

# Resumen de Seguros de 2020

## Guía de inscripción abierta y nuevas contrataciones



## Contenido

Bienvenida.....	1
Inscripción abierta.....	1
Paso 1: Escoja su plan de salud.....	2
Paso 2: Escoja su plan dental.....	4
Paso 3: Escoja su cobertura de visión.....	6
Paso 4: Escoja su cobertura adicional de seguro de vida.....	7
Paso 5: Escoja su cobertura adicional por discapacidad a largo plazo.....	8
Paso 6: Escoja sus elecciones de MoneyPlus.....	9
Tarjetas de Membresía.....	12
Sus beneficios donde quiera que esté.....	13
My Health Toolkit®.....	14
Explicación de Beneficios.....	15
Recursos para su bienestar.....	16
Obtenga el cuidado que necesita.....	17
Visitas de bienestar para adultos.....	18
PEBA Perks.....	20
Mensajería para miembros.....	21
Pre-autorización.....	22
Términos útiles.....	23
Planifique su cobertura de seguros 2020.....	24
Avisos.....	24
Asistencia de idiomas.....	25
Hoja de trabajo de inscripción abierta.....	Desplegable
Hoja de trabajo de nuevas contrataciones.....	Desplegable

## Vendedores de Seguros de 2020



# Bienvenido

Hay ciertos momentos a lo largo del año en los que usted puede inscribirse en cobertura de seguro o realizar cambios en su cobertura. Revise este resumen y use la hoja de trabajo desplegable correspondiente en la parte posterior para planificar la cobertura de salud de 2020 y los beneficios adicionales que sean mejores para usted y su familia.

## Elegibilidad

### Los empleados elegibles son aquellos que:

- Trabajan para el estado, una institución de educación superior, un distrito de escuelas públicas u otra entidad autorizada por ley a participar, como un gobierno de condado o municipio, en un puesto elegible para seguro; y
- Reciben remuneración del estado, una institución de educación superior, un distrito de escuelas públicas u otra entidad autorizada por ley a participar.

## Nuevas contrataciones

Su empleador iniciará el proceso de inscripción. Deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válida a su empleador, luego hacer sus elecciones en línea a través de MyBenefits siguiendo las instrucciones en el correo electrónico que recibe de PEBA.

A partir de la fecha en que se vuelva elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro de salud y otros beneficios de seguro disponibles.

# La inscripción abierta es del 1-31 de octubre de 2019.

Durante la inscripción abierta, los empleados elegibles pueden cambiar su cobertura para el año siguiente. Revise su cobertura actual en **MyBenefits** ([mybenefits.sc.gov](http://mybenefits.sc.gov)). Si está satisfecho(a) con sus elecciones actuales, lo único que debe hacer es volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles de MoneyPlus. Todos los cambios de inscripción abierta entran en vigencia el 1 de enero de 2020.

Tome nota de los globos de texto en cada sección de este resumen que le recuerdan lo que puede hacer este año durante la inscripción abierta. También puede visitar la página web de inscripción abierta, [www.peba.sc.gov/oe.html](http://www.peba.sc.gov/oe.html), para obtener más información.

Inicie sesión en MyBenefits ([mybenefits.sc.gov](http://mybenefits.sc.gov)) para hacer sus elecciones de cobertura durante la inscripción abierta.



# Paso 1: Escoja su plan de salud.



Sus necesidades de seguro son tan únicas como usted. Puede alcanzar su deducible cada año, o tal vez no recuerde la última vez que visitó a un médico. Independientemente de su situación, el Plan de Salud Estatal le brinda dos opciones para cubrir sus gastos: el Plan Estándar o el Plan de Ahorros.

El Plan Estándar tiene primas más altas y deducibles más bajos. El Plan de Ahorros tiene primas más bajas y deducibles más altos. Obtenga más información sobre los planes en

[www.peba.sc.gov/healthplans.html](http://www.peba.sc.gov/healthplans.html).

	Plan Estándar	Plan de Ahorros
<b>Deducible Anual</b>	Usted paga hasta <b>\$490</b> por persona o <b>\$980</b> por familia.	Usted paga hasta <b>\$3,600</b> por persona o <b>\$7,200</b> por familia <sup>1</sup>
<b>Coseguro<sup>2</sup></b>	Dentro de la red, usted paga <b>20%</b> hasta <b>\$2,800</b> por persona o <b>\$5,600</b> por familia.	Dentro de la red, usted paga <b>20%</b> hasta <b>\$2,400</b> por persona o <b>\$4,800</b> por familia.
<b>Visitas al consultorio del médico<sup>3</sup></b>	Usted paga un copago de <b>\$14</b> además de la cantidad restante permitida hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga <b>el monto permitido completo</b> hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coseguro.
<b>Blue CareOnDemand<sup>SM</sup></b> <i>(Más detalles en la Pág. 17)</i>	Usted paga un copago de <b>\$14</b> más el monto permitido restante hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga <b>el monto permitido completo</b> hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coseguro.
<b>Instalaciones de atención ambulatoria / atención de emergencia<sup>5</sup></b>	Usted paga un copago de <b>\$105</b> (servicios ambulatorios) o un copago de <b>\$175</b> (atención de emergencia) más el monto permitido restante hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga <b>el monto permitido completo</b> hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coseguro.
<b>Hospitalización<sup>6</sup></b>	Usted paga <b>el monto permitido completo</b> hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coseguro.	Usted paga <b>el monto permitido completo</b> hasta que cumpla con su deducible. Luego paga su coseguro.
<b>Medicamentos recetados<sup>8</sup></b> <i>(Suministro de 30 días/suministro de 90-días en una farmacia de la red)</i>	Nivel 1 (genérico): <b>\$9/\$22</b> Nivel 2 (marca preferida): <b>\$42/\$105</b> Nivel 3 (marca no preferida): <b>\$70/\$175</b> Usted paga hasta <b>\$3,000</b> en copagos de medicamentos recetados. Luego, usted no paga nada.	Usted paga <b>el monto permitido completo</b> hasta que cumpla con su deducible anual. Luego paga su coseguro.
<b>Cuentas con impuestos favorables</b> <i>(Más detalles en la página 9)</i>	Cuenta de Gastos Médicos	Cuentas de Ahorros de Salud Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado

El Plan Suplementario de TRICARE brinda cobertura secundaria a TRICARE para los miembros de la comunidad militar que no son elegibles para Medicare. Para los empleados elegibles, ofrece una alternativa al Plan de Salud Estatal.

## Primas Mensuales para el 2020

Si usted trabaja para un empleador opcional, verifique sus tarifas con su oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/hijos	Familia completa
Plan Estándar	\$97.68	\$253.36	\$143.86	\$306.56
Plan de Ahorros	\$9.70	\$77.40	\$20.48	\$113.00
Suplemento TRICARE	\$62.50	\$121.50	\$121.50	\$162.50

<sup>1</sup> Si está cubierto más de un miembro de la familia, ningún miembro de la familia recibirá beneficios que no sean beneficios preventivos, hasta que se cumpla el deducible familiar anual de \$ 7,200.

<sup>2</sup> Fuera de la red, pagará un coseguro del 40 por ciento y el máximo de su coseguro se duplicará. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más del monto permitido del Plan de Salud Estatal. Obtenga más información sobre los beneficios fuera de la red en [www.peba.sc.gov/healthplans.html](http://www.peba.sc.gov/healthplans.html).

<sup>3</sup> El copago de \$14 se exonera para mamografías de rutina y visitas de bienestar infantil. A los miembros del Plan Estándar que reciben atención en un proveedor de hogar médico centrado en el paciente (PCMH) afiliado a BlueCross no se les cobrará el copago de \$14 por una visita al consultorio del médico. Después de que los miembros del Plan Estándar y del Plan de Ahorros alcancen su deducible, pagarán un coseguro del 10 por ciento, en lugar del 20 por ciento, por la atención en un PCMH.

<sup>4</sup> El copago de \$105 por servicios de instalaciones ambulatorios se exime para fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, servicios de diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electro-convulsiva y administración de medicamentos psiquiátricos.

<sup>5</sup> El copago de \$175 por atención de emergencia se exime en caso de admisión.

<sup>6</sup> La hospitalización requiere autorización previa para que el Plan de Salud Estatal brinde cobertura. No solicitar autorización previa puede generar una multa de \$490.

<sup>7</sup> Los medicamentos recetados no están cubiertos en farmacias fuera de la red.

<sup>8</sup> Con el Programa de Garantía del Paciente de Express Scripts, los miembros de los planes Estándar y de Ahorros pagarán no más de \$25 por un suministro de insulina para 30 días en 2020. Este programa es anual y puede que no esté disponible el año siguiente. No se aplica a los miembros de Medicare, que continuarán pagando copagos regulares por insulina.

### 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 empleado/cónyuge, empleado/hijos o familia completa y usted o cualquier persona que cubre consume tabaco, la prima adicional será de \$60 mensuales.

La prima es automática para todos los suscriptores del Plan de Salud Estatal, a menos que el suscriptor certifique que nadie a quien cubre consume tabaco, o los individuos con cobertura que consumen tabaco han culminado el programa para dejar de fumar Quit For Life®. La prima por consumo de Tabaco no aplica a los suscriptores del Suplemento TRICARE.

### Lo que puede hacer durante la inscripción abierta:

- Cambiar de un plan de salud a otro:
  - Plan Estándar;
  - Plan de Ahorros; o
  - Plan Suplementario TRICARE.
- Inscribirse usted o cualquier dependiente elegible en cobertura de salud.
- Eliminar la cobertura de salud para usted o cualquier dependiente



### ¿Cuánto gastará en cuidado médico?

Incluye este monto en la hoja de trabajo de la página 11 para determinar cuánto debería contribuir a su cuenta MoneyPlus.

Monto \$ \_\_\_\_\_





## Paso 2: Escoja su plan dental.

Tiene dos opciones de cobertura dental. Dental Plus paga más y tiene primas más altas y costos de bolsillo más bajos. Basic Dental paga menos y tiene primas más bajas y costos de bolsillo más altos. Los cambios en la cobertura dental existente solo se pueden hacer durante la inscripción abierta en años impares. Obtenga más información sobre los planes en [www.peba.sc.gov/dental.html](http://www.peba.sc.gov/dental.html).

### 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 le pueden cobrar la diferencia en su costo y el monto permitido.

### 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 por la diferencia en su costo y el monto permitido.

	Dental Plus	Basic Dental
<b>Diagnóstico y Preventivo</b> <i>Exámenes, limpiezas, radiografías</i>	No paga un deducible. El Plan pagará el 100% de un <b>monto permitido más alto</b> . En la red, un proveedor <b>no puede cobrarle por la diferencia</b> en su costo y el monto permitido.	No paga un deducible. El Plan pagará el 100% de un <b>monto permitido más bajo</b> . Un proveedor <b>puede cobrarle por la diferencia</b> en su costo y el monto permitido.
<b>Básico</b> <i>Rellenos, cirugía oral, tratamiento de conducto</i>	Usted paga un deducible de hasta <b>\$25</b> por persona. <sup>1</sup> El Plan pagará el 80% de un <b>monto permitido más alto</b> . En la red, un proveedor <b>no puede cobrarle por la diferencia</b> en su costo y el monto permitido.	Usted paga un deducible de hasta <b>\$25</b> por persona. <sup>1</sup> El Plan pagará el 80% de un <b>monto permitido más bajo</b> . Un proveedor <b>puede cobrarle por la diferencia</b> en su costo y el monto permitido.
<b>Prostodoncia</b> <i>Coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes</i>	Usted paga un deducible de hasta <b>\$25</b> por persona. <sup>1</sup> El Plan pagará el 50% de un <b>monto permitido más alto</b> . En la red, un proveedor <b>no puede cobrarle por la diferencia</b> en su costo y el monto permitido.	Usted paga un deducible de hasta <b>\$25</b> por persona. <sup>1</sup> El Plan pagará el 50% de un <b>monto permitido más bajo</b> . Un proveedor <b>puede cobrarle por la diferencia</b> en su costo y el monto permitido.
<b>Ortodoncia<sup>2</sup></b> <i>Limitado a niños cubiertos de 18 años o menos</i>	No paga un deducible. Hay un beneficio de por vida de \$1,000 para cada niño cubierto.	No paga un deducible. Hay un beneficio de por vida de \$1,000 para cada niño cubierto.
<b>Pago Máximo</b>	\$2,000 por persona cada año para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prostodoncia.	\$1,000 por persona cada año para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prostodoncia.

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

<sup>2</sup> Hay un beneficio máximo de por vida de \$1,000 por cada niño cubierto, independientemente del plan o año del plan.

### Primas Mensuales de 2020

Si trabaja para un empleador opcional, verifique sus tarifas con su oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado/cónyuge	Empleado/niños	Familia completa
<b>Dental Plus</b>	\$25.96	\$60.12	\$74.26	\$99.98
<b>Basic Dental</b>	\$0.00	\$7.64	\$13.72	\$21.34

## Escenario 1: Chequeo de rutina

Incluye examen, cuatro radiografías de mordida y limpieza para adultos.

	Dental Plus		Basic Dental
	En la red	Fuera de la red	
Cobro inicial del dentista	\$191.00	\$191.00	\$191.00
Monto permitido <sup>3</sup>	\$135.00	\$171.00	\$67.60
Monto pagado por el Plan (100%)	\$135.00	\$171.00	\$67.60
Su coseguro (0%)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Diferencia entre el monto permitido y el cobro	\$56.00 <i>El dentista deduce este monto</i>	\$20.00	\$123.40
Usted paga	\$0.00	\$20.00 <i>Diferencia entre el monto permitido y el cobro</i>	\$123.40 <i>Diferencia entre el monto permitido y el cobro</i>

## Escenario 2: Dos empastes de amalgama superficiales

	Dental Plus		Basic Dental
	En la red	Fuera de la red	
Cobro inicial del dentista	\$190.00	\$190.00	\$190.00
Monto permitido <sup>4</sup>	\$145.00	\$177.00	\$44.80
Monto pagado por el Plan (80%)	\$116.00	\$141.60	\$35.84
Su coseguro (20%)	\$29.00	\$35.40	\$8.96
Diferencia entre el monto permitido y el cobro	\$45.00 <i>El dentista deduce este monto</i>	\$13.00	\$145.20
Usted paga	\$29.00 <i>Coseguro de 20%</i>	\$48.40 <i>Coseguro de 20% más la diferencia</i>	\$154.16 <i>Coseguro de 20% más la diferencia</i>

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

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

### Lo que puede hacer durante la inscripción abierta:

- Cambio de un plan dental a otro:
  - Dental Plus; o
  - Básico Dental.
- Inscribirse a usted o cualquier dependiente elegible en cobertura dental.
- Eliminar la cobertura dental para usted o cualquier dependiente.



### ¿Cuánto gastará en cuidado dental?

Incluya este monto en la hoja de trabajo de la Página 11 para determinar cuánto debería contribuir a su cuenta MoneyPlus.

Monto \$ \_\_\_\_\_





## Paso 3:

### Escoja su cobertura de visión.



La buena visión es crucial para el trabajo y el juego. También es una parte importante de su salud. Un examen ocular anual puede ayudar a detectar enfermedades graves. Puede hacerse un examen una vez al año y obtener monturas/lentes o lentes de contacto. Obtenga más información sobre su cobertura de visión en [www.peba.sc.gov/vision.html](http://www.peba.sc.gov/vision.html).

	Costo para miembro en la red	Reembolso fuera de la red
	Usted paga:	Usted recibe:
Examen, con dilatación si es necesario	Un copago de \$10.	Hasta \$35.
Imágenes de la retina	Hasta \$39.	No hay reembolso
Monturas	80% del saldo sobre \$150 de asignación.	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar	Un copago de \$10.	Hasta \$55.
Lentes progresivos estándar	Un copago de \$35.	Hasta \$55.
Lentes progresivos superiores	\$35–\$80 para Niveles 1–3. Para el Nivel 4, usted paga copago y el 80% del costo menos una asignación de \$120.	Hasta \$55.
Standard contact lenses fit & follow-up	Un copago de \$0.	Hasta \$40.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto superiores	Un copago de \$0 y recibe 10% de descuento en el precio minorista menos una asignación de \$40.	Hasta \$40.
Lentes de contacto convencionales	Un copago de \$0 y 85% de saldo sobre asignación de \$130.	Hasta \$104.
Lentes de contacto desechables	Un copago de \$0 y saldo sobre asignación de \$130.	Hasta \$104.

### Primas Mensuales de 2020

Si trabaja para un empleador opcional, verifique sus tarifas con su oficina de beneficios.

	Empleado	Empleado/cónyuge	Empleado/niños	Familia completa
Visión	\$5.80	\$11.60	\$12.46	\$18.26

### Lo que puede hacer durante la inscripción abierta:

- Inscribirse en o eliminar la cobertura del Plan Oftalmológico Estatal para usted y/o sus dependientes elegibles.



### ¿Cuánto gastará en cuidado de visión?

Incluya este monto en la hoja de trabajo de la Página 11 para determinar cuánto debería contribuir a su cuenta MoneyPlus.



Monto \$ \_\_\_\_\_



## Paso 4:

# Escoja su cobertura adicional de seguro de vida.



Usted es inscrito(a) automáticamente en el seguro de vida básico sin costo alguno si se inscribe en un seguro de salud. Esta política proporciona \$3,000 en cobertura. También recibirá un monto equivalente de seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D). Puede elegir más cobertura para usted, su cónyuge y/o hijos. Obtenga más información sobre sus opciones de seguro de vida y servicios de valor agregado en [www.peba.sc.gov/life.html](http://www.peba.sc.gov/life.html).

	Nivel de cobertura	Detalles de cobertura
<b>Seguro de vida opcional con muerte accidental y desmembramiento (AD&amp;D)</b>	Elija en incrementos de <b>\$10,000</b> hasta un máximo de \$500,000.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lo que sea menor entre tres veces los ingresos anuales o \$500,000 de cobertura garantizada dentro de 31 días de la elegibilidad inicial.</li> <li>Incluye el monto equivalente de seguro AD&amp;D.</li> <li>La cobertura se reduce a 65% a los 70, a 42% a los 75 y a 31.7% a los 80 años y más.</li> </ul>
<b>Seguro de vida para dependientes-cónyuge con muerte accidental y desmembramiento (AD&amp;D)</b>	Elija en incrementos de <b>\$10,000</b> hasta un máximo de \$100,000 o 50% de su monto de seguro de Vida Opcional, lo que sea menor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si no está inscrito en seguro de Vida Opcional, existe cobertura para cónyuges de \$10,000 o \$20,000.</li> <li>\$20,000 de cobertura garantizada dentro de 31 días de la elegibilidad inicial.</li> <li>Incluye el monto equivalente de seguro AD&amp;D.</li> </ul>
<b>Seguro de vida para dependientes-hijos</b>	<b>\$15,000</b> por hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura garantizada.</li> <li>Los hijos son elegibles desde el nacimiento hasta los 19 o 25 años si son estudiantes a tiempo completo.</li> <li>Solo un padre progenitor puede cubrir a un hijo bajo este Plan.</li> </ul>

## Primas Mensuales para el 2020

### Seguro de Vida Opcional y para Dependientes-Cónyuge

Sus primas están determinadas por su edad o la de su cónyuge para el 31 de diciembre anterior y por el monto de la cobertura. Tarifas mostradas por cada \$10,000 de cobertura.

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		

### Seguro de Vida para Dependientes-Hijos

\$1.26 por mes; usted paga solo una prima por todos los hijos elegibles.

### Lo que puede hacer durante la inscripción abierta:

- Inscribirse en o incrementar la cobertura del Seguro de Vida Opcional o para Dependientes-Cónyuge con evidencia médica.
- Eliminar o reducir la cobertura de Seguro de Vida Opcional o para Dependientes-Cónyuge.
- Inscribirse en o eliminar el Seguro de Vida para Dependientes-Hijos.





## Paso 5:

# Escoja su cobertura adicional por discapacidad a largo plazo.

Usted es inscrito(a) automáticamente en el plan básico por discapacidad a largo plazo sin costo alguno si se inscribe en seguro de salud. El beneficio máximo es de \$800 por mes. Puede elegir más cobertura para mayor protección. Obtenga más información sobre la cobertura por discapacidad a largo plazo en [www.peba.sc.gov/longtermdisability.html](http://www.peba.sc.gov/longtermdisability.html).

### Suplementario por Discapacidad a Largo Plazo

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

- Tarifas competitivas para grupos;
- Beneficios de sobreviviente para los dependientes elegibles;
- Cobertura por lesión, enfermedad física, trastorno 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 SLTD

	Beneficio
Periodo de espera de beneficio	90 o 180 días
Beneficio Mensual de SLTD <sup>1</sup>	65% de sus ingresos previos a la discapacidad, reducido por su ingreso deducible
Beneficio mínimo	\$100 al mes
Beneficio máximo	\$8,000 al mes

<sup>1</sup> Los beneficios Básicos por Discapacidad a Largo Plazo y los Beneficios Suplementarios por Discapacidad a Largo Plazo están sujetos a impuestos federales y estatales. Consulte con su contador o asesor fiscal acerca de su responsabilidad fiscal.

### Factores de Prima Mensual para el 2020

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

Edad antes del 1 de enero	Periodo de espera de 90 días	Periodo de espera de 180 días
Menos de 31	0.00065	0.00052
31-40	0.00090	0.00070
41-50	0.00179	0.00136
51-60	0.00361	0.00277
61-65	0.00434	0.00333
66 o más	0.00530	0.00407

### Lo que puede hacer durante una inscripción abierta



- Solicitar cobertura Suplementaria de Discapacidad a Largo Plazo con evidencia médica.
- Cambiar su período de espera de beneficios de 180 días a 90 días para la cobertura existente con evidencia médica.
- Cambiar su período de espera de beneficios de 90 días a 180 días para la cobertura existente sin evidencia médica.
- Eliminar la cobertura.

## Paso 6:

# Escoja sus elecciones de MoneyPlus.



¿Está dejando dinero sobre la mesa? MoneyPlus es un programa de cuentas con ventajas fiscales que le permite ahorrar dinero en costos de atención médica y para dependientes elegibles. Usted financia las cuentas con dinero deducido antes de impuestos de su cheque de pago. Obtenga más información sobre sus opciones de MoneyPlus en [www.peba.sc.gov/moneyplus.html](http://www.peba.sc.gov/moneyplus.html).<sup>1</sup>

### Miembros del Plan Estándar

#### Cuenta de Gastos Médicos

Su Plan Estándar funciona muy bien con una Cuenta de Gastos Médicos (MSA). Use su MSA para pagar los gastos médicos elegibles, incluidos los copagos y el coseguro. Como tiene gastos elegibles, puede usar una tarjeta de débito para su cuenta o presentar reclamos de reembolso. Puede traspasar hasta \$500 en fondos no utilizados de su cuenta al 2021. Debe volver a inscribirse cada año.



### Miembros del Plan de Ahorros

#### Cuenta de Ahorros de Salud

Su Plan de Ahorros está diseñado para ir de la mano con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA, por sus siglas en inglés). Con un HSA, puede ahorrar hasta \$875 al año en impuestos.<sup>2</sup>

- Pague los gastos médicos de bolsillo, como deducibles y recetas.
- Traspase todos los fondos de un año al siguiente.
- Usted es dueño de la cuenta y la mantiene si deja su trabajo o se jubila.
- Si bien hay un límite de contribución anual, no hay límite para cuánto puede ahorrar en su cuenta.
- Puede invertir fondos para obtener ingresos por inversiones libres de impuestos.

#### Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Si tiene una Cuenta de Ahorros de Salud, también puede usar una Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado para pagar los gastos que el plan de ahorros no cubre, como la atención dental y de la vista.

Tipo de Cuenta	Plan	Fondos Disponibles	Gastos médicos	Gastos dentales, oftalmológicos	Saldo traspasado de año a año	Invertir fondos	Re-inscribirse cada año
MSA	Estándar	1 de enero	✓	✓	Hasta \$500		✓
HSA	Ahorros	Según lo depositado	✓	✓	✓	✓	
MSA de uso limitado	Ahorros	1 de enero		✓	Hasta \$500		✓

<sup>1</sup> Las contribuciones hechas antes de impuestos reducen sus ingresos devengados imponibles. Cuanto menor sea su ingreso devengado, mayor será el crédito fiscal por ingreso devengado. Consulte la Publicación 596 del IRS o hable con un profesional de impuestos para obtener más información.

<sup>2</sup> Basado en un individuo hipotético con un ingreso de \$40,000 por año, gravado con un impuesto del 25 por ciento, que aporta \$3,500 a su HSA en 2019.

# Continuación del Paso 6

## Todos los miembros

### Característica de Prima del Seguro Colectivo antes de Impuestos

Esta característica le permite pagar primas de seguro antes de impuestos para atención médica, oftalmológica, dental y hasta \$50,000 de cobertura de Vida Opcional. No necesita volver a inscribirse cada año.

### Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes

Puede usar una Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes (DCSA) para pagar los costos de cuidado diario para niños y adultos. No se puede usar para pagar la atención médica de dependientes. Usted presenta reclamos de reembolso ya que tiene gastos elegibles. Los fondos se pueden usar solo para gastos incurridos desde el 1 de enero de 2020 hasta el 15 de marzo de 2021. Usted pierde los fondos que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

Tarifas mensuales	
Cuenta de Gastos Médicos	\$2.32
Cuenta de Ahorros de Salud	\$1.00
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	\$2.32
Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes	\$2.32
Central Bank (HSA)	
Tarifas de mantenimiento (saldos inferiores a \$2,500)	\$1.25
Estados de cuenta en papel	\$3.00

## Lo que puede hacer durante la inscripción abierta:



- Inscribirse en o eliminar la característica de Prima del Seguro Colectivo Antes de Impuestos.
- Inscribirse en, volver a inscribirse en o eliminar cuentas de gastos flexibles:
  - Cuenta de Gastos Médicos.
  - Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado.
  - Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes
- Inscribirse en o eliminar una Cuenta de Ahorros de Salud.

## Límites de contribución para el 2020

Cuenta	Límite
Cuenta de Gastos Médicos <sup>2</sup>	\$2,700
Cuenta de Ahorros de Salud	\$3,550 (cobertura individual) \$7,100 (cobertura familiar) \$1,000 (contribución adicional para personas de 55 años o mayor)
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado <sup>2</sup>	\$2,700
Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes <sup>2,3</sup>	\$2,500 (casado, declaración separada) \$5,000 (soltero, cabeza de familia) \$5,000 (casado, declaración conjunta)

<sup>2</sup> Estos son los límites de 2019; el IRS divulgará los límites de contribución de 2020 en una fecha posterior.

<sup>3</sup> El límite de contribución para empleados altamente remunerados es de \$1,700.

## Fechas límite de reembolsos para el 2020

Cuenta	Periodo de gracia	Fecha límite
Cuenta de Gastos Médicos	Ninguno	31 de marzo de 2021
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	Ninguno	31 de marzo de 2021
Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes	15 de marzo de 2021	31 de marzo de 2021

# Hoja de Trabajo de MoneyPlus



Incluya los montos que indicó en los Pasos 1-3 en las hojas de trabajo a continuación para calcular el monto que pueda desear contribuir a una MSA o DCSA.

Sea conservador en su planificación. Recuerde que no se le pueden devolver los fondos no reclamados. Sin embargo, puede transferir hasta \$500 en fondos de MSA no utilizados al año del plan 2021. No puede transferir fondos de DCSA y no puede transferir fondos entre cuentas de gastos flexibles. Consulte la página 10 para conocer los límites de contribución anual.

## Cuenta de Gastos Médicos

Estime sus gastos médicos de bolsillo elegibles para el año del plan.

### Gastos médicos

Deducible de seguro de salud	\$
Copagos y coseguros	\$
Medicamentos recetados	\$
Cuidado Dental	\$
Cuidado Oftalmológico	\$
Costos de viaje por atención médica	\$
Otros gastos elegibles	\$
<b>Contribución anual</b>	\$

## Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes

Estime sus gastos elegibles de cuidado de dependientes para el año del plan.

### Gastos de cuidado infantil

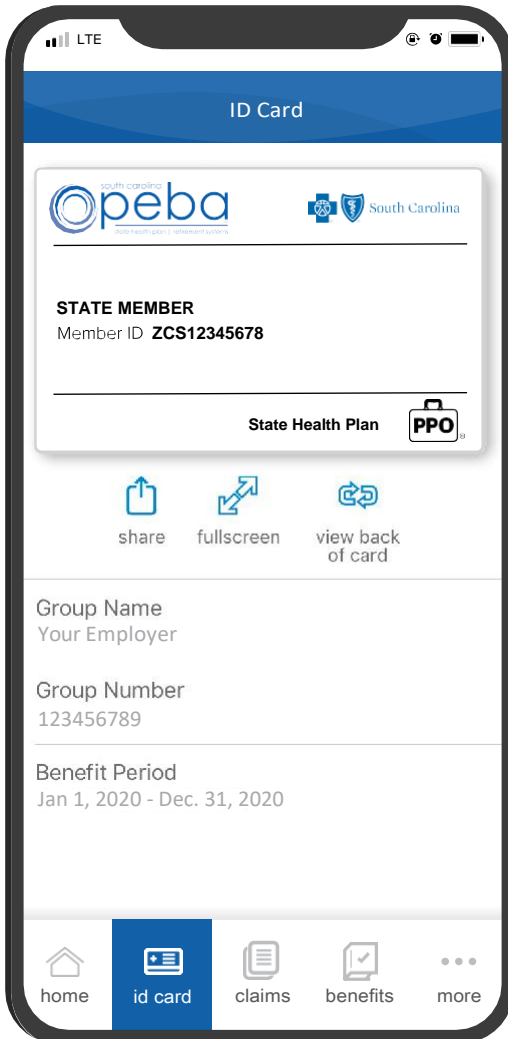
Servicios de guardería	\$
Cuidado en el hogar/servicios de au pair	\$
Guardería/preescolar	\$
Cuidado después de la escuela	\$
Campamentos diurnos de verano	\$

### Gastos de cuidado de personas mayores

Servicios del centro de cuidado diurno	\$
Servicios de cuidado en el hogar	\$
<b>Contribución anual</b>	\$

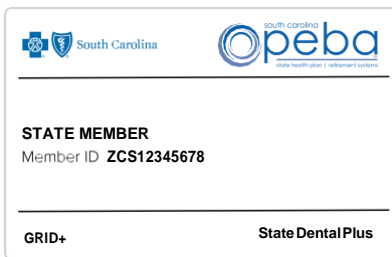
# Usted está cubierto con tarjetas de membresía.

Usted recibe tarjetas de seguro para beneficios de salud, de medicamentos recetados, dentales y oftalmológicos. También puede acceder a sus tarjetas de identificación digital desde las aplicaciones BlueCross, Express Scripts y EyeMed. Solo el nombre del suscriptor estará en las tarjetas, pero todos los miembros cubiertos de la familia pueden usarlas.



## Plan de Salud Estatal

Si necesita ayuda para acceder a su tarjeta, llame a BlueCross al **800.868.2520** o inicie sesión en **My Health Toolkit**.



## Dental Plus

Si necesita ayuda para acceder a su tarjeta, llame a BlueCross al **888.214.6230** o inicie sesión en **My Health Toolkit**.

Si necesita una tarjeta de Basic Dental, llame a su administrador de beneficios.



## Medicamento recetado

Si necesita ayuda para acceder a su tarjeta, llame a Express Scripts al **855.612.3128** o visite **www.Express-Scripts.com**.



## Cuidado Oftalmológico

Si necesita ayuda para acceder a su tarjeta, llame a EyeMed al **877.735.9314** o visite **www.EyeMed.com**.

También puede contactar a los vendedores para solicitar una tarjeta de reemplazo.



# Sus beneficios donde quiera que esté

¿Sabía que su teléfono puede ser su recurso para acceder a la información de sus beneficios de seguro? Las aplicaciones móviles están disponibles para sus beneficios de salud, dentales, de medicamentos recetados, oftalmológicos y de gastos flexibles.



## BlueCross BlueShield of South Carolina

Busque My Health Toolkit.

### Beneficios de Salud y Dentales

- Aprenda sobre su cobertura.
- Encuentre un proveedor.
- Verifique el estado de los reclamos.
- Acceda su tarjeta de identificación.



## Express Scripts

Busque Express Scripts.

### Beneficios de Medicamentos Recetados

- Verifique si un medicamento requiere previa autorización y compare los precios de medicamentos.
- Ubique una red de farmacias.
- Reponga y renueve recetas de pedido por correo.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



## EyeMed

Busque EyeMed Members.

### Beneficios Oftalmológicos

- Aprenda sobre su cobertura.
- Busque a proveedores de la red.
- Programe recordatorios para exámenes oftalmológicos y cambios de lentes de contacto.
- Acceda a su tarjeta de identificación.

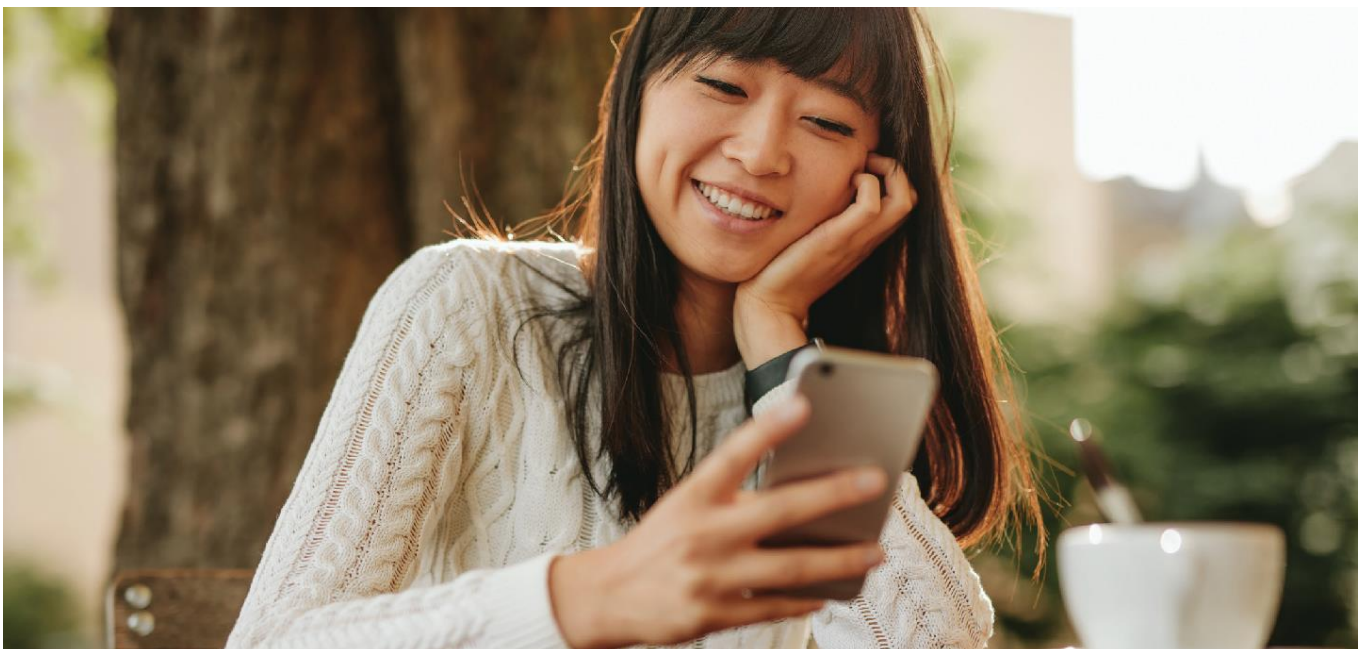


## ASIFlex

Busque ASIFlex Self Service.

### Cuentas de gastos flexibles

- Envíe y revise el estado de un reclamo.
- Envíe documentos.
- Revise los detalles de la cuenta.
- Lea mensajes seguros sobre la cuenta.





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

Cuando es miembro del Plan de Salud Estatal, tiene un lugar conveniente para administrar sus beneficios de salud y farmacia. My Health Toolkit es su recurso integral.

## Usar la aplicación de My Health Toolkit es sencillo.

### Aprenda más sobre su cobertura.

Busque su cobertura médica, deducible y gastos de bolsillo.

### Revise reclamos médicos.

Vea el estado de un reclamo médico actual o previo, la fecha del servicio, el monto cobrado por su proveedor y el monto que puede deber.

### Revise reclamos dentales.

Busque su cobertura dental, deducible y gastos de bolsillo por atención dental.

### Revise o reemplace su tarjeta de identificación.

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

### Administre sus recetas médicas.

Está a solo un clic de todos los detalles de sus medicamentos. Seleccione el enlace del sitio completo para acceder a su cuenta Express Scripts. Puede ver los reclamos de medicamentos recetados y el historial de pagos, encontrar y comparar los precios de los medicamentos, verificar si un medicamento está sujeto a reglas clínicas, ver el estado de su pedido de medicamentos recetados, solicitar una tarjeta de identificación temporal y mucho más.

### Encuentre un proveedor.

Use el enlace de **find care** (buscar atención) para ver una lista de médicos de la red y centros médicos o dentistas en su área. Filtre su búsqueda y compare los resultados uno al lado del otro. Incluso puede ver los comentarios de otros miembros sobre un proveedor específico.

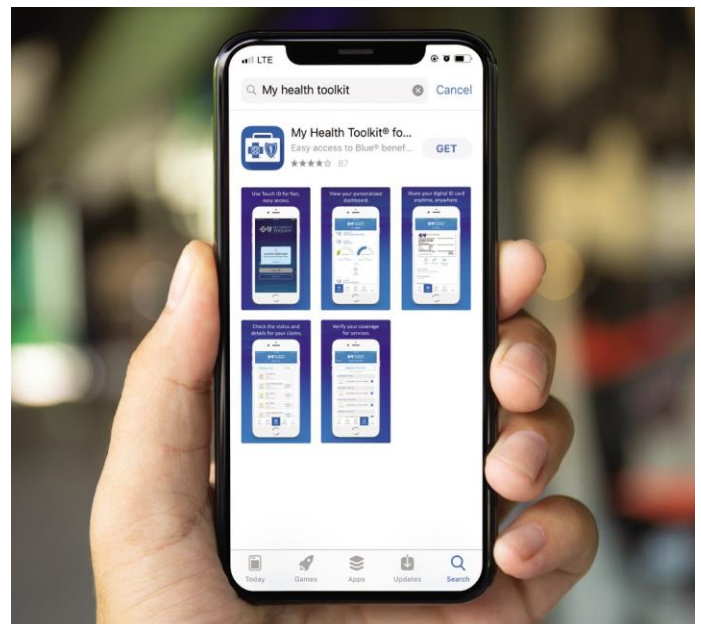
## Comience registrándose hoy.

Registrarse para **My Health Toolkit** es sencillo. Siga estos pasos para que tenga todo lo que necesita a su alcance.

1. Busque My Health Toolkit en su tienda de aplicaciones.
2. En la aplicación, seleccione **Sign Up** (registrarse). También puede visitar [www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com](http://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com) y seleccionar *Register Now (Registrarse Ahora)*.
3. Ingrese su número de identificación de miembro que está en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal y su fecha de nacimiento.
4. Escoja un usuario y una contraseña.
5. Ingrese su dirección de correo electrónico y elija no usar papel.

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

Si tiene preguntas sobre su cuenta de My Health Toolkit, llame a BlueCross al **800.868.2520**.



# No pague más de lo que debería.

Sea un consumidor inteligente de atención médica. Consulte su Explicación de Beneficios (EOB) después de recibir los servicios y compare la factura de su proveedor con el monto que figura en su EOB.

## ¿Qué es un EOB?

Este es un informe que se crea cada vez que los planes de salud y dentales procesan 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 debe al proveedor (no incluye montos que ya haya pagado).

## EOB

### 1. Información resumida

Esta es una visualización del estado de su reclamo y el monto que puede deber o que ya ha pagado a los proveedores.

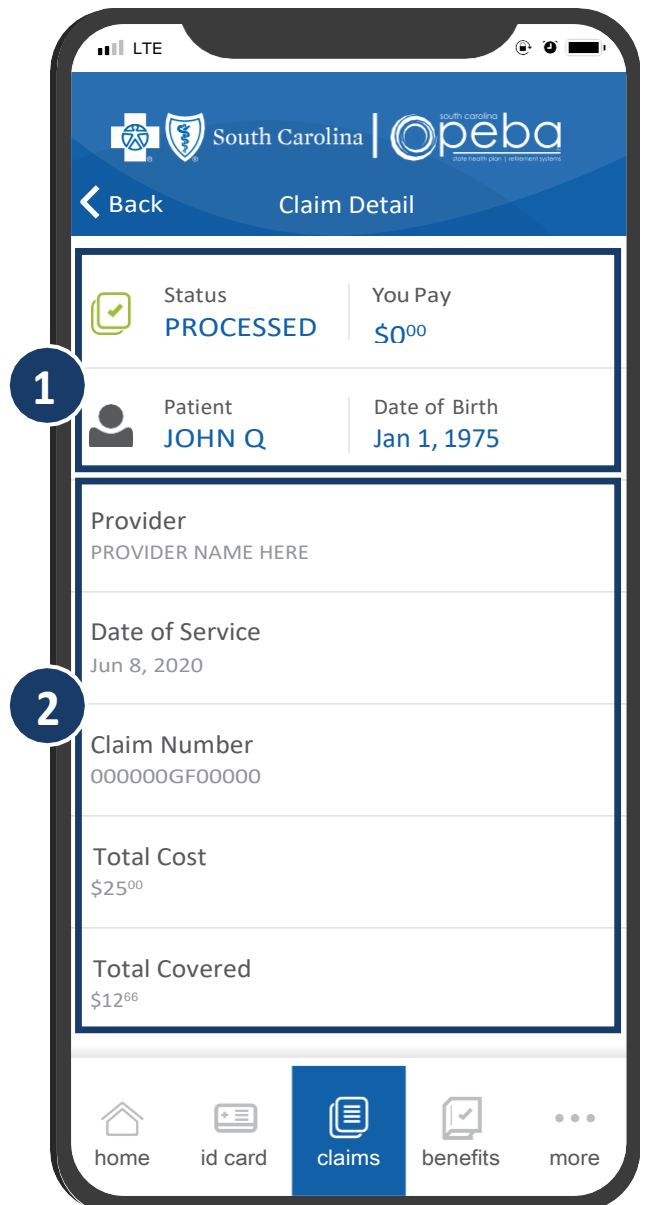
### 2. Información detallada

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

## ¡Sea ecológico!

¡Vea sus EOB en la aplicación My Health Toolkit! Además, puede elegir notificaciones virtuales y le enviaremos un correo electrónico cada vez que un nuevo EOB esté listo para visualizarse.

1. Ingrese a **My Health Toolkit** en [www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com](http://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com).
2. Seleccione la pestaña **Profile** (Perfil).
3. Seleccione **Change Notifications** (Cambiar notificaciones).
4. Seleccione **Online** (En Línea) como su preferencia.



# Recursos para su bienestar

¿Está listo para encaminar su salud, pero no sabe por dónde empezar? Lo bueno es que no tiene que resolverlo por su cuenta. El Plan de Salud Estatal le ofrece una variedad de recursos, la mayoría de los cuales están disponibles sin costo.

## Asesoramiento de salud

Un asesor de salud puede ayudarle con problemas de salud conductual, afecciones crónicas, estilos de vida saludables y apoyo de maternidad. El asesoramiento de salud está disponible en línea o por teléfono sin costo alguno para los suscriptores del Plan de Salud Estatal y sus familiares adultos cubiertos. Para obtener más información, visite

[www.peba.sc.gov/healthcoaching.html](http://www.peba.sc.gov/healthcoaching.html).

## Rally®

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

## Naturally Slim®

Aprenda habilidades para perder peso y no recuperarlo mientras sigue comiendo sus comidas favoritas en este programa en línea de 10 semanas, clínicamente probado. Naturally Slim le enseñará que no es lo que come, sino cuándo y cómo come que le ayudará a perder peso. Naturally Slim está disponible sin costo para usted. Obtenga más información en

[www.naturallyslim.com/PEBA](http://www.naturallyslim.com/PEBA).



## Quit For Life

Si desea dejar de consumir tabaco, el programa confidencial para dejar de fumar Quit For Life puede ayudarle a alcanzar sus objetivos. El programa está disponible sin costo para los miembros del Plan de Salud Estatal y los dependientes cubiertos de 13 años o más. Para obtener más información e inscribirse, visite

[www.quitnow.net/SCStateHealthPlan](http://www.quitnow.net/SCStateHealthPlan).

## Hogares médicos centrados en el paciente

Un hogar médico centrado en el paciente (PCMH) ofrece un enfoque de atención en equipo para ayudarle a alcanzar sus objetivos para una mejor salud. Además, puede ahorrar dinero cuando usa un PCMH. Los miembros del plan estándar no pagan el copago de \$14 por una visita al consultorio de PCMH. Además, los miembros del Plan Estándar y del Plan de Ahorros pagan un coseguro del 10 por ciento, en lugar del 20 por ciento, después de alcanzar su deducible. Visite [www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com](http://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com) para encontrar un PCMH cerca de usted.

## Visitas de salud conductual a través de Blue CareOnDemand

No deje que las dificultades emocionales afecten su bienestar. Chatee por video con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra acreditado desde la comodidad de su hogar. Y, la asistencia no tiene que parar después de su primera consulta. Continúe con visitas de seguimiento todo el tiempo que sea necesario. Las citas están disponibles en el momento y la frecuencia adecuados para usted. Ud. paga un copago de \$14,<sup>1</sup> más el monto permitido restante hasta que alcance su deducible. Visite [www.BlueCareOnDemandSC.com](http://www.BlueCareOnDemandSC.com), o descargue la aplicación gratuita hoy para programar su primera cita.

<sup>1</sup> Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos por ninguna visita, pero pagarán el monto permitido completo hasta alcanzar su deducible.

# Ahorre dinero y obtenga el cuidado que necesita.

Su médico de atención primaria debe ser a quien llame primero para recibir atención médica de rutina. ¿Pero qué pasa si el consultorio de su médico está cerrado? ¿O si es una emergencia? Evite preocupaciones innecesarias, gastos de bolsillo y horas esperando en la sala de emergencias al conocer sus opciones de atención médica.

Médico de atención primaria	Blue CareOnDemand	Sala de emergencias
 <p><b>Su médico de atención primaria, o médico habitual, es la mejor opción para la atención médica, como por ejemplo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de su condición crónica.</li> <li>• Reposición de medicamentos recetados.</li> <li>• Síntomas de resfriado y gripe, incluyendo fiebre, tos, dolor de garganta y náusea leve,</li> <li>• Migrañas.</li> <li>• Cortes menores y hematomas.</li> <li>• Conjuntivitis.</li> <li>• Erupciones, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones de la piel.</li> <li>• Alergias estacionales.</li> <li>• Infecciones sinusales o respiratorias.</li> <li>• Esguinces musculares.</li> <li>• Infecciones del tracto urinario.</li> </ul> <p><b>Usted paga un copago de \$14,<sup>1</sup> más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible.</b></p>	 <p><b>Si el consultorio de su médico está cerrado, está viajando o se siente demasiado enfermo para conducir, use una visita por video de Blue CareOnDemand para problemas de salud que no sean de emergencia, como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de resfriado y gripe.</li> <li>• Migrañas.</li> <li>• Conjuntivitis.</li> <li>• Erupciones, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones de la piel.</li> <li>• Alergias estacionales.</li> <li>• Infecciones sinusales o respiratorias.</li> <li>• Infecciones del tracto urinario.</li> </ul> <p>Busque Blue CareOnDemand en su tienda de aplicaciones. Usted puede ver a un médico que puede diagnosticar sus síntomas y llamar a su farmacia local para recetar medicamentos, de ser necesario.</p> <p><b>Usted paga un copago de \$14,<sup>1</sup> más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible.</b></p>	 <p><b>Vaya a la sala de emergencias o llame al 911 por condiciones muy graves o que pongan en peligro su vida, como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toser o vomitar sangre.</li> <li>• Sangrado abundante y descontrolado.</li> <li>• Pérdida de conciencia o mareos repentinos.</li> <li>• Lesiones mayores, como fracturas de huesos o traumatismo craneal.</li> <li>• Reacciones alérgicas graves.</li> <li>• Signos de un infarto, como dolor en el pecho que dura más de dos minutos.</li> <li>• Signos de accidente cerebrovascular, como entumecimiento, pérdida repentina del habla o la visión.</li> </ul> <p><b>Usted paga un copago de \$ 175,<sup>1</sup> más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible.</b></p>

<sup>1</sup> Los miembros del plan estándar que reciben atención en un PCMH no pagarán un copago. Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos por ninguna visita, pero pagarán el monto permitido completo hasta alcanzar su deducible.



# Visitas de bienestar para adultos y el Plan Estándar

Las visitas de bienestar pueden ser una parte clave de la atención preventiva. Pueden reasegurarle que está tan sano como se siente o dar lugar a que haga preguntas sobre su salud. Obtenga más información sobre las visitas de bienestar para adultos y cuándo están cubiertas en [www.peba.sc.gov/wellvisits.html](http://www.peba.sc.gov/wellvisits.html).

## Cómo funciona el beneficio

Los servicios respaldados por evidencia, basados en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), se incluyen como parte de una visita de bienestar para adultos en virtud del Plan de Salud Estatal. Después de hablar con su médico durante una visita, el médico puede decidir qué servicios necesita y crear un plan de atención personal para usted. Las visitas de bienestar para adultos están sujetas a copagos, deducibles y coseguros en los años cubiertos.

## ¿Quién es elegible?

El beneficio está disponible para todos los adultos primarios que no tengan Medicare de 19 años o mayores que estén cubiertos por el Plan de Salud Estatal. Los miembros adultos pueden aprovechar este beneficio en un proveedor de la red elegible.

Los miembros femeninos elegibles pueden usar su visita de rutina en su ginecólogo o su médico de atención primaria, pero no en ambos, en un año cubierto. Si una mujer visita a ambos médicos en el mismo año cubierto, solo se cubrirá la primera visita al consultorio de rutina recibida. Las mujeres de entre 18 y 65 años pueden recibir una prueba de Papanicolaou cada año calendario sin costo para miembros a través de PEBA Perks. En los años en que no es elegible para una visita de bienestar para adultos, aún puede recibir una prueba de Papanicolaou sin costo para miembros.

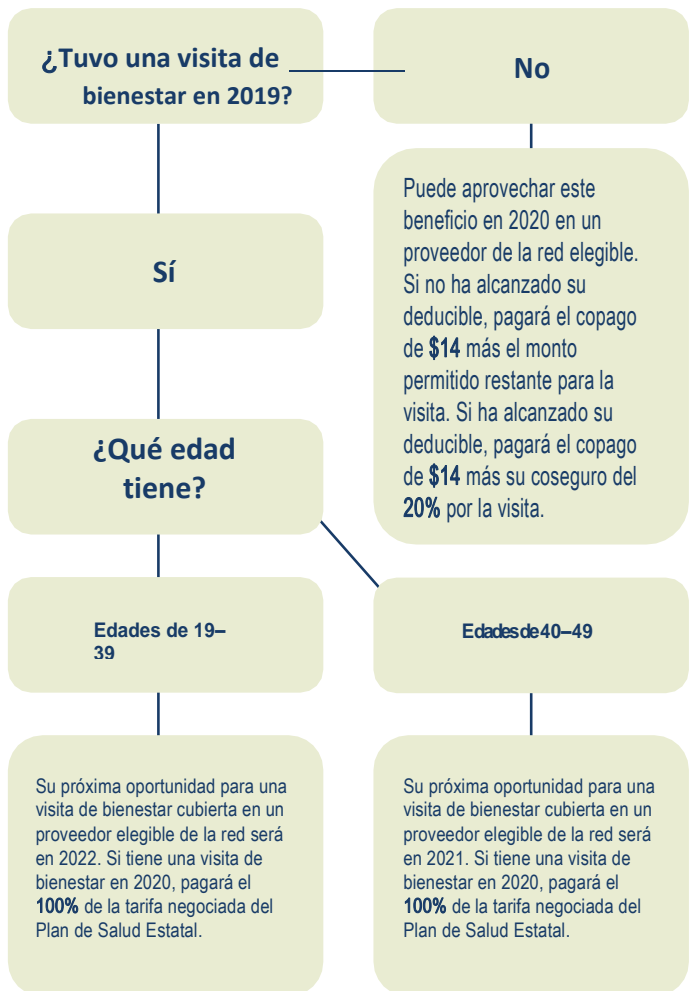
## Frecuencia de las visitas

El Plan cubrirá solo una visita en años cubiertos, según el siguiente cronograma:

	Una vez al año	Una vez cada dos años	Una vez cada tres años
Edades de 19–39			✓
Edades de 40–49		✓	
Edades 50 y más	✓		

## ¿Se puede obtener una visita de bienestar en el 2020 si tienes menos de 50 años?

Los miembros de 50 años o más pueden tener una visita de bienestar cada año. Los miembros menores de 50 años pueden determinar cuándo pueden tener una visita de bienestar a continuación.



**En años no cubiertos, el monto que paga por una visita de rutina no se aplicará a su deducible o coseguro máximo.**

## Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El Plan de Salud Estatal ofrece muchos beneficios basados en valores sin costo para miembros principales a través de PEBA Perks. Además, puede reservar dinero antes de impuestos en su cuenta de MoneyPlus para pagar su visita de bienestar para adultos. Conozca cómo coordinar sus beneficios de MoneyPlus y PEBA Perks con su visita de bienestar para adultos a continuación.

Paso

1

**Reserve dinero en su cuenta MoneyPlus.** Calcule cuánto gastará en su visita de bienestar para adultos en un año cubierto o no cubierto. Incluya este monto en la hoja de trabajo en la página 11 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta de MoneyPlus. \$ \_\_\_\_\_

Paso

2

**Obtenga su examen preventivo.** Puede recibir un examen biométrico sin costo, lo cual minimizará el costo para usted en su visita de bienestar para adultos.

Paso

3

**Haga su visita de bienestar para adultos después de su examen preventivo.** Las recomendaciones A y B de USPSTF se incluyen como parte de una visita de bienestar para adultos. Después de hablar con su médico durante una visita, el médico puede decidir qué servicios necesita y crear un plan de atención personal para usted.

Paso

4

**Comparta los resultados de su examen preventivo con su médico.** Recibirá un informe confidencial con los resultados de su examen, y le recomendamos que lo comparta con su médico para eliminar la necesidad de volver a realizar la prueba en una visita de rutina. Compartir sus resultados minimizará el costo de su visita de bienestar para adultos.

Paso

5

**Siga las recomendaciones de su médico y manténgase comprometido con su salud.** Lo alentamos a aprovechar las otras ventajas de PEBA disponibles para usted. Si es elegible, regístrese en el Copago Sin Pago para recibir algunos medicamentos genéricos sin costo para usted. Obtenga más información en la página 20.

## Servicios no incluidos como parte de una visita de bienestar para adultos

Los servicios no incluidos como parte de la visita de bienestar para adultos son aquellos sin una recomendación A o B del USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en

[www.USPreventiveServicesTaskForce.org](http://www.USPreventiveServicesTaskForce.org).

Otros servicios, incluyendo un hemograma completo (CBC), electrocardiograma (EKG),

prueba de antígeno prostático específico (PSA) y un panel metabólico básico, si así lo solicita su médico para tratar una condición específica, aún puede estar cubierto. Estos servicios están sujetos a copagos, deducibles y coaseguros, así como a las disposiciones normales del Plan. Las visitas de seguimiento y los servicios como resultado de su visita de bienestar también están sujetos a las disposiciones normales del Plan.

## Visitas de bienestar para adultos y el Plan de Ahorros

Los miembros del Plan de Ahorros son elegibles para una visita de bienestar cada año sin costo para miembros. Los servicios respaldados por evidencia, basados en las recomendaciones A y B de USPSTF, se incluyen como parte de una visita de bienestar para adultos. Después de hablar con su médico durante una visita, su médico puede decidir qué servicios necesita y crear un plan de atención personal para usted.



# Beneficios basados en valores sin costo para usted

Siempre es mejor abordar un problema de salud antes de que se convierta en una crisis de salud. Visite un proveedor o una farmacia de la red para aprovechar estos beneficios basados en valores sin costo para usted. Estos beneficios pueden ayudar a que sea más fácil para usted y su familia mantenerse saludables. Para obtener más detalles sobre los beneficios de PEBA, incluyendo la elegibilidad, visite [www.PEBAperks.com](http://www.PEBAperks.com).

## Exámenes preventivos

La identificación temprana de problemas de salud puede prevenir enfermedades graves y ayudarlo a ahorrar dinero. Este beneficio, valorado en más de \$300, le permite recibir un examen biométrico sin costo.

### Haga su visita de bienestar para adultos después de su examen preventivo.

Comparta sus resultados con su proveedor de red para eliminar la necesidad de volver a realizar pruebas en una visita de bienestar. Compartir sus resultados minimizará el costo de su visita de bienestar para adultos.

## Vacuna contra la gripe

La gripe afecta entre el 5 y el 20 por ciento de la población de los EE.UU. cada año. Una vacuna anual contra la gripe es la mejor manera de reducir el riesgo de enfermarse y de contagiar a otros.

## Vacunas para adultos

Las vacunas son una de las formas más seguras de proteger su salud y la salud de quienes lo rodean. El Plan de Salud del Estatal cubre las vacunas para adultos, incluyendo la vacuna Shingrix, según las recomendaciones de edad, intervalo e historial médico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

## Beneficios de niño sano (exámenes y vacunas)

Este beneficio tiene como objetivo promover la buena salud y la prevención de enfermedades en los niños. Niños cubiertos hasta la edad de 18 son elegibles para este beneficio. El Plan de Salud Estatal cubre las visitas al médico según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y las vacunas basadas en las recomendaciones de los CDC a los proveedores de la red.



## Examen de cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es la segunda causa más común de muerte por cáncer en los EE. UU. El Plan de Salud Estatal cubre el costo de los exámenes de diagnóstico y de rutina según los rangos de edad recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Cualquier cargo de la instalación o exámenes de laboratorio asociados como resultado de la evaluación pueden estar sujetos a la responsabilidad del paciente.

## Examen de cáncer cervical

Las muertes por cáncer de cuello uterino han disminuido desde la implementación de los exámenes de detección generalizados de cáncer de cuello uterino. El Plan de Salud Estatal permite que las mujeres de entre 18 y 65 años reciban una prueba de Papanicolaou cada año calendario sin costo alguno. Para las mujeres de 30 a 65 años, el Plan cubre la prueba de VPH en combinación con una prueba de Papanicolaou una vez cada cinco años sin costo alguno.

## Copago Sin Pago

El copago sin pago alienta a los miembros a participar más en su salud y les ahorra dinero. Al completar ciertas actividades en Rally cada trimestre, los miembros pueden recibir ciertos medicamentos genéricos el próximo trimestre sin costo alguno. Las condiciones cubiertas incluyen:

- Presión arterial alta y colesterol alto.
- Enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad coronaria.
- Diabetes.



### Mamografía

Una mamografía es un paso importante para cuidarse. Este beneficio proporciona una mamografía de referencia (cuatro vistas) para mujeres de 35 a 39 años. Las mujeres mayores de 40 años pueden recibir una mamografía de rutina (cuatro vistas) cada año calendario. El Plan de Salud Estatal también cubre mamografías de diagnóstico, que están sujetas a responsabilidad del paciente.

### Educación sobre Diabetes

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

### Dejar de fumar

Este beneficio proporciona la inscripción en el programa Quit For Life sin costo. También incluye un copago de \$0 para algunos medicamentos para dejar de fumar a los participantes elegibles.

### Extractor de leche

Este beneficio les brinda a los miembros ciertos extractores de leche eléctricos o manuales sin costo. Los miembros pueden descubrir cómo obtener un extractor de leche al inscribirse en el programa de gestión de la maternidad, Coming Attractions.

### Consultas de lactancia a través de Blue CareOnDemand

Este beneficio permite a los miembros chatear por video con un consultor de lactancia sin costo alguno. Obtenga ayuda para muchos de los problemas comunes asociados con la lactancia materna desde la comodidad y privacidad de su propio hogar. Y no tiene que detenerse después de la primera visita. Puede programar citas de seguimiento a la hora y frecuencia adecuadas para usted. Las citas están disponibles los siete días de la semana.

## Asistencia de salud en la palma de su mano

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

Regístrese para recibir mensajes móviles seguros del Plan de Salud Estatal. Obtendrá información sobre beneficios, recordatorios de salud y bienestar y consejos para ahorrar costos.

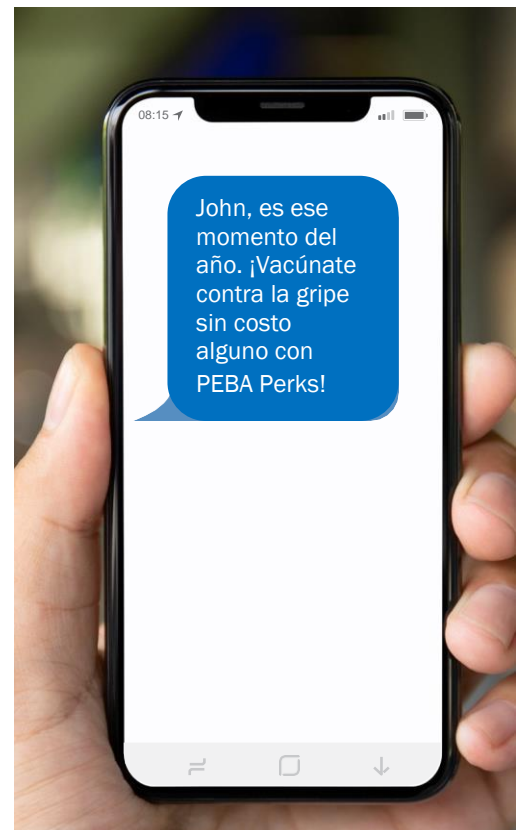
Aprenda a evitar resfriarse. Infórmese sobre los beneficios disponibles sin costo. Obtenga información sobre programas de estilo de vida saludable, asesoramiento sobre salud y beneficios basados en valores.

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

### Regístrese para la mensajería móvil.

1. Llame al **844.284.5417** desde su teléfono móvil; o
2. Envíe **PERKS** al 735-29.

*Pueden aplicar tarifas de datos.*



# Evite costos al obtener el visto bueno para su cuidado.

Algunos servicios médicos y de salud conductual necesitan pre-autorización para que el Plan de Salud Estatal brinde cobertura. Esto significa que usted o su proveedor deben hacer una llamada telefónica. **No solicitar pre-autorización puede generar una multa de \$490.** La pre-autorización no garantiza el pago.

## Servicios médicos

Para pre-autorizar su tratamiento médico, llame a Medi-Call al **800.925.9724** con al menos dos días hábiles de antelación.

- Atención de hospitalización en un hospital, incluyendo la admisión a un hospital para tener un bebé.
- Un servicio ambulatorio que resulta en un ingreso hospitalario.
- Cirugía ambulatoria para una septoplastia (cirugía en el tabique de la nariz).
- Cirugía ambulatoria o hospitalaria para una histerectomía
- Escleroterapia (cirugía de venas).
- Quimioterapia o radioterapia.
- Admisión a un centro de cuidado a largo plazo o un hogar para ancianos.
- Pedido de equipo médico duradero
- Fertilización in vitro u otros procedimientos de infertilidad.
- Un trasplante de órgano.
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y terapia física, del habla u ocupacional relacionada con pacientes ambulatorios.

## Embarazo

Debe contactar a Medi-Call al **800.925.9724** dentro de los primeros tres meses del embarazo.

## Emergencias

En una emergencia hospitalaria, debe contactar a Medi-Call al **800.925.9724** para reportar su ingreso dentro de 48 horas o al siguiente día hábil.

## Servicios de radiología

Para pre-autorizar sus servicios de radiología, llame a National Imaging Associates al **866.500.7664**.

- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética
- Angiografía por resonancia magnética
- Tomografía por emisión de positrones.



## Servicios de salud conductual

Para pre-autorizar sus servicios conductuales, llame a Companion Benefit Alternatives al **800.868.1032**.

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.
- Cuidado hospitalario ambulatorio intensivo.
- Cuidado de hospitalización parcial.
- Terapia electroconvulsiva ambulatoria.
- Terapia magnética transcraneal repetitiva.
- Terapia de análisis conductual aplicada.
- Pruebas psicológicas/neuropsicológicas.

Es posible que el Plan no cubra algunos servicios ambulatorios de salud conductual si usted no obtiene pre-autorización.

# Términos útiles

La jerga de seguros puede ser confusa. Pero, es importante comprender sus beneficios y cómo funcionan. Aquí hay algunos términos que puede necesitar saber.

**Monto permitido** 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 tarifas negociadas del Plan como su tarifa total.

**Beneficios** Los artículos o servicios cubiertos por su plan de seguro.

**Reclamo** Una solicitud de pago que usted o su proveedor envía después de recibir los servicios.

**Coaseguro** Este es un porcentaje del costo de atención médica que usted paga luego de haber alcanzado su deducible. Por ejemplo, digamos que el monto permitido del Plan de Salud Estatal para una visita al consultorio es \$114 y el miembro ha alcanzado su deducible. Luego de que un miembro del Plan Estándar paga el copago de \$14, su pago de coseguro de 20 por ciento sería \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido, u \$80.

**Máximo de coaseguro** El monto de un coseguro que se requiere que pague cada año antes de que ya no se le exija pagar un coseguro.

**Copago** El monto fijo que paga por un servicio de atención médica o medicamento cubierto. Los miembros del Plan Estándar pagan copagos por medicamentos recetados y copagos por visitas al consultorio, atención de emergencia y servicios en centros ambulatorios. Los miembros del Plan de Ahorro no pagan copagos. Los miembros del Plan Estándar continuarán pagando copagos incluso después de alcanzar su deducible.

**Revisión de cobertura** Término general para los diferentes tipos de procesos que usa el Plan Estatal de Salud 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** El monto que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan de salud empiece a pagar.

**Dependiente** Un hijo o cónyuge elegible cubierto por su plan de salud.

**Formulario Nacional Preferido** El formulario o lista de medicamentos preferidos, usado por Express Scripts.

**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.

**Gastos de bolsillo** Estos son sus costos por gastos que el seguro no reembolsa. Los gastos de bolsillo incluyen deducibles, coaseguros y copagos por servicios cubiertos, más todos los costos por servicios que no están cubiertos.

**Pre-autorización** Una decisión de que un servicio, medicamento recetado o equipo es médicamente necesario. Ciertos servicios y medicamentos requieren autorización previa antes de recibirlos, excepto en una emergencia. También puede escucharlo como pre-certificación o autorización previa.

**Prima** El monto que usted pago por cobertura de seguro.

**Proveedor** Esto puede referirse al profesional médico que brinda atención o al lugar donde recibe los servicios de atención médica.

# Planifique su cobertura de seguro de 2020.

## Inscripción abierta | 1-31 de octubre de 2019

Durante la inscripción abierta, puede cambiar su cobertura para el 2020. Revise su cobertura actual en **MyBenefits** ([mybenefits.sc.gov](http://mybenefits.sc.gov)). Si está satisfecho con sus elecciones actuales, lo único que debe hacer es volver a inscribirse en cuentas de gastos flexibles de MoneyPlus. Todos los cambios de inscripción abierta entran en vigencia el 1 de enero de 2020.

### Su próximo paso

Extraiga la hoja de trabajo de inscripción abierta en el desplegable para planificar sus elecciones de cobertura.<sup>1</sup> Asegúrese de revisar los detalles sobre los cambios de inscripción abierta en [www.peba.sc.gov/oe.html](http://www.peba.sc.gov/oe.html).

Luego, inicie sesión en **MyBenefits** en [mybenefits.sc.gov](http://mybenefits.sc.gov) a más tardar el 31 de octubre de 2019, para cambiar su cobertura para el 2020. Su administrador de beneficios también puede ayudarle.

<sup>1</sup> Esta no es una elección de beneficios. Debe seguir los pasos correspondientes para inscribirse en 2020. Vea la información de elegibilidad, los detalles de cobertura y las limitaciones en las páginas 1-11.

## Nuevas contrataciones

Su empleador iniciará el proceso de inscripción. Deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válida a su empleador, luego hacer sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones en el correo electrónico que recibe de PEBA.

A partir de la fecha en que se convierte elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro de salud y otros beneficios de seguro disponibles.

### Su próximo paso

Extraiga la hoja de trabajo de nuevas contrataciones en el desplegable para planificar sus elecciones de cobertura.<sup>1</sup> Luego, siga el enlace en el correo electrónico que recibe de PEBA para realizar sus elecciones a través de MyBenefits. Su administrador de beneficios también puede ayudarle.

## Guía de Beneficios de Seguros

La *Guía de Beneficios de Seguros* 2020 está disponible en [www.peba.sc.gov/iresources.html](http://www.peba.sc.gov/iresources.html). Un suministro muy limitado de guías impresas está disponible por orden de llegada. Para solicitar una copia, llame a PEBA al 803.737.6800 o 1.888.260.9430.

## Resúmenes de Beneficios y Cobertura

Los *Resúmenes de Beneficios y Cobertura* de 2020 para el Plan Estándar están disponibles en línea en [www.peba.sc.gov/iresources.html](http://www.peba.sc.gov/iresources.html). Para solicitar una copia, llame a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

## Exención de responsabilidad

Los administradores de beneficios y otros elegidos por su empleador para ayudarle con su participación en los programas de beneficios para empleados administrados por la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) no son agentes o empleados de PEBA y no están autorizados para vincular a PEBA o hacer representaciones en nombre de PEBA.

## Aviso de estatus protegido

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 promulgada. 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 incluidas 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, pueden dirigirse al administrador del plan llamando al 803.737.6800 o 888.260.9430.



## Divulgaciones de terceros

Estas compañías brindan servicios en nombre de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur, el cual administra el Plan de Salud Estatal y otros beneficios de seguro. BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es el administrador externo del Plan de Salud Estatal y beneficios dentales. BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es un licenciatario independiente de la Asociación Blue Cross y Blue Shield. Rally es un producto de Rally Health Inc., una compañía independiente que ofrece una plataforma de salud digital en nombre del Plan de Salud Estatal. El programa Quit For Life es traído a usted por la Sociedad Americana del Cáncer y Optum. Optum es una marca registrada de Optum, Inc. El nombre y el logotipo de la Sociedad Americana del Cáncer son marcas registradas de la Sociedad Americana del Cáncer. Optum administra el programa Quit For Life. Naturally Slim es una compañía independiente que proporciona información de salud en nombre del Plan de Salud Estatal. Companion Benefit Alternatives, Inc. administra servicios de salud conductual. National Imaging Associates administra servicios de radiología. Express Scripts administra los beneficios de farmacia. EyeMed administra los beneficios de visión. MetLife administra los beneficios del seguro de vida. The Standard administra los beneficios por discapacidad a largo plazo. ASIFlex administra el programa MoneyPlus.

## Aviso de no discriminación

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina según raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. PEBA no excluye personas ni 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 de lenguaje de 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 Privacy Officer, 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 888.260.9430 (teléfono), 803.570.8110 (fax), o a [privacyofficer@peba.sc.gov](mailto:privacyofficer@peba.sc.gov). 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 ayudarle.

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 [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Asistencia de 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.

إفان اللغة اذكر تتحدث كنت إذا ملحوظة

المساعدة خدمات 1.888.260.9430 . برقم اتصل . بالمجان لك توافر اللغوية

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços lingüísticos, 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

o

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

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

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នកក្រុង ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.260.9430

# Hoja de trabajo de inscripción abierta



## Escoja su plan de salud. (Página 2)

- Plan Estándar  
*Considere abrir una Cuenta de Gastos Médicos.*
- Plan de Ahorros  
*Considere abrir una Cuenta de Ahorros de Salud y una Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado.*
- Plan Suplementario TRICARE

### Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado/cónyuge
- Empleado/hijos
- Familia completa



## Escoja su plan dental. (Página 4)

*Su próxima oportunidad para añadir o eliminar su cobertura dental será en octubre de 2021 para el plan del año 2022.*

- Dental Plus
- Basic Dental

### Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado/cónyuge
- Empleado/hijos
- Familia completa



## Escoja su cobertura de visión. (Página 6)

### Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado/cónyuge
- Empleado/niños
- Familia completa



## Escoja su cobertura adicional de seguro de vida. (Página 7)

- Seguro de Vida Opcional con evidencia médica  
Monto \$ \_\_\_\_\_  
(debe estar en incrementos de \$10,000)
- Seguro de Vida para Dependiente-Cónyuge con evidencia médica  
Monto \$ \_\_\_\_\_  
(debe estar en incrementos de \$10,000)
- Seguro de Vida para Dependiente-Hijo



## Escoja su cobertura adicional de discapacidad a largo plazo. (Página 8)

### Periodo de espera de beneficios

- Solicite cobertura SLTD con evidencia médica.
  - Periodo de espera para beneficios de 90 días
  - Periodo de espera para beneficios de 180 días
- Cambiar periodo de espera para beneficios.



## Haga sus elecciones de MoneyPlus. (Página 9)

### Miembros del Plan Estándar

- Cuenta de Gastos Médicos  
Monto \$ \_\_\_\_\_

### Miembros del Plan de Ahorros

- Cuenta de Ahorros de Salud  
Monto \$ \_\_\_\_\_
- Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado  
Monto \$ \_\_\_\_\_

### Todos los miembros

- Característica de Prima de Seguro Colectivo Antes de Impuestos
- Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes  
Monto \$ \_\_\_\_\_

# Hoja de trabajo de nueva contratación



## Escoja su plan de salud. (Página 2)

- Plan Estándar  
*Considere abrir una Cuenta de Gastos Médicos.*
- Plan de Ahorros  
*Considere abrir una Cuenta de Ahorros de Salud y una Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado.*
- Plan Suplementario TRICARE

### Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado/cónyuge
- Empleado/hijos
- Familia completa



## Escoja su plan dental. (Página 4).

*Su próxima oportunidad para añadir o eliminar su cobertura dental será en octubre de 2021 para el plan del año 2022.*

- Dental Plus
- Basic Dental

### Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado/cónyuge
- Empleado/hijos
- Familia completa



## Escoja su cobertura de visión. (Página 6)

### Nivel de cobertura

- Empleado
- Empleado/cónyuge
- Empleado/hijos
- Familia completa



## Escoja su cobertura adicional de seguro de vida. (Página 7)

- Seguro de Vida Opcional  
Monto \$ \_\_\_\_\_  
(debe estar en incrementos de \$10,000)
- Seguro de Vida para Dependiente-Cónyuge  
Monto \$ \_\_\_\_\_  
(debe estar en incrementos de \$10,000)
- Seguro de Vida para Dependiente-Hijo



## Escoja su cobertura adicional de discapacidad a largo plazo. (Página 8)

### Periodo de espera para beneficios

- 90 días
- 180 días



## Haga sus elecciones de MoneyPlus. (Página 9)

### Miembros del Plan Estándar

- Cuenta de Gastos Médicos  
Monto \$ \_\_\_\_\_

### Miembros del Plan de Ahorros

- Cuenta de Ahorros de Salud  
Monto \$ \_\_\_\_\_
- Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado  
Monto \$ \_\_\_\_\_

### Todos los miembros

- Característica de Prima de Seguro Colectivo Antes de Impuestos
- Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes  
Monto \$ \_\_\_\_\_



**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](http://www.peba.sc.gov)



*Sirviendo a los que sirven a Carolina del Sur*

