecha efectiva de cobertura (este es el periodo de condición pre-existente).

La exclusión por condición preexistente también se aplica cuando cambia del plan con el período de espera de beneficios de 180 días al plan con el período de espera de beneficios de 90 días. El período de condición preexistente, el período sin tratamiento y el período de exclusión para el nuevo plan se basarán en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura conforme al plan de 90 días. Sin embargo, si los beneficios no se vuelven pagaderos según el plan de 90 días debido a la exclusión de condición preexistente, su reclamo se procesará según el plan de 180 días como si no hubiera cambiado de plan.

Reclamos

Una vez que aparece, estará inhabilitado durante 90 días o más, hable con su administrador de beneficios o descargue un paquete de formulario de reclamo en www.peba.sc.gov/iforms.html. El paquete contiene:

- *Declaración del empleado.*
- *Autorización para Obtener y Divulgar información;*
- *Autorización para obtener Notas de Psicoterapia;*
- *Declaración del médico tratante; y*
- *Declaración del Empleador.*

Usted es responsable de asegurar que estos formularios se completen y se entreguen a La Standard. Puede enviar los

formularios por fax, al 800.437.0961 o puede enviarlos a la dirección en el formulario de reclamaciones. Si tiene preguntas, comuníquese con La Standard al 800.628.9696.

Proporcione los formularios de reclamo completos a La Standard dentro de los 90 días posteriores al final de su período de espera de beneficios. Si no puede cumplir con este plazo, debe enviar estos formularios tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después del período de espera de 90 días. Si usted no suministra estos formularios dentro de este tiempo, a menos que medie una determinación judicial de incapacidad legal, La Standard puede denegar su reclamo.

Requisito de trabajo activo

Si una enfermedad física, un desorden mental, lesión o un embarazo le impiden trabajar un día antes de la fecha programada de su cobertura de seguro, ésta no se hará efectiva hasta el día después de que usted esté trabajando activamente durante un día completo.

Cambio de salario

Su prima SLTD se recalcula en función de su edad a partir del 1 de enero anterior. Cualquier cambio en sus ganancias de pre-discapacidad después de que usted quede discapacitado no tendrá ningún efecto sobre la cantidad de su beneficio SLTD.

Ingresos pre-discapacidad

Los ingresos pre-discapacidad son las ganancias mensuales, incluidos los aumentos de mérito y longevidad, de su empleador cubierto a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que se convirtió en miembro si no era miembro el 1 de enero. No incluye sus bonos, comisiones, pago de horas extras o pago de incentivo. Si usted es profesor, no incluye su compensación por la escuela de verano, pero sí incluye la remuneración obtenida durante las sesiones de verano regulares por parte del

personal de la universidad.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de SLTD se reducirán por su ingreso deducible— ingresos que recibe o puede recibir—de otras fuentes. El ingreso deducible incluye:

- Pago por enfermedad u otra continuación salarial (incluido el grupo de licencia por enfermedad);
- Beneficios primarios y dependientes de la Seguridad Social;
- Compensación de los trabajadores;
- Beneficios BLTD;
- Otros beneficios grupales por discapacidad;
- Beneficio de retiro máximo del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que el pago de vacaciones está excluido del ingreso deducible.

Por ejemplo, su beneficio de SLTD antes de ser reducido por el ingreso deducible es 65 por ciento de su salario de predisposición cubierto. El beneficio se reducirá en la cantidad de cualquier ingreso deducible que reciba o pueda recibir. El total del beneficio de SLTD reducido más el ingreso deducible proporcionará al menos el 65 por ciento de su salario de predisposición cubierto. El beneficio mínimo garantizado de SLTD es de \$100, independientemente de la cantidad de ingresos deducibles.

Debe cumplir los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles que puede recibir. PEBA tiene diferentes requisitos para jubilación por discapacidad. Para más información por favor comuníquese con PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Cuando los beneficios son otorgados, pueden incluirse pagos que se le adeudaron mientras estaba recibiendo los beneficios del SLTD. Si se otorgan beneficios retroactivos, o si recibe otro ingreso antes de notificar a La Standard, es probable que haya recibido pagos adicionales de SLTD. Esto es porque usted

recibe beneficios de su plan y tiene ingresos de otra fuente durante el mismo período de tiempo. Usted debe pagar el plan por este pago en exceso.

Prestaciones de seguridad de por vida

La cobertura de SLTD proporciona beneficios de incapacidad de por vida a largo plazo si, en el último día del período de beneficio máximo regular, no puede realizar dos o más actividades de la vida diaria o sufre un deterioro cognitivo grave que se espera que dure 90 días o más, según lo certifique un médico en la especialidad apropiada como determinado por La Standard. El beneficio vitalicio será igual al beneficio que se pagó el último día del período regular de incapacidad a largo plazo.

Beneficios por muerte

Si muere mientras se pagan los beneficios de SLTD La Standard pagará un beneficio de suma global a su sobreviviente elegible. Este beneficio será igual a tres meses de su beneficio SLTD, no se verá reducido por ingreso deducible. Los sobrevivientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge sobreviviente;
- Hijos solteros sobrevivientes menores de 25 años de edad; y
- Cualquier persona que brinde atención y apoyo a cualquier niño elegible.

Este beneficio no está disponible para ningún sobreviviente elegible si sus beneficios y reclamo SLTD han alcanzado el período de beneficio máximo antes de su muerte. Además, este beneficio no está disponible si ha sido aprobado o está recibiendo el beneficio de seguridad de por vida.

Cuando la cobertura de SLTD termina

Su cobertura de SLTD termina automáticamente en la primera de estas fechas:

- El último día del mes por el que pagó una prima;
- La fecha en que termina la política de grupo; o
- La fecha en que no se cumplen los requisitos notificados en la sección de elegibilidad de este capítulo;

Cuándo los beneficios terminan

Sus beneficios terminarán automáticamente en la primera de estas fechas:

- La fecha en que ya no está discapacitado;
- La fecha en que finaliza su período de beneficio máximo, a menos que los beneficios de SLTD continúen con el beneficio de seguridad de por vida;
- La fecha en que los beneficios sean pagaderos bajo cualquier otra póliza de seguro por incapacidad a largo plazo grupal para la cual usted se asegure durante un período de recuperación temporal; o
- La fecha de su muerte.

Conversión

Cuando finalice su seguro SLTD, puede comprar un seguro de conversión SLTD si cumple con todos estos criterios:

- Su seguro termina por una razón que no sea:
 - Terminación o modificación de la póliza colectiva;
 - Su mora en el pago de una prima requerida;
 - Su jubilación.
- Estuvo asegurado bajo el plan de seguro por incapacidad a largo plazo de su empleador durante al menos un año a partir de la fecha en que finalizó su seguro.
- No está discapacitado en la fecha de finalización de su

seguro.

- Usted es ciudadano o residente de los Estados Unidos o Canadá.
- Usted solicita por escrito y paga la primera prima por seguro de conversión SLTD dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su seguro.

Si tiene preguntas sobre la conversión de su política de SLTD, llame a La Standard al 800.378.4668.

Tendrá que mencionar el número de grupo del estado de Carolina del Sur, 621144.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de una guerra o cualquier acto de guerra no están cubiertas.
- Las lesiones intencionales auto infligidas no están cubiertas.
- Los beneficios no se pagan cuando usted no está bajo el cuidado permanente de un médico de la especialidad respectiva.
- Los beneficios no son pagables en cualquier periodo cuando no esté participando de buena fe, en un concurso de tratamiento médico, entrenamiento vocacional, o educación aprobada por La Standard, a menos que la discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no son pagaderos por ningún periodo de discapacidad cuando usted esté confinado por alguna razón en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no son pagados después de haber sido incapacitado según los términos del plan SLTD por 24 meses durante toda su vida, excluyendo el beneficio de periodo de espera en virtud de una discapacidad causada o aportada por:
 - Un desorden mental, a menos que se trate de confinamiento continuo en un hospital debido a un desorden mental al final de los 24 meses.
 - El consumo de alcohol, alcoholismo, el uso de cualquier droga ilícita, incluyendo alucinógenos o cualquier droga adictiva;
 - Dolor crónico, musculo esquelético o afecciones del tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o condiciones relacionadas; o
 - Sensibilidades químicas y ambientales.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, después del periodo de espera de beneficios, los beneficios de SLTD no se pagarán por ningún periodo de discapacidad cuando usted puede trabajar en su propia ocupación y puede ganar al menos 20 por ciento del salario que ganaba antes de la discapacidad, ajustado por inflación, pero usted elige no trabajar. Después de este tiempo, no se pagarán beneficios de SLTD por ningún periodo de discapacidad cuando usted esté en capacidad de trabajar en cualquier ocupación y pueda ganar al menos el 20 por ciento de sus ganancias antes de la discapacidad, ajustadas a la inflación, pero usted elige no trabajar.
- En general, los beneficios no se pagan por ningún periodo de discapacidad cuando no recibe beneficios por discapacidad bajo el plan BLTD. Sin embargo, esto puede no aplicarse si:
 - Recibe o es elegible para recibir otros ingresos que son deducibles bajo el plan BLTD y la cantidad de ese ingreso iguala o excede la cantidad de los beneficios que de otra manera le serían pagaderos a usted bajo ese plan;
 - Beneficios que de otro modo serían pagaderos para usted en virtud del plan BLTD se están utilizando para reembolsar un pago en exceso de cualquier reclamo, o;
 - Usted no estaba asegurado bajo el plan BLTD cuando quedó discapacitado.
- Mientras viva fuera de los Estados Unidos o Canadá,

el pago de los beneficios está limitado a 12 meses por cada período de incapacidad continua.

Apelaciones

Si La Standard niega su reclamo de beneficios suplementarios de discapacidad a largo plazo, usted puede apelar la decisión mediante notificación por escrito dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de rechazo. Envía la apelación a:

Compañía de Seguros Standard
P.O. Box 2800
Portland, OR 97208

Si La Standard mantiene su decisión, el reclamo recibirá una revisión independiente por parte de la Unidad de Revisión Administrativa de La Standard.

Debido a que la discapacidad suplementaria a largo plazo está totalmente asegurada por La Standard, usted no puede apelar las decisiones de SLTD a PEBA.



MoneyPlus

Ventajas de MoneyPlus

MoneyPlus le permite ahorrar dinero en costos médicos y de dependiente elegibles. Con MoneyPlus usted elige contribuir a un monto anual de su salario, y éste se deduce de su salario antes de impuestos.

Usted puede usar estos fondos para pagar los gastos médicos elegibles para usted o su dependiente. A medida que usted incurre en gastos durante el año del plan, usted solicita el reembolso. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. Puede conocer más información

Cómo se puede ahorrar dinero con MoneyPlus

Con MoneyPlus usted se beneficia de tener menos ingresos imponibles en cada uno de sus sueldos, lo cual significa más ingresos que puede usar para gastos médicos suyos o de un dependiente. El ejemplo de ahorro mensual en esta página muestra cómo pagar los gastos elegibles con una deducción de nómina antes de impuestos puede aumentar sus ingresos gastables. Este escenario es para una persona soltera con dos dependientes inscritos en el Plan Estándar y que también es miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur o SCRS.

	Sin MoneyPlus	Con MoneyPlus	Ventajas de MoneyPlus
Pago mensual bruto⁶	\$3.750,00	\$3.750,00	
Contribución estatal de jubilación (9%)	-\$337,50	-\$337,50.00	
Cuota de la Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes	-\$0,00	-\$2,32	
Cuota de la Cuenta de Gastos Médicos	-\$0,00	-\$2,32	
Deducciones de nómina antes de impuestos de MoneyPlus	-\$0,00	-\$400,00	
Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependiente			
Cuenta de Gastos Médicos	-\$0,00	-\$56,00	
Primas de salud y dentales	-\$0,00	-\$157,58	
<i>Nivel de cobertura de empleados/hijos</i>			
Ingresos Brutos Gravables	\$3.412,50	\$2.794,28	\$618,22
Impuestos estimados de nómina (27%)⁷	-\$921,38	-\$754,46	\$166,92
Gastos			
Gastos de cuidado de dependientes	-\$400,00	-\$0,00	
Gastos médicos	-\$56,00	-\$0,00	
Primas de salud y dentales	-\$157,58	-\$0,00	
<i>Nivel de cobertura de empleados/hijos</i>			
Pago para llevar a casa	\$1.877,54	\$2.039,82	\$162,28
Pago adicional para llevar a casa con MoneyPlus (4.33% de incremento)			\$1.947,36

⁶ Asume un salario anual de \$45.000

⁷ Incluye los impuestos estatales y federales; casados, declarando conjuntamente.

Gastos administrativos de MoneyPlus

Las cuentas de MoneyPlus tienen un cargo administrativo, que se establece para tener un impacto mínimo en relación con los ahorros en impuestos que proporcionan las cuentas. Usted pagará un costo administrativo por cada cuenta en la que se inscriba. Debido a que MoneyPlus se rige por el Código de Rentas Internas, existen requisitos y restricciones del Servicio de Rentas Internas (IRS) para los participantes del programa.

Cuota administrativa mensual	
Cuenta de Gastos Médicos	\$2.32
Cuenta de Ahorros para la Salud	\$1.00
Cuenta de gastos médicos	\$2.32
Cuenta de Gastos Médicos de uso Limitado	\$2.32
Central Bank (HSA)	
Cuota de mantenimiento (saldos inferiores a \$2.500)	\$1.25
Declaraciones en papel	\$3.00

La característica de prima de póliza colectiva antes de impuestos, le permite pagar sus primas con el dinero antes de impuestos. No tiene ningún costo participar en las características de la Prima de Póliza Colectiva Antes de Impuestos.

Recursos para miembros

Sitio web de ASIFlex

El sitio de internet, www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, le permite:

- Revisar su cuenta y estado de cuenta en línea, información de reclamaciones y transacciones de tarjeta;
- Presentación de reclamaciones;
- Configuración de depósito directo;
- Configurar las notificaciones por correo electrónico y/o de mensaje de texto para su cuenta;
- Obtener información sobre los beneficios fiscales específicos disponibles para usted; y
- Tener acceso a recursos incluyendo gastos elegibles, descripciones de programa,

información de tarjeta débito, reclamaciones en línea y formularios administrativos y una herramienta calculadora de gastos y ahorro de costos.

Aplicación móvil ASIFlex

La aplicación móvil ASIFlex permite que los participantes presenten reclamaciones y ven sus cuentas de MoneyPlus desde su teléfono o tableta. La opción de presentación de reclamación le permite capturar documentación usando la cámara del dispositivo móvil y entregar esa documentación con su reclamación. La aplicación móvil también le permite usar la opción de micrófono para presentar una reclamación. Esto significa que puede elegir hablar en lugar de escribir parte de la información de la reclamación. Además de presentar reclamaciones, usted puede ver su monto de elección anual, el saldo de la cuenta, contribuciones, reembolsos y reclamaciones anteriores ya presentadas. La aplicación es gratuita y está disponible en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o por medio de Google Play o App Store.

Responsabilidades para usar una cuenta

Cuando se inscribe en cualquier cuenta de gastos de MoneyPlus, usted certifica en el formulario que:

- Pedirá y mantendrá copias de la documentación que va a necesitar para sus reclamaciones de reembolso, incluyendo declaraciones detalladas de servicio y explicación de beneficios del plan de seguro (EOB);
- Use la cuenta solo para pagar sus gastos calificados para IRS para usted y sus dependientes elegibles para IRS;
- Primero usará todas las otras fuentes de reembolso, incluidas las provistas por su plan o planes de seguro, antes de solicitar el reembolso de su cuenta de gastos; y
- No buscará reembolso a través de ninguna fuente adicional después de buscarlo en su cuenta.

Crédito fiscal de ingresos ganados

Las contribuciones hechas antes de impuestos a una Cuenta de Gastos de Cuidados de Dependiente o una Cuenta de Gastos Médicos reducen su ingreso devengado gravable. Cuanto menor sea su ingreso ganado, mayor será el crédito tributario por ingreso del trabajo. Consulte la *Publicación 596 del IRS* o hable con un profesional de impuestos para obtener más información.

Normas del IRS para las cuentas de gastos

- Usted puede inscribirse cada año durante la inscripción abierta para hacer una nueva elección; las elecciones no se renuevan automáticamente, a menos que usted esté inscrito en un HSA.
- Usted puede cambiar su elección si experimenta un evento de cambio de estatus que lo califique como se establece en el plan.
- Para participar, usted no tiene que estar inscrito en planes médicos, dentales o de visión de PEBA. Por ejemplo, usted puede tener seguro por medio del empleador de un cónyuge, y aun así inscribirse para cuentas de gastos por medio de PEBA (sujeto a los límites del plan y del IRS).
- Usted tiene acceso a todo su monto de elección para MSA en enero 1. Por tal razón, se le puede reembolsar hasta este monto, deduciendo los reembolsos
- previos en cualquier momento durante el año sin importar su saldo.
- Usted no puede pagar ninguna prima de seguro a través de ningún tipo de cuenta de gasto flexible. Estas cuentas son independientes de la opción de prima de seguro colectivo antes de impuestos.
- Usted no puede pagar un gasto de cuidado de dependientes de su cuenta de gastos médicos, o un gasto médico (MSA)

- La MSA incluye una provisión que pasa el saldo. Usted puede extender hasta \$500 de fondos sin usar a su Cuenta de Gastos Médicos del nuevo año.
- El DCSA incluye un periodo de gracia. Esto significa que usted puede continuar gastando los fondos de 2019 hasta marzo 15 de 2020. Los gastos en que incurra desde enero 1 de 2019 hasta marzo 15 de 2010, se pueden considerar para reembolso de su cuenta del año 2019.
- Es posible que no se le reembolse a través de sus cuentas MoneyPlus los gastos pagados por el seguro o por cualquier otra fuente.
- No puede deducir los gastos reembolsados de su impuesto sobre la renta.
- Usted solo puede recibir el reembolso de servicios recibidos. No se le pueden reembolsar servicios futuros, ni tampoco puede hacer un pago anticipado para un servicio futuro.

Características de prima del Seguro Colectivo antes de impuestos

La característica de prima de póliza colectiva antes de impuestos le permite pagar las primas de su plan estatal de salud, con dinero de su nómina de pago antes de retener los impuestos. También puede usar sus ingresos antes de impuestos para pagar sus primas para el plan dental estatal, Dental Plus, plan estatal de salud visual, seguro de vida opcional para cobertura de hasta \$ 50.000 y el Plan complementario TRICARE.

Elegibilidad e inscripción

Todas las personas que pagan primas de salud, dental, de salud visual, seguro de vida opcional o de plan complementario TRICARE se inscriben automáticamente en la opción de prima de seguro colectivo antes de impuestos. Sin embargo, usted puede rechazarla en su inscripción inicial.

Si usted rechaza esta opción, puede inscribirse en ella durante la inscripción abierta, que tiene lugar en octubre, o dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. Para

esto, mire la opción Realizar cambios a su cobertura de MoneyPlus, en la página 157. Para conocer situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 24.

Cuenta de Gastos Médicos

Una cuenta de gastos médicos (MSA) le permite pagar los gastos médicos elegibles que no están cubiertos por el seguro, incluidos los copagos y coaseguros, con ingresos antes de impuestos. Los MSAs ofrecen la tarjeta ASIFlex, que funciona como una tarjeta de débito. Usted puede usar esta tarjeta para gastar los fondos como alternativa a la presentación de reclamos de reembolso. Usted puede extender al año siguiente hasta \$500 de los fondos puestos en su cuenta de gastos médicos (MSA) que no haya usado durante el año del plan.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para los beneficios del seguro colectivo estatal para participar en un MSA. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguro para participar, ni tiene que inscribirse en la opción de prima de seguro colectivo antes de impuestos. Se anima a los miembros inscritos en el plan estándar a participar en una cuenta de gastos médicos.

Inscripción

Puede inscribirse en un MSA dentro de los 31 siguientes a la fecha de su contratación a través de su empleador. Si no se inscribe, entonces puede inscribirse durante el próximo período de inscripción abierta en octubre por medio de MyBenefits en Mybenefits.sc.gov.

También puede inscribirse o realizar cambios en esta cuenta dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. Para esto, mire la opción Realizar cambios a su cobertura de MoneyPlus, en la página 157. Para conocer situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 24.

Usted tendrá que volver a inscribirse todos los años

durante el período de inscripción abierta para continuar su cuenta el año siguiente.

Cómo decidir cuánto apartar

Calcule la cantidad que usted y su familia gastarán en atención médica de rutina, recurrente y predecible durante todo el año. Usted puede extender hasta \$500 de fondos de cada año al plan del año siguiente. Tiene hasta el 31 de marzo de 2021 para presentar reclamaciones de reembolso y entregar la documentación de los gastos elegibles en los que haya incurrido durante el año 2020.

El monto anual que elija contribuir a su cuenta se dividirá en primas iguales y se deducirá de cada cheque de pago antes de impuestos.

Una vez que se registre en un MSA y decida cuánto aportar, el monto total estará disponible el 1 de enero. No tiene que esperar que los fondos se acumulen en su cuenta antes de que se le reembolsen los gastos médicos elegibles.

Límites de contribuciones

El límite de contribución para el año 2019 es de \$2.700. Si está casado y su cónyuge es elegible para la cobertura patrocinada por PEBA como empleado, cada uno de ustedes puede hacer contribuciones de hasta \$ 2.700 por año. Los límites de contribución para 2019 serán publicados por el IRS en una fecha posterior. Los límites se pueden encontrar en

www.peba.sc.gov/moneyplus.html.

Personas que pueden tener cobertura de una MSA

Un MSA puede usarse para reembolsar gastos elegibles por:

- Usted mismo;
- Su cónyuge (incluso si tiene un MSA independiente);
- Su hijo calificado; y
- Su pariente calificado.

Una persona es un hijo calificado si no es el hijo calificado de otra persona, aunque un hijo elegible de padres

divorciados se trata como dependiente de ambos, por lo que cualquiera o ambos padres pueden establecer una MSA. Además, un hijo califica si:

- No ha cumplido los 27 años de edad durante el año contributivo (si un niño calificado es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo, no hay requisito de edad);
- Tiene una relación específica de tipo familiar con usted: hijo/hija, hijastro/hijastra, hijo de crianza elegible, hijo adoptado legalmente o colocado para adopción legal; y
- Es ciudadano de los Estados Unidos, nacional presidente de los EE. UU., México o Canadá.

Un individuo es pariente calificado si es ciudadano de los EE. UU., nacional de los EE. UU o residente en los EE. UU., México o Canadá y:

- Tiene una relación específica de tipo familiar con usted, no es hijo calificado de otra persona, y recibe más de la mitad de apoyo de su parte durante el año fiscal; o
- Si no existe una relación específica de tipo familiar con usted, es miembro de y vive en su hogar (sin violar las leyes locales) durante todo el año fiscal y recibe más de la mitad de apoyo de parte suya durante el año fiscal.

Para más información, comuníquese con su empleador o asesor de impuestos. También puede comunicarse con el IRS en www.irs.gov o marcando 800.829.1040, o ver las publicaciones 501 y 502 del IRS.

Gastos elegibles

Los gastos elegibles para el reembolso incluyen sus copagos, deducibles y coaseguros. También puede usar su MSA para pagar:

- Exámenes de bienestar de adultos;
- Salud visual incluyendo anteojos/lentes de sol

de prescripción, lentes de contacto, soluciones de limpieza, gotas para los ojos para quienes usan lentes de contacto, lentes de lectura de venta libre, cirugía de corrección visual;

- Gastos dentales del bolsillo, tales como deducibles o coaseguros, incluyendo obturaciones, coronas, puentes, dentaduras y adhesivos, guardas oclusales, implantes y ortodoncias;
- Exámenes de audición, audífonos y baterías;
- Gastos de millaje incurridos en desplazamientos para recibir atención médica (sujeto a límite de IRS);
- Artículos de cuidado médico de venta libre, tales como Band-Aids, anticonceptivos, kits de embarazo y fertilidad, vitaminas prenatales, bombas de lactancia, bloqueadores solares y humectante para labios (15 SPF y de amplio espectro), suministros/kits de primeros auxilios, tirantes y cabestrillos de articulaciones, monitores de presión arterial, suministros para diabéticos, termómetros, bastones, muletas, cajas o cortadores para píldoras, y miles de otros artículos;
- Medicinas o drogas de venta libre si son prescritas por un médico (analgésicos, medicinas para alergia, medicinas para resfriado/tos/influenza, ayudas estomacales/digestivas, etc.) y
- Cualquier otro gasto médico del bolsillo deducible bajo las leyes fiscales vigentes, incluido el desplazamiento hacia y desde las instalaciones médicas (sujeto a los límites del IRS).

Gastos no elegibles

- Primas de seguro;
- Garantías de visión y contratos de servicio;
- Gastos por un servicio que no se ha proporcionado o para cálculos de pre tratamiento;
- Gastos para buena salud y bienestar en general;

- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente.;
- Tarifas de membresía a club de salud o de estado físico; y
- Cirugía cosmética, tratamientos o medicinas no considerados médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una condición médica;

Usando sus fondos MSA

Usted tiene muchas formas de acceder a sus fondos MSA. Puede usar una tarjeta de débito especial pagar los gastos directamente, conocida como tarjeta ASIFlex, o puede hacer que le reembolsen los gastos mediante el depósito directo presentando una reclamación en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, o por medio de la para aplicación móvil ASIFLlex, por llamada a la línea gratuita o por correo postal.

Tarjeta ASIFlex

La tarjeta ASIFlex, una tarjeta de débito emitida sin cargo para todos los participantes de MSA, se puede usar para pagar los gastos médicos elegibles sin seguro para usted y sus familiares cubiertos. Al suscribirse a una MSA, recibirá dos tarjetas para que pueda darle una a su cónyuge o hijo.

Cómo activar su tarjeta

Para activar su Tarjeta ASIFlex y poder comenzar a usarla, llame gratuitamente al número en la etiqueta de la tarjeta. Puede programar un PIN que sólo lo debe conocer usted.

Cómo usar su tarjeta

Usted puede iniciar sesión para transacciones de crédito o ingresar su PIN para transacciones de débito.

La tarjeta es una tarjeta de uso limitado y se puede usar en proveedores de atención médica y comerciantes que acepten VISA®. También se puede usar con comerciantes minoristas que usen el sistema de aprobación de información de inventario, conocido en inglés como IIAS, e identifiquen qué productos son elegibles para MSA: Para encontrar una lista vigente de comerciantes de IIAS disponibles ingrese a

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

El uso de la tarjeta no es sin papel. Cada vez que pase la tarjeta, pídale al proveedor una declaración especificada del servicio que incluya el nombre del proveedor, el nombre del paciente, la fecha del servicio, la descripción del servicio y la cantidad en dólares. ASIFlex automáticamente aceptará y procesará la mayor cantidad de transacciones posibles, sin embargo, las regulaciones del IRS exigen que usted proporcione documentación de respaldo para soportar ciertas transacciones.

Usted puede solicitar la documentación y mantener la copia en papel; o simplemente tomar una fotografía del documento y almacenarla en la galería de su dispositivo. Para más información, consulte sección del autovalidación de transacciones a continuación.

Documentación de transacciones con la tarjeta ASIFlex

Según el IRS, no es necesario presentar documentación para:

- Copagos conocidos por servicios provistos a través del Plan Estatal de Salud en el que usted está inscrito;
- Recetas elegibles compradas a través de pedido por correo de su plan de salud;
- Gastos recurrentes en el mismo proveedor por la misma cantidad en dólares (como pagos mensuales de ortodoncia); o
- Artículos de salud de venta libre aprobados por el IRS.

Autovalidación de transacciones

Para otros gastos de atención médica, se necesita documentación. ASIFlex recibirá datos de reclamaciones de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur y EyeMed. ASIFlex auto-validará las transacciones con tarjeta de crédito que pueda conciliar con reclamaciones recibidas de otros proveedores. Si ASIFlex no puede validar una reclamación, usted tendrá que presentar documentación de la transacción.

Las solicitudes de documentación se envían por correo

electrónico y se añaden en línea a su cuenta. Usted cuenta con 52 días para responder o su tarjeta será desactivada.

- Aviso inicial, que se envía aproximadamente 10 días después de que ASIFlex recibe el aviso de transacción.
- Aviso de recordación, que se envía 21 días después del aviso inicial.
- Aviso de desactivación, que se envía 21 días después del aviso de recordación y las futuras presentaciones de reclamación se compensan con el monto pendiente.

Cuando la documentación se entregue, su tarjeta se reintegrará de inmediato. Cualquier valor del año del plan que no esté documentado antes del 31 de marzo de 2021, no cumplirá con los lineamientos del IRS y se gravará como ingreso.

Usted debe conservar todos los documentos que respalden sus reclamaciones durante al menos un año y presentarlos a ASIFlex cuando así se le solicite.

Tarjetas perdidas

Si pierde o le hurtan su tarjeta ASIFlex, llame de inmediato a ASIFlex al 833.726.7587.

Solicitando el reembolso de gastos elegibles

Antes de presentar reclamaciones de reembolso, primero debe presentar reclamaciones de seguro por los beneficios que ha recibido. Los gastos directos que queden después de eso, se pueden enviar a ASIFlex para reembolso de su MSA. El cheque mínimo de reembolso es de \$25, excepto por el último reembolso que lleve el saldo de su cuenta a cero. Asegúrese de inscribirse para depósito directo porque no hay mínimo para transacciones electrónicas.

Si no usa su tarjeta ASIFlex, puede enviar un *Formulario de Reclamación MoneyPlus* en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o por medio de la aplicación móvil ASIFlex. Usted también puede entregar un formulario de reclamo en papel, junto

con una copia de su documentación de gastos o la explicación de beneficios. Usted también debe tener en cuenta las fechas límites descritas en la sección de restricciones del en la página 145.

Al recopilar documentación, tenga en cuenta estos requisitos:

- La documentación puede ser una factura de su proveedor de atención médica que indique la fecha del servicio, el costo del servicio, el tipo de servicio, el proveedor del servicio y la persona para la cual se prestó el servicio. Nota: los recibos de copago deben mostrar una descripción como "copago de visita a consultorio".
- La documentación también puede ser una Explicación de Beneficios de su plan de seguros mostrando el pago del plan de seguros y la cantidad que debe pagar
- Para productos de venta libre para el cuidado de la salud, proporcione un recibo del comerciante con la descripción de los artículos.
- Para medicinas de venta libre o medicamentos, obtenga la prescripción de un médico y entregue el recibo del comerciante con la descripción de los artículos.
- Para prescripciones, entregue recibos de farmacia que muestren el número de la prescripción y el nombre del medicamento. Usted también puede solicitar una impresión de la farmacia que describa sus prescripciones; de lo contrario obtenga esta información del sitio de internet de la farmacia. Para prescripciones de orden por correo, solo provea el recibo de orden de correo con la descripción de cada artículo.
- En algunas circunstancias, es posible que se necesite una declaración por escrito de su proveedor de atención médica indicando que el servicio era médicamente necesario. Puede encontrar una carta de muestra de Medical Necessity en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus bajo la pestaña de recursos.

ASIFlex procesará su reclamo dentro de los tres días hábiles posteriores a su recepción. Su reembolso puede

depositarse directamente a su cuenta bancaria en el plazo de un día de procesamiento de sus reclamaciones. Este servicio no tiene un cargo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para establecer un depósito directo, inicie sesión a su cuenta en línea y actualice sus parámetros de cuenta personal. También debería inscribirse para recibir alertas por correo electrónico y/o mensaje de texto.

Comparación el MSA con los gastos de reclamo en el *Formulario 1040 del IRS*

Usted puede reclamar gastos médicos y dentales detallados en su *Formulario 1040 del IRS* si éstos exceden el 10 por ciento de su ingreso bruto ajustado. Si presenta una declaración conjunta de impuestos, su ingreso bruto ajustado incluye tanto su ingreso como el de su cónyuge. El MSA libre de impuestos le brinda una forma alternativa de ahorrar impuestos en sus gastos médicos directos no asegurados.

Por ejemplo, si su ingreso bruto ajustado es de \$45.000, el IRS solo le permitirá deducir gastos detallados que excedan \$4.500, o el 10 por ciento de su ingreso bruto ajustado. Pero si tiene \$2.000 en gastos médicos elegibles, MoneyPlus MSA le ahorraría \$656 en sus gastos médicos en impuestos federales a la renta (15 por ciento), impuestos estatales de Carolina del Sur (7 por ciento) e impuestos de Seguridad Social (7,65 por ciento).

Para obtener más información sobre el crédito fiscal, consulte *IRS Publicación 502* o use los servicios de un profesional de impuestos.

¿Qué sucede con su MSA cuando deja su trabajo?

Cuando usted tiene un MSA y deja su empleo, usted puede ser elegible para continuar aportando a su MSA hasta el fin del año del plan.

La cobertura de COBRA consistirá en la cantidad

que tenga en su MSA en el momento del evento calificado, más las contribuciones adicionales hasta la cantidad anual que eligió para contribuir. Usted debe pagar 102 por ciento de su costo normal, que es su monto de contribución más el costo administrativo de \$2.32 para cobertura COBRA. Si tiene fondos disponibles al final del año del plan, hasta \$500 serán conservados y quedarán disponibles para usted hasta el final de su periodo de cobertura COBRA. ASIFlex lo contactará respecto a la continuación de la cobertura.

Si usted no continúa su MSA como lo permite COBRA, tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra primero, para presentar los gastos elegibles de MSA incurridos antes de que usted dejara el empleo. No se le devolverán los fondos que aún estén en su cuenta.

La Ley de Licencia Médica o Familiar (FMLA) puede afectar sus derechos para continuar con la cobertura mientras está ausente. Póngase en contacto con su empleador para obtener más información.

¿Qué sucede con su MSA después de morir?

Su MSA finaliza en la fecha en que muere y el saldo no se reembolsa a los sobrevivientes. Un dependiente o beneficiario calificado por el IRS puede continuar una MSA hasta el final del año del plan bajo COBRA. Para más información contacte a ASIFlex. Si el MSA no se continúa a través de COBRA, el beneficiario tiene 90 días a partir de la fecha de su fallecimiento o el final del periodo de expiración, lo que suceda primero, para presentar reclamaciones por gastos elegibles incurridos hasta la fecha de su fallecimiento.

La muerte de un cónyuge o hijo crea un cambio de estado. En ese momento usted puede detener, iniciar o cambiar la cantidad contribuida a su MSA. Usted cuenta con 31 días desde la fecha de fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 157 para conocer

información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de Gastos de Atención Médica de Dependiente

Una cuenta de gastos de atención médica de dependiente, o DCSA le permite pagar los gastos de cuidado de dependientes relacionados con trabajo con ingresos antes de impuestos. Esta cuenta es solo para pagar los costos de guardería para niños y adultos, y no se puede usar para pagar la atención médica dependiente. Los fondos solo se pueden usar para gastos realizados durante el año del plan de 2019. Si le queda dinero en su cuenta a diciembre 31, tiene hasta el 15 de marzo de 2020, para gastar los fondos depositados durante el año 2019. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2020 para solicitar el reembolso de sus fondos de 2019 por gastos en que haya incurrido en o antes de marzo 15 de 2020.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para beneficios del seguro colectivo estatal para participar en un DCSA. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguro para participar, ni tiene que inscribirse en la opción de prima de seguro colectivo antes de impuestos.

Inscripción

Puede inscribirse en un DCSA dentro de los 31 siguientes a la fecha de su contratación a través de su empleador. Si no se inscribe, entonces puede inscribirse durante el próximo período de inscripción abierta en octubre por medio de MyBenefits en Mybenefits.sc.gov.

También puede inscribirse o realizar cambios en esta cuenta dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. Para esto, mire la opción Realizar cambios a su cobertura de MoneyPlus, en la página 157. Para conocer situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 24.

Usted tendrá que volver a inscribirse todos los años

durante el período de inscripción abierta para continuar su cuenta el año siguiente.

Decidiendo cuánto apartar

Calcule el monto que gastará en cuidado de dependientes durante todo el año. Tenga en cuenta las vacaciones y el tiempo de vacaciones cuando es posible que no tenga que pagar por la atención de los dependientes. El monto anual que elija contribuir a su cuenta se dividirá en primas iguales y se deducirá de cada cheque de pago antes de impuestos.

El IRS no permitirá que quede dinero todavía en su cuenta después de que haya reclamado todos sus gastos al final del año para que se le devuelvan o se transfieran al siguiente año del plan. Si le queda dinero en su cuenta a diciembre 31, tiene hasta el 15 de marzo de 2021, para gastar los fondos depositados durante el año 2019. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2021 para solicitar el reembolso de los gastos incurridos en o antes de marzo 15 de 2021.

Cuando se haya inscrito para un DCSA y decida cuánto contribuir, debe esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta antes de ser reembolsados por gastos elegibles.

Límites de contribuciones

El límite de contribución para un DCSA se basa en su estado de declaración de impuestos. A continuación, se muestran los límites de 2019. Los límites de contribución para 2020 serán publicados por el IRS en una fecha posterior. Los límites se pueden encontrar en www.peba.sc.gov/moneyplus.html.

- Casado, presentando por separado: \$2.500
- Soltero, cabeza de familia: \$5.000
- Casado, presentando conjuntamente: \$5.000

Si usted o su cónyuge ganan menos de \$5.000 al año, su máximo es igual al menor de los dos ingresos.

En 2020, la DCSA tiene un tope de \$1.700 para

empleados altamente compensados. El salario de 2019 utilizado para definir a los empleados altamente remunerados para 2019 fue de \$120.000 o más. El IRS estableció el salario para 2020 en \$125.000 o mayor en 2019. El límite está sujeto a ajustes durante el año si la evaluación DCSA de PEBA no cumple con la prueba de beneficio promedio federal. La prueba está diseñada para garantizar que los empleados altamente compensados no reciban un beneficio que no guarde proporción con el beneficio recibido por otros empleados.

Para más información, hable con un profesional de impuestos, o póngase en contacto con el IRS en www.irs.gov o 800.829.1040.

Personas que pueden tener cobertura de un DCSA

Sus gastos de atención médica de hijo y dependiente deben ser para la atención de una o más personas que califiquen. Una persona que califica es:

1. Su hijo que califique, que es su dependiente y era menor de 13 años cuando se prestó el cuidado;
2. Su cónyuge que no podía física ni mentalmente cuidar de sí mismo y vivió con usted por más de medio año; o
3. Una persona que no puede física ni mentalmente cuidar de sí misma, vivió con usted por más de medio año, y tampoco:
 - a. Fue su dependiente; o
 - b. Habría sido su dependiente excepto que:
 - i. Haya recibido ingresos brutos de \$4.050 o más;
 - ii. Presentó una devolución conjunta; o
 - iii. Usted o su cónyuge, si están presentando conjuntamente, podrían ser presentados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.

Gastos elegibles

Generalmente, los costos de cuidado de niños, adultos y ancianos que le permiten a usted y a su cónyuge trabajar o buscar trabajo activamente son elegibles para reembolso. Si está casado, su cónyuge debe trabajar, ser un estudiante de tiempo completo o ser mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo. Algunos ejemplos son:

- Tarifas de guardería;
- Tarifas locales de refugio diurno;
- Cuidado antes o después la escuela;
- Preescolar o guardería; and
- Primas de cuidado de niños en el hogar mientras usted y su cónyuge trabajan. Usted, su cónyuge u otro dependiente de impuestos no pueden proporcionar la atención.

Gastos no elegibles

- Pagos de manutención de niños o cuidado de niños si usted es padre sin custodia.
- Pagos por servicios de cuidado de dependientes provistos por su dependiente, dependiente de su cónyuge o su hijo menor de 19 años.
- Costos de atención médica o educación.
- Campamento por noches.
- Cuidado durante la noche para sus dependientes, a menos que le permita a usted y a su cónyuge trabajar durante ese tiempo.
- Honorarios de hogar de ancianos.
- Servicios de pañales.
- Libros y suministros.
- Tarifas de actividades.
- Matrícula de kindergarten o superior.

Solicitando el reembolso de gastos elegibles

Cuando usted tiene un gasto de atención de dependiente, usted solicita reembolso de su cuenta en línea en www.ASIFlex.com/ [SCMoneyPlus](http://SCMoneyPlus.com). También necesitará entregar documentación de sus gastos. En

línea también encontrará un formulario de reclamación en papel.

Su reclamación y la documentación de gastos deben mostrar lo siguiente:

- Las fechas en que su dependiente recibió el cuidado, no la fecha en que pagó por el servicio;
- El nombre y la dirección de la instalación; y
- El nombre, la dirección y la firma del individuo que brindó la atención a dependientes.

Esta información es requerida con cada solicitud de reembolso. El formulario de reclamo puede servir como documentación si incluye la firma del proveedor. Aunque el formulario no solicita el Número de Identificación Fiscal o el Número de Seguro Social del proveedor, debe estar preparado para proporcionarlo al IRS si se lo solicita.

ASIFlex procesará su reclamo dentro de los tres días hábiles posteriores a su recepción. Su reembolso puede depositarse directamente a su cuenta bancaria en el plazo de un día de procesamiento de sus reclamaciones. Este servicio no tiene un cargo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para establecer un depósito directo, inicie sesión a su cuenta en línea y actualice sus parámetros de cuenta personal. Usted también debería inscribirse para recibir alertas por correo electrónico y/o mensaje de texto en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

Un gasto aprobado no se reembolsará hasta después de la última fecha del servicio para el que solicita el reembolso. Por ejemplo, si paga a su proveedor de cuidado de dependientes el 1 de octubre para el mes de octubre, puede enviar su solicitud de reembolso para todo el mes. Sin embargo, no se realizará el pago hasta que reciba el último día de atención para octubre.

Un gasto aprobado tampoco se reembolsará hasta que haya fondos suficientes en DCSA para cubrirlo. En su reclamo, usted puede dividir las fechas del servicio en períodos que correspondan con su ciclo de nómina. Esto le permitirá recibir un reembolso por una parte del monto de la documentación cuando haya fondos suficientes en su cuenta.

Reportando su DCSA al IRS

Si participa en una DCSA, deberá adjuntar el *Formulario 2441 del IRS* a su declaración de impuestos a la renta 1040. De lo contrario, es posible que el IRS no permita su exclusión antes de impuestos. Para reclamar la exclusión de ingresos para gastos de cuidado de dependientes en el *Formulario 2441 del IRS*, debe poder enumerar el SSN de cada proveedor dependiente o el Número de Identificación del Empleador (EIN). Si no puede obtener uno de estos números, deberá presentar una declaración por escrito con su *Formulario 2441* explicando la situación y afirmando que hizo un esfuerzo serio para obtener la información.

Comparando el DCSA con el crédito por atención médica de menores y dependientes

Si paga por el cuidado de un dependiente para poder trabajar, es posible que pueda reducir sus impuestos reclamando esos gastos en su declaración de impuestos federales a través del crédito por cuidado de menores y dependientes en lugar de usar un DCSA. Dependiendo de sus circunstancias, participar en una DCSA en base a una reducción salarial puede producir un mayor beneficio tributario. Para obtener más información, consulte la *Publicación 503 del IRS* o hable con un asesor de impuestos calificado.

¿Qué le sucede a su DCSA si deja su trabajo?

Si deja su trabajo de forma permanente o toma un permiso de ausencia no retribuido, no puede continuar contribuyendo con su DCSA. Sin embargo, puede solicitar el reembolso de los gastos elegibles que ocurrieron mientras estuvo empleado hasta agotar su cuenta o el año del plan finaliza.

¿Qué pasa con su DCSA después de morir?

Su DCSA finaliza en la fecha en que muere y no se reembolsa a los sobrevivientes. Los reclamos de DCSA por los gastos que ocurrieron hasta la fecha de fallecimiento pueden presentarse hasta que la cuenta se agote o hasta el final del plan del año.

La muerte de un cónyuge o hijo crea un cambio de estado. En ese momento usted puede detener, iniciar o cambiar la cantidad contribuida a una DCSA. Usted cuenta con 31 días desde la fecha de fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 161 para conocer información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuentas de Ahorros de Salud

Se anima a los miembros inscritos en el plan de ahorro del plan estatal de salud a participar en una cuenta de gastos médicos o HSA. Una HSA es una cuenta libre de impuestos que ofrece varias ventajas para el seguro e incluso la jubilación. Una cuenta HSA es una cuenta favorecida de impuestos que ofrece múltiples ventajas para seguro e incluso jubilación. Usted incluso puede quedarse con su cuenta si deja su empleo. Es por esto que usted puede usar su HSA para ahorrar con el tiempo para gastos médicos futuros, y al hacerlo puede compensar el deducible más alto de su plan de seguro. Obtenga más información sobre el plan de ahorros del plan estatal de salud en la página 46.

También, cuando haya acumulado un saldo de \$1.000 en su HAS, puede invertir los fondos entre múltiples opciones de inversión. Las ganancias de inversión no son gravables mientras los fondos se inviertan en gastos médicos calificados o usted alcance los 65 años (vea la sección Elegibilidad a continuación). Sin embargo, usted no puede invertir tanto que lleve el saldo de su HSA bajo el umbral de elegibilidad de inversión. Conozca más sobre opciones de inversión en

www.peba.sc.gov/moneyplus.html.

Cuando deposita fondos en su HSA a través de la deducción de nómina, el costo anual de \$12, también se deduce.

Elegibilidad

Para ser elegible para una HSA usted debe estar inscrito en el plan de ahorro. No puede estar cubierto por ningún otro plan de salud que no sea un plan de salud de deducible alto, incluido Medicare. Sin embargo, usted todavía puede estar cubierto para lesiones específicas, accidentes, incapacidad, cuidado dental, cuidado de la vista y cuidado a largo plazo. Además, usted no puede ser reclamado como dependiente en la declaración del impuesto sobre la renta de otra persona.

Un MSA, incluso el MSA de un cónyuge, se considera otro plan de salud conforme a las reglamentaciones HSA, y como tal, le impide usar una HSA. Si no tiene fondos en su MSA al 31 de diciembre, puede comenzar a contribuir a una HSA el 1 de enero.

Cuando un suscriptor activo inscrito en el Plan de Ahorros cumple 65 años, siguen siendo elegibles para contribuir a una HSA si retrasa la inscripción en la Parte A de Medicare al retrasar la recepción del Seguro Social. Puede demorar la inscripción en Seguridad Social hasta que cumpla 70 ½. Una vez se inscriba en el Seguro Social y, por lo tanto, en la Parte A de Medicare, ya no puede hacer contribuciones a una HSA. Sin embargo, los fondos que ya están en la HSA se pueden retirar para pagar las primas de Medicare, pero no las primas de Medigap, y también se pueden usar para pagar deducibles y coaseguros.

Inscripción

Usted puede inscribirse, cambiar, o detener contribuciones a una HSA en cualquier momento. No es necesario hacerlo durante la inscripción abierta o una situación especial de elegibilidad. Usted puede inscribirse por medio de su empleador. Una vez se inscriba en una HSA, no necesita volver a inscribirse mientras siga siendo elegible para ella. Los cambios a sus contribuciones son limitados a una vez al mes.

Usted puede establecer un HSA ofrecido por medio de cualquier institución financiera calificada. Si desea contribuir dinero antes de impuestos a través de la deducción de nómina, debe inscribirse en MoneyPlus HSA. Aunque ASIFlex administra las HSA, Central Bank sirve como custodio para las cuentas HSA. Esto significa que usted trabajará directamente con Central Bank, en lugar de ASIFlex, cuando deposite y retire fondos de su cuenta HSA. Para abrir una cuenta HSA con Central Bank, ingrese a www.peba.sc.gov/moneyplus.html y seleccione Abrir Cuenta Bancaria HSA con Central Bank.

La declaración de liberación de Cuenta Custodia HSA y el acuerdo de divulgación de disponibilidad de fondos también están disponibles en www.peba.sc.gov/moneyplus.html.

Límites de contribuciones

El límite de contribución, establecido por el IRS, para una cuenta HSA, se basa en su nivel de cobertura de plan de salud. A continuación, están los límites para 2019.

- Cobertura de soltero: \$3.500
- Cobertura familiar: \$7.100
- Contribuciones de actualización adicionales para un suscriptor de 55 años o más: \$1.000

Cuando usted se inscribe en una cuenta HSA, pueden comenzar a aportar su máximo comenzando el primer día del mes en que entre en vigor, pero solo mientras siga siendo elegible durante los siguientes 12 meses. Usted puede contribuir hasta el máximo en una suma global o en montos iguales, como a través de la deducción de nómina con MoneyPlus.

ASIFlex supervisará sus contribuciones HSA y enviará una alerta a su empleador si está

excediendo su límite de contribución. La mejor manera de evitar problemas es dividir su contribución anual deseada entre la cantidad de pagos de nómina que recibe, o espera recibir a lo largo del resto de año si se inscribe en un plan durante el transcurso del año. Por ejemplo, si tiene cobertura individual, puede contribuir un máximo de \$3.500 para 2020. Si recibe 24 cheques de pago cada año, puede deducir \$145,82 (redondeado hacia abajo) cada período de pago.

Los suscriptores que están en transición de una MSA a una HSA pueden enfrentar una restricción sobre cuándo pueden comenzar a hacer contribuciones de la HSA. Si aún tiene fondos en su MSA en un año determinado, no puede contribuir a la HSA hasta que la MSA ya no esté activa. Su MSA pasará a estar inactiva en abril del siguiente año.

Cuándo están disponibles sus fondos

Cada contribución a su MoneyPlus HSA estará disponible después de que el pago de nómina de su empleador lo reciba y procese ASIFlex, y lo transfiera a Central Bank y sea depositado en su cuenta. Los fondos estarán disponibles en su HAS en Central Bank en un lapso de un día hábil después que ASIFlex reciba el dinero de su empleador.

Usando sus fondos

Después de inscribirse en una HSA, usted recibirá una tarjeta débito MasterCard® de Central Bank para usarla en todos sus gastos médicos calificados. Usted puede reembolsarse a sí mismo con un depósito directo a una cuenta de cheques o de ahorros que elija o por medio de Bill Pay sin ningún cargo adicional. Los cheques se pueden comprar a un costo adicional.

Si usa su tarjeta de débito para una transacción y no tiene suficiente dinero en su cuenta, la transacción no se realizará o podría sobregirar su cuenta.

Central Bank le proporcionará estados de cuenta mensuales.

Usted puede iniciar sesión en su cuenta de Central Bank, para revisar su saldo, realizar contribuciones en línea, revisar estados de cuenta mensuales e informes anuales de impuestos, transferir fondos, configurar su cuenta de inversión HSA y más.

Gastos elegibles y documentación

Puede usar los fondos de su HSA, libres de impuestos, para pagar los gastos médicos elegibles no reembolsados para usted, su cónyuge y sus dependientes de impuestos. Los gastos médicos incluyen los costos de diagnóstico, curación, tratamiento o prevención de defectos físicos o mentales o enfermedades, incluidos los gastos dentales y de la vista. Los fondos de HSA solo se pueden usar libres de impuestos para pagar medicamentos de venta libre si los medicamentos fueron prescritos por un médico.

Conserve recibos de los gastos pagados de su HSA con sus declaraciones de impuestos en caso de que el IRS audite su declaración de impuestos y solicite copias. Usted puede cargar copias escaneadas o imágenes de sus recibos elegibles iniciando sesión en su cuenta de Central Bank.

Si usa los fondos de HSA para gastos no elegibles, estará sujeto a impuestos sobre la cantidad que tomó de su HSA, así como una multa del 20 por ciento si es menor de 65 años.

Invirtiendo en fondos HSA

Sus fondos de HSA se conservarán en una cuenta de cheques que devenga intereses con Central Bank. A medida que crezca la cuenta, puede ser elegible para invertir sus fondos en más de \$ 1.000. A diferencia de los fondos en una cuenta de cheques que devenga intereses, el dinero invertido en un fondo mutuo no es un depósito, no está asegurado por la FDIC, no está asegurado por ninguna agencia federal, no está garantizado y puede disminuir su valor. El riesgo de inversión es la incertidumbre de

cómo se desempeñará determinada inversión. Cuando usted elija invertir sus fondos, el saldo de su cuenta se afecta por ganancias o pérdidas de inversión o como resultado de esas elecciones. Usted asume todos los riesgos de inversión relacionados con su HSA. El cargo mensual es de \$1,50. Conozca más sobre opciones de inversión en www.peba.sc.gov/moneyplus.html.

Reportando su HSA al IRS

Después de fin de año, Central Bank proporcionará información que debe usar al informar sus contribuciones y retiros de HSA cuando presente sus impuestos. Debe guardar documentación, incluidos recibos, facturas y explicaciones de los beneficios del procesador de reclamos de su seguro de salud, en caso de que se le solicite que muestre la prueba al IRS de que los fondos de su HSA se usaron para gastos calificados.

Las contribuciones antes de impuestos aparecerán en su W-2 como contribuciones pagadas por el empleador. Esto se debe a que el dinero se dedujo de su salario antes de que se le aplicaran impuestos. No debe deducir este dinero a su regreso. Solo se pueden deducir las contribuciones después de impuestos. Consulte con un profesional de impuestos para más información.

Si tiene preguntas sobre cómo se informaron sus contribuciones HSA en su W-2, comuníquese con su empleador.

¿Qué pasa con su HSA después de morir?

Si su cónyuge es el beneficiario de su HSA, la cuenta se puede transferir a un HSA a nombre de su cónyuge. Si su beneficiario es otra persona diferente a su cónyuge, la cuenta dejará de ser una HSA a la fecha de su fallecimiento. Si el beneficiario es su patrimonio, el valor justo de mercado de la cuenta en la fecha de la muerte será imponible en su devolución final. Para los beneficiarios que no sean el cónyuge o el patrimonio, el valor justo de mercado de la cuenta es imponible al beneficiario para el año fiscal en el que usted haya muerto.

Para más información, consulte el Acuerdo de Custodia de la Cuentas de Ahorros para la Salud. En www.peba.sc.gov/moneyplus.html hay una copia del acuerdo.

Cerrando su HSA

Si usted ya no es elegible para contribuir a una HSA o quisiera dejar de contribuir, complete un formulario de Noticia de Elección. Si el dinero permanece en la cuenta, puede continuar usándolo para gastos médicos calificados, no reembolsables. Contacte a Central Bank para cerrar su cuenta bancaria HSA.

Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Si está haciendo contribuciones a una HSA, también puede ser elegible para una Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado (MSA). Esta cuenta se puede utilizar para gastos no cubiertos por el Plan de Ahorros. Los gastos elegibles incluyen cuidado dental y de la vista. Salvo por la restricción en qué clase de gastos son reembolsables, un MSA de uso limitado funciona de la misma manera que una Cuenta de Gastos Médicos. Conozca más en la página 146.

Gastos elegibles

Usted puede usar su HSA, pero no su MSA de uso limitado, para deducibles médicos y coaseguros. Usted puede usar su MSA de uso limitado para otros gastos no cubiertos por el Plan de Ahorro, como el de cuidado dental o de visión.

Gastos no elegibles - sólo de uso limitado MSA

- Primas de seguro;
- Garantías de visión y contratos de servicio;

- Gastos por un servicio que no se ha proporcionado o para cálculos de pre tratamiento;
- Gastos para buena salud y bienestar en general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente.;
- Tarifas de membresía del club de salud o de estado físico;
- Cirugía cosmética, tratamientos o medicinas no considerados médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una condición médica;
- Deducibles y coaseguro de plan médico; y
- Productos de cuidado de la salud de venta libre que no son para cuidado dental o visual

Haciendo cambios a su cobertura de MoneyPlus

Usted tiene circunstancias limitadas para comenzar o detener su DCSA, MSA y MSA de uso limitado, o variar los montos que aporta. Cualquier cambio que realice en su DCSA, MSA o MSA de uso limitado debe ser coherente con el evento que inicia el cambio.

Por ejemplo, puede comenzar un DCSA si tiene un bebé o adopta un niño. Es posible que desee disminuir su contribución de MSA si se divorcia y ya no pagará los gastos médicos directos de su ex cónyuge.

Dentro de los 31 días posteriores a uno de los eventos enumerados a continuación, contacte a su empleador si desea hacer cambios.

Cualquier reclamación relacionada que envíe mientras ASIFlex está procesando su cambio de estado, se mantendrá hasta que se complete el procesamiento. Nacimiento, adopción y colocación para adopción entran en vigencia en la fecha del evento. Todos los demás cambios entran en vigencia el primero del mes posterior a

la solicitud.

Algunas situaciones especiales de elegibilidad que pueden permitir cambios a su cuenta de MoneyPlus son:

- Matrimonio o divorcio (no puede hacer cambios porque está en el proceso de divorcio, pero puede hacerlo después de que sea definitivo);
- Nacimiento, colocación para adopción o adopción;
- Colocación para custodia;
- Dependiente pierde elegibilidad;
- Muerte del cónyuge o hijo;
- Obtención o pérdida de empleo;
- Inicio o finalización de licencia no remunerada;
- Cambio de empleo de tiempo completo a tiempo parcial o viceversa; y
- Cambio en el proveedor de guardería.

Cómo afectan los cambios su período de cobertura

Su cuenta de gastos flexibles MoneyPlus está configurada para todo el año calendario, que es su período de cobertura. Si realiza un cambio de elección de mitad de año aprobado y luego deposita más dinero, los gastos que tenía antes del cambio de mitad de año no pueden reembolsarse por más dinero del que tenía en la cuenta en el momento del cambio. Esto no se aplica HSAs.

Apelaciones

Reembolso o reclamación de beneficios

Si su solicitud de reembolso, reclamación de beneficios es denegada en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a apelar la decisión. Las apelaciones se aprueban solo si las circunstancias atenuantes y la documentación de respaldo se encuentran dentro de los reglamentos de su empleador, de su proveedor de seguros y del IRS

que rigen el Plan.

Envíe una solicitud por escrito dentro de los 31 días siguientes a la negación para su revisión a:

Apelaciones ASIFlex

Attn: S.C. MoneyPlus

P.O. Box 6044

Columbia, MO 65205-6044

Guarde copias de los reclamos y recibos para sus registros.

Su apelación debe incluir el *Formulario de Apelaciones* completo que se encuentra en

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus y:

- El nombre de su empleador;
- La fecha de los servicios para los cuales su solicitud fue denegada;
- Una copia de la solicitud denegada;
- Una copia de la carta de rechazo que recibió;
- Por qué cree que su solicitud no debería haber sido denegada; y
- Cualquier documento, información o comentario adicional que crea que pueda influir en su apelación.

Se le notificarán los resultados de esta revisión dentro de los 31 días hábiles posteriores a la recepción de su apelación.

En casos inusuales, como cuando una apelación requiere documentación adicional, la revisión puede llevar más tiempo. Si se aprueba su apelación, se requiere tiempo adicional para modificar sus elecciones de beneficios.

Si aún no está satisfecho después de que se reexamine la decisión, puede solicitarle a PEBA que revise el asunto mediante una solicitud por escrito a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la denegación de su apelación por parte de ASIFlex. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA

Atención: Departamento de Apelaciones de los Seguros
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un prestador de servicios médicos, empleador o su administrador de beneficios no pueden apelar a PEBA en su nombre. Sólo usted, el miembro o su representante autorizado pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un prestador de servicios médicos o un administrador de beneficios no puede ser representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible por procesar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su archivo de reclamación de ASIFlex, tal como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si se solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA complete la revisión de su apelación, usted recibirá una la determinación por escrito y por correo.

Si la negación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.

Inscripción

Usted tiene el derecho de apelar a PEBA las decisiones de inscripción, así como entregar una *Solicitud de Revisión* por medio de su administrador de beneficios. Los administradores de beneficios pueden escribir una carta o usar el formulario de *Solicitud de Revisión*, que se encuentra en www.peba.sc.gov/iforms.html, bajo Otros formularios.

Si por alguna razón se rechaza la solicitud de revisión, usted puede apelar enviando un ***Formulario de Solicitud de Apelación*** a PEBA dentro de los siguientes 90 días de la notificación de la decisión. Incluya una copia del rechazo de su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA
Atención: Departamento de Apelaciones de los Seguros
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un prestador de servicios médicos, empleador o su administrador de beneficios no pueden apelar a PEBA en su nombre. Sólo usted, el miembro o su representante autorizado pueden iniciar una apelación a través de PEBA.

Un prestador de servicios médicos o un administrador de beneficios no puede ser representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible por procesar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su información, tal como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita documentación adicional o si se solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión.

Cuando PEBA complete la revisión de su apelación, usted recibirá una la determinación por escrito y por correo.

Si la negación es confirmada por PEBA, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, y sus enmiendas.

Contactando a ASIFlex

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus

Centro de Atención al Cliente

Lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Sábado, de 10 a.m. a 2 p.m.

833.SCM.PLUS (833.726.7587)

Fax con línea gratuita para reclamaciones 877.879.9038

asi@asiflex.com

Seguro de un grupo de jubilación

¿Es usted elegible para un seguro colectivo de jubilación?

Algunos de los beneficios de seguro que disfruta como empleado activo pueden estar disponibles para usted como jubilado a través de los programas de seguro de grupos patrocinados por PEBA. Este capítulo cubre la elegibilidad del seguro colectivo para jubilados y si su empleador puede pagar una parte de las primas de seguro para jubilados.

La elegibilidad para seguro de grupo de jubilados no es la misma elegibilidad de jubilación.

Un empleado se ha jubilado y estableció una fecha de jubilación para el Plan Estatal de Salud si:

1. Ha terminado todos sus empleos para un empleador participante;
2. Ha terminado todos los empleos cubiertos por el plan de jubilación administrado por PEBA; y
3. Es elegible para recibir un servicio o beneficio de jubilación por discapacidad de un plan de jubilación administrado por PEBA.

Determinar la elegibilidad para seguro de jubilado es complicado y solo PEBA puede tomar esa decisión. Es muy importante contactar a PEBA antes de hacer arreglos finales para la jubilación.

Su elegibilidad para cobertura de seguro colectivo de jubilado y la financiación dependen de diferentes factores, incluyendo la elegibilidad del empleado para un beneficio de jubilación, el crédito de servicio del empleado ganado mientras trabajaba para un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud y la naturaleza de los últimos cinco años de empleo activo con un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud.

El crédito por servicio ganado es tiempo ganado y establecido en uno de los planes definidos de beneficios de jubilación administrados por PEBA; tiempo trabajado mientras participaba en el Programa Estatal Opcional de Jubilación (State ORP, por su sigla en inglés); o el tiempo trabajado para un empleador que participa en el Plan de salud estatal, pero no para los planes de jubilación que PEBA administra. El crédito por servicio ganado no incluye ningún crédito de servicio comprado que no se considere como servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado) o servicio acumulado con un empleador que no participa en el Plan Estatal de Salud.

Si usted es miembro de uno de los planes de jubilación de beneficios definidos administrados por PEBA, su elegibilidad para el seguro de grupo de jubilados dependerá de si ha cumplido con los requisitos legales mínimos para la elegibilidad de jubilaciones establecidas para el plan del que es miembro cuando deja el empleo.

Los planes de beneficios definidos de PEBA incluyen el Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS, por sus siglas en inglés), el Sistema de Jubilación de Oficiales de Policía (PORS; por su sigla en inglés), el Sistema de Jubilación de la Asamblea General (GARS, por su sigla en inglés), y el Sistema de Jubilación de Jueces y Abogados (JSRS, por su sigla en inglés).

PEBA también administra un plan de contribución definido, el Programa estatal de jubilación opcional (ORP estatal). Para los participantes en el ORP estatal y empleados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS).

¿Pagará su empleador parte de su prima de seguro de jubilación?

Como empleado activo, su empleador paga parte del costo de su seguro de salud y dental. Cuando se jubile, varios factores determinan si usted paga todo o parte de sus primas de seguro.

Estos factores incluyen sus años de crédito de servicio ganado, el tipo de empleador del que se jubiló y la fecha en la que lo contrataron para una posición elegible para seguro.

Los empleados de agencias estatales, instituciones de educación superior y distritos escolares públicos que participan en el programa de seguro estatal pueden ser elegibles para una contribución estatal a sus primas de seguro para jubilados en función de cuándo comenzó a trabajar y de la cantidad de años de crédito por servicio ganado.

Las normas de elegibilidad del seguro para jubilados son las mismas para jubilados de empleadores opcionales, que las de jubilados estatales, de educación superior y del distrito escolar público. Sin embargo, la financiación es diferente. Es posible que los empleadores opcionales paguen o no una porción del costo de las primas de seguro de sus jubilados.

Cada empleador opcional desarrolla su propia política para financiar primas de seguro para sus jubilados elegibles. Si usted es un empleado de un empleador opcional, contacte a su oficina de beneficios para obtener información sobre primas de seguro para jubilados.

Jubilación anticipada: Miembros Clase Dos SCRS

Un miembro Clase Dos de SCRS que se jubila bajo la provisión de jubilación anticipada 55/25, y que de otro modo es elegible para financiación para primas de seguro de jubilado del Fondo de Fideicomiso de Seguro para Salud de Jubilados de Carolina del Sur, debe pagar la prima completa (participación del empleado y empleador) hasta que cumpla 60 años o la fecha en que hubiera alcanzado los 28 años de crédito del servicio si no se hubiera jubilado, lo que ocurra primero.

Ciertos funcionarios elegidos

Normas especiales de seguro para jubilados aplican a miembros de la Asamblea General y

miembros de un consejo municipal o de condado que hayan comenzado empleos elegibles para cobertura bajo el Plan Estatal de Salud antes de mayo 2 de 2008. Póngase en contacto con PEBA información detallada.

PEBA es el único que puede confirmar su elegibilidad. La elegibilidad para seguro colectivo de jubilados no es la misma elegibilidad de jubilación. Determinar la elegibilidad para seguro de jubilado es complicado y solo PEBA puede tomar esa decisión. Le animamos a confirmar su elegibilidad antes de jubilarse. La cobertura no continúa automáticamente cuando usted se jubila. Después de confirmar la elegibilidad, usted debe entregar los formularios necesarios para inscribirse en la cobertura de jubilados.

Si planea jubilarse en un plazo de tres a seis meses, envíe a PEBA una solicitud por escrito que incluya su fecha de jubilación anticipada y un formulario de Registro de verificación de empleo completo. Si planea jubilarse dentro de 90 días, complete y envíe a PEBA un formulario de Aviso de Elección para Jubilado y un formulario de Registro de Verificación de Empleo. PEBA le enviará una confirmación por escrito de su elegibilidad. PEBA no confirma la elegibilidad para fechas de jubilación más allá de seis meses. PEBA no puede confirmar por teléfono la elegibilidad para seguro colectivo de jubilados o el financiamiento su prima de su seguro de jubilados.

Elegibilidad, financiamiento de seguro de jubilados

Para miembros que trabajan para una agencia estatal, una institución estatal de educación superior, un distrito escolar público.

Las tablas en la página 169 ilustran los lineamientos de elegibilidad y financiación para seguro colectivo de jubilados. Cuando revise las tablas, tenga lo siguiente en mente:

- Para cobertura de cualquier jubilado, sus últimos cinco años de empleo debió servirlos consecutivamente en un cargo permanente de tiempo completo con un

empleador que participe en el Plan Estatal de Salud.

- Cambiar de empleo podría afectar su elegibilidad para financiación. La información de la página 169 sólo se aplica si su último empleador antes de la jubilación es una agencia estatal, una institución estatal de educación superior, un distrito escolar público u otro empleador que participe en el Fondo de Fideicomiso de Seguros de Salud para Jubilados del estado. Contacte a su empleador si no está seguro si participa en el Fondo de Fideicomiso de Seguros de Salud para Jubilados.
- Para recibir financiación estatal para sus primas, sus últimos cinco años de empleo deben haber sido en servicio con una agencia estatal, institución estatal de educación superior, distrito público escolar u otro empleador que participe en el Fondo de Fideicomiso de Seguros de Salud para Jubilados.
- Si la escuela autónoma para la que usted trabajó no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA y usted cumple con los requisitos de elegibilidad para seguro colectivo de jubilados, la financiación de empleador, si la hay, es a discreción de su escuela autónoma.
- El crédito por servicio ganado es tiempo ganado y establecido en uno de los planes definidos de beneficios de jubilación administrados por PEBA; tiempo trabajado mientras participaba en el Programa Estatal Opcional de Jubilación (State ORP, por su sigla en inglés); o el tiempo trabajado para un empleador que participa en el Plan de salud estatal, pero no para los planes de jubilación que PEBA administra. El crédito por servicio ganado no incluye ningún crédito de servicio comprado que no se considere como servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado) o servicio acumulado con un empleador que no participa en el Plan Estatal de Salud.
- Para los participantes en el ORP estatal y empleados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS).

Empleados contratados en una posición elegible para seguro antes de mayo 2 de 2008

Estado de jubilación	Crédito de servicio ganado con un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud	Responsabilidad de pagar primas
Dejó el empleo después de alcanzar la elegibilidad de servicio o jubilación por discapacidad <i>Obtenga más información acerca de elegibilidad para jubilación, en www.peba.sc.gov.</i>	Cinco años pero menos de 10 años	Usted paga la prima completa (participación del empleado y del empleador)
	10 años o más	Usted sólo paga la parte de prima del empleado
Dejó el empleo antes de alcanzar la elegibilidad para jubilación	Menos de 20 años	Usted no es elegible para cobertura de seguro de jubilados.
	20 años o más	Usted sólo paga la parte de prima del empleado solo en la jubilación.

Empleados contratados en una posición elegible para seguro después de mayo 2 de 2008

Estado de jubilación	Crédito de servicio ganado con un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud	Responsabilidad de pagar primas
Dejó el empleo después de alcanzar la elegibilidad de servicio o jubilación por discapacidad <i>Obtenga más información acerca de elegibilidad para jubilación, en www.peba.sc.gov.</i>	Cinco años pero menos de 15 años	Usted paga la prima completa (participación del empleado y del empleador)
	15 años pero menos de 25 años	Usted sólo paga la parte de prima del empleado y 50% de la parte de prima del empleador
	25 años o más	Usted sólo paga la parte de prima del empleado
Dejó el empleo antes de alcanzar la elegibilidad para jubilación	Menos de 20 años	Usted no es elegible para cobertura de seguro de jubilados.
	20 años, pero menos de 25 años	Usted sólo paga la parte de prima del empleado y 50% de la parte de prima del empleador
	25 años o más	Usted sólo paga la parte de prima del empleado

Para miembros que trabajan para empleadores opcionales, tales como gobiernos de condados y municipalidades

Las tablas en la página 170 ilustran los lineamientos de elegibilidad y financiación para seguro colectivo de jubilados. Cuando revise las tablas, tenga lo siguiente en mente:

- Sus últimos cinco años de empleo debió servirlos consecutivamente en un cargo permanente de tiempo completo con un empleador que participe en el Plan Estatal de Salud.
- Cambiar de empleo podría afectar su elegibilidad para financiación. La información de la página 165 sólo se aplica si su último empleador antes de la jubilación es un empleador opcional u otro empleador que no participe en el Fondo de Fideicomiso de Seguros de Salud para Jubilados del estado. Contacte a su empleador si no está seguro si participa en el Fondo de Fideicomiso de Seguros de Salud para Jubilados.
- Si la escuela autónoma para la que trabaja no participa en un plan de jubilación administrado por

PEBA, y cumple con los requisitos de elegibilidad para el seguro grupal de jubilados, la financiación del empleador, si corresponde, queda a discreción de su escuela autónoma.

- El crédito por servicio ganado es tiempo ganado y establecido en uno de los planes definidos de beneficios de jubilación administrados por PEBA; tiempo trabajado mientras participa- ba en el Programa Estatal Opcional de Jubilación (State ORP, por su sigla en inglés); o el tiempo trabajado para un empleador que participa en el Plan de salud estatal, pero no para los planes de jubilación que PEBA admi- nistra. El crédito por servicio ganado no incluye ningún crédito de servicio comprado que no se considere como servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado) o servicio acumulado con un empleador que no participa en el Plan Estatal de Salud.
- Si su empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, su elegibilidad se determina como si usted fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS).

Empleados contratados en una posición elegible para seguro

Estado de jubilación	Crédito de servicio ganado con un empleador que participa en el Plan Estatal de Salud	Responsabilidad de pagar primas
<p>Dejó el empleo después de alcanzar la elegibilidad de servicio o jubilación por discapacidad</p> <p><i>Obtenga más información acerca de elegibilidad para jubilación, en www.peba.sc.gov.</i></p>	Al menos cinco años	Su parte de la prima, hasta el monto total de la participación del empleado y el empleador, está a discreción de su empleador.
<p>Dejó el empleo antes de alcanzar la elegibilidad para jubilación</p>	Menos de 20 años	Usted no es elegible para cobertura de seguro de jubilados.
	20 años o más	Su parte de la prima, hasta el monto total de la participación del empleado y el empleador, está a discreción de su empleador.

Sus opciones de cobertura de seguro de jubilados

Si no es elegible para Medicare

Si usted, su cónyuge con cobertura y sus hijos con cobertura no son elegibles para Medicare, puede quedar asegurado bajo uno de estos planes:

- Plan Estándar del Plan Estatal de Salud; o
- Plan de Ahorro del Plan Estatal de Salud; o
- Plan Complementario TRICARE (para miembros elegibles de la comunidad militar).

Sus beneficios de seguro de salud, que están descritos en el capítulo **Seguro de salud**, serán los mismos que si usted fuera un empleado activo. Sus primas pueden cambiar dependiendo de si es un jubilado financiado o no financiado (consulte la elegibilidad y financiación de seguro para jubilados en las páginas 162-165). Las primas están en la página 177.

Si usted está considerando el plan de ahorro

Si usted es jubilado no elegible para Medicare, puede suscribirse al Plan de ahorro, pero las contribuciones a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) de su pago anual no se deducirán antes de impuestos. Puede deducir sus contribuciones a una Cuenta de ahorros de Salud en su declaración de renta anual.

Si tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare

Si cuando se pensione usted tiene 65 o más años de edad y no es elegible para Medicare, contacte a la Administración de Seguridad Social (SSA). La SSA le enviará una carta de denegación de cobertura de Medicare. Entregue una copia de la carta a su administrador de beneficios. Usted puede inscribirse en un seguro de vida como pensionado, dentro de los primeros 31 días de pérdida de cobertura activa, dentro de los primeros 31 días de una situación especial de elegibilidad, o

durante un periodo anual abierto de inscripción. También puede inscribir a sus familiares elegibles.

Si es elegible para Medicare

Si usted, su cónyuge con cobertura, o sus hijos con cobertura son elegibles para Medicare, puede quedar asegurado bajo uno de estos planes:

- Plan Estándar del Plan Estatal de Salud; o
- Plan de Salud Estatal Suplementario de Medicare

Usted y sus dependientes elegibles para Medicare serán inscritos automáticamente en Express Scripts Medicare®, el programa de prescripción de medicamentos Parte D de Medicare del Plan Estatal de Salud. Para más información acerca del programa, incluyendo cómo retirarse del programa, consulte el manual de PEBA, *Cobertura de Seguro para Miembros Elegibles para Medicare*, disponible en www.peba.sc.gov/assets/medicarehandbook.pdf.

Para saber más acerca de cómo funciona el seguro de vida ofrecido a través de PEBA con Medicare:

- Lea el manual de PEBA, Cobertura de Seguro para Miembros Elegibles para Medicare; o
- Llame a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Para saber más sobre Medicare:

- Lea *Medicare y Usted*;
- Visite www.medicare.gov; o
- Llame a Medicare al 800.633.4227 o al 877.486.2048 (TTY).

Planes de salud para jubilados, dependientes no elegibles para Medicare¹

	Plan estándar ²	Plan de ahorro
Deducible anual	Usted paga hasta \$490 por persona o \$980 por familia.	Usted paga hasta \$3.600 por persona o \$7.200 por familia. ³
Coaseguro⁴ <i>Máximo excluye copagos y deducible.</i>	Dentro de la red, usted paga 20% hasta \$2.800 por persona o \$5.600 por familia. Fuera de la red, usted paga 40% hasta \$5.600 por persona o \$11.200 por familia.	Dentro de la red, usted paga 20% hasta \$2.400 por persona o \$4.800 por familia. Fuera de la red, usted paga 40% hasta \$4.800 por persona o \$9.600 por familia.
Visitas al consultorio del médico⁵	Usted paga un copago de \$14 además de la cantidad restante permitida hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Blue CareOnDemandSM <i>Detalles en la página 42.</i>	Usted paga un copago de \$14 además de la cantidad restante permitida hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Instalaciones de atención ambulatoria / atención de emergencia^{6,7}	Usted paga un copago de \$105 (servicios ambulatorios) o un copago de \$175 (atención de emergencia) además de la cantidad restante permitida hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Hospitalizaciones	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coaseguro.
Quiropráctica	Límite de \$ 2.000 por persona cubierta	Límite de \$ 500 por persona cubierta
Medicamentos prescritos⁸ <i>Suministro para 30 días / suministro para 90 días en una farmacia de la red</i>	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 (genérico): \$9/\$22 Nivel 2 (marca preferida): \$42/\$105 Nivel 3 (marca no preferida): \$70/\$175 Usted paga hasta \$3.000 en copagos de medicinas prescritas.	Usted paga el monto total permitido hasta que cumpla con su deducible anual. Luego paga su coaseguro. Los costos de los medicamentos se aplican a su coaseguro máximo. Cuando llegue al máximo puede recibir medicinas sin costo.

Notas a pie de página en la siguiente página.

Beneficios dentales

Si se jubila de un empleador participante, usted puede continuar con su cobertura de Plan Dental Estatal y Dental Plus, si cumple con los criterios correspondientes, enumerados en las Páginas 162-165. La información acerca de los beneficios del Plan Dental Estatal y Dental Plus está en la página 93.

Cuidado de visión

Si se jubila de un empleador participante, puede continuar con su cobertura de Plan Estatal de Salud Visual si cumple con los criterios de elegibilidad enumerados en las páginas 162-165. Hay información acerca de beneficios de salud visual, en la página 104.

Cuándo inscribirse en cobertura de seguro de jubilados

Su cobertura no continúa automáticamente cuando usted se jubila. Para inscribirse en un seguro de jubilado, usted debe confirmar la elegibilidad para seguro colectivo de jubilado completando un formulario de Registro de Verificación de Empleo y un formulario de Notificación de Elección de Jubilado. Envíe ambos formularios a PEBA. Por favor entregue estos formularios al menos 31 días antes de su fecha de jubilación, o la fecha de su aprobación de beneficios por discapacidad. Esto le dará a PEBA el suficiente tiempo para procesar su inscripción, para que su cobertura de seguro de jubilado empiece el día que su cobertura como empleado activo termine.

Si no se inscribe dentro de los 31 días siguientes a su fecha de retiro, usted puede inscribirse durante el siguiente periodo abierto de inscripciones, que ocurre cada año en octubre. La cobertura se hará efectiva el siguiente 1ero de enero. También puede inscribirse dentro de 31 los días siguientes a una situación especial de elegibilidad. La inscripción dental solo está disponible durante los periodos de inscripción abierta en años impares (octubre de 2019).

Jubilación de servicios

Si usted es elegible, puede inscribirse en un seguro de jubilación durante los 31 siguientes a su jubilación. Si no se inscribe dentro de los primeros 31 días siguientes a su jubilación, puede inscribirse dentro de los 31 días siguientes a una situación de elegibilidad especial (definida en la página 21), o durante un periodo anual de inscripción abierta.

Jubilación de discapacidad

Si le son aprobados los beneficios de jubilación por discapacidad a través de uno de los administradores de beneficios de planes PEBA de jubilación definidos (SCRS, PORS, GARS o JSRS) y usted cumple con las normas de elegibilidad para seguro colectivo de jubilados (vea las páginas 168 al 170), puede aplicar para el seguro colectivo de jubilados dentro de los 31 días siguientes a la fecha de la carta de PEBA que aprueba sus beneficios por discapacidad.

¹Los suscriptores del Plan Estatal de Salud que consumen tabaco o que cubren a dependientes que consumen tabaco pagarán una prima de \$40 por mes para cobertura solo para suscriptores y \$60 para otros niveles de cobertura. La prima por consumo de tabaco no se aplica a los suscriptores de suplemento TRICARE.

²Vea el manual *Cobertura de seguro para Miembros elegibles para Medicare*, disponible en

www.peba.sc.gov/assets/medicarehandbook.pdf, para tener más información acerca de cómo se coordina este plan con Medicare.

³Si más de un miembro de la familia está cubierto, ningún miembro de la familia recibirá beneficios, que no sean preventivos, hasta que se alcance el deducible anual de \$ 7.200.

⁴Un proveedor fuera de la red puede facturarle más del monto permitido por el plan.

⁵El copago de \$14 no se aplica para las mamografías de rutina y las consultas de control de bienestar del niño. Los miembros del Plan Estándar que reciben atención en un proveedor de hogar médico centrado en el paciente, afiliado a BlueCross, no tendrán que pagar \$14 de copago por una visita al consultorio médico. Una vez que los miembros del Plan de Ahorros y del Plan Estándar alcancen su deducible, pagarán un coaseguro del 10 por ciento, en lugar del 20 por ciento, para recibir atención en un PCMH.

⁶Un \$105 de copago por servicios ambulatorios no se aplica a servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electro convulsivo y gestión de medicamentos psiquiátricos.

⁷Se cobra \$175 de copago por cuidado de emergencia si es admitido.

⁸Los medicamentos con receta no están cubiertos en farmacias fuera de la red.

Si la Administración de Seguridad Social le aprueba, pero usted no es elegible para cobertura de seguro como jubilado a través de PEBA, su cobertura bajo PEBA no puede comenzar antes del primer día del mes que ocurra después de su aprobación de Seguridad Social por discapacidad.

Los participantes ORP del estado y los empleados de empleadores opcionales que no participen en planes de jubilación administrados por PEBA, son considerados jubilados por discapacidad si cumplen con los requisitos de un beneficio de jubilación por discapacidad de SCRS. Para jubilaciones después de diciembre 31 de 2013, la aprobación de beneficios de jubilación por discapacidad SCRS requiere la aprobación de beneficios de discapacidad de la Administración de Seguridad Social. Usted puede postularse para seguro colectivo de jubilados en los primeros 31 días después de la fecha en la carta de la Administración de Seguridad Social que aprueba sus beneficios de discapacidad. Su cobertura de seguro de jubilación se hará efectiva el primer día del mes después de que PEBA reciba la documentación estableciendo su elegibilidad para beneficios de jubilación por discapacidad.

Dentro de 31 días de una situación de elegibilidad especial

Una situación de elegibilidad especial la crean ciertos eventos tales como matrimonio, nacimiento de un hijo, o pérdida de otro cubrimiento de seguro. Una situación especial de elegibilidad le permite inscribirse en un plan de seguro, o hacer cambios de inscripción. Tiene 31 días desde la fecha del evento para hacer la inscripción o los cambios. En la página 21 hay disponible más información sobre situaciones especiales de elegibilidad. Usted puede usar el sitio web seguro de inscripción a seguros en línea de PEBA, MyBenefits.sc.gov, para hacer cambios durante la inscripción abierta, que ocurre

en octubre.

Durante un periodo de inscripción abierta

Si usted o su cónyuge o sus hijos no se inscriben dentro de los primeros 31 días siguientes posteriores a su jubilación, dentro de los primeros 31 días siguientes a la aprobación de beneficios por discapacidad, o dentro de primeros 31 días siguientes de una situación de elegibilidad especial, pueden inscribirse durante un periodo abierto de inscripción, que sucede en octubre. La cobertura dental puede incluirse o retirarse solo durante un periodo de inscripción abierta, en un año impar. Su cobertura tendrá efecto el siguiente 1 de enero. Usted puede usar el sitio web seguro de inscripción a seguros en línea de PEBA, MyBenefits.sc.gov, para hacer cambios, pero no para inscribirse en cubrimiento.

Cómo inscribirse en cobertura de seguro de jubilados

Para continuar con su cobertura de seguridad cuando se jubile, debe completar y presentar ante PEBA un formulario de *Aviso de Elección de Jubilado* y un formulario de *Registro de Verificación de Empleo* Usted puede obtener estos formularios en www.peba.sc.gov/iforms.html, donde encuentra el paquete de jubilado en Otros Formatos. También puede obtener copias con su empleador, o contactar a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430, para obtener un paquete de jubilado.

Además de pedir ayuda a su administrador de beneficios para completar los formularios, también puede elegir reunirse con un agente de PEBA en las oficinas de PEBA, en el 202 Arbor Lake Drive, Columbia. La oficina de PEBA abre de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. No necesita hacer una cita previamente.

Puede inscribirse, e inscribir a cualquier familiar elegible. Como jubilado, usted hará elecciones nuevas; no tiene que mantener la misma cobertura o cubrir a los mismos miembros familiares elegibles que cubriría como empleado activo.

Quizás se le solicite que presente los documentos respectivos para demostrar que los familiares que desea cubrir son elegibles para cobertura.

Encuentre más información sobre documentos necesarios para inscripción en la Página 21.

Después de que PEBA procese su inscripción al seguro de jubilados, PEBA le enviará una carta confirmando la cobertura seleccionada y las primas por pagar cada mes. Usted cuenta con 31 días, desde la fecha en la que su seguro de jubilado se haga efectivo, para hacer correcciones o cambios a su cobertura. De otro modo, tendrá que esperar hasta el próximo periodo abierto de inscripción, el cual ocurre anualmente en octubre, o hasta una situación especial de elegibilidad, para hacer cambios. Si no se inscribe en cobertura dental dentro de 31 días de elegibilidad, su próxima oportunidad para agregar, retirar o cambiar la cobertura dental, será durante la inscripción abierta en octubre de un año impar.

Primas de jubilados y pago de prima

Jubilados de agencias estatales, de instituciones de educación superior y distritos escolares

Si recibe un beneficio mensual de un beneficio definido de un plan de jubilación administrado por PEBA, PEBA deduce sus primas de salud, dental y visión del pago mensual de beneficios. Si usted no recibe un beneficio de pago mensual de un plan de jubilación administrado por PEBA, PEBA le enviará una factura mensual para su prima de seguro de jubilado.

Cuando se jubila, sus primas de seguro pueden quedar pendientes antes de que sus beneficios comiencen. Si esto sucede, PEBA le enviará una factura mensual por sus primas de seguro hasta que reciba su primer pago de anualidad.

Su anualidad se paga el último día hábil de cada

mes, y sus primas de seguro se pagan al comienzo del mes. Por ejemplo, sus primas de seguro para abril se deducen de su pago de anualidad en marzo. Dependiendo de cuándo se procese la documentación de su jubilación, se puede deducir más de una prima mensual de su primer pago de anualidad. Si en algún momento la cantidad total de primas pendientes suma un monto más grande que el monto de su pago de anualidad, PEBA le enviará una factura por el monto total.

Jubilados de empleadores opcionales participantes

Usted paga sus primas de atención médica, dental y de salud visual a su antiguo empleador. Su empleador las envía a PEBA. Contacte a su oficina de beneficios para obtener información acerca de sus primas de seguro durante su jubilación.

Jubilados de escuelas subvencionales

Si su escuela autónoma participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, PEBA deduce sus primas de salud, dental y visión del pago de anualidad mensual que recibe de PEBA.

Si su escuela autónoma no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, usted paga sus primas de salud, dental y visión a la escuela autónoma. La escuela autónoma las envía a PEBA. Contacte a su oficina de beneficios para obtener información acerca de sus primas de seguro durante su jubilación.

Incumplimiento del pago de primas

Las primas de atención médica, dental y de salud visual deben pagarse antes del 10 de cada mes. Si no paga la factura completa, incluyendo la prima para usuario de tabaco, si aplica, PEBA cancelará toda su cobertura, incluyendo la cobertura para la cual no se paga prima, como es el caso del plan dental estatal.

Cuándo comienza su cobertura como jubilado

Si usted pasa directamente de un empleo cubierto a jubilación, su cobertura como jubilado comenzará el día

después de finalizar su cobertura como empleado activo. Si usted se inscribe en la cobertura de seguro de jubilado tras una jubilación diferida, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente a su jubilación. Si usted se está inscribiendo debido a un evento de elegibilidad especial, su fecha efectiva será la fecha del evento, o el primero del mes siguiente al evento, dependiendo del tipo de evento. En la página 21 hay disponible más información sobre situaciones especiales de elegibilidad. Si usted se inscribe durante un período anual de inscripción abierta, su cobertura se hará efectiva en el próximo enero 1.

En la jubilación, su administrador de beneficios lo ayudará a inscribirse o a cambiar su cobertura de seguro de jubilación. Si trabajó para una agencia estatal, una institución de educación superior, o escuela distrital, PEBA es su administrador de beneficios después de su jubilación. Si trabajó para un empleador opcional, después de su jubilación, su administrador de beneficios es su antiguo empleador.

Información que recibirá

Después de inscribirse, PEBA le enviará una carta confirmando que tiene cobertura en la póliza colectiva de jubilación. Si su cobertura como empleado activo también está finalizando, la ley federal requiere que PEBA también le envíe:

- Un *Certificado de Cobertura Acreditable*, el cual da las fechas de su cobertura activa, los nombres de los individuos cubiertos y los tipos de cobertura; y
- Un *Aviso de Evento Calificable*, el cual le indica que usted puede continuar con su cobertura bajo COBRA.

Por lo general, estas cartas no requieren ninguna acción de su parte.

Si usted es elegible para Medicare, será inscrito automáticamente en Express Scripts Medicare, el

Programa de medicamentos prescritos parte D de Medicare del Plan Estatal de Salud. Express Scripts, el administrador del programa de beneficios farmacéuticos del Plan de Salud Estatal, le enviará un paquete de información que incluye una carta que le informará que usted puede optar por salir del programa de medicinas de Medicare y permanecer enlistado en el programa de medicinas del Plan Estatal de Salud para miembros no elegibles para Medicare. El administrador de beneficios farmacéuticos debe darle 21 días para solicitar la salida.

Sus tarjetas de identificación de seguro en la jubilación

Usted puede mantener y utilizar las mismas tarjetas de identificación de seguro si no cambia de plan al momento de su jubilación. Su Número de Identificación de beneficios no cambiará, y sus tarjetas de salud y dental todavía serán válidas. Usted recibirá una nueva tarjeta si se inscribe en un plan dental o el Plan Estatal de Salud Visual por primera vez.

Si usted o sus dependientes cubiertos se inscriben en Express Scripts Medicare, cada miembro recibirá una tarjeta de medicinas de prescripción a su nombre. Los miembros de la familia que estén cubiertos y que no estén inscritos en el programa de drogas de Medicare recibirán tarjetas que indiquen que están en el Programa de Medicinas de Prescripción del Plan Estatal de Salud. Se emitirán dos tarjetas bajo el nombre del suscriptor.

Si su tarjeta es extraviada, robada, o sufre de daños, puede solicitar una nueva a los siguientes proveedores:

- Plan Estatal de Salud: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur
- Programa de Medicinas de Prescripción del Plan Estatal de Salud Express Scripts
- Plan complementario TRICARE: Selman & Company
- Dental Plus: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

- Dental Básico: PEBA o su antiguo administrador de beneficios; o
- Plan de Visión Estatal: EyeMed.

La información de contacto está al final de esta guía.

Otros programas de seguros que ofrece

PEBA

Seguro de vida

Si usted pasa directamente de empleo cubierto a jubilación y es elegible para seguridad colectiva de jubilados cuando se jubile, puede elegir continuar o convertir su seguro de vida por medio de MetLife, el proveedor que respalda el programa de seguros de vida de PEBA. PEBA envía un archivo semanal con los cambios de estatus de los empleados a MetLife. MetLife usa este archivo para enviar por correo un paquete de conversión/continuación a los jubilados elegibles. Los paquetes son enviados mediante el servicio de correo de los Estados Unidos de tres a cinco días hábiles después de que MetLife recibe el archivo. El período para aplicar a la continuación y conversión considera importante el factor tiempo. Si MetLife no recibe el (los) formulario(s) apropiado(s) dentro de los 31 días siguientes a la fecha de finalización de su cobertura como empleado activo, usted rescindirá de su derecho a seguro de vida colectivo para jubilados. Si usted requiere asistencia para llenar estos formularios, contáctese con su administrador de seguros o con PEBA. Si tiene alguna inquietud acerca de asuntos relacionados con la cobertura de su seguro de vida, como facturaciones o reclamos, comuníquese con MetLife al 866.365.2374.

El Seguro de vida de jubilado no incluye Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento.

Si usted se jubiló antes de enero 1 de 1999, y continuó con su cobertura, ésta terminará a las 11:59 p.m. de diciembre 31 después de cumplir 70 años.

Seguro de Vida Básico

Este seguro de vida temporal, ofrecido sin cargo a usted como empleado activo, finaliza con su

jubilación o cuando usted deje su empleo por otra razón. Usted puede convertir su Seguro de Vida Básico a una póliza de vida completa individual, la cual es una forma permanente de seguro de vida.

Seguro de vida opcional

Usted puede dar continuación o convertir su Seguro de Vida Opcional a través de MetLife.

Usted puede continuar con su seguro de vida a término o convertir la cobertura de su seguro de vida a una póliza de vida completa, una forma permanente de seguro de vida, dentro de los 31 días siguientes a la fecha de terminación de su cobertura. Su cobertura puede continuar en incrementos de \$10.000 hasta completar el monto final de cobertura vigente en el día previo a dejar de ser empleado y perder la cobertura de empleado activo.

Seguro de Vida de dependiente

Cualquier cobertura que usted posea dentro del Seguro de Vida de Dependiente finaliza cuando usted deje de ser empleado activo. Sin embargo, usted puede convertir la cobertura para su cónyuge o hijo en una póliza de vida completa individual completa dentro de los 31 días siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.

Continuación

Como jubilado, usted puede continuar su cobertura de vida Opcional con la misma tarifa que pagaba como empleado. El monto mínimo que puede ser continuado son \$10.000. Usted no puede incrementar su cobertura, pero sí puede disminuirla. Las tarifas se calculan con base en su edad y aumentarán cuando cambie su categoría de edad. Su cobertura se reducirá al 65 por ciento a la edad de 70 años y terminará a las 11:59 p.m. de diciembre 31 después de haber cumplido los 75 años si usted continuó su cobertura y se jubiló en o después de enero 1 de 1999. Cuando su cobertura se reduce o finaliza, puede convertir el monto de cobertura reducido o perdido dentro de los 31 días siguientes, tal como se describe en la sección de Conversión que se encuentra abajo. La cobertura continuada es un seguro de vida temporal.

Para continuar su cobertura, complete la información que recibe de MetLife después de su jubilación. Suministre

estos datos a MetLife en la dirección o número de fax que aparece en la información. MetLife debe recibir los formularios diligenciados dentro de los 31 días siguientes a la pérdida de su cobertura.

El Seguro de vida temporal provee cobertura por un período de tiempo específico. No tiene valor en efectivo.

Conversión

Dentro de los 31 días después de perder la cobertura, usted puede convertir su cobertura de vida Básica, Opcional, o Dependiente a una póliza de vida completa individual.

MetLife tiene convenio con la Compañía de Seguros Massachusetts Mutual Life (MassMutual) para colaborar con la conversión de coberturas. Para convertir su cobertura de vida Básica, de Vida Opcional, o de Vida de Dependiente en una póliza de vida individual completa, contacte a MassMutual al 877.275.6387.

La póliza será emitida sin evidencia médica si usted aplica y paga la prima en los 31 días siguientes. Si usted no cumple con los plazos, rescindirá de su derecho a convertir su seguro de vida.

Si usted no es elegible para beneficios de seguro de jubilado, o le han sido aprobados los beneficios por discapacidad a largo plazo, tiene 31 días desde la fecha de finalización de su cobertura para convertir su póliza. Contacte a su administrador de beneficios para mayor información.

Continuación y conversión

También puede dividir su cobertura entre seguro de vida temporal (continuación) y seguro de vida completo individual (conversión).

Discapacidad a largo plazo

El seguro por discapacidad protege a un empleado y a su familia contra la pérdida de ingresos debido a una lesión o enfermedad extendida que evita que el empleado pueda laborar. Cuando usted deja de ser empleado activo y se jubila, su seguro de Discapacidad Básica de Largo Plazo y de Discapacidad Suplementaria de Largo Plazo terminan. Ninguna de estas pólizas puede ser

continuada o convertida a cobertura individual.

MoneyPlus

MoneyPlus no está disponible para jubilados. Sin embargo, cuando usted se jubila, puede continuar con su Cuenta de Gastos Médicos (MSA) o Cuenta de gastos médicos de uso limitado (MSA de uso limitado) en una base después de impuestos a través de COBRA. Vea la página 154 para más información. Si desea continuar con su cuenta, contacte a su administrador de beneficios dentro de los 31 días siguientes a su último día de trabajo y diligencie los respectivos formularios.

Si no desea continuar con su MSA o MSA de uso limitado, tiene 90 días desde su último día de trabajo para presentar las reclamaciones para gastos elegibles en los que haya incurrido antes de dejar el trabajo.

Usted no puede contribuir a su Cuenta de Gastos de Cuidados de Dependientes después de su jubilación. Puede solicitar reembolso por gastos elegibles en los que haya incurrido mientras fue empleado hasta cubrir el monto disponible en su cuenta o hasta que el año culmine.

La característica de prima de póliza colectiva antes de impuestos, la cual permite pagar plan de salud, dental, de salud visual y algunas primas del seguro de vida antes de impuestos, no está disponible después de a jubilación.

Cambio de cobertura

Un período de inscripción abierta está disponible cada octubre. Los empleados elegibles, jubilados, sobrevivientes, y suscriptores de COBRA se pueden inscribir o rescindir de su propia cobertura de salud, o agregar o eliminar a su cónyuge o hijos sin requerir condiciones especiales de elegibilidad. Los suscriptores elegibles también pueden cambiar los planes de salud. Esto incluye migrar desde o hacia el Plan complementario de Medicare si el suscriptor es jubilado y está inscrito en Medicare. Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden migrar desde o hacia el Plan Complementario de TRICARE si no son elegibles para Medicare. Los suscriptores elegibles también pueden inscribirse en el

Plan Estatal de Salud Visual. Durante los períodos abiertos de inscripción que se hacen en años impares, los suscriptores elegibles también pueden inscribirse o rescindir del Plan Dental Estatal y Dental Plus.

Mayor información sobre la inscripción abierta está disponible en la página 15 del capítulo de **Información General**.

Eliminando un cónyuge o hijo amparado

Si un cónyuge o hijo cubierto ya no es elegible, es necesario retirarlo de su cobertura de seguro de salud, dental y de visión. Esto puede ocurrir debido a un divorcio, que un dependiente obtenga cobertura en el Plan Estatal de Salud, o que su hijo cumpla 26 años. Para retirar un cónyuge o hijo de su cobertura, complete y presente a PEBA un formulario de Notificación de Elección de Jubilado y presente la documentación requerida dentro de los 31 días siguientes a la fecha cuando su cónyuge o hijo ya no sea elegible.

Cuando su hijo ya no es elegible para cobertura debido a la edad, PEBA lo retirará de la cobertura automáticamente. Si se trata de su último hijo cubierto, su nivel de cobertura cambiará.

Volviendo a trabajar en un trabajo elegible para póliza de seguro

Si usted regresa al trabajar para un empleador participante y es elegible para inscribirse en el Plan Estatal de Salud, y si usted, su cónyuge o hijo están cubiertos bajo el seguro colectivo de jubilados, usted deberá seleccionar una cobertura activa.

Si deja el trabajo y regresa a la cobertura colectiva de jubilados antes de los 65 años, asegúrese de contactar a SSA dentro de los 90 días siguientes a cumplir los 65 años para inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando sea elegible.

Todos los empleados que son elegibles para inscripción en el Plan Estatal de Salud (el Plan Estatal y Plan de Ahorros), también son elegibles para estos programas:

- Plan Dental Básico y Dental Plus;
- Plan de Visión Estatal;
- Seguro de Vida Básico, Opcional, y de Dependiente (con la excepción de profesores de medio tiempo elegibles para el Plan de Salud Estatal, de acuerdo con el § 59-25-45 de Carolina del Sur);
- Seguro Básico y Complementario de Discapacidad de Largo Plazo (salvo profesores de medio tiempo elegibles para el Plan de Salud Estatal, de acuerdo con el código § 59-25-45 de Carolina del Sur); y
- MoneyPlus, incluyendo la característica de prima de póliza colectiva antes de impuestos, cuenta de gastos médicos, cuenta de gastos de atención de dependiente y, para empleados inscritos en el plan de ahorros, cuenta de ahorros de salud y cuenta de gastos médicos de uso limitado.

Jubilados que continuaron con el seguro de vida

Jubilados que fueron contratados en un trabajo elegible para seguro

Si usted continuó con su cobertura de Seguro de Vida Opcional como jubilado, tendrá la opción de mantener la póliza continuada y pagar primas directamente a MetLife, o inscribirse en seguro de vida opcional como empleado recientemente contratado con un límite de tres veces su salario anual sin evidencia médica hasta un máximo de \$500.000. No puede tener ambos. Contacte a MetLife dentro de los 31 días siguientes a su regreso al trabajo para cancelar su cobertura continuada si decide inscribirse en cobertura activa. Si se rehúsa a inscribirse como empleado activo, también se rehúsa al beneficio de cobertura de \$3.000 del Seguro de Vida Básico, Seguro de Vida Opcional, y el Seguro de Vida de Dependiente. Su cobertura de grupo activo se hará efectiva solo si discontinúa la continuación de cobertura de jubilado.

Si usted es considerado como una nueva contratación, vea el capítulo **Seguro de Vida**, el cual comienza en la página 113.

Si Ud. o un miembro de su familia está amparado por Medicare

Según las leyes federales, Medicare no puede ser su seguro principal ni de ningún miembro de su familia que se encuentre cubierto mientras usted sea empleado en un trabajo elegible para beneficios y esté cubierto como empleado activo. Para cumplir con esta regulación, usted debe suspender su cobertura colectiva de jubilado e inscribirse como empleado activo con Medicare como segundo pagador, o renunciar a toda la cobertura de salud patrocinada por PEBA para usted y sus familiares elegibles, y tener únicamente cobertura de Medicare.

Si usted se inscribe en una cobertura colectiva activa, debe notificar a la SSA porque Medicare pagará después, o de manera secundaria a su cobertura colectiva activa. Usted puede permanecer inscrito en la Parte B de Medicare y seguir pagando la prima, y Medicare será el pagador secundario. También puede retrasar o cancelar la Parte B de Medicare sin una multa mientras tenga una cobertura colectiva activa. Contacte al SSA para obtener información adicional.

Cuando deje de trabajar y finalice su cobertura grupal activa, puede volver a inscribirse en la cobertura grupal para jubilados dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que deje el empleo activo. También debe notificar a la SSA que ya no está cubierto en un grupo activo para que pueda volver a inscribirse en la Parte B de Medicare, si ya antes ha salido.

Si su nuevo cargo no lo hace elegible para beneficios, su cobertura de grupo de jubilados continuará y Medicare seguirá siendo el pagador primario.

Cuándo termina su cobertura de seguro de jubilación

Su cobertura terminará:

- Si no paga la prima requerida cuando es debido.
- La fecha en que termina para todos los empleados y jubilados.
- El día después de su muerte

- La fecha en que su empleador opcional se retira de la participación.

La cobertura de los miembros de su familia terminará:

- La fecha en que termina su cobertura;
- La fecha en que la cobertura para cónyuges o hijos ya no se ofrezca.
- El último día del mes que su cónyuge o hijo ya no sea elegible para la cobertura. Si la cobertura de su cónyuge o hijo finaliza, pueden ser elegibles para continuar la cobertura bajo COBRA (vea la página 32).

Si retira a su cónyuge o hijo de su cobertura, debe completar un formulario de *Aviso de Elección para Jubilados* dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que su cónyuge o hijo ya no sea elegible para la cobertura.

Muerte de un jubilado

Si un jubilado fallece, un miembro de la familia sobreviviente debe comunicarse con PEBA para informar el fallecimiento y finalizar la cobertura de seguro del jubilado. Si el fallecido se jubiló de un empleo con un empleador opcional, comuníquese con el administrador de beneficios que trabaja en la oficina de personal de su anterior empleador.

Los sobrevivientes de jubilados no financiados pueden continuar su cobertura; sin embargo, deben pagar la prima completa.

Los empleadores opcionales participantes no están obligados a hacerlo, pero pueden renunciar a las primas de sobrevivientes de jubilados. Un sobreviviente puede continuar la cobertura a la tarifa completa mientras sea elegible. Si es un jubilado de un empleador opcional participante, consulte con su administrador de beneficios para ver si aplica la exención.

Para continuar con la cobertura, un formulario de *Aviso de Elección para Sobrevivientes* debe completarse dentro de los 31 días posteriores a la fecha de fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo Número de identificación de Beneficios (BIN) y los vendedores emitirán nuevas tarjetas de identificación para

los programas en los que están inscritos los sobrevivientes.

Después del primer año, un sobreviviente que califique para la exención debe pagar la prima completa para continuar con la cobertura. Al final de la exención, la cobertura de salud se puede cancelar o continuar para todos los miembros de la familia cubiertos. Si se continúa con la cobertura, no se puede retirar ningún miembro de la familia cubierto hasta un período de inscripción abierta anual o dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad. Si usted y su cónyuge están cubiertos como suscriptores a través de empleo, o son jubilados financiados al momento del fallecimiento, su cónyuge sobreviviente no es elegible para la exención de la prima.

Las primas de visión no se eximen. Las primas dentales no suelen eximirse; las primas dentales solo se eximen para los sobrevivientes de un empleado activo o retirado que fue asesinado en el cumplimiento del deber después del 31 de diciembre de 2001, mientras trabajaba para una agencia estatal, distrito escolar público o institución de educación superior. Sin embargo, los sobrevivientes, incluidos los sobrevivientes de un suscriptor inscrito en el Plan Suplementario TRICARE, en cobertura dental o de visión, pueden continuar la cobertura pagando la prima completa.

Como cónyuge sobreviviente, puede continuar la cobertura hasta que se vuelva a casar. Si es menor de edad, puede continuar la cobertura hasta que ya no sea elegible. Si ya no es elegible para la cobertura como sobreviviente, puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA. Si su cónyuge se jubiló de una agencia estatal, una institución de educación superior o un distrito escolar, comuníquese con PEBA para obtener más información. Si su cónyuge se jubiló de un empleador opcional, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador anterior.

Un cónyuge o hijo sobreviviente de un militar retirado debe comunicarse con Selman & Company para obtener información sobre la

cobertura de TRICARE.

Mientras un sobreviviente siga cubierto por un seguro de salud, dental o de visión, puede agregar cobertura de salud y visión durante la inscripción abierta o dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. La cobertura dental puede agregarse o descartarse, pero solo durante un período de inscripción abierta en un año impar o dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. **Si un sobreviviente tiene cobertura de salud, dental y de visión, y abandona las tres, ya no es elegible para la cobertura de sobrevivientes y no puede volver a inscribirse, ni siquiera durante un período de inscripción abierta anual.**

Si un cónyuge sobreviviente pasa a ser un empleado activo de un empleador participante, puede pasar a una cobertura activa. Cuando el cónyuge sobreviviente deja el empleo activo, puede regresar a la cobertura de sobreviviente dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura si no se ha vuelto a casar.

Hasta que sea elegible para Medicare, su seguro de salud pagará los reclamos de la misma manera que cuando era un empleado activo. Para más información consulte el capítulo **Seguro de Salud** y el cuadro en la Página 167.



Primas Mensuales

Las notas al pie de página para los gráficos de las primas están disponibles en la página 191.

Empleados activos

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar¹	\$97.68	\$253.36	\$143.86	\$306.56
Plan de Ahorros¹	\$9.70	\$77.40	\$20.48	\$113.00
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$25.96	\$60.12	\$74.26	\$99.98
Basic Dental	\$0.00	\$7.64	\$13.72	\$21.34
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Profesores permanentes, de tiempo parcial

Categoría I: 15-19 horas

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar¹	\$299.02	\$652.20	\$452.88	\$805.92
Plan de Ahorros¹	\$211.04	\$476.24	\$329.50	\$612.36
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$32.70	\$66.86	\$81.00	\$106.72
Basic Dental	\$6.74	\$14.38	\$20.46	\$28.08
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Categoría II: 20-24 horas

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar¹	\$230.56	\$516.58	\$347.82	\$636.14
Plan de Ahorros¹	\$142.58	\$340.62	\$224.44	\$442.58
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$30.40	\$64.56	\$78.70	\$104.42
Basic Dental	\$4.44	\$12.08	\$18.16	\$25.78
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Categoría III: 25-29 horas

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar¹	\$166.14	\$388.96	\$248.92	\$476.34
Plan de Ahorros¹	\$78.16	\$213.00	\$125.54	\$282.78
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$28.26	\$62.42	\$76.56	\$102.28
Basic Dental	\$2.30	\$9.94	\$16.02	\$23.64
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilados financiados

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

Jubilado elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare

	Jubilado	Jubilado/Cónyuge	Jubilado/Hijos	Familia Completa
Plan Estándar¹	\$79.68	\$217.36	\$125.86	\$270.56
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$97.68	\$253.36	\$143.86	\$306.56
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$25.96	\$60.12	\$74.26	\$99.98
Basic Dental	\$0.00	\$7.64	\$13.72	\$21.34
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilado elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare

	Jubilado/Cónyuge	Familia completa
Plan Estándar¹	\$235.36	\$281.54
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$253.36	\$299.54
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$60.12	\$99.98
Basic Dental	\$7.64	\$21.34
Plan Estatal de Visión	\$11.60	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare

	Jubilado/Cónyuge	Familia completa
Plan Estándar ¹	\$235.36	\$281.54
Plan de Ahorros ¹	\$77.40	\$113.00
Suplementario Medicare ^{1,2}	\$253.36	\$299.54
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$60.12	\$99.98
Basic Dental	\$7.64	\$21.34
Plan Estatal de Visión	\$11.60	\$18.26
Prima por consumo de tabaco ¹	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare

	Jubilado	Jubilado/Cónyuge	Jubilado/Hijos	Familia Completa
Plan Estándar ¹	\$97.68	\$253.36	\$143.86	\$306.56
Plan de Ahorros ¹	\$9.70	\$77.40	\$20.48	\$113.00
Suplementario Medicare ^{1,2}	N/A	N/A	N/A	N/A
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$25.96	\$60.12	\$74.26	\$99.98
Basic Dental	\$0.00	\$7.64	\$13.72	\$21.34
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare, uno o más hijos elegibles para Medicare

	Jubilado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar ¹	\$143.86	\$306.56
Plan de Ahorros ¹	\$20.48	\$113.00
Suplementario Medicare ^{1,2}	\$161.86	\$324.56
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$74.26	\$99.98
Basic Dental	\$13.72	\$21.34
Plan Estatal de Visión	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco ¹	\$60.00	\$60.00

Jubilados no financiados

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

Jubilado elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare

	Jubilado	Jubilado/Cónyuge	Jubilado/Hijos	Familia Completa
Plan Estándar¹	\$482.38	\$1,015.04	\$743.92	\$1,269.28
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$500.38	\$1,051.04	\$761.92	\$1,305.28
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$73.60	\$87.74	\$113.46
Basic Dental	\$13.48	\$21.12	\$27.20	\$34.82
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilado elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare

	Jubilado/Cónyuge	Familia completa
Plan Estándar¹	\$1,033.04	\$1,280.26
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$1,051.04	\$1,298.26
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$73.60	\$113.46
Basic Dental	\$21.12	\$34.82
Plan Estatal de Visión	\$11.60	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare

	Jubilado/Cónyuge	Familia completa
Plan Estándar¹	\$1,033.04	\$1,280.26
Plan de Ahorros¹	\$875.08	\$1,111.72
Suplementario Medicare^{1,2}	\$1,051.04	\$1,298.26
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$73.60	\$113.46
Basic Dental	\$21.12	\$34.82
Plan Estatal de Visión	\$11.60	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare

	Jubilado	Jubilado/Cónyuge	Jubilado/Hijos	Familia Completa
Plan Estándar¹	\$500.38	\$1,051.04	\$761.92	\$1,305.28
Plan de Ahorros¹	\$412.40	\$875.08	\$638.54	\$1,111.72
Suplementario Medicare^{1,2}	N/A	N/A	N/A	N/A
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$39.44	\$73.60	\$87.74	\$113.46
Basic Dental	\$13.48	\$21.12	\$27.20	\$34.82
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare, uno o más hijos elegibles para Medicare

	Jubilado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar¹	\$761.92	\$1,305.28
Plan de Ahorros¹	\$638.54	\$1,111.72
Suplementario Medicare^{1,2}	\$779.92	\$1,323.28
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$87.74	\$113.46
Basic Dental	\$27.20	\$34.82
Plan Estatal de Visión	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Jubilados parcialmente financiados

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

Jubilado elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare

	Jubilado	Jubilado/Cónyuge	Jubilado/Hijos	Familia Completa
Plan Estándar¹	\$281.02	\$616.20	\$434.88	\$769.92
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$299.02	\$652.20	\$452.88	\$805.92
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$32.70	\$66.86	\$81.00	\$106.72
Basic Dental	\$6.74	\$14.38	\$20.46	\$28.08
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilado elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare

	Jubilado/Cónyuge	Familia completa
Plan Estándar¹	\$634.20	\$780.90
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$652.20	\$798.90
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$66.86	\$106.72
Basic Dental	\$14.38	\$28.08
Plan Estatal de Visión	\$11.60	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge elegible para Medicare

	Jubilado/Cónyuge	Familia completa
Plan Estándar¹	\$634.20	\$780.90
Plan de Ahorros¹	\$476.24	\$612.36
Suplementario Medicare^{1,2}	\$652.20	\$798.90
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$66.86	\$106.72
Basic Dental	\$14.38	\$28.08
Plan Estatal de Visión	\$11.60	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare

	Jubilado	Jubilado/Cónyuge	Jubilado/Hijos	Familia Completa
Plan Estándar¹	\$299.02	\$652.20	\$452.88	\$805.92
Plan de Ahorros¹	\$211.04	\$476.24	\$329.50	\$612.36
Suplementario Medicare^{1,2}	N/A	N/A	N/A	N/A
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50
Dental Plus	\$32.70	\$66.86	\$81.00	\$106.72
Basic Dental	\$6.74	\$14.38	\$20.46	\$28.08
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Jubilado no elegible para Medicare, cónyuge no elegible para Medicare, uno o más hijos elegibles para Medicare

	Jubilado/Hijos	Familia completa
Plan Estándar¹	\$452.88	\$805.92
Plan de Ahorros¹	\$329.50	\$612.36
Suplementario Medicare^{1,2}	\$470.88	\$823.92
Suplementario TRICARE	N/A	N/A
Dental Plus	\$81.00	\$106.72
Basic Dental	\$20.46	\$28.08
Plan Estatal de Visión	\$12.46	\$18.26
Prima por consumo de tabaco¹	\$60.00	\$60.00

Sobrevivientes financiados

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

Cónyuge elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$79.68	\$125.86	\$46.18
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$97.68	\$161.86	\$64.18 ³
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$25.96	\$74.26	\$48.30
Basic Dental	\$0.00	\$13.72	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$79.68	\$125.86	\$46.18
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	\$10.78
Suplementario Medicare^{1,2}	\$97.68	\$143.86	N/A
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$25.96	\$74.26	\$48.30
Basic Dental	\$0.00	\$13.72	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge no elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$97.68	\$143.86	\$46.18
Plan de Ahorros¹	\$9.70	\$20.48	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	N/A	\$161.86 ³	\$64.18 ³
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$25.96	\$74.26	\$48.30
Basic Dental	\$0.00	\$13.72	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge no elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$97.68	\$143.86	\$46.18
Plan de Ahorros¹	\$9.70	\$20.48	\$10.78
Suplementario Medicare^{1,2}	N/A	N/A	N/A
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$61.00
Dental Plus	\$25.96	\$74.26	\$48.30
Basic Dental	\$0.00	\$13.72	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Sobrevivientes no financiados

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

Cónyuge elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$482.38	\$743.92	\$261.54
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$500.38	\$779.92	\$279.54 ³
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar ¹	\$482.38	\$743.92	\$261.54
Plan de Ahorros ¹	N/A	N/A	\$226.14
Suplementario Medicare ^{1,2}	\$500.38	\$761.92	N/A
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge no elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar ¹	\$500.38	\$761.92	\$261.54
Plan de Ahorros ¹	\$412.40	\$638.54	N/A
Suplementario Medicare ^{1,2}	N/A	\$779.92 ³	\$279.54 ³
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge no elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar ¹	\$500.38	\$761.92	\$261.54
Plan de Ahorros ¹	\$412.40	\$638.54	\$226.14
Suplementario Medicare ^{1,2}	N/A	N/A	N/A
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$61.00
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Sobrevivientes parcialmente financiados

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

Cónyuge elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$201.36	\$309.04	\$107.68
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	\$201.36	\$309.04	\$107.68 ³
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$201.36	\$309.04	\$107.68
Plan de Ahorros¹	N/A	N/A	\$107.68
Suplementario Medicare^{1,2}	\$201.36	\$309.04	N/A
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge no elegible para Medicare, hijos elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar¹	\$201.36	\$309.04	\$107.68
Plan de Ahorros¹	\$201.36	\$309.04	N/A
Suplementario Medicare^{1,2}	N/A	\$309.04 ³	\$107.68 ³
Suplementario TRICARE	N/A	N/A	N/A
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Cónyuge no elegible para Medicare, hijos no elegibles para Medicare

	Cónyuge	Cónyuge/hijos	Solo hijos
Plan Estándar ¹	\$201.36	\$309.04	\$107.68
Plan de Ahorros ¹	\$201.36	\$309.04	\$107.68
Suplementario Medicare ^{1,2}	N/A	N/A	N/A
Suplementario TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$61.00
Dental Plus	\$39.44	\$87.74	\$48.30
Basic Dental	\$13.48	\$27.20	\$13.72
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$12.46	\$6.66
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00

Suscriptores de COBRA

Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales participantes. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

18 y 36 meses

	Suscriptor	Suscriptor/ cónyuge	Suscriptor/ hijos	Familia completa	Solo hijos
Plan Estándar ¹	\$510.40	\$1,072.06	\$777.16	\$1,331.40	\$266.76
Plan de Ahorros ¹	\$420.66	\$892.58	\$651.32	\$1,133.96	\$230.66
Suplementario Medicare ^{1,2}	\$510.40	\$1,072.06	\$777.16	\$1,331.40	\$266.76
Dental Plus	\$40.24	\$75.08	\$89.50	\$115.74	\$49.28
Basic Dental	\$13.76	\$21.54	\$27.74	\$35.52	\$14.00
Plan Estatal de Visión	\$5.92	\$11.84	\$12.72	\$18.64	\$6.80
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

29 meses

	Suscriptor	Suscriptor/ cónyuge	Suscriptor/ hijos	Familia completa	Solo hijos
Plan Estándar ¹	\$750.58	\$1,576.56	\$1,142.88	\$1,957.92	\$392.30
Plan de Ahorros ¹	\$618.60	\$1,312.62	\$957.82	\$1,667.58	\$339.22
Suplementario Medicare ^{1,2}	\$750.58	\$1,576.56	\$1,142.88	\$1,957.92	\$392.30
Dental Plus	\$40.24	\$75.08	\$89.50	\$115.74	\$49.28
Basic Dental	\$13.76	\$21.54	\$27.74	\$35.52	\$14.00
Plan Estatal de Visión	\$5.92	\$11.84	\$12.72	\$18.64	\$6.80
Prima por consumo de tabaco ¹	\$40.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00	\$60.00

Ex-cónyuges

Los ex cónyuges deben tener su propia política bajo el Plan. La cobertura para un ex-cónyuge puede incluir la de salud, dental y de visión según lo requiera la orden judicial. El costo de la cobertura es el monto total de la prima. Las tarifas pueden variar para empleadores opcionales. Verifique las tarifas con su oficina de beneficios.

	No elegible Para Medicare	Elegible para Medicare	COBRA (18 o 36 meses)	COBRA (29 meses)
Plan Estándar¹	\$550.66	\$532.66	\$561.68	\$826.00
Plan de Ahorros¹	\$462.68	N/A	\$471.94	\$694.02
Suplementario Medicare^{1,2}	N/A	\$550.66	\$561.68	\$826.00
Dental Plus	\$47.08	\$47.08	\$48.02	\$48.02
Basic Dental	\$21.12	\$21.12	\$21.54	\$21.54
Plan Estatal de Visión	\$5.80	\$5.80	\$5.92	\$5.92
Prima por consumo de tabaco¹	\$40.00	\$40.00	\$40.00	\$40.00

Tarifa de seguro de vida

De Vida Opcional y De Vida para Dependiente-cónyuge

Las primas están determinadas por la edad del empleado o cónyuge al 31 de diciembre anterior y por el monto de la cobertura. Las tarifas se muestran por \$10,000 de cobertura. La cobertura se reducirá a 65 por ciento a los 70 años, 42 por ciento a los 75 años y 31.7 por ciento a los 80 años.

Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
Menos de 35	\$0.58	60-64	\$6.00
35-39	\$0.78	65-69	\$13.50
40-44	\$0.86	70-74	\$24.22
45-49	\$1.22	75-79	\$37.50
50-54	\$1.94	80 y más	\$62.04
55-59	\$3.36		

De Vida para Dependiente-Hijo

\$1.26 por mes por \$15,000 de cobertura; una prima proporciona cobertura para todos los hijos elegibles.

Ejemplos de cálculos de tarifas de seguro de vida opcional

Empleado, 44 años, con \$100,000 de cobertura

Monto de cobertura	\$100,000
	÷ 10,000
Unidades de cobertura	10
Tarifa mensual	× \$0.86
Prima Mensual	\$8.60

Empleado, 70 años, con \$100,000 en cobertura original

Monto de cobertura original	\$100,000
Reducción	× 65%
Monto reducido de cobertura	\$65,000
	÷ 10,000
Unidades de cobertura	6.5
Tarifa mensual	× \$24.22
Prima Mensual	\$157.44

Redondeado a un número par

Factor de Seguro Suplementario de Discapacidad a Largo Plazo

Edad antes del 1 de enero	Tiempo de espera de 90 días	Tiempo de espera de 180 días
Menores de 31 años	.00065	.00052
31-40	.00090	.00070
41-50	.00179	.00136
51-60	.00361	.00277
61-65	.00434	.00333
66 años y mayores	.00530	.00407

Para calcular su prima mensual de SLTD:

1. Divida el salario bruto anual entre 12
2. Multiplique el salario mensual por el factor de prima de la tabla que está arriba.
3. Quite dígitos a la derecha de dos cifras decimales; no redondee.
4. Si el número es par, esta es la prima mensual.
5. Si el número es impar, añada \$0.01 para determinar la prima mensual.

Prima por consumo de tabaco

Si usted es suscriptor del Plan de Salud Estatal con cobertura individual y consume tabaco, pagará una prima mensual adicional de \$40. Si tiene cobertura de suscriptor/cónyuge, suscriptor/hijos o familia completa y usted o cualquier persona que cubra consume tabaco, la prima adicional será de \$60 mensuales.

La prima es automática para todos los suscriptores del Plan Estatal de Salud, a menos que el suscriptor certifique que nadie a quien cubre consume tabaco, o que las personas cubiertas que consumen tabaco han completado el programa para dejar de fumar Quit For Life.

Para certificar que nadie cubierto por su seguro médico consume tabaco y que nadie lo ha consumido durante los últimos seis meses, o que todas las personas cubiertas que consumen tabaco han completado el programa para dejar de fumar,

Ejemplo uno

John tiene 52 años, gana \$2,250 al mes y eligió un periodo de espera de 90 días. La prima mensual de John es $\$2,250 \times .00361$ o \$8.12 al mes.

Ejemplo dos

Mary tiene 38 años, gana \$3,000 al mes y eligió un periodo de espera de 180 días. La prima mensual de Mary es $\$3,000 \times .00070$, o \$2.10 al mes.

el suscriptor debe completar un formulario de *Certificación Acerca del Consumo de Tabaco*. Si no ha hecho la certificación o necesita cambiar su certificación, ingrese a www.peba.sc.gov/iforms.html para encontrar el formulario bajo Seguro de Salud. Entregue el formulario llenado a su administrador de beneficios quien lo enviará a PEBA. La certificación entrará en vigencia el primer día del mes después de que PEBA reciba el formulario.

Los suscriptores deben pagar todas las primas, incluyendo la prima por consumo de tabaco, si corresponde, cuando sean pagaderas. Si no se pagan las primas, la cobertura de todos los planes se cancelará a partir del último día del mes en el cual las primas se pagaron en su totalidad.

Contribuciones del empleador

Empleados activos

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia Completa
Salud	\$402.70	\$797.68	\$618.06	\$998.72
Dental	\$13.48	\$13.48	\$13.48	\$13.48
Vida	\$0.32	\$0.32	\$0.32	\$0.32
Discapacidad a largo plazo	\$3.22	\$3.22	\$3.22	\$3.22

Categoría I: 15-19 horas

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia Completa
Salud	\$201.36	\$398.84	\$309.04	\$499.36
Dental	\$6.74	\$6.74	\$6.74	\$6.74

Categoría I: 20-24 horas

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia Completa
Salud	\$269.82	\$534.46	\$414.10	\$669.14
Dental	\$9.04	\$9.04	\$9.04	\$9.04

Categoría I: 25-29 horas

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Hijos	Familia Completa
Salud	\$334.24	\$662.08	\$513.00	\$828.94
Dental	\$11.18	\$11.18	\$11.18	\$11.18

1 Los suscriptores del Plan de Salud Estatal que consumen tabaco o cubren a dependientes que consumen tabaco pagarán una prima de \$40 por mes para la cobertura solo de suscriptores. La prima es de \$60 para otros niveles de cobertura. La prima es automática para todos los suscriptores del Plan Estatal de Salud a menos que el suscriptor certifique que nadie que cubre consume tabaco o que los individuos cubiertos que consumen tabaco han completado el programa para dejar de fumar Quit For Life®.

2 Si se elige el Plan Suplementario de Medicare, los reclamos para los suscriptores cubiertos que no sean elegibles para Medicare se basarán en las disposiciones del Plan Estándar.

3 Esta prima aplica solo si uno o más niños son elegibles para Medicare.



Términos útiles

Las siguientes son definiciones de algunos términos utilizados en la *Guía de Beneficios de Seguro*. Para obtener más información, consulte las páginas indicadas o póngase en contacto con su administrador de beneficios.

Monto permitido El monto máximo que un plan permite para un servicio, procedimiento o suministro cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del Plan como su tarifa total.

Representante Autorizado Una persona con quien un plan de salud tiene autorización para hablar sobre la Información de Salud Protegida de una persona cubierta. Se puede nombrar a un representante autorizado llenando un *Formulario de Representante Autorizado*, el cual está disponible en el sitio web de PEBA en www.peba.sc.gov/privacy.html.

Factura de Saldo La diferencia entre lo que paga un plan de salud por un servicio y el cargo real del proveedor. Los proveedores de la red del Plan de Salud Estatal no pueden facturar el saldo de los miembros. Ver también Diferencial Fuera de la Red.

Administrador de Beneficios Un miembro del personal que trabaja con su empleador y ayuda con la inscripción, los cambios, la jubilación y las interrupciones del seguro. Los administradores de beneficios no son agentes de PEBA.

Cambio en el estado Un evento, como matrimonio, divorcio o nacimiento de un niño que hace posible cambiarse a una Cuenta de Gastos Médicos o a una Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes. Para más información, vea la página 24.

Coseguro Un porcentaje del costo de la atención médica que el miembro paga después de que se haya alcanzado su deducible. Según el Plan Estatal de Salud, la tasa del coseguro es diferente para los servicios de red, los servicios en un hogar de atención médica centrado en el paciente, afiliado a BlueCross BlueShield de Carolina del

Sur, servicios fuera de la red, tratamiento de infertilidad y medicamentos para la fertilidad.

Máximo de coseguro El monto de un coseguro que un miembro debe pagar cada año antes de que ya no se le exija pagar un coseguro.

Coordinación de beneficios Un sistema para determinar cómo se manejan los reclamos cuando una persona está cubierta por más de un plan de seguro. Para obtener información sobre cómo son coordinados los reclamos de salud, consulte la página 47. Para obtener información sobre cómo son coordinados los reclamos dentales, consulte la página 101.

Copago Un monto fijo que el suscriptor debe pagar por un medicamento o servicio. Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos. Los miembros del Plan Estándar pagan copagos de medicamentos recetados por visitas al consultorio, atención de emergencia y centros para pacientes ambulatorios. Para más información, vea la página 44.

Revisión de Cobertura Término general para los diferentes tipos de procesos que usa el Plan de Salud Estatal para garantizar el uso seguro y efectivo de medicamentos con receta y para alentar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible.

Deducible Generalmente, la cantidad que un miembro debe pagar anualmente por los servicios de salud cubiertos antes de que el plan empiece a pagar una parte del costo de sus servicios. El deducible puede no aplicar a todos los servicios.

Gestión de suministro de medicamentos Un tipo de revisión de cobertura que el Plan de Salud Estatal usa para garantizar que se proporcionen las recetas a niveles que la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. considera seguros.

Explicación de Beneficios (EOB)

Un informe creado cada vez que su plan de seguro procesa un reclamo. Un EOB le muestra:

- Cuánto cobró su proveedor por los servicios.
- Cuánto pagó el Plan.
- El monto del que será responsable, como su copago, deducible y coseguro.
- El monto total que le pueda deber al proveedor (no incluye ningún monto que ya haya pagado).

Exclusión Una condición para la cual, o una circunstancia bajo la cual, un plan de seguro no pagará beneficios.

Formulario Una lista de la red del administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) con medicamentos preferidos, incluidos medicamentos de marca y genéricos. El comité de médicos y farmacéuticos de farmacia y terapéutica del PBM continuamente revisan y comparan los medicamentos en un formulario de una red de farmacias. Como resultado, algunos medicamentos seguros y efectivos se vuelven "preferidos" y otros pueden convertirse en "no preferidos". El formulario guía el copago que se realiza por un medicamento con receta.

Seguro de vida completo individual Una forma permanente de seguro de vida.

Cuenta detallada Una Explicación de Beneficios, factura o recibo de un proveedor de atención médica o para dependientes que muestre el nombre y dirección del proveedor, nombre de la persona que recibe la atención, descripción del servicio o suministro, fecha en que se prestó el servicio (independientemente de cuándo se pagó) y el monto en dólares del servicio/suministro.

Miembro Una persona cubierta por un plan de salud, dental o de visión.

Formulario Nacional Preferido El formulario o lista de medicamentos preferidos, usado por Express Scripts, el administrador de beneficios farmacéuticos del Plan de Salud Estatal. Los medicamentos preferidos son aquellos que se han determinado como seguros y efectivos, pero pueden costar menos que las alternativas.

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

Red Un grupo de proveedores, instalaciones o suministradores bajo contrato para proveer cuidados para personas cubiertas por un plan de salud, dental o de visión.

Empleador opcional Cualquier grupo participante que no sea una agencia estatal, institución de educación superior o distrito escolar público. De conformidad con la Sección 1-11-720 del Código de Leyes, la participación opcional en el programa estatal de beneficios de seguro está disponible para las subdivisiones políticas del estado de Carolina del Sur, como los condados, municipios y distritos especiales, así como las agencias gubernamentales o instrumentalidades de tales subdivisiones políticas.

Diferencial fuera de la red Un miembro del Plan de Salud Estatal paga un 40 por ciento de coseguro, en vez de un 20 por ciento, cuando usa un proveedor que no está en la red. Para más información, vea la página 51.

Servicios ambulatorios en las instalaciones Servicios proporcionados en un hospital para pacientes que no pasan la noche o servicios proporcionados en centros médicos independientes.

Póliza de Pago de la Diferencia Si un miembro compra un medicamento de marca cuando hay disponibilidad de un medicamento genérico, se le cobrará el copago del genérico más la diferencia entre los montos permitidos para el medicamento genérico y el medicamento de marca. Solo se aplicará el copago del medicamento genérico para su máximo de copago de medicamentos recetados. Para más información y gráficos ilustrando la póliza, vea las páginas 50-51.

Por favor, tenga en cuenta que: La póliza para pagar la diferencia no se aplica a Express Scripts Medicare, el programa de la Parte D de Medicare del Plan de Salud Estatal.

Plan de Beneficios Un documento que establece los requisitos de elegibilidad y beneficios ofrecidos a personas cubiertas por el Plan de Salud Estatal.

Pre-autorización Requerir pre-autorización es requerir que un miembro tenga permiso del plan antes de recibir un servicio específico, suministro o pieza de un equipo. Por ejemplo, MediCall, pre-autoriza algunos servicios para los miembros del Plan de Salud Estatal. El término previa autorización es usado por el programa de beneficios farmacéuticos del Plan Estatal de Salud y ciertas medicinas especiales cubiertas por el programa de beneficios médicos.

Autorización previa Un tipo de revisión de cobertura que puede necesitarse cuando se receta un medicamento para el que hay una alternativa de coste menor que es efectiva y segura.

Prima El monto que paga una persona cubierta por una cobertura de seguro.

Evento calificador Un cambio en la vida de una persona, como una reducción de horas de trabajo, pérdida de empleo o pérdida de elegibilidad para cobertura de seguro, que le hace elegible para inscribirse en una cobertura continua proporcionada bajo COBRA.

Situación especial de elegibilidad Un evento que permite que un empleado elegible, jubilado, sobreviviente o suscriptor de COBRA se inscriba o deje la cobertura para sí mismo y para familiares elegibles fuera de un periodo de inscripción abierta. El cambio de cobertura debe hacerse en los 31 días posteriores al evento.

Terapia escalonada Un tipo de revisión de cobertura que usa el Plan de Salud Estatal para fomentar el uso de medicamentos recetados de bajo precio, pero con las misma efectividad y seguridad, antes de intentar alternativas más caras.

Subrogación Un reclamo es subrogado cuando otra persona es responsable de la lesión de un miembro. Hasta el punto provisto por la ley de Carolina del Sur, los planes de salud ofrecidos a través de PEBA tienen el derecho de cobrar el pago completo para beneficios proporcionados a una persona cubierta bajo los términos del plan cuando la lesión o la enfermedad ocurre por el acto u omisión de otra persona, empresa, corporación u organización. Si una persona cubierta recibe un pago por tales gastos médicos de otra persona que ha causado la lesión o la enfermedad, la persona cubierta accede a reembolsar al plan por completo por cualquier gasto médico pagado por el plan.

Suscriptor Un individuo, tal como un empleado o un jubilado, que está cubierto por un plan de seguro. Dado que el individuo es elegible y está cubierto, los miembros de su familia también pueden ser elegibles para inscribirse en el plan.

Seguro de vida a término Cobertura de seguro de vida que es proporcionado por un periodo de tiempo determinado. No tiene valor en efectivo. Todo seguro de vida ofrecido por la PEBA es de vida a término.

Procesador de reclamos de terceros (procesador de reclamos) Una compañía, como BlueCross BlueShield de Carolina del Sur, que está bajo contrato con PEBA para procesar reclamos para miembros.

Vendedor Una compañía bajo contrato con PEBA.



Información de contacto

S.C. PEBA

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223

8:30 a.m. - 5 p.m., lunes a viernes

- Centro de Contacto con el Cliente: 803.737.6800 o 888.260.9430
- Facturación de Jubilados: 803.734.1696
- www.peba.sc.gov

Vendedores de seguros de 2020

ASIFlex

MoneyPlus

P.O. Box 6044 | Columbia, MO 65205-6044

- Servicio al cliente: 833.SCM.PLUS (833.726.7587) o asi@asiflex.com
- www.asiflex.com/SCMoneyPlus

BlueCross BlueShield of South Carolina

Plan Estándar, Plan de Ahorros, Plan Suplementario de Medicare del Plan de Salud Estatal

P.O. Box 100605 | Columbia, SC 29260-0605

- Servicio al cliente: 803.736.1576 o 800.868.2520.
- Programa BlueCard: 800.810.BLUE.
- StateSC.SouthCarolinaBlues.com

Medi-Call (pre-autorización médica)

AX-650 | I-20 at Alpine Road | Columbia, SC 29219

- 803.699.3337 o 800.925.9724.
- Fax: 803.264.0183.

Companion Benefit Alternatives (salud conductual)

P.O. Box 100185, AX-315 | Columbia, SC 29202

- Servicio al Cliente de salud mental y abuso de sustancias: 803.736.1576 o 800.868.2520.

- Pre-certificación/administración de casos de Salud Mental: 800.868.1032.
- Fax de Salud Mental: 803.714.6456.
- Antitabaquismo: 866.784.8454.
- www.CompanionBenefitAlternatives.com.

Asesoramiento de salud

- 855.838.5897.
- Fax: 803.264.4204.

National Imaging Associates (pre-autorización de radiología avanzada)

- 866.500.7664.
- www.RadMD.com.

Dental Plus, Basic Dental

P.O. Box 100300 | Columbia, SC 29202-3300

- Servicio al cliente: 888.214.6230 or 803.264.7323.
- Fax: 803.264.7739.
- StateSC.SouthCarolinaBlues.com.

Express Scripts

Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal, Express Scripts Medicare

- Reclamos:
Express Scripts
Attn: Commercial Claims
P.O. Box 2872
Clinton, IA 52733-2872
- Miembros de Medicare:
Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P.O. 14718
Lexington, KY 40512-4718
- Servicio al Cliente del Programa de Medicamentos Recetados: 855.612.3128.
- Express Scripts Medicare: 855.612.3128.
- www.Express-Scripts.com.

EyeMed

Plan de Visión Estatal (No. de grupo: 9925991)

- Reclamos:
EyeMed
OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111
- Centro de Atención al Cliente: 877.735.9314.
- www.EyeMed.com.

MetLife

Seguro de vida básico, seguro de vida opcional, seguro de vida para dependientes (Póliza No.: 200879-1-G)

Servicios de registro e inscripción de MetLife
P.O. Box 14401 | Lexington, KY 40512-4401

- Declaración de Salud: 800.638.6420,
Opción 1.
- Reclamos: 800.638.6420, Opción 2.
- Continuación: 888.507.3767.
- Conversión: 877.275.6387.
- Fax: 866.545.7517.
- www.metlife.com/scpeba.

Selman & Company

Plan Suplementario GEA TRICARE

6110 Parkland Boulevard | Cleveland, OH 44124

- Servicio al cliente: 866.637.9911, Opción 1.
- Fax para reclamos: 800.310.5514.
- www.selmantricareresource.com/scpeba.

Standard Insurance Company

Discapacidad a Largo Plazo (No. de grupo: 621144)

P.O. Box 2800 | Portland, OR 97208-2800

- Servicio al cliente: 800.628.9696.
- Fax: 800.437.0961.
- Evidencia médica de buena salud:

800.843.7979.

- www.standard.com/mybenefits/southcarolina.

Otros contactos útiles

Medicare

- 800.633.4227.
- TTY: 877.486.2048.
- www.medicare.gov.

Administración del Seguro Social

- 800.772.1213.
- TTY: 800.325.0778.
- www.socialsecurity.gov.

Índice



Índice

A

Muerte Accidental y Desmembramiento 121

- Beneficios 122

Requisito de trabajar activamente 114

Requisito de trabajo activo 132, 138

Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal 65

Vacunas para Adultos 57

Visitas de Bienestar para Adultos 56

Monto permitido 43, 193

Servicio de ambulancia 66

Inscripción abierta anual 23

Apelaciones 35, 78, 91, 92, 102, 111, 134, 141, 158

ASIFlex 197

Tarjeta ASIFlex 148

Aplicación móvil ASIFlex 144

B

Factura de saldos 193

Facturación de saldos 51

Basic Dental 95

Seguro de Vida Básico 115

Discapacidad a Largo Plazo Básico 130

- Elegibilidad 130

Beneficiarios 120

Periodo de espera de los beneficios 130

Blue CareOnDemand 42

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur 197

C

Exámenes de cáncer cervical 58

Reclamos

Discapacidad a Largo Plazo Básico 131

Dental 101

Seguro de Vida 125

Medicamento recetado 91

Plan de Salud Estatal 77

Discapacidad a Largo Plazo Suplementario 137

Visión 109

COBRA 32

Exámenes de cáncer colorrectal 58

Comparando Dental Plus y Basic Dental 96

Comparación de planes de salud 40

Recetas compuestas 89

Información de contacto 196

Continuación 128

Continuación de cobertura (COBRA) 32

Continuando o convirtiendo su seguro de vida 128

Anticonceptivos 68

Conversión 128

Coordinación de beneficios 47, 90, 101, 193

Copago 193

Revisiones de cobertura 88

- Manejo de cantidad de medicamentos 89
- Previa autorización 89
- Terapia escalonada 89

D

Cobertura Dental 94

Dental Plus 94

Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes 151

- Límites de contribuciones 151
- Elegibilidad 151

Inscripción 151

Seguro de Vida de Dependientes 117

Cobertura de Vida de Hijo Dependiente 119

Cobertura de Vida de Cónyuge Dependiente 118

Educación sobre Diabetes 58

Beneficios oftalmológicos diabéticos a simple vista 109

Documentación 21

Manejo de cantidad de medicamentos 89

E

Crédito fiscal de ingresos ganados 145

Elegibilidad para beneficios de seguros 16

Empleado activos 16

Hijo 18

Jubilado 17

Cónyuge 18

Sobreviviente 19

Elegibilidad para seguro de vida 114

Gastos elegibles 147, 152, 157

Contribuciones del empleador 191

Exclusiones 74, 90, 98, 110, 133, 140

Express Scripts 197

Express Scripts Medicare® 85

Aplicación Móvil de Express Scripts 84

Extensión de beneficios 127

Exámenes de la vista 105

EyeMed 198

Red de proveedores de EyeMed 109

Sitio web de EyeMed 105

F

Formulario 86, 194

G

Plan Suplementario GEA TRICARE 79

Estatus de derechos adquiridos 12

H

Asesoramiento de salud 62

Planes de salud para jubilados, dependientes no elegibles para Medicare 167

Cuenta de Ahorros de Salud 154

Límites de contribuciones 155

Elegibilidad 154

Inscripción 154

Términos útiles 193

I

Hijo incapacitado 19

Gastos no elegibles 147, 152, 157

Infertilidad 69

Inscripción inicial 20

Documentos que necesita al inscribirse 21

Empleados 20

Información que Ud. necesita al inscribirse 21

Jubilados 20

Servicios de centros ambulatorios 70

Tarjetas del seguro 22

L

Asistencia para idiomas 13

Permisos de ausencia 30

Seguro de vida 114

Seguro de Vida básico 115

Seguro de Vida de Dependientes 117

Seguro de vida opcional 115

Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado 157

M

Mamografía 59

Cuenta de Gastos Médicos 146

- Límites de contribuciones 146
- Elegibilidad 146
- Inscripción 146

Medicare 198

Plan Suplementario de Medicare 38

MetLife 198

MetLife Advantages 124

MoneyPlus 143

Primas mensuales 177

- Empleados activos 178
- Suscriptores de COBRA 188
- Contribuciones del empleador 191
- Ex cónyuges 189
- Jubilados financiados 179
- Sobrevivientes financiados 184
- Tasa de seguro de vida 189
- Jubilados no financiados 181
- Sobrevivientes no financiados 185
- Jubilados parcialmente financiados 182
- Sobrevivientes parcialmente financiados 187
- Maestros permanentes, de tiempo parcial 178
- Factor de Seguro Suplementario de Discapacidad a Largo Plazo 190
- Prima por consumo de tabaco 190

MyBenefits 24

My Health Toolkit 39, 94

N

Natural Blue y descuentos para miembros 65

Naturally Slim (Naturalmente Delgado) 61

Copago sin pago 59

O

Inscripción abierta 23

Seguro de vida opcional 115

Diferencial fuera de la red 51, 194

Servicios a pacientes hospitalizados 70

P

Hogares médicos enfocados en el paciente 71

Pagando gastos médicos 43, 46, 47

PCMH 71

Privilegios de PEBA 57

- Vacunas para adultos 57
- Extractor de leche 58
- Examen de cáncer cervical 58

 - Exámenes de cancer colorrectal 58
 - Educación sobre Diabetes 58

Mamografía 59

Copago sin pago 59

Exámenes preventivos 60

Dejar de fumar 60

Beneficios de cuidado de bienestar para niños 61

Red de farmacias 85

Plan de Beneficios 195

Pre-autorización 53

- Radiología avanzada 55
- Servicio de salud conductual 54
- Atención médica 53
- Exámenes de laboratorio 53

Embarazo y atención pediátrica 71

Beneficios de prescripción 84

Copagos con prescripción y formulario 86

Medicamentos de formulario no cubiertos 87
Nivel 1: genéricos 87
Nivel 2: marca preferida 87
Nivel 3: marca no preferida 87
Características de Prima del Seguro Colectivo antes de Impuestos 145
Exámenes preventivos 60
Previa autorización 89
Red de proveedores
 Dental Plus 94
 EyeMed 109

R

Rally 39
Cobertura para jubilados 170, 175
Seguro colectivo para jubilados 161
Opciones de cobertura de seguro de jubilados 166
Elegibilidad, financiamiento de seguro de jubilados 162
 Para miembros que trabajan para una agencia estatal, una institución estatal de educación superior o un distrito escolar público 162
 Para miembros que trabajan para empleadores opcionales participantes, tales como gobiernos de condados y municipalidades 165
Inscripción en seguro de jubilados 168
Primas de jubilados y pago de prima 170

S

Plan de Ahorros 38, 52
 Pagando gastos médicos 46
 Medicamentos recetados 85
Selman & Company 198
Administración del Seguro Social 198
Situaciones especiales de elegibilidad 24, 195
 Añadiendo a hijos 26

Divorcio 25
Eliminando un cónyuge o hijos 27
Obteniendo otras coberturas 28
Obtención de cobertura de Medicare 28
Pérdida de otras coberturas 29
Matrimonio 25
Terapia del habla 73
Compañía de Seguros Standard 198
Plan Estándar 38, 52
 Pagando gastos médicos 43
 Medicamentos recetados 84
Redes de proveedores del Plan de Salud Estatal 48
 Proveedor médico o de salud conductual de la red 49
 Proveedor de la red fuera del estado o en otro país 49
 Plan Estatal de Visión 105
Terapia escalonada 89
Discapacidad a Largo Plazo Suplementario 134
 Elegibilidad 136
 Inscripción 136
 Resumen de beneficios del Plan de STLD 135

T

Dejar de fumar 60
Prima por consumo de tabaco 190
Plan Suplementario TRICARE 79

V

Beneficios oftalmológicos a simple vista 106

W

Cuando la cobertura termina 31

Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

803.737.6800 | 888.260.9430

www.peba.sc.gov



Sirviendo a los que sirven a Carolina del Sur