

2021

Guía de beneficios del seguro



Tabla de contenidos

Cuéntenos lo que piensa.....9

2

Descargo de responsabilidad.....10
Situación de los derechos adquiridos del plan de salud del estado..... 10
Notificación de no discriminación.....10
Asistencia lingüística.....11

Información general 12

¿Qué hay de nuevo para 2021?13
Elegibilidad para las prestaciones del seguro13
Empleados activos.....13
Prestaciones en las cuales los empleados elegibles pueden inscribirse.....14
Un jubilado elegible.....14
Un cónyuge elegible.....15
Un sobreviviente.....16
Inscripción inicial.....16
Empleados.....16
Jubilados.....17
Información que necesita al inscribirse.....18
Documentos que necesita para la inscripción.....18
Llene su inscripción inicial a través de su administrador de beneficios.....19
Después de su inscripción inicial.....19
Tarjetas de seguro.....19
Número de identificación de beneficios.....19
Inscríbase como empleado que transfiere.....20
Inscripción anual abierta.....20
Cambie los planes o cobertura durante un período de inscripción abierta.....20
Mis Beneficios.....21
Inscripción en beneficios de seguros online de PEBA Sistema 21
Situaciones especiales de admisibilidad.....21
Matrimonio.....22
Divorcio.....22
Retirar al cónyuge o hijos.....24
Obtener otra cobertura.....25
Obtención de la cobertura de Medicare.....25

Pérdida de otras coberturas.....25

Cobertura bajo Medicaid o el Programa

Guía de beneficios del seguro de seguro médico (CHIP)

..... 26

Licencias.....27

Primas durante una licencia sin goce de sueldo.....27

Seguro de vida durante una licencia sin goce de sueldo27

Seguro suplementario por discapacidad a largo plazo mientras esté de licencia con o sin goce de sueldo.27

Licencia de la ley de licencia familiar y médica.....28

Licencia militar.....28

Compensación de trabajadores.....28

Cuando finaliza la cobertura.....28

Continuación de la cobertura (COBRA).....28

Elegibilidad.....28

Cuando la cobertura continua no se ofrecerá.....29

Cómo continuar con la cobertura de COBRA.....29

Ejemplo de escenario COBR.....29

Cómo la cobertura continúa de COBRA puede terminar.....30

Cuando los beneficios de COBRA se agotan.....30

Ampliando la cobertura continúa.....30

Otras opciones de cobertura.....30

Fallecimiento del suscriptor o cónyuge que tiene cobertura

O niño.....	31
Supervivientes.....	31
Apelaciones de las decisiones de admisibilidad.....	32
Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad.....	32
Seguro médico.....	34
Sus opciones del plan de salud estatal.....	35
Plan estándar.....	35
Plan suplementario de Medicare.....	35
Comparación de los planes.....	35
Comparación de los planes de salud.....	36
Sus herramientas en línea del plan de salud.....	38
Como el plan de salud estatal paga por los beneficios cubiertos.....	40
Cantidad permitida.....	40
Pago de los gastos de atención medica con el plan estándar.....	40
Deducible anual.....	40
Copagos.....	41
Coaseguro.....	42
Máximo del coaseguro.....	42
Pague los gastos de atención médica con ahorros.....	42
Deducible anual.....	42
Copagos.....	43
Coaseguro.....	43
Máximo del coaseguro.....	43
Pague los gastos de atención médica si es elegible Medicare.....	44
Coordinación de las prestaciones.....	44
Enfermedad renal en etapa final.....	45
Uso de redes de proveedores del plan de salud.....	45
Encontrar a un proveedor de salud médica o conductual de la red.....	45
Encuentre un proveedor de la red fuera del estado o en otro país.....	46
Red de proveedores de medicamentos.....	47
Beneficios fuera de la red.....	47
Balance de facturación.....	48
Diferencial fuera de la red.....	48

Plan estándar.....	48
Plan de ahorros.....	48
Obtención de una autorización previa para su atención medica.....	49
Autorización previa de exámenes de sanciones por no llamar.....	49
Como autorizar previamente su tratamiento.....	49
Autorización previa del servicio de salud conductual.....	51
Autorización previa de radiología: Asociados nacionales de imagineología.....	52
Gestión de su salud.....	52
Visitas de rutina para adultos.....	52
Como aprovechar al máximo sus beneficios.....	53
PEBA beneficios.....	54
Naturalmente delgado.....	58
Entrenamiento de salud.....	58
Programas de manejo de casos médicos.....	60
Natural Blue y descuentos para miembros.....	61
Prestaciones adicionales del plan de salud estatal.....	62
La atención de una enfermera titulada de practica avanzada.....	62
Plan de tratamiento alternativo.....	62
Servicio de ambulancia.....	62
Beneficios del trastorno del espectro autista.....	63

Beneficios para la salud conductual.....	63
Manejo de casos de la salud conductual.....	63
Óseo, células madre y órgano sólido trasplantes.....	63
Cuidado quiropráctico.....	64
Anticonceptivos.....	64
Atención dental.....	64
Suministros para diabéticos.....	65
Consultas médicas.....	65
Equipos médicos duraderos.....	65
Atención sanitaria domiciliaria.....	65
Atención en un hospicio.....	65
Infertilidad.....	65
Servicios hospitalarios para pacientes.....	66
Servicios ambulatorios.....	66
Hogares médicos centrados en el paciente.....	67
Embarazo y atención pediátrica.....	67
Medicamentos con receta médica.....	68
Cirugía reconstructiva después de una mastectomía medicamente necesaria.....	68
Atención de rehabilitación.....	68
Segunda opinión.....	69
Centro de enfermería experimentada.....	69
Terapia del habla.....	69
Cirugía.....	70
Otras prestaciones cubiertas.....	70
Exclusiones: servicios no cubiertos.....	70
Límites adicionales del plan estándar.....	73
Límites y exclusiones adicionales en el ahorro plan.....	73
Como presentar una reclamación del plan de salud estatal.....	73
Servicios en Carolina del Sur.....	73
Servicios fuera de Carolina del Sur.....	73
Apelaciones.....	74

Reclamaciones y apelaciones de procesadores de reclamaciones de terceros.....	74
Plan de suplementario TRICARE de	

Guía de beneficios del seguro GEA.....	75
Elegibilidad.....	75
Hijos dependientes elegibles.....	76
Como inscribirse.....	76
Plan y sus características.....	77
Llenado de quejas.....	77
Elegibilidad de Medicare y TRINCARE: Plan suplementario.....	77
Perdida de la elegibilidad de mayor información.....	77

Beneficios de recetas médicas.....79

Uso de sus beneficios de prescripción.....	80
Recursos para miembros.....	80
Programa de medicamentos recetados del plan estándar.....	80
Ahorros plan.....	81
Scripts Express Medicare.....	81
Red de farmacias.....	81
Como encontrar farmacias participantes.....	81
Minorista de farmacias.....	81
Red Smart90 y Preferred 90:	
Red	81
Pedido por correo mediante Express Farmacia.....	81
Copagos de prescripción y formulario.....	82
Nivel 1: Genérico.....	83
Nivel 2: marca preferida.....	83

Nivel 3: marca no preferida.....	83
Medicamentos de formularios no cubiertos.....	83
Garantía del paciente de Expres Scripts como programa.....	83
Política de pago de la diferencia.....	83
Programas de farmacia especializada.....	84
Reseñas de la cobertura.....	84
Autorización previa.....	84
Gestión de la cantidad de medicamentos.....	85
Terapia de pasos.....	85
Prescripciones compuestas.....	85
Coordinación de las prestaciones.....	85
Cobertura de Medicare para medicamentos auto administrador durante una hospitalización ambulatoria de estadía para observación.....	85
Exclusiones.....	86
Beneficios de prescripción basados en el valor sin costo para usted.....	86
Presentación de una reclamación de medicamentos recetados.....	86
Apelaciones.....	87
Apelaciones a PEBA.....	87
Seguro dental	88
Recursos en línea.....	89
Clases de tratamiento.....	89
Dental Plus.....	89
Red Dental plus.....	89
Basic Dental.....	90
Disposiciones especiales de Basic Dental.....	90
Comparación de Dental Plus y Basic Dental.....	91
Ejemplos de comparación de los planes.....	92
Escenario 1: chequeo de rutina.....	92
Escenario 2: dos empastes de amalgama.....	92
Exclusiones: servicios dental no cubiertos.....	93
Beneficios generales no ofrecidos.....	93

Beneficios cubiertos por otro plan.....	93
Procedimientos específicos no cubiertos.....	93
Beneficios limitados.....	94
Beneficios de prostodoncia y ortodoncia.....	95
Coordinación de beneficios.....	95
Como presentar una reclamación dental.....	95
¿Y si necesito ayuda?.....	97
Apelaciones.....	97
Cuidado de la visión	98
Información en línea sobre beneficios de la visión.....	99
Plan de visión estatal.....	99
Exámenes de la visión.....	99
Frecuencia de las prestaciones.....	99
Beneficios de la visión inmediatos.....	100
Anteojos.....	100
Anteojos (cont.).....	101
Lentes progresivos y recubrimiento anti reflectante.....	101
Lentes de contacto.....	102
Beneficios de la visión diabética inmediata.....	103
Uso de la red de proveedores EyEMed.....	103
Para buscar un proveedor de la red.....	103
Como pedir lentes de contacto en línea.....	103
Beneficios fuera de la red.....	103
Exclusiones y limitaciones.....	104
Contacte a EyeMed.....	104
Apelaciones.....	104
Ejemplos del plan de visión estatal.....	106
Ejemplo uno.....	106
Ejemplo dos.....	106

Ejemplo tres.....	106
6	
Seguro de vida.....	107
Elegibilidad.....	108
Requisito de estar activamente en el trabajo.....	108
Aplicaciones.....	109
Seguro básico de vida.....	109
Seguro de vida opcional.....	110
Inscripción inicial; empleados activos.....	110
Entrada tardía.....	111
Primas.....	111
Cambio de la cantidad de su cobertura.....	112
Seguro de vida dependiente.....	112
Dependientes elegibles.....	112
Dependientes excluidos.....	114
Cobertura de seguro de vida del cónyuge dependiente.....	114
Cobertura de seguro de vida del hijo dependiente.....	114
Inscripción.....	115
Primas.....	115
Beneficiarios.....	115
Cambiando a sus beneficiarios.....	116
Asignación.....	118
Muerte accidental y desmembramiento.....	118
Lista de pérdidas accidentales y los beneficios cubiertos.....	118
Consejería de duelo.....	118
Cuenta de liquidación en vida	119
Soluciones de transición cumpliendo la promesa.....	119
Reclamaciones.....	119
Su beneficio acelerado	119
Como presentar una reclamación	119
Disposición de suicidio.....	119

Como se pagan las reclamaciones de la muerte accidental y el desmembramiento.....	120
---	-----

Guía de beneficios del seguro	
Exámenes y autopsias.....	120
Finaliza tu cobertura.....	120
Terminación de la cobertura.....	120
Rescisión del seguro de vida dependiente y su cobertura.....	120
Ampliación de las prestaciones.....	120
Permiso para ausentarse.....	120
Cuando pierde la elegibilidad para obtener beneficios activos debido a la discapacidad.....	121
Continuación o cambio en su seguro de vida.....	121
La directiva grupal ha finalizado.....	122
Beneficio por muerte durante el periodo conversión.....	122

Discapacidad a largo plazo.....123

Elegibilidad.....124 Certificado.....124

Discapacidad complementaria a largo plazo	125
---	-----

Requisito de trabajo activo elegibles.....	126
Ganancias obtenidas antes de la discapacidad.....	126
Ingresos deducibles.....	126
Cuando finaliza la cobertura BLTD.....	127
Cuando terminan los beneficios.....	127
Exclusiones y limitaciones.....	127
Apelaciones.....	128
Discapacidad suplementaria a largo plazo.....	128
Que ofrece el seguro SLTD.....	129
Resumen de beneficios del plan SLTD.....	129
Elegibilidad.....	130
Inscripción.....	130
Periodo de espera de las prestaciones.....	130
Certificado.....	130
¿Cuándo se considera a alguien como discapacitado?.....	130
Quejas.....	131
Requisito de trabajo activo elegibles.....	132
Cambio salarial.....	132
Ganancias antes de la discapacidad.....	132
Ingresos deducibles.....	132
Ventaja de seguridad de por vida.....	133
Fallecimiento los beneficios cubiertos.....	133
Cuando finaliza la cobertura SLTD.....	133
Cuando terminan los beneficios.....	133
Conversión.....	133
Exclusiones y limitaciones.....	134
Apelaciones.....	135
Money Plus.....	136
Como MoneyPlus puede ahorrarle dinero.....	137

Honorarios administrativos de Money Plus.....	138
Recursos para miembros.....	138
Sitio web de AsiFlex.....	138
Aplicación móvil AsiFlex.....	138
Crédito del impuesto sobre la renta.....	138
Reglas del IRS para cuentas de gastos.....	139
Función de la prima de seguro grupal antes de pagar impuestos.....	139
Elegibilidad e inscripción.....	139
Cuenta de gastos médicos.....	140
Elegibilidad.....	140
Inscripción.....	140
Contribución y sus límites.....	140
Personas que pueden tener cobertura de MSA.....	140
Gastos admisibles.....	141
Gastos no admisibles.....	141
Uso de sus fondos de MSA.....	142
Tarjeta As Flex.....	142
Solicitud de reembolso de los gastos.....	143
Comparación de MSA y de los gastos reclamación en el formulario del IRS 1040.....	143
¿Qué sucede con su MSA cuando se retira de su trabajo?.....	144
Que le pasa a su MSA después de que usted fallece?.....	144
Cuenta de gastos de cuidado de dependientes.....	144
Elegibilidad.....	145
Inscripción.....	145
Decida cuanto ahorrar.....	145
Contribución y sus límites.....	145
Personas que pueden tener cobertura DCSA.....	145
Gastos admisibles.....	146
Gastos no admisibles.....	146
Solicitud de reembolso de los gastos.....	146

Reportando su DCSA al IRS.....	147
Compare el crédito de la tarjeta de crédito DCSA	147
¿Qué sucede con su DCSA si deja su trabajo?.....	147
Venta de ahorros para la salud.....	148
Elegibilidad.....	148
Inscripción.....	148
Contribución y sus límites.....	149
Cuando sus fondos estén disponibles.....	149
Uso de sus fondos.....	149
Gastos y documentos elegibles.....	149
Inversión de su HSA.....	150
Informe de su HSA al IRS.....	150
¿Qué pasa con su HSA después de su fallecimiento?.....	150
Cierre su cuenta HSA.....	150
Cuenta de gastos médicos de uso limitado.....	151
Gastos elegibles.....	151
Gastos no subvencionables- DPM de uso solamente.....	151
Realizar cambios en la cobertura de MoneyPlus.....	151
Como afectan los cambios a su periodo de cobertura.....	152
Inscripción.....	152
Contacte con ASIFlex.....	153
Seguro colectivo de jubilados.....	154
¿Es elegible para un seguro grupal para jubilados?.....	155
Su empleador pagará parte de su jubilado de sus primas de seguro.....	155
Jubilación anticipada: SCRS clase dos miembros.....	156
Determinados funcionarios electos.....	156
Solo PEBA puede confirmar su elegibilidad.....	156
Elegibilidad del seguro de jubilados, financiamiento.....	156

Para los miembros que trabajan para una agencia estatal:

Institución pública de educación superior o escuela pública.....156

Guía de beneficios del seguro

Para los miembros que trabajan para participar empleadores opcionales como en el condado y municipios.....	159
Sus opciones de cobertura de seguro.....	160
Si no es elegible para Medicare.....	160
Si es elegible para Medicare.....	160
Si tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare.....	160
Los beneficios cubiertos.....	160
Visión.....	160
Cuando inscribirse bajo una cobertura de seguro para jubilados.....	161
Retiro del servicio.....	161
Jubilación por discapacidad.....	161
Durante los 31 días siguientes a la situación.....	161
Durante un periodo de inscripción abierta.....	162
Primas jubiladas y pago de la prima.....	162
Organismo estatal, educación superior institución y distrito escolar publico jubilados.....	162
Participantes jubilados opcionales del empleador.....	163
Jubilados de escuelas subvencionadas.....	163
Falta de pago de las primas.....	163
Cuando comienza su cobertura como jubilado.....	163
Información que recibirá	163
Sus tarjetas de identificación de seguro para los jubilados.....	164

Otros programas de seguros que ofrece PEBA.....	164
Seguro de vida	164
Discapacidad a largo plazo.....	165
MoneyPlus.....	165
Cambio de la cobertura.....	166
Retirar al cónyuge o aun hijo que tiene cobertura.....	166
Volver a trabajar en un trabajo que es elegible para el seguro.....	166
Jubilados que continuaron con su registro de vida.....	167
Si usted o un miembro de su familia tiene cobertura de Medicare.....	167
Cuando finaliza la cobertura de su seguro de jubilado.....	167

Fallecimiento de un jubilado.....	168
Supervivientes de un jubilado.....	168
Términos útiles.....	170
Información de contacto.....	174
SC PEBA.....	175
2021 Proveedores de seguros.....	175
ASIFlex.....	175
BlueCross BlueShield de Carolina del Sur.....	175
Express Scripts.....	175
EyeMed.....	176
MetLife.....	176
Selman &Company.....	176
Compañía de seguros estándar.....	176
Otros contactos útiles.....	176
Medicare.....	176
Administración del seguro social.....	176
Índice.....	177



Cuéntenos lo que piensa

Háganos saber como estamos haciendo las cosas, y lo que piensa acerca de esta publicación. Tómese unos minutos para llenar una breve encuesta.

Descargo de responsabilidad

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

La *guía de beneficios del seguro* contiene una descripción abreviada de los beneficios del seguro proporcionados por o a través de la autoridad de beneficios para empleados públicos de Carolina del Sur. Los documentos del plan de beneficios y los contratos de las prestaciones contienen descripciones completas de la salud y planes dentales, y todos los demás beneficios del seguro. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios ofrecidos por o a través de la autoridad de beneficios para el empleado público de Carolina del Sur. Si desea revisar estos documentos, comuníquese con su administrador de beneficios o con la autoridad de beneficios para empleados públicos de Carolina del Sur.

El lenguaje de este documento no crea un contrato de trabajo entre el empleado y la autoridad de beneficios para empleados públicos de Carolina del Sur. Este documento no crea ningún derecho contractual. La autoridad de beneficios públicos de Carolina del Sur se reserva el derecho de revisar el contenido de este documento, en su totalidad o en parte. Ninguna promesa o garantía, ya sea escrita u oral, que sea contraria o inconsistente con los términos de este párrafo crea contrato de empleo alguno.

Situación de los derechos adquiridos del plan de salud estatal

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur cree que el plan de salud del estado es un “plan de salud protegido” bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (la Ley de Cuidado de Salud Asequible).

De conformidad con lo permitido por la ley de cuidado asequible, un plan de salud de derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura básica de salud que ya estaba en vigor cuando se promulgó esa ley. Al ser un plan de salud de derechos adquiridos hace que sea posible que su plan no incluya ciertas protecciones al consumidor de la ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con otras protecciones al consumidor que están en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de ciertos límites en los beneficios vitalicios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud de derechos adquiridos y qué podría causar que el plan cambie de su situación de plan de salud de derechos adquiridos se le pueden dirigir al administrador del plan al 803.737.6800 O 888. 260. 9430.

Aviso de no discriminación

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

PEBA:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas que padecen de discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
- Intérpretes calificados en lenguaje de señas;
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados; e
- Información escrita en otros idiomas.

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

Si usted cree que PEBA no ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una reclamación ante el oficial de privacidad de PEBA, 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 888. 260. 9430 (teléfono), 803. 570. 8110 (fax), o

en privacyofficer@peba.sc.gov. Puede presentar una reclamación en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el oficial de privacidad de PEBA está disponible para ayudarle.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante los EE. UU. Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, electrónicamente a través del

Portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800. 368. 1019, 800. 537. 7697 (TDD)

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

Asistencia lingüística

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1. 888. 260. 9430.

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

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

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를

무료로 이용하실

OIL'tl. 수 iA l. 1.888.260.9430

화해 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.

تطوّل: اذا تتكّ ثحتت ركذا ةغللا، نأف

1.888.260.9430. تلمدخ ةدعلسملا قيوغلا رفاونت كل ناجملاب لصتا مقرب.

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.

Información general.

Esta guía proporciona una visión general de las ofertas de

Guía de beneficios del seguro

los programas de las Ofertas de la Autoridad de Beneficios (PEBA) de seguros del empleado público de Carolina del Sur, además de las primas y la información de contacto. Si bien la guía proporciona una descripción general de muchos de estos beneficios, el *plan de beneficios*, que se encuentra en peba.sc.gov/publications, contiene una descripción completa de los beneficios del plan de salud estatal. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud ofrecidos por PEBA.

¿Qué hay de nuevo para el 2021? La sección destaca los cambios importantes en los beneficios de seguros ofrecidos para 2021.

¿Qué hay de nuevo para 2021?

Los cambios enumerados a continuación entrarán en vigor el 1 de enero de 2021.

- Las primas mensuales de 2021 no finalizaron en el momento en que se elaboró esta guía. Las primas estarán disponibles en peba.sc.gov/monthly-premiums antes del 1 de octubre de 2020.
- Los factores de la prima para la discapacidad suplementaria a largo plazo disminuyó desde el 1 de septiembre de 2020. Obtenga mayor información en peba.sc.gov/monthlypremiums.
- El plan estándar para los miembros elegibles de Medicare se denominará el plan para alinear con la forma en que se pagan los beneficios. Obtenga mayor información sobre el método de alineación en el manual de *cobertura de seguro para el socio elegible de Medicare*.

Elegibilidad para las prestaciones del seguro

Empleados activos

Por lo general, los empleados elegibles son quienes:

- Trabaje a tiempo completo y reciba una compensación del estado, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o un empleador opcional participante, tales como un gobierno municipal o condado participante;

y

- Son contratados en una posición elegible para el seguro.

Los empleados elegibles también incluyen empleados administrativos y de oficina de tiempo completo de la Asamblea General de Carolina del Sur, jueces de los tribunales estatales y miembros de la Asamblea General. Los maestros permanentes a tiempo parcial que trabajan entre 15 y 30 horas a la semana califican para el seguro médico, dental y oftalmológico, y MoneyPlus, pero no son elegibles para otros beneficios de PEBA, como seguro de vida e invalidez.

Los miembros electos de los concejos municipales y del condado participante cuyos miembros son elegibles para participar en uno de los sistemas de jubilación que administra PEBA se consideran empleados a tiempo completo. En general, los miembros de otras juntas directivas no son elegibles para tener cobertura. Si trabaja para más de un grupo participante, póngase en contacto con su administrador de beneficios para obtener mayor información. Las demás reglas de elegibilidad se describen en el *plan de beneficios*.

Típos de empleados

Los empleados se clasifican en estas categorías:

- Nuevos empleados a tiempo completo que el empleador espera que trabajen al menos 30 horas a la semana. Son elegibles para la cobertura durante los 31 días siguientes a su fecha de contratación.
- Profesores permanentes a tiempo parcial que trabajan entre 15 y 30 horas semanales.
- Nuevos empleados con horario variable, a tiempo parcial o estacional que el empleador no espera que promedien 30 horas semanales durante los primeros 12 meses en los cuales están empleados. Porque su empleador no puede determinar su elegibilidad, no pueden inscribirse en las prestaciones inmediatamente. Su empleador debe medir sus horas para determinar si estos empleados trabajan un promedio de 30 horas a semana durante los 12 meses que comienzan el primero del

mes después de que el empleado sea
contratado. Si

un empleado trabaja un promedio de 30 horas semanales durante este período, el empleado tiene derecho a tener cobertura durante el período de los 12 meses siguientes.

- Empleados para el momento que hayan cumplido con su período de medición inicial (del 4 de octubre de 2019 al 3 de octubre de 2020). Si un empleado que continúa trabajando un promedio de 30 horas a la semana durante este período de 12 meses, el empleado es elegible para tener cobertura durante 2021, incluso si las horas del empleado disminuyen durante el 2021. Si un empleado continúa trabajando un promedio de menos de 30 horas a la semana durante este período, el empleado no es elegible para tener una cobertura durante el 2021 a menos que el empleado obtenga la cobertura a través de alguna otra disposición del plan.

Beneficios en los que los empleados elegibles pueden inscribirse

Seguro de salud

- Plan de salud estatal (incluye medicamentos recetados y cobertura de salud conductual).
 - Miembros del plan estándar.
 - Plan de ahorros (Elegible para las cuentas de ahorro para la salud)
- Plan complementario de TRICARE para los miembros elegibles de la comunidad militar; o
- Plan complementario de Medicare para jubilados, supérstites y suscriptores de COBRA que son elegibles para Medicare.

Seguro dental

- Dental Plus; o
- Basic Dental.

Seguro oftalmológico

- Plan estatal oftalmológico.

Seguro de vida

- Seguro de vida básica con muerte accidental y Desmembramiento (se inscribe automáticamente si está inscrito en el seguro médico);
- Seguro de vida opcional con muerte accidental y desmembramiento;

- Cónyuge dependiente con seguro de vida con muerte accidental y desmembramiento; y
- Hijo dependiente con seguro de vida.

Seguro de invalidez a largo plazo

- Discapacidad básica a largo plazo (automáticamente inscritos si están inscritos en el seguro de enfermedad); y
- Discapacidad suplementaria a largo plazo.

MoneyPlus

- Característica de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos (permite a los suscriptores elegibles pagar sus primas de salud, incluyendo la prima del consumidor de tabaco, dental, oftalmológico y hasta 50 000 \$ en cobertura de seguro de vida opcional con dólares antes de pagar impuestos);
- Cuenta de gastos médicos;
- Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes;
- Cuenta de ahorros para la salud (para quienes están inscritos en el plan de ahorros); y
- Cuenta de gastos médicos de uso limitado (para quienes están inscritos en el plan de ahorros y una cuenta de ahorros de salud, o quienes tienen acceso a una cuenta de ahorros de salud a través de su cónyuge).

Un jubilado elegible

Un empleado también puede ser elegible para tener una cobertura médica, dental y oftalmológica durante la jubilación si el empleado cumple con los requisitos para dicha cobertura. El derecho a la cobertura del seguro y el financiamiento de los jubilados depende de una serie de factores, incluyendo la elegibilidad del empleado para un beneficio de jubilación, la fecha en la cual se contrató al empleado para un puesto elegible para el seguro, el crédito por servicio de jubilación del empleado obtenido mientras trabajaba para

un empleador que participa en el plan de salud estatal y la naturaleza de los últimos cinco años de empleo activo del empleado con un empleador que participa en el plan de seguro estatal.

Consulte la página 156 para obtener mayor información sobre los requisitos de elegibilidad para el seguro de jubilados.

Un cónyuge elegible

Un cónyuge elegible es aquel reconocido como tal por la ley de Carolina del Sur. Un cónyuge elegible para la cobertura como empleado de cualquier grupo participante, incluyendo un empleador opcional, no puede tener cobertura como cónyuge bajo ningún plan. El cónyuge que es un maestro permanente a tiempo parcial puede tener cobertura como empleado o como cónyuge, pero no como ambos. Además, el cónyuge que es elegible para la cobertura de jubilado y recibe el financiamiento completo de la prima del empleador del fondo fiduciario del seguro de salud para jubilados de Carolina del Sur no puede tener cobertura como cónyuge bajo ningún plan. El cónyuge que tiene derecho a recibir cobertura de jubilado, pero no recibe financiamiento o solo financiamiento parcial de las primas del empleador del fondo fiduciario del seguro médico para los jubilados puede tener cobertura como jubilado o como cónyuge, pero no como ambos.

Un ex cónyuge puede inscribirse en la cobertura de su propia póliza si han requerido al empleado activo o jubilado por medio de una orden judicial para proporcionarle cobertura. Vea la sección de divorcio en la página 22.

El hijo elegible

- Debe ser menor de 26 años; y
- Debe ser un hijo natural del suscriptor, un hijo adoptado (incluyendo el hijo colocado en adopción legal), hijastro, hijo adoptivo ¹, un hijo del que el suscriptor tiene la custodia legal o un hijo al que el suscriptor debe darle cobertura

¹ Un niño de crianza es un niño colocado con el suscriptor por una agencia de colocación autorizada o un tribunal.

- por una orden judicial. ²

Si ambos padres son elegibles para la cobertura, solo uno de los padres puede cubrir a los hijos bajo cualquier plan. Por ejemplo, si uno de los padres cubre a los hijos con un seguro de salud y odontología, el otro no puede cubrir a los hijos con seguro de salud o dental. Uno de los padres puede cubrir a los hijos bajo el seguro de salud, y el otro puede cubrir a los hijos bajo el seguro de cuidado dental.

Un hijo de 19 a 25 años

De acuerdo con la protección del paciente y asequible, la ley de atención de la salud, modificada por la ley de conciliación de la atención de la salud y la educación de 2010, de 19 a 25 años no necesita tener un certificado como estudiante de tiempo completo o hijo discapacitado para que tenga cobertura del seguro médico, dental u oftalmológico de parte de sus padres.

El padre puede cubrir al hijo que es elegible para los beneficios estatales porque el hijo trabaja para un empleador que participa en los beneficios del seguro PEBA. El hijo puede que tener cobertura por la cobertura de salud, dental y oftalmológico de sus padres, y puede estar sujeto a exclusiones adicionales de cobertura en virtud del Plan de salud estatal. Si tiene cobertura por parte de sus padres, el hijo no es elegible para el seguro de vida básico, de vida opcional, de vida para dependientes, por discapacidad a largo plazo o MoneyPlus.

Un hijo que es elegible para la cobertura del padre, pero que también es elegible para las prestaciones porque trabaja para un empleador participante debe elegir si va a tener cobertura por su padre como hijo

O tener cobertura por su cuenta como empleado.

No se le puede brindar cobertura como hijo en un programa de seguro, como el de salud, y luego inscribirse como empleado en otro, como el oftalmológico. Con propósitos de seguro de vida, el hijo que niega la cobertura para permanecer en el plan de sus padres es

² Un hijo respecto del cual el suscriptor tiene la custodia legal es un hijo respecto del cual el suscriptor tiene la responsabilidad de tutela, y no responsabilidad financiera justa,

de acuerdo con una orden judicial u otro documento presentado
ante los tribunales.

no es elegible para la cobertura del seguro de vida de hijos

16
dependientes.

Un hijo discapacitado

Usted puede seguir dándole cobertura a su hijo que tiene 26 años o más si es discapacitado y usted es financieramente responsable de él. Para que su hijo dependiente discapacitado tenga cobertura, el hijo debe cumplir con estos requisitos:

- El hijo debe haber tenido cobertura continuamente por cualquier seguro médico antes del tiempo de discapacidad;
- El hijo debe ser soltero y debe permanecer soltero para continuar con la elegibilidad; y
- El hijo no tiene la capacidad de tener un empleo autónomo debido a una enfermedad mental o discapacidad intelectual o física y debe permanecer siendo principalmente dependiente (más del 50 por ciento) del empleado que tiene cobertura, jubilado, supérstite o suscriptor de COBRA para su sustento y manutención.

Debe establecer la discapacidad a más tardar 31 días después de que el hijo haya cumplido los 26 años de edad, cuando de lo contrario ya no es elegible para la cobertura como hijo. Para la cobertura del seguro de vida del hijo dependiente, es necesario establecer la discapacidad no más allá de 31 días después de que ^{cumpla 19 años}, si no es un estudiante de tiempo completo. Generalmente, las cartas se enviarán 90 días antes de que se pierda la cobertura. Si recibe una carta de este tipo, tome medidas lo antes posible para evitar que se produzcan problemas durante la transición.

Usted y el médico de su hijo deberán llenar un formulario de *certificación de niño discapacitado*. Incluya una copia de su declaración de impuestos federal más reciente, que muestre que el niño depende principalmente de usted para su manutención. Si usted no declara a su hijo en sus impuestos, la hoja de trabajo para determinar el apoyo (*Publicación 501 del IRS*) debe llenarse en lugar de sus declaraciones de impuestos. También adjunte un *formulario como representante autorizado* firmado por el hijo discapacitado

y una copia de los documentos de tutela o un poder

Guía de beneficios del seguro

notarial que verifique su autoridad para actuar en nombre de su hijo discapacitado. Cualquiera de estos documentos le da permiso a PEBA para discutir o divulgar la información de salud protegida del hijo con el representante autorizado del hijo.

PEBA enviará la información enviada a la compañía de seguro estándar para que la revise. Es posible que el estándar requiera una documentación médica adicional de parte del médico del hijo. El estándar le formulará una recomendación a PEBA; sin embargo, PEBA toma la decisión final.

Cobertura bajo el seguro de vida para los hijos dependientes según la ley estatal, solo un hijo dependiente de 19 a 24 años que sea estudiante a tiempo completo puede tener cobertura del seguro de vida para los hijos dependientes. Un hijo de cualquier edad que haya sido certificado por PEBA como un hijo discapacitado puede seguir teniendo cobertura del seguro de vida como hijo dependiente. Para obtener mayor información sobre la elegibilidad para la cobertura del seguro de vida del hijo dependiente, consulte la página 112.

Un supérstite

Los cónyuges e hijos que tienen cobertura del plan de salud estatal, Dental Plus, Basic Dental o del plan oftalmológico estatal se clasifican como supérstites cuando fallece un empleado o jubilado que tenía cobertura. Para obtener mayor información de la cobertura de los supérstites, consulte la página 31.

Inscripción inicial

Empleados

Si usted es empleado de un grupo participante en Carolina del Sur, puede inscribirse en la cobertura del seguro durante los 31 días a partir de la fecha en que se convierte en elegible o durante la inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y / o hijos elegibles. Un grupo participante es una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público, condado,

municipio u otro grupo que esté autorizado por la ley para que participe en el programa de seguro estatal.

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Usted tendrá que proporcionarle una dirección de correo electrónico válida a su empleador, luego hacer sus elecciones en línea a través de MyBenefits siguiendo las instrucciones del correo electrónico que recibe de PEBA. El administrador de beneficios también puede ayudarlo a llenar un formulario de aviso de elección. Permita un tiempo de procesamiento adicional para los formularios impresos.

Su cobertura comienza el primer día calendario del mes en el que se hace elegible para la cobertura ³ si tiene un empleo activo ⁴ ese día.

- Si su fecha de contratación es el primer día hábil del mes (el primer día que no sea sábado, domingo o feriado observado) y no es el primer día calendario, puede optar por que su cobertura comience el primer día de ese mes o el primer día del mes siguiente.
- Si su fecha de contratación es el primero del mes (por ejemplo, el 1 de marzo), su cobertura comienza el primer día de ese mes.
- Si reúne los requisitos en un día que no sea el primer día calendario o el primer día hábil del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente.

³ La cobertura del seguro de vida está sujeta a la disposición de no confinamiento de dependientes (Página 114) así como al requisito activamente en el trabajo (Página 108). Para obtener mayor información sobre la inscripción inicial del seguro de vida opcional, consulte la página 109.

⁴ El empleo activo significa desempeñar todas las funciones regulares de una ocupación en la jornada laboral programada del empleador. Es posible que esté trabajando en su lugar de trabajo habitual o en cualquier otro lugar, si tiene que viajar. También se le considera involucrado en un empleo activo mientras está trabajando como jurado, en un día de vacaciones pagadas o en uno de los feriados normales de su empleador si estuvo involucrado en un empleo activo el día laboral regular anterior. La cobertura no se retrasará si está ausente del trabajo debido a una razón relacionada con la salud cuando su cobertura comenzaría de otra manera.

La cobertura de su cónyuge o hijos inscritos comienza el mismo día en que comienza su cobertura.

Si no se inscribe durante los 31 días posteriores a la fecha en que se hace elegible para los beneficios activos o si experimenta una situación de elegibilidad especial, no puede inscribirse usted, su cónyuge o hijos elegibles hasta que el próximo período anual de inscripción abierta, que se celebra en octubre. La cobertura elegida durante un período de inscripción abierta anual comenzará el 1 de enero siguiente.

Jubilados

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

Si no se inscribe durante los 31 días posteriores a su fecha de jubilación, no podrá inscribirse usted mismo, ni su cónyuge o hijos elegibles hasta el próximo período anual de inscripción abierta, que se celebra en octubre. La cobertura elegida durante un período de inscripción abierta anual comenzará el 1 de enero siguiente.

Puede obtener mayor información sobre la cobertura de seguro durante la jubilación en el **capítulo de seguros grupales para jubilados** en la página 154.

Información que necesita al momento de la inscripción

Ya sea que se inscriba a través de MyBenefits o llenar un aviso de elección impreso, tendrá que responder algunas preguntas. Debajo está la información que tal vez desee traer a su reunión de inscripción.

	Información requerida
Para usted	Número de seguridad social; dirección de correo electrónico personal; salario anual; fecha de contratación (fecha en la cual se presenta a trabajar)
Para cada miembro de la familia que desea que tenga cobertura	Número de seguridad social; fecha de nacimiento
Para usted y cualquier familiar que esté tenga cobertura de Medicare Parte A o Parte B	Copia de la tarjeta de Medicare; motivo de elegibilidad; fecha efectiva de la cobertura de Medicare
Para cada beneficiario de la cobertura de su seguro de vida básica u opcional	Número de seguridad social; fecha de nacimiento
Para un beneficiario que tenga un patrimonio o un fideicomiso	Nombre; dirección; fecha del fideicomiso firmado

Documentos que necesita al momento de la inscripción

Debe traer fotocopias de estos documentos enumerados a continuación a la reunión durante la cual se inscriba en bajo cobertura del seguro. Por favor, no resalte estos documentos. También necesitará esta documentación cuando agregue a alguien a su cobertura durante un período de inscripción abierto o como resultado de una situación especial de elegibilidad. Por favor, no presente los documentos originales ante PEBA, ya que no se le pueden devolver.

	Información requerida
Para darle cobertura al cónyuge	Una copia de la licencia de matrimonio
Para darle cobertura a un hijo natural	Una copia del formato largo del certificado de nacimiento que muestre al suscriptor como padre
Para darle cobertura al hijastro	Una copia de la partida de nacimiento de formato largo que muestre el nombre del padre natural; prueba de que el padre natural y el suscriptor están casados
Para darle cobertura a un hijo adoptado o un niño ubicado para adopción	Una copia del formato largo de la partida de nacimiento que muestre al suscriptor como su padre o una copia de la adopción legal documento del tribunal que indica que la adopción se ha realizado; o una carta de colocación de un abogado, una agencia de adopción, o el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur, que indica que la adopción está en proceso
Para darle cobertura al hijo adoptivo	Una orden judicial u otro documento legal que ubica al niño con el suscriptor, que es el padre de crianza y tiene licencia.

Continúa en la página siguiente

Información requerida	
Para cubrir a otros hijos	Para todos los demás hijos para los quienes el suscriptor tiene la custodia legal, una orden judicial u otro documento legal que otorga la custodia del niño al suscriptor (el documento debe verificar que el suscriptor tiene responsabilidad de tutela del niño, no solo responsabilidad financiera)
Para darle cobertura a un hijo discapacitado	<i>Hijo discapacitado</i> <i>Formulario de certificación</i> (consulte la sección del hijo discapacitado en la página 16 para obtener información completa sobre el proceso); más la prueba de la relación
Una copia de la tarjeta de identificación de TRICARE del suscriptor	
Para inscribirse en el plan suplementario de TRICARE	

Llene su inscripción inicial a través de su administrador de beneficios

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

Puede proporcionar la documentación requerida cargando myBenefits o entregando las copias de cualquier documento a su administrador de beneficios, quien las enviará a PEBA.

PEBA alienta a los administradores de beneficios a inscribir empleados en línea para mayor seguridad y eficiencia en el proceso de inscripción. Si usted o su administrador de beneficios elige enviar el formulario del *aviso de elección*:

- Llene el formulario completamente y escriba con claridad.

Tarjetas de seguro

- Debajo de cada beneficio, elija un plan o marque rechazar. Cuando corresponda, seleccione un nivel de cobertura.
- Si tiene alguna pregunta, pregúntele a su administrador de beneficios.
- Asegúrese de revisar el formulario para determinar la exactitud, firmarlo y proporcionarlo a sus beneficios con copias de los documentos apropiados.

Después de su inscripción inicial

Si se inscribe en el plan estándar del plan de salud estatal, el plan de ahorros o el plan suplementario de Medicare,

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross) le enviará tarjetas de seguro médico para usted y los miembros de su familia que tienen cobertura. También recibirá dos tarjetas de beneficios de la farmacia de Express Scripts. Los suscriptores de Dental Plus también reciben una tarjeta de seguro de BlueCross, quien actúa como proveedor del plan dental. Los suscriptores del plan oftalmológico estatal reciben dos tarjetas de EyeMed Vision Care.

Puede acceder a las copias digitales de sus tarjetas de identificación de seguro de BlueCross, Express Scripts y aplicaciones EyEMed.

Verifique para asegurarse de que su cobertura esté activa antes de ir al médico o surtir una receta médica.

Número de identificación de los beneficios

PEBA le asigna a cada suscriptor un número de ocho dígitos como Número de Identificación de Beneficios (BIN por sus siglas en inglés). Este número único es el que usa en lugar del número de seguro social en los correos electrónicos y comunicaciones escritas entre usted, su cónyuge, sus hijos y PEBA. Está diseñado para hacer que su información personal sea más segura.

El plan de salud estatal le agrega un prefijo de tres letras a su BIN y coloca este número en su tarjeta de identificación. El BIN, junto con las tres

letras del prefijo, también se utiliza en las tarjetas Dental Plus. El contenedor sin el prefijo de tres letras se usa en las

20

tarjetas de beneficios de los medicamentos recetados. Si no tiene cobertura por un plan que utiliza el BIN, PEBA le enviará su número.

Los suscriptores necesitan su BIN, sin el prefijo, para usar MyBenefits, los beneficios del sistema de inscripción del seguro en línea de PEBA. Si olvida su BIN, visite mybenefits.sc.gov y seleccione obtener mi BIN. <http://mybenefits.sc.gov>

Cuando haya emergencias médicas antes de recibir su tarjeta

Si necesita atención médica de emergencia antes de recibir sus tarjetas de seguro, aún puede proporcionar prueba de su cobertura obteniendo su BIN.

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

Inscribirse como empleado transferido

PEBA lo considera un traslado si cambia de empleo de un grupo participante a otro durante los siguientes 15 días calendario.

Si se está transfiriendo a otro participante, asegúrese de informarle al administrador de beneficios en el lugar de trabajo al que se va para evitar un lapso en la cobertura o retrasos en el procesamiento de sus reclamaciones. Consulte con el administrador de beneficios de su nuevo empleador para asegurarse de que se hayan transferido sus beneficios.

Si es un empleado académico, se considera la transferencia si ha completado un período escolar y se cambia a otro empleador académico participante al comienzo del próximo período escolar, incluso si no trabaja durante el verano. Su cobertura de seguro con el empleador que deja permanecerá vigente hasta que comience a trabajar

con su nuevo empleador, generalmente el 1 de septiembre, siempre que pague sus primas. En esa fecha, su nuevo

Guía de beneficios del seguro

empleador asumirá su cobertura. Sin embargo, deberá ponerse en contacto con su antiguo empleador para que continúe teniendo cobertura durante el verano. Si no se transfiere a otro empleador académico participante, su cobertura finaliza el último día del mes en el cual estuvo involucrado en un empleo activo.

Inscripción abierta anual

Durante el período de inscripción abierta de octubre, los empleados elegibles, los jubilados, los supérstites y los suscriptores de COBRA pueden cambiar su cobertura ⁵ sin tener que tener una situación de elegibilidad especial.

Cambio de planes o cobertura durante un período de inscripción abierta

Cambios realizados durante un período de inscripción abierto entrarán en vigor el 1 de enero siguiente.

- Puede agregar o cancelar la cobertura del plan de salud estatal para usted, su cónyuge elegible y sus hijos elegibles durante la inscripción abierta. También puede cambiar entre el plan estándar y el plan de ahorros durante la apertura de la inscripción.
- Los jubilados y supérstites, sus cónyuges elegibles e hijos elegibles que tienen cobertura de un plan de salud pueden cambiar al plan complementario de Medicare durante los 31 días posteriores a la elegibilidad de Medicare o durante un período de inscripción abierta.
- Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden agregar o cancelar la cobertura del plan suplementario de TRICARE para ellos mismos y sus dependientes elegibles durante la inscripción abierta.

⁵ Puede agregar o eliminar la cobertura Dental Plus y Basic Dental solo durante un período de inscripción abierta en octubre de los años impares, o durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad.

- Puede agregar o cancelar la cobertura Dental Plus y Dental básica para usted, su cónyuge elegible y sus

Guía de beneficios del seguro

hijos elegibles durante la inscripción abierta en los años impares.

- Puede agregar o cancelar la cobertura del plan oftalmológico estatal para usted, su cónyuge elegible e hijos elegibles durante la inscripción abierta.
- Puede inscribirse en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos; inscribirse o volver a inscribirse en una cuenta de gastos flexible MoneyPlus; o inscribirse en una cuenta de ahorros para la salud.
- Otros cambios que usted puede hacer en su cobertura, como cambios en el seguro de vida y discapacidad a largo plazo, se explican antes de cada inscripción abierta.

Si es un empleado activo de una agencia estatal, institución pública de educación superior o distrito escolar público, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más detalles. Los jubilados, supérstites o suscriptores de COBRA deben comunicarse con PEBA. Si usted es un empleado activo, jubilado, supérstite o suscriptor de COBRA de un empleador opcional, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador opcional con quien tiene una relación de cobertura.

MyBenefits

Sistema de inscripción de beneficios del seguro en línea de PEBA

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

Si usted es el suscriptor, puede usar MyBenefits para:

- Después de su inscripción inicial.
- Actualice su información de contacto.

- Imprima una lista de los planes de seguro bajo los cuales tiene cobertura.

- Obtenga su número de identificación de beneficios (BIN) de ocho dígitos.
- Actualice a sus beneficiarios.
- Inicie o apruebe los cambios realizados como resultado de determinadas situaciones especiales de elegibilidad.

No puede acceder a ninguna información sobre el estado de ninguna reclamación o sobre sus beneficios a través de MyBenefits. Consulte el capítulo correspondiente de esta guía.

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

Situaciones especiales de admisibilidad

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

Como empleado activo, puede realizar cambios utilizando [MyBenefits](https://mybenefits.sc.gov) si tiene una situación de elegibilidad especial, como agregar un recién nacido, casarse, divorciarse o adoptar. MyBenefits mostrará la documentación necesaria para cada cambio. Los documentos requeridos se pueden cargar a través de MyBenefits.

Para hacer un cambio a través de sus beneficios, deberá:

- Llene y devuelva a su administrador de *beneficios un formulario de aviso de elección* durante los 31 días del evento; y
- Cargue la documentación en [MyBenefits](https://mybenefits.sc.gov) o entréguele la documentación a su administrador de beneficios.

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

7 Los cambios relacionados con Medicaid o el Programa de Seguro Médico Para Niños (CHIP por sus siglas en inglés) deben realizarse durante los 60 días.

Si usted es un empleado activo y es elegible para cambiar su cobertura médica, dental, plan oftalmológico estatal o seguro de vida opcional debido a una situación especial de elegibilidad, también puede inscribirse o retirarse de la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos, que se explica en la página 139.

Matrimonio

Si desea agregar a su cónyuge a su cobertura porque se casó, inicie sesión en [MyBenefits](#) y seleccione el motivo del cambio apropiado. La fecha de entrada en vigor de la cobertura es la fecha del matrimonio.

Para realizar el cambio a través de su administrador de beneficios, llene el formulario *de aviso de elección* y envíelo a su administrador de beneficios, junto con una copia de su licencia de matrimonio, durante los 31 días posteriores a la fecha de su matrimonio. Los formularios están disponibles en el sitio web de [PEBA en peba.sc.gov/ forms](http://PEBA.en.peba.sc.gov/forms), o comunicándose con PEBA o con su administrador de beneficios.

Si usted y sus dependientes elegibles no tienen cobertura, puede agregar la cobertura de salud, dental y oftalmológica para usted, sus dependientes elegibles, su nuevo cónyuge y sus nuevos hijastros durante los 31 días desde la fecha de su matrimonio. Si agrega a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros a su cobertura de salud, también puede cambiar los planes de salud. Puede agregar a su nuevo cónyuge o nuevos hijastros a la cobertura dental y del plan oftalmológico estatal. Se requiere una copia de la licencia de matrimonio para darle cobertura a su nuevo cónyuge. Se requieren los certificados de nacimiento de formato largo para cada hijastro que desea que tenga cobertura. El matrimonio también le permite a un suscriptor que tiene cobertura inscribirse o aumentar la cobertura del seguro de vida opcional hasta 50 000 \$ sin evidencia médica. Para obtener información sobre la elegibilidad para la cobertura del seguro de vida del cónyuge dependiente, incluyendo los montos para los cuales un cónyuge recién elegible puede inscribirse sin evidencia

médica, consulte la sección del seguro de vida para dependientes, que comienza en la página 107 en el capítulo de esta guía acerca del **seguro de vida**.

Usted no puede brindarle cobertura a su cónyuge si su cónyuge es elegible, o llega a ser elegible, para la cobertura como empleado de un grupo que participa en un seguro o como jubilado financiado por un grupo participante. Si usted no agrega a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros durante los 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, no puede agregarlos hasta el próximo período de inscripción abierta, que se celebra en octubre, o durante los 31 días posteriores a otra situación de elegibilidad especial.

Divorcio

Si se divorcia, su ex cónyuge y sus ex hijastros dejarán de ser elegibles para la cobertura de su póliza. Los ex cónyuges elegibles tienen la opción de elegir la cobertura de ex cónyuge si se le exige por orden judicial que le proporcione cobertura de ex cónyuge, o 36 meses continuos de cobertura COBRA. Si un ex cónyuge elegible elige inscribirse en la cobertura como ex cónyuge, renuncia a sus derechos para continuar con COBRA por 36 meses. Su ex cónyuge debe tener su propia póliza del plan. La cobertura de un ex cónyuge puede incluir cobertura de salud, dental y oftalmológica. El costo de la cobertura del ex cónyuge es el monto total de la prima.

Debido a que la cobertura del ex cónyuge está vinculada al patrocinador (empleado o jubilado), si el patrocinador pierde la cobertura, el ex cónyuge también pierde la cobertura y sería elegible para 36 meses de cobertura continua de COBRA para el ex cónyuge en consonancia con los eventos calificativos del patrocinador.

Para cubrir a un ex cónyuge, llene una *Notificación de elección de ex cónyuge* durante 31 días a partir de la fecha en que se finaliza el divorcio y déselo a su administrador de beneficios junto con una copia de la orden de divorcio que le ordena darle cobertura a su ex cónyuge. Los jubilados de las agencias estatales, instituciones públicas de educación superior y los distritos escolares públicos;

supérstites; y los suscriptores de COBRA deben presentarle la *notificación de elección del ex cónyuge* a PEBA. Los jubilados de los empleadores opcionales deben presentar la *notificación de elección del ex cónyuge* a su administrador de beneficios al empleador con el cual tienen una relación de cobertura.

Para eliminar a su ex cónyuge y a sus antiguos hijastros de su cobertura, inicie sesión en [MyBenefits](#) y seleccione el motivo de cambio apropiado.

Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, llene un *aviso de elección* y presente una copia completa de su decreto de divorcio durante los 31 días siguientes a la fecha del sello del decreto de divorcio. La cobertura para su ex cónyuge e hijastros finalizará el último día del mes después de la fecha que se encuentra en el decreto de divorcio. Si retira a su ex cónyuge o ex hijastros de la cobertura después de 31 días desde la fecha del sello de la orden judicial o en la sentencia de divorcio emitida por la corte, el cambio en la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a su firma del formulario *de aviso de elección* lleno para sacar a sus ex dependientes.

No puede seguir dándole cobertura a su ex cónyuge o ex hijastros del seguro de vida para dependientes bajo ninguna circunstancia. La cobertura del seguro de vida dependiente termina en la fecha del divorcio.

Cuando su divorcio sea definitivo, puede inscribirse o aumentar su cobertura de vida opcional hasta 50 000 \$ sin evidencia médica. También puede cancelar o disminuir su cobertura del seguro de vida opcional.

Además, es posible que pueda hacer cambios en una cuenta de gastos médicos o una cuenta de gastos de cuidado de dependientes.

Los ex cónyuges y ex hijastros que pierden la cobertura debido a un evento que califica, como divorcio, pueden ser elegibles para continuar para la cobertura de COBRA. Para mayor información, póngase en contacto con el administrador de beneficios del suscriptor o PEBA durante 60 días después del evento o desde el momento en que la cobertura se habría perdido debido al evento, lo que ocurra después.

Agregar a los hijos

Los hijos elegibles se pueden agregar a través de

[MyBenefits](#) seleccionando la razón apropiada del. Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, llene un formulario de aviso de elección. El cambio debe enviarse a PEBA en un plazo de 31 días a partir de:

- Fecha de nacimiento (vigente a partir de la fecha de nacimiento);
- Matrimonio del suscriptor con el padre del hijo (efectivo en la fecha del matrimonio);
- Obtención de la custodia o tutela ante un tribunal orden (en vigor para la fecha en que el tribunal selló la orden);
- Adopción o colocación para adopción (efectiva en la fecha del nacimiento si se adopta durante los 31 días posteriores al nacimiento; de lo contrario, será efectiva en la fecha de adopción o colocación para adopción);
- Colocación de un niño de crianza (a partir de la fecha de la colocación); o
- Pérdida de otra cobertura (en vigor para la fecha de pérdida de cobertura).

Al niño recién elegible se le debe ofrecer una cobertura médica, dental y oftalmológica. Si el empleado y los dependientes elegibles no tenían cobertura anteriormente, también pueden elegir la cobertura en este momento. Si usted y sus dependientes existentes tenían cobertura previamente, puede optar por cambiar los planes de salud cuando agregue a su nuevo hijo.

Si, durante los 31 días, el empleado agrega la cobertura de un recién nacido o un niño que es adoptado o que ha sido colocado con el empleado para adopción, puede inscribirse en Optional Life o aumentar su cobertura hasta 50 000 \$ sin pruebas médicas.

Un empleado también puede inscribirse en el seguro de vida del niño dependiente.

Los niños deben estar inscritos individualmente para tener cobertura, incluso si ya tiene cobertura familiar completa o de empleado o para sus hijos. También debe presentar una copia del certificado de nacimiento de formato largo del niño. Notificación a Medi-Call de cuando le entregan a su bebé no lo agregan a su seguro médico. Consulte la página 59.

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

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

- Una copia del certificado de nacimiento de formato largo que señale al suscriptor como padre;
- Una copia de la documentación de adopción legal del tribunal que verifica la adopción, o
- Una carta de colocación de una agencia de adopción, un abogado o el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur verificando que la adopción está en curso.

La fecha efectiva de la cobertura del seguro de salud, dental y visual es la fecha de nacimiento del niño si el niño es colocado durante los 31 días siguientes al nacimiento. De lo contrario, es la fecha de adopción o colocación. Para obtener información sobre las adopciones internacionales, consulte a su administrador de beneficios.

Para agregar un niño de crianza temporal, presente una copia de la orden judicial u otro documento legal que coloque al niño con usted, el suscriptor, y que demuestre que usted es el padre de crianza temporal y que tiene licencia. Un niño de crianza temporal no es elegible para la cobertura del seguro de vida dependiente.

Para agregar a otros niños de quienes usted tiene la custodia legal, presente una copia de una orden judicial u otro documento legal de Carolina del Sur

Departamento de servicios sociales o una agencia de colocación que le otorgue la custodia o tutela. Los documentos deben verificar que el suscriptor tiene la responsabilidad de tutela del niño y no solo la responsabilidad financiera.

Si se emite una orden judicial que requiere que usted le brinde cobertura a su hijo, debe notificarle a su empleador y a PEBA y elegir la cobertura durante los 31 días desde la fecha en que la orden judicial fue sellada por el tribunal. Tenga en cuenta que si la orden judicial fue para cobertura médica o dental, o para ambas, debe inscribirse usted mismo si aún no tiene cobertura. Una copia de la orden judicial completa o del decreto de divorcio sellada por el tribunal debe adjuntarse al *formato del aviso de elección*. Debe enumerar los nombres de los niños a cubrir y el tipo de cobertura que debe proporcionarse.

Si usted y su cónyuge son elegibles para la cobertura, solo uno de ustedes puede brindarles cobertura a sus hijos bajo cualquier plan. Por ejemplo, uno de los padres puede darles cobertura a los hijos para el seguro de salud, y el otro puede darles cobertura para el seguro dental. Solo uno de los padres puede tener cobertura de seguro de vida dependiente para los hijos dependientes elegibles.

También puede ser elegible para realizar cambios en su cuenta de gastos médicos o cuenta de gastos de cuidado dependiente.

Retiro del cónyuge o hijos

Si el cónyuge o hijo que tiene cobertura no es elegible, debe retirarlo de su cobertura de salud, dental, oftalmológica y de vida para dependientes. Esto puede ocurrir debido al divorcio. Para retirar al cónyuge o hijo de su cobertura, inicie sesión en [MyBenefits](#) y seleccione el motivo de cambio apropiado durante los 31 días siguientes a la fecha en que no sea elegible y cargue la documentación.

Cuando un hijo pierde la elegibilidad para la cobertura de salud, dental u oftalmológica porque cumplió 26 años, el hijo

se eliminará automáticamente el primero del mes después de que tengan 26 años. Si el hijo es su último hijo que tiene cobertura que deja la cobertura, se cambiará su nivel de cobertura.

La elegibilidad para la cobertura del seguro de vida para el hijo dependiente finaliza a los 19 años, a menos que el hijo sea estudiante a tiempo completo o un hijo discapacitado.

Si su hijo es elegible para un seguro de salud, dental, oftalmológico o de vida grupal patrocinado por un empleador, ya sea como empleado o como cónyuge, tiene la opción de retirarlo de su cobertura de salud, dental u oftalmológica. Usted está obligado a retirar al hijo dependiente de la cobertura del seguro de vida. Durante los 31 días posteriores a la elegibilidad, debe proporcionarle a su administrador de beneficios una carta del empleador que muestre la fecha en que el hijo se hizo elegible para la cobertura. Su hijo será retirado de la cobertura el primero del mes siguiente a la notificación.

Obtención de otra cobertura

Si su cónyuge obtiene la elegibilidad para la cobertura como empleado de un grupo que también ofrece beneficios de seguro a través de PEBA, debe retirar a su cónyuge durante los 31 días llenando un formulario *de aviso de elección*. No se necesita más documentación.

Si usted, su cónyuge o hijos obtienen cobertura fuera de los beneficios del seguro a través de PEBA y desea cancelar su cobertura de seguro de PEBA para usted o sus dependientes, tiene 31 días para cancelar el tipo de cobertura obtenida. Debe llenar un *formulario de aviso de elección* y devolverlo a su oficina de beneficios con la prueba de la otra cobertura. Para documentar la obtención de cobertura, debe presentar documentación que incluya la fecha de vigencia de la cobertura, los nombres de todas las personas que tienen cobertura y los tipos de cobertura obtenidos (por ejemplo: carta con membrete, correo electrónico de la oficina de beneficios, copia de la tarjeta del seguro, etc.). Solo quienes obtuvieron cobertura pueden ser dados de baja. Si no cancela la cobertura en un plazo

de 31 días, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta. Para obtener mayor información, póngase en contacto con el administrador de beneficios o con PEBA.

Si usted, su cónyuge o hijos son encarcelados, la persona encarcelada obtiene otra cobertura y puede cancelar la cobertura del seguro PEBA durante los 31 días. Debe llenar el *formulario de aviso de elección* y devolverlo a su oficina de beneficios con la prueba de la otra cobertura.

Obtención de la cobertura de Medicare

Si usted, su cónyuge o su hijo obtienen cobertura de Medicare, el miembro de la familia que obtuvo la cobertura puede abandonar la cobertura de salud a través de PEBA durante los 31 días a partir de la fecha en que la Parte A entra en vigor. Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare al *aviso de elección* y entréguelo a su administrador de beneficios durante 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 vigencia de la cobertura de la Parte A de Medicare o, en algunas circunstancias, el primer día del mes posterior a la obtención de Medicare.

Un jubilado que obtenga cobertura de la Parte A de Medicare puede inscribirse en el plan suplementario de Medicare enviando un *aviso de elección* durante los 31 días posteriores a haber obtenido la cobertura.

El haber obtenido la cobertura de Medicare no le permite a un suscriptor cambiar la cobertura dental u oftalmológica.

Para obtener mayor información, consulte la *cobertura de seguro en el manual* para miembros elegibles de Medicare, disponible en peba.sc.gov/publications en salud.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la inscripción para usted mismo o para sus dependientes elegibles debido a otra cobertura, puede posteriormente inscribirse él mismo y sus dependientes elegibles en la cobertura si usted, su cónyuge o sus hijos pierden la elegibilidad para esa otra

cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la cobertura).

- Si usted es el empleado o jubilado y pierde la cobertura médica de otro grupo, y aún no tienen cobertura por el seguro médico a través de PEBA, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en la cobertura de salud, dental y oftalmológica. Si ya tiene cobertura para salud, no puede realizar cambios.
- Si sus horas se redujeron y perdió la cobertura, y por lo demás es elegible para tener cobertura como cónyuge o hijo en el plan de su cónyuge o padre, puede inscribirse en la cobertura de salud, dental y oftalmológica.
- Si usted es el empleado o jubilado y tiene a su cónyuge o un hijo que pierde la cobertura de salud de otro grupo, puede inscribir a su cónyuge y a los hijos elegibles en la cobertura de salud, dental y oftalmológica. Si aún no tienen cobertura, debe inscribirse con la persona que perdió la cobertura. Otros dependientes que no perdieron la cobertura del seguro médico pueden no estar inscritos. Si ya tiene cobertura como empleado o jubilado, puede cambiar los planes de salud (por ejemplo, del plan de ahorros a plan estándar) cuando agregue al cónyuge o hijos que perdieron la cobertura del seguro médico. Las contribuciones a su deducible comenzarán de nuevo.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos pierden la cobertura dental, la cobertura oftalmológica o ambas, pero no pierden la cobertura de salud, entonces usted, su cónyuge o hijos que perdieron la cobertura dental u oftalmológica pueden inscribirse en el tipo de cobertura que perdieron. Si aún no tienen cobertura, debe inscribirse con la persona que perdió la cobertura.
- Si rechazó la cobertura porque tenía cobertura por el plan de sus padres y si pierde esa cobertura, puede inscribirse usted y a los miembros de su familia elegibles en la cobertura médica, dental y oftalmológica. Para obtener información sobre el seguro de vida opcional, para el seguro

de vida del cónyuge dependiente, el hijo dependiente o el seguro suplementario por discapacidad a largo plazo, comuníquese con su administrador de beneficios.

- La pérdida de la 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 cobertura de salud, dental y oftalmológica.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos son liberados del encarcelamiento, la persona liberada ha experimentado una pérdida de cobertura y es elegible para elegir una cobertura durante los 31 días.

Debe llenar un *formulario de aviso de elección* durante los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza la otra cobertura. Para inscribirse debido a una pérdida de cobertura, debe proporcionar la documentación de la oficina de beneficios que incluya los nombres de las personas que tienen cobertura y la fecha en que se perdió la cobertura (por ejemplo: carta con membrete, correo electrónico de la oficina de beneficios, copia de la tarjeta del seguro, etc.). También debe enviar un formulario de *aviso de elección* completo y copias de los documentos correspondientes que muestren cómo se relaciona con usted cualquier miembro adicional de la familia. Si un suscriptor, su cónyuge o hijo pierde la cobertura de salud, también puede inscribirse en la cobertura para la oftalmológica o dental, incluso si no perdió esa cobertura.

Cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP por sus siglas en inglés)

Ganancia de cobertura de Medicaid o CHIP

Si usted o los miembros de su familia que tienen cobertura se hacen elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP, tiene 60 días a partir de la fecha de notificación para cancelar la cobertura a través de PEBA. El empleado puede cancelar la cobertura médica, dental u oftalmológica si obtiene la cobertura de Medicaid. Si el cónyuge o un hijo obtienen Medicaid, solo el miembro de la familia que obtuvo cobertura puede

retirarse. Se debe adjuntar una copia de la carta de aprobación de Medicaid al formulario *de aviso de elección*.

Elegibilidad para recibir asistencia de la prima a través de Medicaid o CHIP

Si usted o su cónyuge y / o sus hijos se hacen elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, es posible que usted, su cónyuge y / o sus hijos que puedan inscribirse en el seguro médico patrocinado en PEBA. Sin embargo, debe solicitar la inscripción durante los 60 días posteriores a la fecha en que se determina la elegibilidad para la asistencia con la prima.

Perdida de cobertura de Medicaid o CHIP

Si rechazó la cobertura de un seguro de salud, dental y oftalmológica patrocinado por PEBA para usted o para su cónyuge o hijos elegibles debido a la cobertura de Medicaid o CHIP y luego perdió la elegibilidad para esa cobertura, es posible que pueda inscribirse en un plan PEBA. Debe solicitar la inscripción durante los 60 días posteriores a la fecha de la notificación de la pérdida de cobertura. Proporcione a su administrador de beneficios una copia de la notificación.

Licencia

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

Primas durante la licencia no remunerada

Si está inscrito para los beneficios y sigue siendo elegible para la cobertura, su cobertura continuará. Debe comunicarse con su administrador de beneficios para discutir los acuerdos de pago.

Si usted se encuentra de licencia sin sueldo y ya no puede pagar las primas para el plan de salud en el cual usted está inscrito a través de PEBA, puede retirarse de toda su cobertura con PEBA. Debido a que usted se está retirando voluntariamente de la cobertura, ni usted ni ninguno de sus dependientes serán elegibles para continuar con la cobertura bajo COBRA. Si abandona la cobertura, solo se le permitirá volver a inscribirse durante la

inscripción o durante los 31 días siguientes a la obtención de la elegibilidad en virtud de una disposición del plan, como una situación especial de elegibilidad.

Si su cobertura se cancela debido a la falta de pago de las primas, no será elegible para continuar con la 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 durante los 31 días de haber obtenido la elegibilidad según una disposición del plan. Para obtener mayor información sobre la continuación de la cobertura bajo COBRA, consulte la página 28.

Un período de licencia no remunerada también puede afectar a su elegibilidad para la cobertura del seguro médico de jubilados si no se le considera empleado activamente o si deja de ganar crédito de jubilación en cualquier momento durante la licencia. El crédito para el servicio de jubilación comprado por una licencia aprobada no se considera un servicio obtenido por un plan de jubilación administrado por PEBA, excepto en ciertas circunstancias. Si tiene preguntas acerca de cómo un período de licencia no remunerada puede afectar su elegibilidad para la cobertura del seguro médico para jubilados, póngase en contacto con PEBA. Para obtener mayor información sobre la elegibilidad para el seguro grupal de jubilados, consulte la página 154.

Seguro de vida durante la licencia sin goce de sueldo

Puede continuar con su seguro opcional de vida para el cónyuge dependiente y para los hijos dependientes durante un máximo de 12 meses a partir de su último día de trabajo. Si elige no continuar con su seguro de vida mientras está de licencia sin goce de sueldo, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida completa o a término si se comunica con MetLife durante los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura.

Seguro complementario por discapacidad a largo plazo mientras esté de licencia pagada o no remunerada

Su Seguro Suplementario por Discapacidad a Largo Plazo (SLTD por sus siglas en inglés) finalizará 31 días después de su último día en que

trabajó. No hay opción para continuar el SLTD; sin embargo, puede convertir su cobertura de SLTD. Obtenga mayor información en la página 128 o comuníquese con su administrador de beneficios.

Licencia de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA por sus siglas en inglés)

Según la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA), los empleadores están obligados a proporcionar una licencia protegida en el trabajo, 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 tomar una licencia FMLA o regresa de una licencia FMLA, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información.

Licencia militar

Según la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA por sus siglas en inglés), los empleadores deben proporcionar ciertos derechos de reempleo y beneficios a los empleados que le prestan servicio o han prestado servicio en los servicios uniformados. Si usted se va de licencia militar o regresa de una licencia militar, póngase en contacto con el administrador de beneficios para obtener información.

Compensación de los trabajadores

Si está de licencia aprobada y recibe beneficios de compensación para trabajadores según la ley estatal, puede continuar con su cobertura siempre que pague la prima requerida. Los seguros ofrecidos a través de PEBA no están destinados a reemplazar la compensación de los trabajadores y no afecta cualquier requisito de cobertura para el seguro de compensación de los trabajadores. No tiene la intención de proporcionar ni duplicar beneficios para las personas que tienen lesiones relacionadas con el trabajo que están dentro de la Ley de Compensación de Trabajadores. Si necesita mayor información, comuníquese con su oficina de beneficios.

Cuando se termina la cobertura

Su cobertura terminará:

- El último día del mes en el que estuviste involucrado en un empleo activo, a menos que se transfiera a otro grupo participante;
- El último día del mes en el que deja de ser elegible para la cobertura (por ejemplo, sus horas de trabajo se reducen de tiempo completo a tiempo parcial);
- El día después de su fallecimiento;
- La fecha en la cual finaliza la cobertura para todos los suscriptores, o
- El último día del mes en el cual se pagaron sus primas en su totalidad. Debe pagar la totalidad de la prima, incluyendo la prima por consumo de tabaco, si procede.

La cobertura para su cónyuge e hijos terminará en:

- La fecha de finalización de su cobertura;
- La fecha de cobertura para el cónyuge y los hijos ya no se ofrecen; o
- El último día del mes en el cual termina la elegibilidad de su cónyuge o hijo para la cobertura.

Si su cobertura o la cobertura de su cónyuge o hijo terminan, usted puede ser elegible para continuar con la cobertura como jubilado, como supérstite o bajo COBRA. Para retirar a un cónyuge o hijo de la cobertura, llene un *aviso de elección* durante los 31 días siguientes a la fecha en que el cónyuge o hijo ya no es elegible para la cobertura.

Continuación de la cobertura (COBRA)

Elegibilidad

COBRA, la Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus, exige que la continuación de los gastos de salud, oftalmológicos, dentales o médicos del grupo

Se le ofrecerá cobertura de la cuenta ⁸a usted y a su cónyuge e hijos que tienen cobertura si ya no es elegible para la cobertura debido a un evento que califica. Los eventos que califican incluyen:

- Las horas de trabajo del empleado que tiene cobertura se reducen de tiempo completo a tiempo parcial (fuera de un período de estabilidad);
- El empleado que tiene cobertura renuncia voluntariamente al trabajo, se jubila, está cesante o es despedido (a menos que el despido se deba a una falta grave según lo determine el empleador);
- Un cónyuge que tiene cobertura pierde la elegibilidad debido a un cambio en su estado civil; o
- Un hijo ya no califica para la cobertura.

Si usted es un empleado con horario variable o de temporada, no es elegible para tener una cuenta de gastos médicos y no puede inscribirse en una bajo COBRA. Las otras reglas discutidas en esta sección se le aplican a usted y a sus dependientes que tienen cobertura. Para obtener mayor información, comuníquese con su empleador.

PEBA trabaja como administrador de beneficios para los suscriptores de COBRA de las agencias estatales, instituciones de educación superior y distritos escolares públicos. Los suscriptores de COBRA de empleadores opcionales participantes mantienen el mismo administrador de beneficios.

Cuando no se ofrecerá cobertura continúa

No se ofrecerá cobertura continua bajo COBRA a una persona que pierda la cobertura:

- Por falta de pago de las primas;
- Cuando se canceló la cobertura en la solicitud del suscriptor; o
- Cuando el miembro se considera de otra manera

⁸ como una persona elegible para la cobertura continua bajo COBRA pueden continuar participando en una cuenta de ahorros para la salud mientras

siga teniendo cobertura del plan de ahorros y cumplen con otros requisitos de elegibilidad

Cómo continuar con la cobertura bajo COBRA

Su administrador de beneficios le proporcionará información sobre la cobertura continua de COBRA. Para que su cónyuge o hijos que tienen cobertura, o ambos, continúen con la cobertura de COBRA, el suscriptor debe notificarle a su oficina de beneficios durante los 60 días posteriores al evento que califica o la fecha en que se habría perdido la cobertura debido al evento que califica, lo que ocurra más tarde. De lo contrario, el individuo perderá sus derechos a continuar con su cobertura.

Para continuar con la cobertura de COBRA, se debe enviar un formulario *de aviso de elección de COBRA y las primas*. Las primas deben pagarse durante los 45 días desde la fecha en que se eligió la cobertura. El primer pago de la prima debe incluir las primas desde la fecha de la pérdida de cobertura.

La cobertura continua comienza cuando se paga la primera prima. Es efectivo el día después de que terminó su cobertura anterior. La cobertura sigue vigente siempre y cuando las primas estén actualizadas. La prima se considera pagada en la fecha que tiene el sello o en la fecha de entrega en mano, no en la fecha del cheque.

Ejemplo de escenario para COBRA

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

Cómo puede terminar la cobertura continua bajo COBRA

La cobertura continua finalizará antes de que finalice el período máximo de beneficios si:

1. Un suscriptor no paga la prima completa a tiempo;
2. Un beneficiario calificado tiene derecho a Medicare;
3. Ocurre un evento que causaría que PEBA finalice la cobertura de cualquier suscriptor, como que el suscriptor cometa un fraude;
4. Un beneficiario calificado obtiene cobertura bajo otro plan de salud grupal;
5. Durante una extensión por discapacidad, la administración del seguro social determina que el beneficiario calificado ya no es discapacitado; o
6. PEBA ya no ofrece cobertura de salud grupal.

El beneficiario calificado, su representante personal o su tutor es responsable de notificar a PEBA cuando ya no sea elegible para la cobertura continua. La cobertura continuada será cancelada automáticamente por PEBA en las situaciones numeradas como 1, 2 y 3. El beneficiario calificado es responsable de enviar un aviso para terminar la cobertura continuada de COBRA, junto con los documentos de respaldo, en las situaciones 4 y 5.

Si decide cancelar su cobertura de COBRA con anticipación, generalmente no podrá obtener un plan del mercado de seguros médicos fuera del período de inscripción abierta. Además, si la el periodo de elección expira, y luego elige terminar su cobertura de COBRA antes, no puede cambiar de opinión y obtener cobertura de COBRA en una fecha posterior. Un beneficiario calificado puede cancelar la cobertura de COBRA enviando un formulario de *aviso para terminar la cobertura de continuación de COBRA*.

Cuando los beneficios proporcionados bajo COBRA se agotan

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) garantiza que las personas que han agotado la cobertura continua bajo COBRA y no son elegibles para la cobertura de otro plan de salud grupal tienen acceso a un seguro médico sin estar sujetas a un período de exclusión por condición preexistente. Sin embargo, ciertas condiciones se deben cumplir. En Carolina del Sur, el Fondo Común del Seguro de Salud de Carolina del Sur ofrece esta garantía de cobertura de seguro médico. Para obtener información, llame al 803. 788. 0500, extensión 46401 o 800. 868. 2500, extensión 46401.

Ampliando la cobertura continúa

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

Otras opciones de cobertura

Bajo la Ley Federal de Cuidado Asequible, usted puede comprar una cobertura a través del mercado de seguros médicos. En el mercado, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual. La información sobre primas, deducibles y otros gastos que salen de su bolsillo está disponible antes de la inscripción. La elegibilidad para COBRA no limita su elegibilidad para un crédito fiscal a través del mercado.

Fallecimiento del suscriptor, su cónyuge o hijo que tengan cobertura

Si el empleado activo o el jubilado de un empleador opcional participante muere, un miembro de la familia debe comunicarse con el empleador del fallecido para reportar la muerte, suspender la cobertura del empleado y comenzar la cobertura de para su cónyuge e hijos supervivientes que tengan cobertura. Si es jubilado de una agencia estatal, institución pública de educación superior o distrito escolar público fallece, un miembro de la familia debe ponerse en contacto con PEBA.

Para continuar con la cobertura, se *debe llenar un formulario de aviso de elección de superviviente* durante los 31 días posteriores a la fecha del fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo número de identificación de beneficios y los proveedores de los programas bajo los cuales tienen cobertura los supervivientes emitirán tarjetas de identificación.

Si su cónyuge o hijo que tiene cobertura fallece, póngase en contacto con el administrador de beneficios. PEBA sirve como administrador de beneficios para los jubilados de los organismos del estado, instituciones públicas de enseñanza superior y distritos escolares públicos. Los suscriptores jubilados de los empleadores opcionales participantes mantienen el mismo administrador de beneficios de su antiguo empleador.

Supervivientes

Cobertura para los supervivientes de los empleados que no fallecieron en el cumplimiento del deber cuando un empleado que tiene cobertura fallece, su cónyuge e hijos que tengan cobertura por el plan de salud estatal son elegibles como supervivientes para recibir una exención de un año de sus primas de seguro de salud, incluyendo la prima por consumo de tabaco, si aplica tras la muerte de un jubilado de una agencia estatal, institución pública de educación superior o distrito escolar público que estaba recibiendo financiamiento total o parcial de la parte del empleador de la prima para la cobertura del jubilado, sus supervivientes calificados tendrán la parte del empleado de la prima y la parte de la prima del empleador renunció por un año. Este no es necesariamente el caso de un jubilado de un empleador opcional participante, porque los empleadores opcionales participantes pueden optar por renunciar a las primas de los supervivientes de los jubilados, pero no están obligados a hacerlo. Un superviviente del jubilado de un empleador opcional

participante debe consultar con el administrador de beneficios del jubilado para determinar si se aplica la exención.

Después de que la prima haya sido exonerada por un año, el superviviente debe pagarle al suscriptor y al empleador parte de la prima para continuar con la cobertura. Si el cónyuge superviviente tiene cobertura como empleado o jubilado en el momento de la muerte, el cónyuge superviviente no es elegible para la exención de la prima.

No se renuncia a las primas dentales y oftalmológicas, aunque los supervivientes, incluyendo los supervivientes del suscriptor que tienen cobertura bajo el plan suplementario de TRICARE, aún pueden continuar con la cobertura dental y oftalmológica pagando la prima completa.

Cobertura para los supervivientes de los empleados que murieron en el cumplimiento del deber si un empleado que tiene cobertura, empleado por un grupo participante, fallece en el cumplimiento del deber mientras trabaja en el caso de un grupo participante, se eximirá de las primas de seguro médico y dental a su cónyuge e hijos que tienen cobertura durante el primer año después del fallecimiento. Los supervivientes deben enviar la verificación de que el fallecimiento se produjo en el cumplimiento del deber.

En los casos en que un empleado que tenga cobertura del plan suplementario de TRICARE fallezca en el cumplimiento de su deber mientras trabajaba para un grupo participante, cualquier cónyuge o hijos que tienen cobertura tendrán sus primas de odontología exoneradas por el primer año después del fallecimiento. También en este caso, los supervivientes deben presentar la verificación del fallecimiento en el cumplimiento del deber.

En los casos en que el empleado fallecido trabajara para un organismo estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público, un

cónyuge y los hijos supervivientes que tienen cobertura pueden optar por continuar con la cobertura pagando la tarifa financiada por el empleador después del final de esta exención de un año. Pueden continuar a este ritmo hasta que dejen de ser elegibles. La tasa de la prima de cobertura de los supervivientes puede diferir en los casos en que el fallecido trabajó para un empleador opcional participante. El empleador facultativo participante puede optar por contribuir a una prima de seguro de los supervivientes, pero no está obligado a hacerlo. Incluso cuando los empleadores no contribuyen, los supervivientes pueden continuar la cobertura pagando la tarifa completa mientras sigan siendo elegibles.

Elegibilidad continua e inscripción abierta para los supervivientes

El cónyuge superviviente puede continuar con la cobertura hasta que el cónyuge vuelva a casarse. Un niño puede continuar con la cobertura hasta que deje de ser elegible. Consulte la sección niños elegibles en la página 15 para obtener mayor información. Notifique a PEBA durante los 31 días posteriores a la pérdida de la elegibilidad para la cobertura. Una persona que ya no es elegible para la cobertura como superviviente puede ser elegible para continuar con la cobertura bajo COBRA. Póngase en contacto con PEBA para obtener más detalles.

Siempre y cuando un superviviente permanezca teniendo cobertura por parte del seguro de salud, oftalmológico o dental, puede agregar el seguro de salud y oftalmológico durante el período anual de inscripción abierta de octubre, o durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad. La cobertura dental se puede agregar o cancelar, pero solo durante la inscripción abierta en un año impar o durante los 31 días de una situación de elegibilidad especial.

Si el superviviente deja el seguro médico, visual y dental, ya no es elegible como superviviente y no puede volver a inscribirse bajo la cobertura, incluso durante la inscripción abierta.

Si el cónyuge superviviente se convierte en empleado activo de un empleador participante, puede cambiarse a la cobertura activa. Cuando deja el empleo activo, puede volver a la cobertura como superviviente durante los 31 días si no se ha vuelto a casar.

Apelaciones de determinaciones de elegibilidad

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

Este capítulo resume las reglas de elegibilidad para los 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 tomado una determinación de elegibilidad, puede pedirle a PEBA que revise la decisión.

- Los empleados pueden iniciar una solicitud de revisión a través de su oficina de beneficios. Los administradores de beneficios pueden enviar la revisión en línea.
- Los jubilados, supervivientes y suscriptores de COBRA de las agencias estatales, instituciones públicas de educación superior o distritos escolares públicos pueden enviar solicitudes directamente a PEBA, que actúa como su administrador de beneficios.
- Los jubilados, supervivientes o suscriptores de COBRA de empleadores opcionales participantes pueden presentar solicitudes a través de la oficina de beneficios de su ex empleador, que sirve como su administrador de beneficios.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar enviando el [formulario de solicitud](#) (que se encuentra en Peba.sc.gov/formularios bajo otros formularios) a PEBA durante los 90 días siguientes a la notificación de la decisión. Incluya una copia de la carta de decisión con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

O

S. C. PEBA
A la atención de la: División de Apelaciones
de Seguros 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 que salve vidas, [envíe su formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA [por urgentappeals@peba.sc.gov](mailto:urgentappeals@peba.sc.gov) o envíelo por fax al 803. 740. 1376.

Un proveedor de atención médica, empleador o administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia que tenga permiso para ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible por procesar su apelación durante los 180 días posteriores a la fecha en la cual reciba la información de su apelación. Sin embargo, este tiempo puede ser extendido si se solicita material adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA realice la revisión de su apelación, recibirá una determinación por escrito por correo.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Seguro de salud

Opciones de su plan de salud estatal

El de salud estatal ofrece el plan estándar, el plan de ahorros y, si está jubilado e inscrito en Medicare, el plan suplementario de Medicare. Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden inscribirse en el plan suplementario de GEA TRICARE (página 75).

En este capítulo, puede obtener mayor información sobre cómo se determinan los costos que salen de su bolsillo, las redes de proveedores, los servicios que tienen cobertura y otras características que son comunes a los programas de seguro médico que se ofrecen a través de PEBA.

Plan estándar

El plan estándar tiene primas más altas pero deducibles anuales más bajos que el plan de ahorros. Cuando un miembro de la familia alcanza su deducible, el plan estándar comenzará a pagarle los beneficios, incluso si no se ha alcanzado el deducible familiar. Cuando compra un medicamento recetado con el plan estándar, usted paga solo el copago requerido en lugar de pagar la cantidad total permitida. Una cantidad permitida se define como un plan de salud permite un servicio o producto que tiene cobertura, tanto si se proporciona dentro de la red como fuera de esta. Cuando los proveedores se unen a la red, aceptan proporcionar las recetas médicas cuando los miembros solo proporcionan un copago.

Plan de ahorro

Como suscriptor del plan de ahorros, usted ahorra dinero a través de las primas más bajas y asume una mayor responsabilidad por sus costos de atención médica a través de un deducible anual más alto. Usted paga la cantidad total permitida por los beneficios médicos que tienen cobertura, incluyendo los beneficios de salud conductual, como los beneficios de salud mental y uso de sustancias, así como los beneficios de medicamentos recetados, hasta que alcance el deducible. Con el plan de ahorro, la familia deducible debe ser cumplida antes de que cualquier miembro reciba el pago de beneficios. El estado del

plan de ahorros como calificado para impuestos, de un plan de salud con alto deducible significa que ofrece la ventaja de una Cuenta de Ahorros Para la Salud (HSA por sus siglas en inglés). Las HSA están disponibles solo cuando cumplen con varios criterios:

- Usted está inscrito en el plan de ahorros;
- No está inscrito en ningún otro plan, excepto en los casos en que el otro plan también sea un plan con deducible alto (Medicare no es un plan con deducible alto); y
- Usted no está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Los fondos en una HSA pueden usarse para pagar gastos médicos calificados y puede pasar de un año a otro.

Plan suplementario de Medicare

Para obtener mayor información sobre cómo el plan estándar y el plan complementario de Medicare funcionan con Medicare, consulte la *cobertura de seguro para el manual para miembros elegibles para Medicare en [peba.sc.gov/ publications](http://peba.sc.gov/publications)* bajo salud. **Comparación de los planes**

La tabla en la página 36 ilustra cómo su deducible, copagos y coaseguro funcionan juntos, así como otras características de la

Plan estándar y plan de ahorros. Este resumen es solo para comparar. El *plan de beneficios*, que incluye una descripción completa del plan, rige los planes estándar, de ahorros y suplementario de Medicare que ofrece el estado. Está disponible en peba.sc.gov/publications. <http://peba.sc.gov/publications>

Tenga en cuenta que el copago de consultas médicas con el médico del plan estándar de 14 \$ no se cobra por los servicios recibidos en un hogar médico centrado en el paciente (PCMH) afiliado a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross). Además, el plan de ahorro y los miembros del plan estándar pagan 10 % de coaseguro en lugar de 20 % de coaseguro de los proveedores de PCMH una vez que sus deducibles

se han cumplido. Consulte la página 67 para obtener mayor información acerca de PCMH.

Comparación de los planes de salud

	Plan Estándar ²	Plan de ahorro
Deducible anual	Paga hasta 490 \$ por persona o 980 \$ por familia.	Usted paga hasta 3600 \$ por persona o 7200 \$ por familia. ³
Coaseguro 4 <i>Máximo excluye copagos y deducibles.</i>	En la red, paga 20 % hasta 2800 \$ por individuo o 5600 \$ por familia. Fuera de la red, usted paga 40 % hasta 5600 \$ por persona o 11 200 \$ por familia.	En la red, usted paga 20 % hasta 2400 \$ por persona o 4800 \$ por familia. Fuera de la red, paga 40 % hasta 4800 \$ por persona o 9600 \$ por familia.
Consultas médicas ⁵	Usted paga 14 \$ de copago más el importe permitido restante hasta que cumpla con su deducible. Luego, paga el copago más su coaseguro.	Paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Luego, paga su coaseguro.
Blue CareonDemandSE <i>Detalles en la página 39.</i>	Usted paga 14 \$ de copago más el importe permitido restante hasta que cumpla con su deducible. Luego, paga el copago más su coaseguro.	Paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Luego, paga su coaseguro.
Centro para pacientes ambulatorios y atención de emergencia ^{6,7}	Usted paga un copago de 105 \$ (servicios ambulatorios) o un copago de 175 \$ (atención de emergencia) más el resto permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego, paga el copago más su coaseguro.	Paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Luego, paga su coaseguro.
Hospitalización de pacientes	Paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Luego, paga su coaseguro.	Paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible. Luego, paga su coaseguro.
Quiropráctica	Límite de 2000 \$ por persona que tenga cobertura	Límite de 500 \$ por persona que tenga cobertura
Medicamentos recetados ^{8,9} <i>Suministro de 30 días o suministro de 90 días en una farmacia de la red</i>	Nivel 1 (genérico): 9 \$ o 22 \$ Nivel 2 (marca preferida): 42 \$ o 105 \$ Nivel 3 (marca no preferida): 70 \$ o 175 \$ Usted paga hasta 3000 \$ en copagos de medicamentos recetados. Entonces, no paga nada.	Paga la cantidad total permitida hasta que alcance su deducible anual. Luego, paga su coaseguro. Los costos de los medicamentos se aplican al máximo de su coaseguro. Cuando alcanza el máximo, no paga nada.
Cuentas favorecidas por impuestos	Cuenta de gastos médicos	Cuenta de ahorros para la salud Cuenta de gastos médicos de uso limitado

Notas al pie de página en la página siguiente.

	Plan suplementario de Medicare (en la red)
Disponibilidad	Igual que Medicare y está disponible para jubilados y dependientes o supérstites que tienen cobertura que reúnan los requisitos para Medicare.
Deducible anual	El plan paga los deducibles de la Parte A y la Parte B de Medicare.
Coaseguro	El plan paga el coaseguro de la Parte B sin un máximo.
Consultas médicas	El plan paga un coaseguro de la Parte B de 20 %.
Hospitalización para pacientes y atención en un centro de enfermería	Hospitalización El plan paga un deducible de Medicare, un coaseguro por los días 61 a 150 (los beneficios de Medicare pueden terminar antes si el miembro ha utilizado previamente cualquiera de sus 60 días de reservas vitales); el plan paga 100 % más allá de los 150 días (se requiere aprobación de Medi-Call). Atención en un centro de enfermería especializada El plan paga el coaseguro por los días 21 a 100; El plan paga el 100 % de los días aprobados más allá de los 100 días, hasta 60 días por año.
Medicamentos con receta 8 (Suministro para 30 días o suministro para 90 días en la farmacia de la red)	Nivel 1 (genérico): 9 \$ o 22 \$ Nivel 2 (marca preferida): 42 \$ o 105 \$ Nivel 3 (marca no preferida): 70 \$ o 175 \$ Usted paga hasta 3000 \$ en copagos de medicamentos recetados. Entonces, no paga nada.

1 los suscriptores del Plan de Salud estatal que usan tabaco o cubren a los dependientes que usan tabaco pagarán una prima mensual de 40 \$ por cobertura solo para suscriptores y 60 \$ para otros niveles de cobertura. La prima por consumo de tabaco no se aplica a los suscriptores del suplementario de TRICARE.

2 Consulte la *cobertura de seguro del manual* para miembros elegibles de Medicare, que se encuentra en peba.sc.gov/publications, para obtener información sobre cómo este plan se coordina con Medicare.

3 Si se cubre más de un miembro de la familia, ningún miembro de la familia recibirá prestaciones, salvo las prestaciones preventivas, hasta que los 7200 \$ de deducible familiar anual se cumpla.

Un proveedor fuera de la red puede facturarle más que la cantidad permitida por el plan de salud estatal.

5 el copago de 14 \$ no se aplica a las mamografías de rutina ni a las consultas de rutina para niños. Miembros del plan estándar que reciben atención con un proveedor de un hogar médico centrado en el paciente (PCMH) afiliado a BlueCross no se le cobrará el copago de 14 \$ por una consulta médica. Después de que los miembros del plan estándar y del plan de ahorros alcancen su deducible, pagarán 10 % de coaseguro, en lugar de 20 por ciento, por la atención en un PCMH.

6 El copago de 105 \$ para servicios ambulatorios se exime de la terapia física, la terapia del habla, la terapia ocupacional, los servicios de diálisis, las hospitalizaciones parciales, los servicios intensivos de pacientes ambulatorios, la terapia electroconvulsiva y la gestión de medicamentos psiquiátricos.

7 El copago de 175 \$ por atención de emergencia no se aplica si es admitido.

8 Los medicamentos recetados no tienen cobertura en farmacias fuera de la red.

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

Las herramientas de su plan de salud estatal en línea

Estos sitios web cubren la información específica sobre sus beneficios dentales y de salud. Obtenga mayor información sobre las herramientas en línea para sus beneficios de medicamentos recetados en la página 79 y los beneficios del plan oftalmológico estatal en la página 99.

Statesc.SouthCarolinablues.com

El sitio web de BlueCross para los suscriptores del plan de salud estatal ofrece:

- La herramienta Find Care para localizar la red de proveedores, incluyendo los proveedores dentales;
- Información de cobertura;
- Formularios y documentos;
- Información sobre las prestaciones preventivas para la salud, como el programa de copago sin pago, exámenes de detección, vacunas y cesación del tabaco, y
- El inicio de sesión de My Health Toolkit® para acceder a la información específica del miembro.

My Health Toolkit®

Regístrese e inicie sesión para que pueda:

- Vea cuánto de su deducible y coaseguro máximo ha satisfecho;
- Verificar el estado de reclamaciones, autorizaciones previas y facturas de proveedores de servicios de salud y dentales;
- Vea su *explicación de beneficios* en línea en lugar de una copia impresa enviada por correo;
- Solicite una tarjeta de identificación de beneficios;
- Lleve a cabo una encuesta de salud de Rally;
- Conéctese con un asesor de salud y acceda a información sobre el bienestar; y
- Envíe sus preguntas al servicio de atención al cliente de BlueCross.

Rally®

Rally puede ayudarle a estar más saludable, y a dar un paso pequeño y conveniente a la vez. Rally es una plataforma de salud digital que le dará un servicio de recomendaciones personalizadas para ayudarlo a moverse más, comer mejor y sentirse bien. Rally es un producto de Rally Health Inc., una empresa

independiente que ofrece una plataforma digital en nombre de BlueCross al estado

Suscriptores del plan de salud. Con Rally, usted podrá:

- Realice una encuesta de salud rápida para averiguar su edad de rally, un perfil de su salud en general.
- Obtenga las misiones recomendadas por Rally según los resultados de su encuesta. Las misiones son actividades sencillas diseñadas para mejorar su dieta, aptitud y estado de ánimo.
- Sincronice su dispositivo de fitness personal con Rally y únase a desafíos grupales. Los desafíos le permiten competir con otras personas mientras explora destinos en todo el mundo usando sus propios pasos en un curso virtual.
- Obtenga recompensas (monedas virtuales) al completar misiones y desafíos e incluso por solo iniciar sesión. Puede usar las monedas para participar en sorteos de equipos de fitness y otros grandes premios.
- Únase a comunidades en línea formadas por personas que comparten sus intereses e inquietudes en materia de salud.

Alternativas de beneficios complementarios

En la sección de miembros del sitio web de alternativas de beneficios complementarios,

www.CompanionBenefitAlternatives.com, usted puede encontrar en miembros:

- La herramienta consiga a un proveedor para localizar proveedores de salud conductual en la red;
- Información sobre el programa de gestión de casos de alternativas de beneficios complementarios y los programas de asesoría en salud conductual;
- El boletín electrónico mensual para miembros de vida balanceada que cubre temas actuales de salud conductual con consejos útiles; y
- Recursos para el manejo de problemas de salud mental.

Blue CareOnDemand SM

Los miembros del plan de salud estatal inscritos en el plan estándar o en el plan de ahorros tienen acceso a Blue CareOnDemand, una opción de tele salud (o consulta por video) que se ofrece a través del administrador externo del plan de salud estatal, BlueCross. Esta plataforma se centra en consultas por video en vivo a través de una computadora o dispositivo portátil, y utiliza tecnología a pedido en la cual puede solicitar una consulta y conectarse con un proveedor en menos de dos minutos. Las consultas por video están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año y ofrecen una alternativa asequible y más conveniente a las salas de emergencia y los centros de atención de urgencia.

Medicare no cubre consultas por video, por lo que los miembros inscritos en el plan suplementario de Medicare no son elegibles para este servicio.

Consultas médicas

Los médicos participantes están capacitados para tratar a los pacientes a través de la tecnología virtual, siguiendo estrictos protocolos específicos para las consultas por video y el uso de las mejores prácticas para el sitio web. Como parte de estos protocolos, el panel del proveedor trata los diagnósticos comunes de atención urgente que incluyen sinusitis, infección respiratoria, bronquitis, conjuntivitis y tos, en contraposición a las condiciones más severas que requieren atención integral. Si una consulta por video no es el tipo de servicio adecuado para usted, se le derivará a un punto de servicio más apropiado y se le asistirá para garantizar que reciba la atención necesaria.

Blue CareOnDemand les permite a los médicos ver la información de antecedentes proporcionada por el paciente antes de las consultas, y se conecta con BlueCross y su sistema de membresía para confirmar su elegibilidad y determinar la cantidad correcta de su costo compartido para el paciente.

Esta opción de consulta por video tiene cobertura como una consulta al consultorio tradicional de cada plan. Por ejemplo, si tiene el plan estándar, una consulta antes de alcanzar su deducible puede totalizar 59 \$, y después

cumplir con su deducible puede totalizar 23 \$. Si tiene el plan de ahorros, una consulta antes de alcanzar su deducible puede totalizar 59 \$, y después de alcanzar su deducible puede totalizar 11,80 \$.

Consultas de lactancia

A través de Blue CareOnDemand, puede chatear por video con un consultor de lactancia sin costo para miembros. Hay ayuda disponible para muchos de los problemas comunes asociados con la lactancia materna desde la comodidad y privacidad de su propio hogar. Y, no tiene que cesar después de la primera consulta. Puede programar citas de seguimiento a la hora y con la frecuencia adecuadas para usted. Las citas están disponibles los siete días de la semana.

Consultas de salud conductual

No deje que las dificultades emocionales afecten u bienestar. Chat por video con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra que tenga licencia desde la comodidad de su hogar. Y la ayuda no tiene por qué detenerse después de su primera consulta. Continúe teniendo consultas de seguimiento tanto tiempo como sea necesario. Las citas están disponibles en el momento y con la frecuencia que sean adecuadas para usted. Usted paga 14 \$ de copago más el importe permitido restante hasta que cumpla con su deducible. Visite www.BlueCareOnDemandSC.com, o descargue la aplicación gratuita hoy para programar su primera cita.

MUSC Atención Virtual de Salud

El cuidado de salud virtual MUSC es una manera fácil de ser tratado cuando se tienen enfermedades comunes como alergias, conjuntivitis, infecciones de los senos nasales, erupciones cutáneas, dolor de garganta, infecciones del tracto urinario y gripe. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, pero no reemplaza a su proveedor de atención primaria. Este servicio está disponible sin costo para los miembros del plan de salud estatal, incluyendo los miembros primarios de Medicare.

Tampoco

10 socios del plan de ahorros que no pagan copagos por ninguna consulta, pero pagarán la cantidad total permitida hasta que cumplan con su deducible.

existe costo para el plan cuando utiliza este servicio.

Los miembros mayores de 18 años pueden crear una cuenta. Las consultas para niños menores de 18 años deben realizarlas uno de los padres. No es necesario ser residente de Carolina del Sur; sin embargo, debe estar en el estado al momento de la consulta.

Obtenga mayor información sobre el cuidado virtual de la salud MUSC en peba.sc.gov/telehealth.

Cómo paga el plan de salud estatal por los beneficios que tienen cobertura

PEBA tiene contratos con varias compañías para procesar sus reclamaciones de manera rentable y oportuna. La información de algunas de estas empresas, como los beneficios de oftalmología o los medicamentos recetados, se encuentra en capítulos separados. Estos administradores de terceros cubren el tratamiento de salud, dental y de salud conductual:

- BlueCross funciona como el procesador de reclamaciones médicas, manejando declaraciones de salud, salud conductual y reclamaciones dentales. Medi-Call, una división de BlueCross, proporciona servicios de autorización previa médica y gestión de casos. Para obtener mayor información sobre MediCall, consulte la página 49.
- Las alternativas de beneficios complementarios, una subsidiaria de propiedad absoluta de BlueCross, es el administrador de salud conductual, que maneja la autorización previa del tratamiento de salud mental y el uso de sustancias, la gestión de casos y las redes de proveedores. Para obtener mayor información, consulte la página 51.

Los suscriptores comparten el costo de sus beneficios mediante el pago de deducibles, copagos y coaseguro por los beneficios que tienen cobertura.

Cantidad permitida

La cantidad permitida es la cantidad máxima que pagará un plan por un servicio que tiene cobertura. Los proveedores de la red aceptan la cantidad permitida como su

tarifa, haciéndolo responsable a usted solo de los copagos y cualquier coaseguro después de que se cumpla su deducible anual. Los suscriptores del plan de ahorros no pagan copagos, sino que pagan la cantidad total permitida hasta que se alcanza el deducible. Para los servicios que se encuentran fuera de la red, usted paga más en coaseguro y el proveedor puede cobrar más de la cantidad permitida. Consulte la facturación del saldo en la página 48.

Pague los gastos de atención médica con el plan estándar

Deducible anual

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

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

Las familias inscritas en el plan estándar tienen el mismo deducible, sin importar cuántos miembros de la familia tengan cobertura. El deducible familiar puede cubrirse con cualquier combinación de gastos médicos que tienen cobertura por parte de dos o más miembros de la familia, siempre y cuando asciendan a 980 \$. Por ejemplo, si cuatro personas cada una tiene 245 \$ en gastos que tienen cobertura, se ha satisfecho el deducible familiar, incluso si ninguna persona ha cumplido con 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 se haya alcanzado el deducible familiar. Las reclamaciones de ningún miembro de la familia pueden contribuir con más de 490 \$ al deducible familiar.

Si el suscriptor y el cónyuge del suscriptor, que también tiene cobertura con su propio plan como empleado o jubilado, seleccionan el mismo plan de salud, comparten el deducible familiar. Ambos cónyuges necesitarán

Guía de beneficios del seguro

encontrarse en el mismo *formulario de aviso de elección* en este caso.

Los pagos por servicios que no tienen cobertura, copagos y multas por no llamar a los asociados nacionales de imageneología de Medi-Call o las alternativas de beneficios complementarios para obtener la autorización previa correspondiente no cuentan para el deducible anual.

Copagos

Un copago es una cantidad fija que paga por un servicio además de su deducible y coaseguro. Los copagos no se aplican a su deducible anual ni a su coaseguro máximo. Después de cumplir con su deducible anual, e incluso después de alcanzar el máximo de su coaseguro, continúa pagando los copagos.

Los suscriptores del plan estándar pagan estos copagos:

- Copagos por servicios en el consultorio de un proveedor profesional; consultas por video; servicios de instalaciones para pacientes ambulatorios, que pueden proporcionarse en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en una instalación independiente; y atención en una sala de emergencias.
- Copagos por medicamentos recetados.

El copago por cada consulta con un proveedor profesional es de 14 \$. Este copago no se aplica a las pruebas de Papanicolaou de rutina ni a las mamografías de rutina, así como consultas de rutina para niños. El copago de 14 \$ del plan estándar para los servicios recibidos en el consultorio no se cobra por los servicios en un hogar médico centrado en el paciente afiliado de BlueCross. Consulte la página 67.

El ejemplo de la página 41 utiliza la consulta que tiene una cantidad permitida de 56 \$ en el plan estándar.

El copago por servicios ambulatorios, que incluye servicios hospitalarios ambulatorios que no sean visitas a la sala de emergencias y servicios de centros quirúrgicos ambulatorios, es de 105 \$. Este copago no se aplica para fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, servicios de diálisis, hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos, terapia electro

convulsiva y manejo de medicamentos psiquiátricos. El copago por cada visita a la sala de emergencias es de 175 \$. Este copago se exime si usted es ingresado en el hospital.

Un copago de medicamentos recetados es una cantidad total fija que paga un suscriptor del plan estándar cada vez que se surte una receta médica en una farmacia de la red. El copago máximo de medicamentos recetados para cada miembro de la familia que tiene cobertura es de 3000 \$. Los copagos de medicamentos recetados no se aplican al deducible anual ni al coaseguro máximo. Para obtener mayor información, consulte la página 80.

No se ha alcanzado el deducible anual	
Cantidad permitida	56,00 \$
Copago	- 14,00 \$
Cantidad permitida restante	42,00 \$
(Se aplica al deducible anual)	
Copago	14,00 \$
Cantidad aplicada al deducible	+ 42,00 \$
Su pago total	56,00 \$
Se ha cumplido el deducible anual	
Cantidad permitida	56,00 \$
Copago	- 14,00 \$
Cantidad permitida restante	42,00 \$
	× 20 % ¹¹
Coaseguro	8,40 \$
Copago	14,00 \$
Coaseguro	+ 8,40 \$
Su pago total	22,40 \$

¹¹ En este ejemplo, el plan estándar pagó el 80 por ciento, o 33,60 \$ de la cantidad permitida de 42 \$ restante después del copago.

Coaseguro

Una vez que alcanza su deducible anual, el plan estándar paga el 80 por ciento de la cantidad permitida por sus beneficios médicos y de salud conductual que tienen cobertura, si utiliza proveedores de la red. Usted paga 20 por ciento de la cantidad permitida como coaseguro, que se aplica al máximo de su coaseguro.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el plan paga el 60 por ciento de la cantidad permitida por el plan por sus beneficios médicos y de salud conductual que tienen cobertura. Usted paga 40 por ciento de la cantidad permitida como coaseguro, que se aplica a su máximo de coaseguro fuera de la red. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más de la cantidad permitida. Cualquier cargo por encima de la cantidad permitida por el plan para un beneficio médico o de salud conductual que tenga cobertura es su responsabilidad. Consulte la página 48 para saber más sobre la facturación del saldo y la información del diferencial fuera de la red.

Los miembros del plan estándar pagan 10 % de coaseguro, en lugar de 20 % de coaseguros, por los servicios recibidos en un hogar médico centrado en el paciente.

Se aplica una tasa de coaseguro diferente para los tratamientos de infertilidad y los medicamentos recetados asociados con la infertilidad. Consulte la página 65.

Coaseguro máximo

El coaseguro máximo es la cantidad de coaseguro que un suscriptor debe pagar por los beneficios que tienen cobertura anualmente antes de no tener que pagar el coaseguro. Para el plan estándar, es de 2800 \$ para la cobertura individual y 5600 \$ para la cobertura familiar para los servicios dentro de la red, y 5600 \$ para la cobertura individual y 11.200 \$ para la cobertura familiar para los servicios fuera de la red.

Tenga en cuenta que el coaseguro para los servicios dentro de la red no se aplica a los servicios fuera de la red

máximo de coaseguro. El coaseguro por los servicios de la red no se aplica al coaseguro máximo dentro de la red. Por ejemplo, si tiene cobertura individual, el máximo de coaseguro de la red es de 2800 \$ y ha pagado 2000 \$ para coaseguro dentro de la red y 800 \$ para el coaseguro de la red, no ha alcanzado su máximo de coaseguro dentro de la red.

Los suscriptores del plan estándar continúan pagando copagos incluso después de alcanzar su deducible y coaseguro máximo anual. Los copagos por servicios en el consultorio de un proveedor, una consulta por video, un centro para pacientes ambulatorios y una sala de emergencias no se aplican al deducible anual o al máximo del coaseguro. Los copagos de medicamentos recetados se aplican al máximo de 3000 \$ de copago de medicamentos recetados, pero no se aplican al deducible anual o al máximo de coaseguro.

Los pagos por servicios que no tienen cobertura, así como los deducibles y las multas en que se incurre cuando no llama a las alternativas de beneficios complementarios o asociados nacionales de imagenología para la autorización previa correspondiente, no cuentan para el coaseguro máximo.

Pague los gastos de atención médica con el plan de ahorros

Deducible anual

El deducible anual es la cantidad que deberá pagar cada año por los beneficios médicos, de salud conductual y de medicamentos recetados que tienen cobertura antes de que el plan de ahorros comience a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios que tienen cobertura. Los deducibles anuales son:

- 3600 \$ para la cobertura individual y
- 7200 \$ para la cobertura familiar.

No hay deducible individual si se cubre a más de un miembro de la familia. Si el suscriptor y

su cónyuge, que también tiene cobertura como empleado o jubilado, seleccione el mismo plan de salud, que compartirá el deducible familiar. El deducible no se cumple para ninguna persona que tenga cobertura hasta que el monto total permitido pagado por los beneficios que tengan cobertura exceda los 7200 \$. Por ejemplo, incluso si un miembro de la familia ha pagado 3601 \$ para las prestaciones médicas que tienen cobertura, el plan no empieza a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios que tienen cobertura hasta que su familia haya pagado 7200 \$ por las prestaciones que tienen cobertura. Sin embargo, si el suscriptor ha pagado 2199 \$ por las prestaciones que tienen cobertura, el cónyuge ha pagado 3001 \$ por las prestaciones que tienen cobertura y el hijo ha pagado 2000 \$ por las prestaciones que tienen cobertura, el plan comenzará a pagar un porcentaje del costo de los beneficios que tienen cobertura para todos los miembros de la familia.

Si tiene cobertura a través del plan de ahorros, también paga la cantidad total permitida por medicamentos recetados, que se le aplica a su deducible anual.

Copagos

No hay copagos bajo el plan de ahorros. Hasta que alcance su deducible, paga la cantidad total permitida por los servicios, que se aplica a su deducible anual.

Coaseguro

Una vez que alcanza su deducible anual, el plan de ahorros paga el 80 por ciento de la cantidad permitida por sus beneficios médicos, de medicamentos recetados y de salud conductual que tiene cobertura si utiliza a los proveedores de la red. Usted paga 20 por ciento de la cantidad permitida como coaseguro. Después de alcanzar el máximo de coaseguro, el plan pagará el 100 por ciento de la cantidad permitida.

Los miembros del plan de ahorros pagan 10 % de coaseguro, en lugar de 20 % de coaseguro, de la cantidad permitida por los servicios recibidos en un hogar médico de BlueCross centrado en el paciente afiliado.

60 por ciento de la cantidad permitida del plan para la cobertura de sus beneficios médicos y conductuales para la salud. Usted paga 40 por ciento de la cantidad permitida como coaseguro. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más de la cantidad permitida. Cualquier cargo por encima de la cantidad permitida por el plan para un beneficio médico o conductual para la salud es su responsabilidad. Consulte la página 48 para obtener mayor información sobre la facturación de saldos 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 los tratamientos de infertilidad y los medicamentos recetados asociados con la infertilidad. Consulte la página 65.

Coaseguro máximo

El coaseguro máximo es la cantidad de coaseguro que un suscriptor debe pagar por los beneficios que tienen cobertura anualmente antes de no tener que pagar el coaseguro. De acuerdo con el plan de ahorros, se destinan a 2400 dólares para la cobertura individual o 4800 \$ para cobertura familiar para los servicios dentro de la red y 4800 \$ para la cobertura individual o 9600 \$ para la cobertura familiar para los servicios fuera de la red.

Tenga en cuenta que el coaseguro por servicios dentro de la red no se aplica al coaseguro máximo fuera de la red. El coaseguro por los servicios de la red no se aplica al coaseguro máximo dentro de la red. Por ejemplo, si tiene cobertura individual y ha pagado 2000 \$ por coaseguro dentro de la red y 400 \$ por coaseguro fuera de la red, no ha alcanzado su máximo de coaseguro dentro de la red.

Los pagos por los servicios que tienen cobertura, deducibles y multas por no llamar a Medi-Call, alternativas de beneficios complementarios o asociados nacionales de imageneología a nivel nacional no cuentan para el coaseguro máximo.

Paga los gastos de atención médica si es elegible para Medicare

Para obtener mayor información sobre cómo funciona el plan personalizado (anteriormente denominado plan estándar) y el plan suplementario de Medicare con Medicare, consulte la *cobertura del seguro para el manual* para [miembros](#) elegibles de Medicare, en peba.sc.gov/publications bajo Salud.

Coordinación de las prestaciones

Algunas familias, como aquellas en las que el cónyuge trabaja para un empleador participante y la otra trabaja para un empleador que no tiene cobertura para los beneficios de seguro, pueden ser elegibles para tener cobertura de los dos planes de salud. Mientras que la cobertura adicional puede significar que más de sus gastos médicos los paga el seguro, probablemente pagarán primas para ambos planes. Sopesé las ventajas y desventajas antes de comprar cobertura adicional.

Todos los beneficios del plan de salud estatal están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que una persona que tienen cobertura por más de un plan de seguro no reciba más de una vez el reembolso de 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 le brinda cobertura a una persona como empleado generalmente paga antes que el plan que le brinda cobertura a la persona como dependiente.
- Cuando ambos padres le brindan cobertura al hijo, el plan del padre cuyo cumpleaños se da antes en el año paga primero. Tenga en cuenta que pueden aplicarse otras reglas en situaciones especiales, como cuando los padres de un hijo están divorciados.
- Si usted es elegible para Medicare y tiene cobertura como empleado activo, la cobertura de su plan

estatal paga antes que Medicare. Se pueden aplicar excepciones en el caso de la cobertura de Medicare debido a una enfermedad renal. Comuníquese con la oficina local de la administración del seguro social para obtener más detalles.

- Si una persona tiene la cobertura de un plan porque el suscriptor es un empleado activo y por otro plan porque el suscriptor está jubilado, el plan que le brinda cobertura como empleado activo normalmente paga primero. Puede haber excepciones a esta regla.

El plan de salud estatal no es responsable de la presentación o de tramitar las reclamaciones de un suscriptor a través de otro plan de seguro médico.

Como parte de la coordinación de los beneficios con el plan estándar y el plan de ahorros, BlueCross puede enviarle una coordinación del cuestionario de beneficios anualmente. Llene este formulario y devuélvalo a BlueCross tan pronto como pueda, ya que las reclamaciones no se procesarán ni pagarán hasta que BlueCross reciba su información. Puede también actualizar esta información visitando StateSC.SouthCarolinaLives.com y vaya a recursos, formularios y documentos, luego otra cobertura, o llamando a BlueCross al 803. 736. 1576 o 800. 868. 2520.

Así es como funciona el plan de salud estatal como seguro secundario:

- Para una reclamación médico o de salud conductual, usted o su proveedor presentan la explicación de los beneficios de su plan primario 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 principal se deduce del cargo total.

- No se aplica la prohibición del plan de salud estatal sobre la facturación de saldos. Debido a esto, considere la posibilidad de utilizar un proveedor en la red de su plan principal.
- También será responsable de los copagos, el deducible y el coaseguro del plan de salud estatal (si no se ha alcanzado el coaseguro máximo).

Tenga en cuenta que si se cancela su cobertura con cualquier otro programa de seguro médico, debe solicitar una carta de terminación y enviar esta carta a BlueCross de inmediato, ya que las reclamaciones no se pueden procesar ni pagar hasta que BlueCross reciba su información.

Enfermedad renal en etapa final

Al final del período de coordinación de la enfermedad renal en etapa final de 30 meses, Medicare se convertirá en su seguro principal independientemente de su situación laboral. Si usted tiene cobertura como jubilado, debe ponerse en contacto con PEBA en un plazo de 31 días para cambiar del plan personalizado al plan suplementario de Medicare. Consulte la *cobertura de seguro del manual* para miembros elegibles de Medicare para obtener mayor información.

Uso de las redes de proveedores del plan de salud estatal

Debido a que el plan de salud estatal opera como una organización de proveedores preferidos, tiene redes de médicos y hospitales, centros de cirugía ambulatoria y centros de pruebas de mamografía. Usted notará que las letras "PPO" están impresas en su tarjeta de identificación del plan de salud estatal. El plan también pone las redes a disposición de los suscriptores para equipos médicos duraderos, laboratorios, radiología y rayos X, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, servicios de enfermería especializada, centros de cuidados agudos a largo plazo, hospicios y centros de diálisis. Al unirse a la red, estos proveedores acuerdan aceptar la cantidad permitida del plan para la cobertura de beneficios como pago en su totalidad. Los proveedores de la red le cobrarán su deducible, copagos y coaseguro cuando

se brinden los servicios. También van a presentar sus reclamaciones.

Si utiliza un proveedor médico o de salud conductual fuera de la red, o su médico le envía sus pruebas de laboratorio a un proveedor fuera de la red, pagará más por su atención.

Tenga en cuenta que incluso si se encuentra en un hospital de la red o en el consultorio de un proveedor de la red, el proveedor puede emplear proveedores o técnicos contratados fuera de la red. Si un proveedor fuera de la red le presta servicios, incluso en una instalación dentro de la red, aún puede facturarle el saldo y usted seguirá pagando el diferencial fuera de la red. Para obtener mayor información, consulte la página 51.

Encuentre un proveedor de la red médica o de salud conductual

Para ver el directorio de proveedores en línea, vaya al sitio web específico del estado de BlueCross, [StateSC](http://StateSC.com).

SouthCarolinaBlues.com y seleccione salud conductual, y a continuación, encontrar cuidado. Aquí puede:

- Buscar un proveedor por nombre, ubicación y especialidad
- Busque alternativas a la sala de emergencias, que son lugares a los que puede acudir para recibir atención que no sea una sala de emergencias, como centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa; y
- Limite su búsqueda solo a los proveedores que se encuentran en los proveedores de la red del plan de salud estatal ingresando ZCS, que son las tres letras que aparecen al principio de su número de identificación de beneficios (BIN).

También puede llamar a BlueCross al 803. 736. 1576 o 800. 868. 2520 para solicitar una lista de proveedores del plan de salud estatal en su área.

Alternativas de beneficios complementarios se desempeña como el administrador de beneficios de salud conductual, que incluye

beneficios para la salud mental y el uso de sustancias. Para proveedores de salud conductual, puede utilizar la herramienta Find Care en

46

Statesc.SouthCarolinablues.com. <http://StateSC.SouthCarolinaBlues.com> Para obtener ayuda para seleccionar un proveedor, llame a alternativas de beneficios complementarios a 800. 868. 1032.

Las listas de proveedores del directorio de la red también están disponibles en BlueCross. Si usted tiene preguntas sobre los proveedores de la red, llame a BlueCross. Si utiliza un proveedor fuera de la red, pagará más por su atención.

Encuentre un proveedor de la red fuera del estado o en el extranjero

Los miembros del plan estatal de salud tienen acceso a la red de médicos y hospitales participantes de BlueCross en todo Estados Unidos a través del programa BlueCard® y en todo el mundo a través de BlueCross BlueShield Global® Core. Asegúrese de llevar siempre consigo las tarjetas de identificación de su plan de salud y medicamentos recetados cuando viaje, ya que aún puede usarlas fuera del estado. Si usted tiene la cobertura del plan de salud estatal y necesita atención médica conductual fuera de Carolina del Sur, llame al 800. 810. 2583.

Dentro de los Estados Unidos

Con el programa BlueCard, puede elegir los médicos y hospitales de la red que más le convengan. A continuación, le indicamos cómo utilizar su cobertura de salud cuando está fuera de casa pero dentro de los Estados Unidos:

1. Localice médicos y hospitales cercanos visitando Statesc.SouthCarolinablues.com o llamando a BlueCard Access al 800. 810. 2583.
2. Llame a Medi-Call durante las 48 horas siguientes a recibir atención de emergencia. El número gratuito está en su tarjeta de identificación del plan de salud estatal.

3. El proveedor debe presentar reclamaciones ante la filial de BlueCross en el estado donde se prestaron los servicios.

Guía de beneficios del seguro

No debe tener que llenar ningún formulario de reclamación ni pagar por adelantado servicios médicos distintos de los gastos que salen de su bolsillo habitualmente (deducibles, copagos, coaseguros y servicios que no tienen cobertura). BlueCross le enviará por correo una explicación de los beneficios.

Para obtener información sobre los beneficios fuera de la red, consulte la página 47.

Fuera de los Estados Unidos

A través de BlueCross BlueShield Global Core, la tarjeta de identificación de su plan de salud estatal le brinda 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 de salud estatal no permite beneficios por los servicios que no tienen cobertura por Medicare, los suscriptores del plan complementario de Medicare no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos. Vea la cobertura del seguro PEBA *para el socio elegible de Medicare*, ubicado en peba.sc.gov/publications, para obtener mayor información.

A continuación se explica cómo aprovechar el programa BlueCross BlueShield Global Core:

1. Si tiene preguntas antes de su viaje, llame al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud estatal para verificar sus beneficios y para la autorización previa, si es necesario. Sus beneficios para el cuidado de la salud pueden ser diferentes fuera de los Estados Unidos.
2. El centro de servicios de BlueCross BlueShield Global Core puede ayudarlo a encontrar proveedores en el área a la que viaja. También puede proporcionarle otra información útil sobre el cuidado de la salud en el extranjero. Vaya a bcbsglobalcore.com. Debe aceptar los términos y condiciones e iniciar sesión con las tres

primeras letras de su BIN. A continuación, puede seleccionar un tipo de proveedor. También puede elegir una especialidad, ciudad, nación

y distancia desde la ciudad. También puede llamar gratis al 800. 810. 2583 o a la línea paga al 804. 673. 1177, ya que los números gratuitos no siempre funcionan en el extranjero.

3. Si lo admiten en el hospital, llame al centro de servicios BlueCross BlueShield global Core por su línea gratuita al 800. 810. 2583 o a la línea paga al 804. 673. 1177 tan pronto como sea posible.

4. BlueCross BlueShield Global Core Service Center trabajará con su plan para organizar la facturación directa con el hospital para su estancia hospitalaria. Cuando se acuerda la facturación directa, usted es responsable de los gastos que salen de su bolsillo (servicios que no tienen cobertura, deducibles, copagos y coaseguros) que normalmente paga. El hospital presentará su reclamación en su nombre.

5. Tenga en cuenta que si la facturación directa no es acordada entre el hospital y su plan, debe pagar la factura por adelantado y presentar una reclamación. Para atención ambulatoria y consultas médicas, pague al proveedor cuando reciba atención y presente una reclamación.

6. Para presentar una reclamación por los servicios que pagó cuando recibió atención o que le pagó a los proveedores que no forman parte de la red BlueCross BlueShield Global Core, llene el formulario de reclamación de BlueCross BlueShield Global Core International y envíelo a BlueCross

El centro de servicio de BlueShield Global Core con esta información: el cargo por cada servicio; la fecha de cada servicio y el nombre y dirección de cada proveedor; una factura completa y detallada, que incluya descripciones de los artículos de línea; y descripciones y fechas para todos los procedimientos y cirugías. Esta información no tiene que estar en inglés. Asegúrese de obtener toda esta información antes de salir del consultorio del proveedor.

7. El formulario de reclamación se encuentra en el sitio web de BlueCross, StateSC.SouthCarolinaBlues.com en recursos, luego formularios y documentos. A continuación, seleccione el formulario de reclamación internacional. Se puede llamar también al centro de servicio al número gratuito 800. 810. 2583 o a la línea paga al 804. 673. 1177. La dirección del centro de servicio está en el formulario de reclamación. BlueCross BlueShield Global Core acordará la facturación con BlueCross.

Si necesita un comprobante de seguro para viajar al extranjero, solicítelo a PEBA por escrito. Puede hacerlo en peba.sc.gov/contact o por carta. La solicitud debe hacerse por lo menos con 10 días laborables de anticipación para asegurarse de que lo recibe a la hora deseada.

Red de proveedores de medicamentos recetados

Para obtener mayor información sobre su red de proveedores de medicamentos recetados, consulte la página 81.

Red de proveedores de atención oftalmológica

Para obtener mayor información sobre la red del plan oftalmológico estatal, consulte la página 103.

Beneficios fuera de la red

Aún puede recibir alguna cobertura cuando utiliza proveedores para atención médica y de salud conductual que no forman parte de la red.

Antes de que el plan de salud estatal pague el 100 por ciento de la cantidad permitida del plan para los beneficios fuera de la red, los suscriptores del plan estándar necesitarán para alcanzar su deducible anual y luego alcanzar el máximo de coaseguro individual de 5600 \$ o el máximo de coaseguro familiar de 11 200 \$.

Los suscriptores del plan de ahorros tendrán que satisfacer su deducible anual y luego cumplir con el máximo de coaseguro individual de 4800 \$ o un máximo de coaseguro familiar de 9600 \$. Los suscriptores de ambos planes también pueden necesitar llenar los formularios de reclamación.

Tenga en cuenta que no se pueden pagar los servicios de los beneficios

de radiología avanzada (tomografía computarizada, resonancia magnética, ARM o Tep) no autorizados previamente por los asociados nacionales de imagenología.

No hay cobertura disponible para medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos. La cobertura limitada de medicamentos se le ofrece a los miembros inscritos en el programa de medicamentos recetados del plan de salud estatal que se enferman mientras

están viajando al extranjero. Para obtener mayor información, consulte la página 81.

Facturación del saldo

Si utiliza un proveedor que no forma parte de la red, es posible que se le facture el saldo. Cuando el plan de salud estatal es su cobertura principal, los proveedores de la red tienen prohibido facturarle los beneficios que tienen cobertura, excepto los copagos,

el coaseguro y el deducible. Sin embargo, el proveedor fuera de la red puede facturarle más de la cantidad permitida por el plan para el beneficio que tiene cobertura (hasta los cargos del proveedor), lo que aumentará el costo que sale de su bolsillo. La diferencia entre lo que cobra el proveedor fuera de la red y

la cantidad permitida se denomina saldo de la factura. La factura del saldo no contribuye a alcanzar su deducible o coaseguro máximo anual.

Diferencial fuera de la red

Además del saldo de la factura, si recibe servicios de un proveedor que no participa en las redes del plan de salud estatal, de alternativas para beneficios complementarios o BlueCard®, pagará el 40 por ciento

de la cantidad permitida en lugar de 20 por ciento del coaseguro. Estos ejemplos muestran cómo le costará más usar un proveedor fuera de la red.

En ambos ejemplos en esta página y en la siguiente, usted tiene cobertura solo para los suscriptores bajo el plan de salud estatal y que no ha alcanzado su deducible. La cantidad permitida es de 4000 \$. El proveedor cobró 5000 \$ por el servicio.

Plan estándar

Proveedor de la red	
Cargo facturado	5000 \$
Cantidad permitida ¹²	4000 \$
Deducible anual	- 490 \$
Cantidad permitida después del deducible	3510 \$
	× 20 % ¹³
Coaseguro (aplica al máximo)	702 \$
Copago ¹⁴	14 \$
Deducible anual	+ 490 \$
Coaseguro	+ 702 \$
Su pago total	1206 \$
Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	5000 \$
Cantidad permitida	- 4000 \$
Saldo de la cuenta ¹⁵	1000 \$
Cantidad permitida	4000 \$
Deducible anual	- 490 \$
Cantidad permitida después del deducible	3510 \$
	× 40 % ¹⁶
Coaseguro (aplica al máximo)	1404 \$
Copago ¹⁴	14 \$
Deducible anual	+ \$ 490
Coaseguro	+ 1404 \$
Saldo de la cuenta	+ 1000 \$
Su pago total	2908 \$

¹² Los proveedores de la red no pueden cobrar más de la cantidad permitida.

¹³ El plan estándar pagó el 80 por ciento de la cantidad permitida de 3510 \$ después del deducible, por un total de 2808 \$.

¹⁴ Esto supone que el servicio es una consulta médica.

¹⁵ Los proveedores fuera de la red pueden cobrarle cualquier cantidad que elijan por encima de la cantidad permitida y facturarle el saldo por encima de la cantidad permitida.

¹⁶ El plan estándar pagó el 60 por ciento de la cantidad permitida de 3510 \$ después del deducible, por un total de 2106 \$.

Plan de ahorro

Obtener autorización previa para su atención médica

Proveedor de la red	
Cargo facturado	5000 \$
Cantidad permitida ¹²	4000 \$
Deducible anual	- 3600 \$
Cantidad permitida después del deducible	400 \$
	× 20 % ¹⁷
Coaseguro (aplica al máximo)	80 \$
Coaseguro deducible anual	3600 \$
	+ 80 \$
Su pago total	3680 \$
Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	5000 \$
Cantidad permitida	- 4000 \$
Saldo de la cuenta ¹⁵	1000 \$
Cantidad permitida	4000 \$
Deducible anual	- 3600 \$
Cantidad permitida después del deducible	400 \$
	× 40 % ¹⁸
Coaseguro (aplica al máximo)	160 \$
Deducible anual	+ 3600 \$
Coaseguro	+ 160 \$
Saldo de la cuenta	+ 1000 \$
Su pago total	4760 \$

¹³ El plan estándar pagó el 80 por ciento de la cantidad permitida de 3510 \$ después del deducible, por un total de 2808 \$.

¹⁸ El plan de ahorros pagó el 60 por ciento de la cantidad permitida de 400 \$ después del deducible, por un total de 240 \$.

Autorización previa de atención médica

Con el plan de salud estatal, algunos servicios que tienen cobertura requieren de autorización previa mediante una llamada telefónica a Medi-Call antes de recibirlos. Su proveedor de atención médica puede hacer la llamada por usted, pero es su responsabilidad asegurarse de que se realice. Para autorizar previamente su tratamiento médico, llame a MediCall al 800. 925. 9724.

Tenga en cuenta que, además de la cobertura de salud regular, algunos servicios de atención de la salud conductual, así como los beneficios de radiología (servicio de imágenes) y medicamentos recetados también requieren autorización previa.

Consulte la página 51 para la salud conductual, la página 52 para radiología y la página 84 para los medicamentos recetados.

Autorización previa para exámenes de laboratorio

Algunos servicios de laboratorio requieren autorización previa y requieren que su proveedor solicite Avalon Healthcare Solutions (Avalon) ¹⁹ revise estos servicios antes de prestar los servicios. Las solicitudes de autorización previa pueden enviarse a Avalon por fax al 888. 791. 2181 o por teléfono al 844. 227. 5769, de 8 AM a 8 PM, hora del este. Una vez que Avalon reciba la solicitud, la revisará el personal clínico de Avalon y ellos notificarán a su proveedor acerca de la determinación. La autorización para el examen de laboratorio no garantiza su pago.

Sanciones por no llamar

Si no autoriza previamente el tratamiento cuando sea necesario, pagará una multa de 490 \$ por cada hospital, rehabilitación, centro de enfermería especializada o admisión de salud conductual. El importe de la penalización no se aplica a su deducible o máximo de coaseguro.

Cómo autorizar previamente su tratamiento

Los números de Medi-Call son:

- 803. 699. 3337 o 800. 925. 9724.
- 803. 264. 0183 (fax).

Puede comunicarse con Medi-Call por teléfono desde las 8:30 AM hasta las 5 PM, de lunes a viernes, excepto en días festivos. También puede enviar información por fax a Medi-Call las 24 horas del día; Medi-Call responderá durante dos días hábiles. Si envía un fax a Medi-Call, proporcione, como mínimo, la siguiente información para que pueda comenzar la revisión:

- Nombre del suscriptor;
- Nombre del paciente;
- BIN del suscriptor;
- Información sobre el servicio solicitado; y
- Un número de teléfono al que se puede contactar durante el horario comercial.

Medi-Call promueve la atención de alta calidad y es rentable para usted y los miembros de su familia que tiene cobertura a través de las revisiones que evalúan, planifican, implementan, coordinan, monitorean y evalúan las opciones de atención médica y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de una persona. Deberá comunicarse con Medi-Call al menos 48 horas o dos días hábiles, lo que tome más tiempo, 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, incluyendo una hospitalización para tener un bebé ²⁰;
- Un servicio ambulatorio autorizado previamente que resulta en una hospitalización; debe llamar nuevamente para la admisión al hospital;
- Cirugía ambulatoria para una septo plastia (cirugía en el tabique de la nariz);

²⁰ Para los servicios de salud conductual, debe llamar a las alternativas de beneficios complementarios al 800. 868. 1032. Consulte la página 51 para obtener mayor información.

- Cirugía ambulatoria u hospitalaria para una histerectomía;

- Escleroterapia (cirugía de las venas) realizada en un entorno hospitalario, ambulatorio o en un consultorio;
- Un nuevo curso de quimioterapia o radiación (notificación de una sola vez por curso);
- Un procedimiento de radiología (imágenes) (consulte la página 52 para obtener mayor información);
- Embarazo: le recomendamos que le notifique a Medi-Call durante los primeros tres meses de su embarazo (consulte la página 49 para obtener mayor información);
- Una hospitalización de emergencia durante el embarazo ²¹;
- Nacimiento de un niño (si planea presentar una reclamación por todos los gastos relacionados con el nacimiento) ²¹;
- El bebé tiene complicaciones al nacer;
- Va a ser o ha sido hospitalizado en un centro de cuidados intensivos a largo plazo, centro de enfermería especializada o necesita atención médica domiciliaria, cuidados paliativos o un plan de tratamiento alternativo;
- Necesita un equipo médico duradero;
- Se somete a fertilización in vitro, GIFT, ZIFT o cualquier otro procedimiento de infertilidad, esto lo incluye a usted y a su cónyuge que tiene cobertura;
- Debe ser evaluado para un trasplante; lo incluye a usted o a su cónyuge o familiar que tiene cobertura; y
- Necesita servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y terapia física, del habla u ocupacional relacionada con pacientes ambulatorios.

La admisión en la emergencia de un hospital, incluyendo la atención de emergencia relacionada con el nacimiento de un niño, debe

²¹ Comunicarse con Medi-Call, el parto de su bebé no agrega al bebé a su seguro médico. Debe agregar a su hijo iniciando sesión en MyBenefits, solicitando el cambio y cargando la documentación requerida, un certificado de nacimiento de formato largo, durante los 31 días posteriores al nacimiento para que se paguen los beneficios.

se informará durante las 48 horas o el siguiente día hábil después de un fin de semana o admisión de vacaciones.

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 la nariz, etc. Su médico debe incluir fotografías si es apropiado.

La determinación por parte de Medi-Call de que un tratamiento propuesto está dentro de los estándares y procedimientos médicos generalmente reconocidos no garantiza el pago de la reclamación. Otras condiciones, como los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones o exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan, deben cumplirse antes de que BlueCross realice el pago en nombre del plan de salud estatal. Recuerde, si utiliza un proveedor fuera de la red, pagará más.

Autorización previa del servicio de salud conductual

La autorización previa y la gestión de casos de los beneficios de salud conductual, así como los beneficios de salud mental y el uso de sustancias, son manejadas por las alternativas de beneficios complementarios, el administrador de beneficios de salud conductual del plan de salud estatal.

Servicios que necesitan autorización previa ²² Consultas con un proveedor de servicios 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 enumeran a continuación. Estos servicios deben ser autorizados previamente por las alternativas de beneficios complementarios:

²² Para los servicios de salud conductual, debe llamar a las alternativas de beneficios complementarios al 800. 868. 1032.

•

Hospitalización

- Atención hospitalaria ambulatoria intensiva;
- Atención parcial de hospitalización;
- Terapia electroconvulsiva para pacientes ambulatorios: servicios hospitalarios y médicos;
- Terapia magnética transcraneal repetitiva;
- Terapia de análisis conductual aplicada; y
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.

Para autorizar previamente los servicios, su proveedor debe llamar a las alternativas de los beneficios complementarios al 800. 868.1032 antes de ser admitido o, en una situación de emergencia, durante las 48 horas o el siguiente día hábil. Para los servicios profesionales enumerados anteriormente, su proveedor debe llamar antes de que le presten los servicios. Para evaluar la necesidad médica, las alternativas de beneficios complementarios requerirán información clínica del proveedor de salud conductual que lo esté 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 enviar la información por fax al 803. 714. 6456.

Aunque su proveedor puede ponerse en contacto con Alternativas de beneficios complementarios para usted, es su responsabilidad velar porque se realice la llamada y que se haya concedido la autorización previa. Una determinación por las alternativas de beneficios complementarios no garantiza el pago. Otras condiciones, incluyendo los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones y exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan, deben cumplirse antes de que BlueCross realice el pago.

Sanciones por no solicitar las autorizaciones previas necesarias del servicio de salud conductual Si los servicios ambulatorios de salud conductual que requieren autorización previa (por ejemplo, aplicar terapia de análisis conductual y pruebas psicológicas o neuropsicológicas) no están autorizadas previamente, que no tienen cobertura.

Sanciones por no llamar para hacer las autorizaciones previas necesarias para el servicio de las instalaciones

Si su proveedor no llama a las alternativas de beneficios complementarios cuando sea necesario, pagará una multa de 490 \$ por cada admisión al hospital. El importe de la penalización no se aplica a su deducible o máximo de coaseguro.

Autorización previa de radiología avanzada: asociados nacionales de imageneología

El plan de salud estatal tiene un proceso para obtener la autorización previa para tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, MRA y PET. Los médicos, los centros de radiología (imágenes) y los centros de radiología hospitalaria ambulatoria de Carolina del Sur son responsables de solicitar una autorización previa de radiología avanzada de parte de los asociados nacionales de imageneología antes de que le practiquen la prueba.

Los médicos pueden obtener mayor información en [StatesC. SouthCarolinaBlues.com](https://www.StatesC.SouthCarolinaBlues.com) o llamando al

800. 444. 4311. Para solicitar una autorización previa en línea, los proveedores pueden visitar www.RadMD.com o llamar

866. 500. 7664, de lunes a viernes, de 8 AM a 8 PM.

Si un suscriptor o un miembro de la familia que tiene cobertura tiene programada una tomografía computarizada, resonancia magnética, ARM o PET de parte de un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o de parte de cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur, el suscriptor tiene la responsabilidad de asegurarse de que su proveedor llame para obtener la autorización previa. Puede comenzar el proceso llamando a 866. 500. 7664. Debe proporcionarles a los asociados nacionales de imageneología el nombre y número de teléfono del médico que lo solicitó y el nombre y número de teléfono del centro

de imágenes o el médico que brindará el servicio de radiología.

Los asociados nacionales de imageneología tomará una decisión sobre las solicitudes de autorización previa que no sean de emergencia durante los dos días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud del proveedor. Si la situación es urgente, se tomará una decisión durante un día hábil desde que se recibió la solicitud del proveedor. Sin embargo, el proceso puede llevar más tiempo si se necesita información clínica adicional para tomar una decisión.

Puede verificar el estado de una solicitud de autorización previa de parte de los asociados nacionales de imageneología en línea a través de su cuenta My Health Toolkit® en StateSC.SouthCarolinaBlues.com.

Sanciones por no llamar

Si un médico o centro radiológico de la red de Carolina del Sur no solicita autorización previa para servicios radiológicos avanzados, no se le pagará al proveedor por el servicio, y no puede facturar al suscriptor por dicho servicio. Si un suscriptor o un familiar que tiene cobertura reciben servicios de radiología de parte de un proveedor fuera de la red de Carolina del Sur o de cualquier proveedor externo de Carolina del Sur sin autorización previa, BlueCross no le pagará al proveedor y el suscriptor será responsable del monto total de la factura.

Gestión de su salud

Consultas de rutina para adultos

Las consultas de rutina para adultos tienen cobertura como un servicio contractual por el plan estándar y están sujetas a copagos, deducibles y coaseguro. Las consultas de rutina pueden ser una parte clave de la atención preventiva. Pueden asegurarles a los miembros que están tan saludables como se sienten, o motivarlos a hacer preguntas sobre su salud. Servicios basados en evidencia, con una recomendación A o B del [Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de](#) los Estados Unidos (USPSTF por sus siglas en inglés), se incluyen como parte de una consulta de rutina para adultos bajo el plan de salud estatal.

(Planes estándar y de ahorro).

El beneficio está disponible para todos los adultos de 19

Guía de beneficios del seguro

años o más que no pertenecen a Medicare y que tienen cobertura por parte del plan de salud estatal. Los miembros adultos pueden aprovechar este beneficio de parte de un proveedor de la red que se especializa en medicina general, medicina familiar, pediatría, medicina interna, gerontología, obstetricia y ginecología.

Miembros del plan estándar

El plan cubre solo una consulta en los años que tienen cobertura según el siguiente calendario:

- De 19 a 39 años, una consulta cada tres años;
- De 40 a 49 años, una consulta cada dos años; y
- 50 años en adelante, una consulta por año.

Las mujeres que son miembros elegibles pueden usar la consulta de rutina con su ginecólogo o su médico de atención primaria, pero no con ambos, en un año que tenga cobertura. Si una mujer consulta a ambos médicos para su consulta de rutina en el mismo año que tiene cobertura, solo se le permitirá la primera consulta de rutina.

En un año sin cobertura, los miembros pagarán el monto total permitido por la consulta, y el monto total permitido no se aplicará al deducible y coaseguro máximo de un miembro. El plan pagará el 100 por ciento del costo de los análisis de laboratorio y la parte de la consulta asociada con la prueba de Papanicolaou para las afiliadas elegibles en un año que no tiene cobertura. Consulte la sección Perks de PEBA en la página 54 para obtener más detalles.

Miembros del plan de ahorros

El plan les cubrirá una consulta al año sin costo alguno para los miembros. Las mujeres que son miembros elegibles pueden usar la consulta de rutina con su ginecólogo o su médico de atención primaria, pero no con ambos, en un año que tenga cobertura. Si una mujer consulta a ambos médicos para su consulta de rutina en el mismo año que tiene cobertura, solo se le aceptará la primera consulta por la que se recibe la reclamación.

Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El plan de salud estatal ofrece muchos beneficios basados en

el valor sin costo para los miembros principales a través de PEBA Perks. Además, puede reservar dinero antes de pagar impuestos en su cuenta MoneyPlus para pagar por su consulta de rutina. Aprenda a coordinar sus ventajas MoneyPlus y PEBA beneficios con su consulta de rutina a continuación.

1. Aparte dinero en su cuenta MoneyPlus. Calcule cuánto gastará en su consulta de rutina para adultos. Agregue esta cantidad a su cuenta MoneyPlus.
2. Hágase su examen de detección. Usted puede hacerse unos exámenes biométricos de detección sin costo, lo cual minimizará el costo para usted en su consulta de rutina. Obtenga mayor información sobre lo que se incluye en una evaluación en la página 57.
3. Tenga su consulta de rutina después de su examen de detección. Las recomendaciones de USPSTF A y B se incluyen como parte de la consulta de rutina para adultos. Después de hablar con su médico durante una consulta, el médico puede decidir qué servicios necesita y crear un plan de atención personal para usted.
4. Comparta los resultados de sus exámenes preventivos con su médico. Recibirá un informe con los resultados del examen de detección, y le recomendamos que lo comparta con su médico para que no tenga que volver a hacerse un examen en la consulta de rutina. Compartir sus resultados minimizará el costo de su consulta de rutina.
5. Siga las recomendaciones de su médico y manténgase comprometido con su salud. Le animamos a que aproveche las otras ventajas de PEBA disponibles para usted. Si es elegible, regístrese para el copago sin pago para recibir algunos medicamentos genéricos sin costo para usted. Mayor información en la página 56.

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

Los servicios no incluidos como parte de la consulta de rutina para adultos son aquellos que no tienen una recomendación A o B por parte de USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en www.uspreventiveservicestaskforce.org. Otros servicios, incluyendo un Hemograma Completo (CBC por sus siglas en inglés), un electrocardiograma, una prueba de PSA y un panel metabólico básico, que tienen cobertura solo si los solicita su médico. Para tratar una afección específica y están sujetos al copago, deducible y coaseguro, así como a las disposiciones normales del plan. Las consultas de seguimiento y los servicios como resultado de su consulta de rutina también están sujetos a las disposiciones normales del plan.

Obtenga mayor información sobre los servicios incluidos en la consulta de rutina para adultos en peba.sc.gov/well-visits.

Ventajas de PEBA

Si el plan de salud estatal es su cobertura de seguro médico principal, PEBA le ofrece beneficios basados en el valor sin costo para usted en las farmacias y proveedores de la red. Estos beneficios pueden ayudar a que usted y su familia se mantengan saludables.

Obtenga mayor información sobre las ventajas de PEBA, incluyendo la elegibilidad, en www.PEBAperks.com.

Vacunaciones para adultos

Las vacunas para adultos a intervalos recomendados por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) tienen cobertura sin costo para los miembros del plan de ahorros, del plan estándar y del plan complementario de Medicare con los proveedores participantes. La cobertura incluye el costo de la vacuna y de la administración si el miembro recibe la inyección en un consultorio médico de la red. Cualquier cargo asociado a la consulta sigue las reglas regulares de cobertura del plan. Contacte con su médico de la red o visite www.cdc.gov/vaccines/schedule y seleccione adultos (19 años o más) para saber qué vacunas tienen cobertura.

Extractor de leche materna

Este beneficio les proporciona a los miembros ciertos electivos o extractores de leche manuales sin costo alguno. Los miembros pueden saber cómo obtener un extractor de leche inscribiéndose en el programa de gestión de maternidad de los beneficios por venir de los beneficios por venir de PEBA. Obtenga mayor información de los beneficios por venir en la página 59.

Detección del cáncer cervical

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

- Este beneficio también cubre el costo de la parte de la consulta asociada con la prueba de Papanicolaou.
- Los costos de las partes de la consulta no asociadas con la prueba de Papanicolaou no tienen cobertura. Los cargos asociados con otros exámenes, pruebas de laboratorio y procedimientos son responsabilidad del miembro (por ejemplo: un examen pélvico, examen de mama o físico).
- Las afiliadas elegibles del plan estándar pueden usar su consulta de rutina a su ginecólogo o su médico de atención primaria, pero no a ambos. Si una mujer visita a ambos médicos para tener una consulta de rutina en el mismo año que tiene cobertura, solo se le aceptará la primera consulta de rutina.
- Las afiliadas del plan de ahorros elegibles pueden tener una consulta de rutina cada año sin costo como socio. Puede hacerse un examen anual de rutina o un examen junto con la prueba de Papanicolaou, pero no ambos. Si una mujer va a ambas consultas en el mismo año, solo la primera reclamación que se reciba tendrá cobertura.

Debe considerar ponerse en contacto con el proveedor antes de programar una consulta médica para determinar el costo del examen y los servicios conexos. La cantidad que paga el miembro por gastos adicionales no los servicios que tienen cobertura no cuentan para su deducible anual.

Basándose en la recomendación del grupo de tareas sobre servicios preventivos de los Estados Unidos, el plan

pagará el beneficio para las pruebas del virus del papiloma humano una vez cada cinco años para las mujeres de 30 a 65 años, o como lo recomienda el grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU.

Exámenes de detección del cáncer colorrectal

Los exámenes de detección de cáncer colorrectal, tanto de diagnóstico como de rutina, se brindan sin costo para los miembros por parte de los proveedores de la red para los miembros primarios del plan de salud estatal. Los exámenes de detección que tienen cobertura incluyen colonoscopias y un análisis de sangre oculta en las heces. Las colonoscopias de rutina y algunos análisis de sangre oculta en heces tienen cobertura durante los rangos de edad recomendados por el grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos.

El plan de salud estatal también cubre algunas pruebas de detección temprana para hacerse en casa para los miembros elegibles sin costo alguno para colonoscopias de rutina y diagnóstico. La cobertura incluye la consulta, el kit de preparación genérico, el procedimiento y la anestesia asociada. Tenga en cuenta que si elige un kit de preparación no genérico, se aplicarán cargos adicionales. Cualquier cargo asociado al lugar o a los exámenes de detección de laboratorio como resultado de la evaluación puede estar sujeto a la responsabilidad del paciente. Visite un proveedor de la red calificado para averiguar qué opción de detección es la mejor para usted. También debe ponerse en contacto con su proveedor sobre el costo de cualquier servicio relacionado.

El plan de salud estatal también cubre algunas pruebas de detección temprana para hacerse en casa para los miembros elegibles sin costo alguno para colonoscopias de rutina y diagnóstico. La cobertura incluye la consulta, el kit de preparación genérico, el procedimiento y la anestesia asociada. Tenga en cuenta que si elige un kit de preparación no genérico, se aplicarán cargos adicionales. Cualquier cargo asociado al lugar o a los exámenes de detección de laboratorio como resultado de la evaluación puede estar sujeto a la responsabilidad del paciente. Visite un proveedor de la red calificado para averiguar qué opción de detección es la mejor para usted. También debe ponerse en contacto con su proveedor sobre el costo de cualquier servicio relacionado.

Educación sobre la diabetes

La educación sobre la salud de la diabetes a través de educadores certificados en diabetes se ofrece sin costo a los miembros primarios del plan de salud estatal por parte de un proveedor de la red. La educación de la diabetes capacita a los diabéticos para manejar su condición y evitar complicaciones relacionadas con la enfermedad. Las personas que reciben educación de la diabetes tienen más probabilidades de utilizar la atención primaria y los servicios

preventivos, tomar medicamentos según lo prescrito, y controlar su glucosa en sangre, presión arterial y niveles de colesterol. Visite un proveedor de la red para obtener mayor información.

Vacuna contra la gripe

La vacuna contra la gripe está disponible sin cargo para todos los miembros cuya cobertura principal sea de los Planes estándar o de ahorro. Los miembros pueden recibir la inyección de una farmacia dentro de la red por un copago de 0 \$. Si un miembro es vacunado en un consultorio médico dentro 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 consultas médicas se procesarán de acuerdo con las reglas de cobertura regulares del plan.

Mamografía

El plan de salud estatal utiliza la red de mamografía BlueCross para mamografías de rutina. Las mamografías de rutina tienen 100 por ciento de cobertura siempre y cuando use un proveedor de la red de mamografías BlueCross y cumpla con los requisitos de elegibilidad. No se requiere la orden de un médico para la cobertura del plan de una mamografía de rutina, pero algunos centros pueden solicitarla. Los beneficios de la mamografía incluyen:

- Una mamografía de referencia (cuatro vistas) para mujeres de 35 a 39 años; y
- Una mamografía de rutina (cuatro vistas) anualmente para mujeres mayores de 40 años.

Considere programar su mamografía después de su cumpleaños para recordarla todos los años. Usted puede encontrar un proveedor de la red que haga mamografías en buscar herramienta Care en [Statescarolinablues.com](https://www.statescarolinablues.com). También puede llamar a BlueCross al 803. 736. 1576 o 800. 868. 2520 para obtener asistencia. El plan también cubre cualquier mamografía de diagnóstico. Los cargos por mamografías de rutina realizadas por los proveedores de Carolina del Sur no tienen cobertura a menos que el proveedor participe en la red de mamografías BlueCross, incluso si el proveedor participa en la red del plan de salud estatal. Mamografías de rutina realizadas fuera del área

Carolina del Sur no tiene cobertura a menos que el proveedor participe en una red BlueCross en el estado

en la que se encuentra el proveedor. Los proveedores fuera de la red pueden cobrarle cualquier precio por sus servicios,

56

por lo que puede pagar más.

Los beneficios de las mamografías preventivas de rutina se suman a los beneficios de las mamografías de diagnóstico. Cualquier cargo por mamografías adicionales además de la mamografía preventiva está sujeto a copagos, deducibles y coseguro.

Las mujeres que tienen cobertura como jubiladas y están inscritas en Medicare deben ponerse en contacto con Medicare o consultar el *Medicare y usted* para obtener información sobre la cobertura. El plan de salud estatal es primario para una mujer que tenga cobertura como empleada activa o como cónyuge de un empleado activo, independientemente de la elegibilidad de Medicare.

Copago sin pago

El programa de no pagar copago les otorga a los ²³ miembros elegibles del plan de salud estatal que tengan presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad de las arterias coronarias o diabetes una exención de copago para medicamentos genéricos que tratan estas afecciones. ²⁴ El programa alienta a los miembros a dedicarse más a su salud y les ahorra dinero. Los participantes califican para el programa trimestralmente. Al realizar ciertas actividades en un trimestre, pueden recibir ciertos medicamentos genéricos sin costo alguno el próximo trimestre.

²³ Los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA, supérstites y sus cónyuges, y ex cónyuges que tienen cobertura son elegibles para calificar si el plan de salud estatal es su seguro principal. Si un suscriptor está inscrito en el plan complementario de Medicare, pero le brinda cobertura al cónyuge que no es elegible para Medicare, el cónyuge es elegible para el programa. Los hijos dependientes no son elegibles, independientemente de su edad. Si un miembro califica para el copago sin pago y se hace elegible para Medicare, luego la exención finalizará al final del trimestre. Estas fechas de finalización de exención no se aplican a los miembros que se inscriben en Express Scripts Medicare, el programa Medicare Parte D del plan de salud estatal. La inscripción en Express Scripts Medicare significa que la renuncia termina inmediatamente.

²⁴ Los suministros para las pruebas de diabetes (tiras reactivas, solución de control, lancetas, jeringas, agujas para bolígrafos, etc.) comprados en una farmacia de la red también tienen cobertura sin cargo.

El fabricante proporcionará un glucómetro por separado

Guía de beneficios del seguro

BlueCross identifica automáticamente a los miembros para ubicarlo en una de las condiciones de calificación. BlueCross notifica a los miembros de la elegibilidad y les indica que se registren en 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 realizar un seguimiento de su estado en el programa y su progreso hacia el cumplimiento de las calificaciones. Pueden realizar algunas actividades a través de Rally, como realizar una encuesta de salud, acceder a la información educativa y ponerse en contacto con un asesor de salud. Las actividades de cumplimiento están orientadas a la condición y los riesgos para la salud del miembro.

Una vez que el miembro que participa en el copago sin pago se inscribe en Medicare como su seguro principal, su exención de copago deja de estar en vigor. Este es el caso independientemente de si el miembro está inscrito bajo la cobertura del plan de exención grupal del empleador.

Para obtener información detallada sobre el programa no pago de copago, vaya a [Statelife.Southcarolinablues.com](https://www.statelife.com/southcarolinablues) o llame al servicio de atención al cliente de BlueCross al

800. 868. 2520. Si cree que califica para el programa, pero no se le ha sido notificado de su elegibilidad, llame al 855. 838. 5897. BlueCross administra el programa, pero puede llamar a Express Scripts, el administrador de beneficios de farmacia, al 855. 612. 3128 para obtener mayor información sobre las prescripciones genéricas elegibles.

Revisiones preventivas

Este beneficio se brinda sin costo a los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA y sus cónyuges, y ex cónyuges que tienen cobertura si su cobertura principal es el plan estándar o el plan de ahorros. Este tipo de examen de detección generalmente cuesta 300 \$ o más. El examen de detección incluye un análisis de sangre, evaluación del riesgo para la salud, mediciones de estatura y peso, presión arterial y perfiles lipídicos.

Después de la proyección, usted recibirá un reporte confidencial

con sus resultados y recomendaciones para mejorar su salud. Lleve este informe a su médico puede eliminar la necesidad de las pruebas.

Además de participar en un examen de detección en su lugar de trabajo, existen otras opciones para aprovechar este beneficio. También le animamos a compartir sus resultados con BlueCross para que se carguen automáticamente en la encuesta de salud de Rally. Mayor información sobre Rally en la página 38.

Asista a un examen de detección regional

Si su sitio de trabajo no le ofrece un examen de detección, o si lo ha perdido, puede registrarse para hacerse un examen de detección regional en la página próximos eventos de PEBA en peba.sc.gov/eventos.

Visite a un proveedor de detección participante

Visite a uno de nuestros proveedores de exámenes de detección participantes para hacerse un examen preventivo. [En www.PEBAperks.com encontrará](http://www.PEBAperks.com) una lista de proveedores y un cupón para llevar con usted cuando vaya a una consulta para hacerse una evaluación.

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

Además de las pruebas y evaluaciones requeridas, los proveedores de detección participantes pueden ofrecer pruebas opcionales por una tarifa adicional. Puede ponerse en contacto con el proveedor de los exámenes de detección sobre los gastos que salen de su bolsillo asociados a estas pruebas. Tenga en cuenta que las pruebas opcionales pueden variar según el proveedor de detección.

Cese del uso del tabaco

El programa déjelo de por vida[®] basado en la investigación es presentado por la Sociedad estadounidense del cáncer. Un asesor experto en cese[®] lo ayudará por teléfono, en línea

y por mensaje de texto mientras sigue un plan de cese personalizado según sus necesidades.

Déjelo de por vida se ofrece sin cargo a los suscriptores del plan de salud estatal, su cónyuge e hijos dependientes de 13 años o más que tienen cobertura. Para los miembros elegibles mayores de 18 años, el programa también proporciona terapia de reemplazo de nicotina gratuita, como parches, chicles o pastillas, si es apropiado.

Su asesor para dejar de fumar también puede recomendarle que un médico le recete un medicamento para dejar de fumar, como Bupropion o Chantix, que están disponibles a través de la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud estatal. Los medicamentos recetados para dejar de fumar, incluyendo Chantix y Bupropion, se les proporcionan a los miembros del plan de ahorros y del plan estándar sin costo para el miembro cuando se obtiene de parte de un proveedor de la red.

Para inscribirse, llame al 800. 652. 7230 o 866. QUIT. 4. LIFE (866. 784. 8454). También puede visitar www.quitnow.net/ SCStateHealthPlan. Una vez que se verifique su elegibilidad, será transferido a un asesor para dejar de fumar cuando haga su primera llamada.

Beneficios para la consulta de rutina para niños

Los beneficios de la consulta de rutina para niños, incluyendo los chequeos médicos y las vacunas, tienen como objetivo promover la buena salud y la detección temprana y la prevención de enfermedades para los niños inscritos en el plan de salud estatal. Los niños que tienen cobertura son elegibles para exámenes de rutina para niños hasta que cumplen 19 años.

El plan paga el 100 por ciento de la cantidad permitida para los exámenes de rutina aprobados, centros para el control de enfermedades, vacunas y servicios recomendados por la Academia Americana de Pediatría que son específicas para ciertas edades y exámenes de laboratorio cuando un médico de la red proporciona estas comprobaciones:

- Menores de 1 año (hasta seis consultas);
- 1 año de edad (hasta tres consultas);
- 2 años (hasta dos consultas);
- 3 años hasta que cumple 19 años (una consulta al año).

El examen de rutina para niños debe realizarse después de que el niño cumple años.

58

Cuando estos servicios se reciben de un plan de salud estatal de la red se pagarán el 100 por ciento de los beneficios de la cantidad permitida. El plan de salud estatal no pagará por los servicios de los proveedores que se encuentren fuera de la red.

Es posible que algunos servicios no se consideren parte del cuidado de rutina para niños. Por ejemplo, si durante una consulta de rutina se descubriera que tiene fiebre y dolor de garganta, los exámenes de laboratorio para verificar el diagnóstico no formarían parte de la consulta de rutina. Estos cargos, si tienen cobertura, estarían sujetos al copago, deducible y coaseguro, al igual que cualquier otro gasto médico.

Naturalmente delgado

Naturalmente delgado es un programa de control de peso conductual clínico que se centra en la pérdida de peso y la prevención de la diabetes. Los miembros del plan de salud estatal, incluyendo los cónyuges e hijos dependientes de 18 años o más, son elegibles para presentar una solicitud. Los miembros de Medicare-primary también son elegibles para aplicar. Algunas afecciones médicas o Índices de Masa Corporal (IMC) pueden impedirle participar 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, reducirá su riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardíacas mientras aumentan sus posibilidades de vivir una vida más larga y saludable. El programa ofrece un sitio web fácil de usar, kit de bienvenida y asesoramiento en video de parte de expertos clínicos. Es un programa en línea de 10 semanas que utiliza lecciones de video semanales y herramientas interactivas para enseñar las habilidades conductuales necesarias para perder peso y mantener su nuevo peso a largo plazo. Cada semana, verá lecciones a su conveniencia en su computadora, Smartphone o Tablet a través de las aplicaciones para iPhone o Android.

Después de las primeras 10 semanas, recibirá siete

Guía de beneficios del seguro

períodos de sesiones quincenales y seis meses de apoyo continuo, según sea necesario. Este programa llega a usted donde se encuentra la simplicidad, conveniencia y una experiencia atractiva para los miembros lo cual les conduce a una mejora de la salud sostenible. Obtenga mayor información en www.naturallyslim.com/PEBA.

Consejería de salud

Los programas de asesoramiento de salud disponibles están diseñados para ayudar a los suscriptores del plan estándar y del plan de ahorros y a los miembros adultos de su familia que tienen cobertura que tienen ciertas condiciones médicas crónicas o conductuales manejan sus síntomas y retrasan o incluso previenen muchas de las complicaciones de estas enfermedades.

BlueCross identifica a los participantes mediante la revisión de reclamaciones médicos, de farmacia y de laboratorio. Si se identifica como alguien que podría beneficiarse de uno de los programas de asesoramiento de salud disponibles, ya sea a través de sus reclamaciones o sus respuestas a la encuesta de salud de Rally, usted está inscrito automáticamente, pero los programas son voluntarios y usted puede optar por excluirse en cualquier momento. También puede inscribirse en uno o más de los programas de asesoramiento de salud disponibles. Si usted tiene presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad de las arterias coronarias o diabetes, BlueCross puede enviarle una notificación indicando que usted también es elegible para el programa de no pago de copago.

Como participante en los programas de asesoramiento de salud, recibirá materiales educativos y una carta de bienvenida que le proporcionará el nombre y la información de contacto de su asesor de salud BlueCross. Su asesor de salud será un profesional de la salud que lo ayudará a aprender más sobre su afección 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,
contactándolo por teléfono o a través de Rally. Puede

póngase en contacto con su asesor de salud tantas veces como desee para hacerle preguntas o para pedirle consejo. Para conectarse con un asesor, llame al 855. 838. 5897 y seleccione la opción 2.

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

Salud conductual

Los asesores de salud trabajan uno a uno y les ofrecen apoyo a los miembros diagnosticados con las siguientes enfermedades y categorías. Los asesores de salud animan a los miembros a seguir su plan de tratamiento, ayudar a los miembros a establecer metas y enseñarles a manejar los síntomas.

- Recuperación de la adicción;
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH por sus siglas en inglés);
- 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 para desarrollar un plan para hacerse cargo de su enfermedad.

- Asma;
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC por sus siglas en inglés);
- Insuficiencia cardíaca congestiva;
- Enfermedad de las arterias coronarias;
- Diabetes;
- Colesterol alto;
- Hipertensión (presión arterial alta); y
- Migrañas

Estilos de vida saludables

Si está listo para ponerse al día con su salud pero no está seguro de por dónde empezar, un asesor de salud puede ayudarlo. Su asesor puede ayudarle a lograr un estilo de

vida más saludable con un plan de acción personalizado para alcanzar sus metas.

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

Para conectarse con un asesor, llame al 855. 838. 5897 y seleccione la opción 3.

Maternidad

Si es una futura madre, se le anima a inscribirse y participar en el programa gratuito de gestión de la maternidad. Medi-Call administra el programa integral de manejo de la maternidad de los beneficios por venir de PEBA. Este programa apoya a las madres durante todo el embarazo y le brindan atención posparto. También ayuda con los bebés de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales u otros bebés con necesidades especiales hasta que cumplen un año. Una vez inscritas en el programa de los beneficios por venir, las mujeres embarazadas recibirán un correo de bienvenida y materiales educativos durante su embarazo y período posparto. Usted no tiene que esperar hasta que haya visto a su médico para inscribirse en de los beneficios por venir, y la inscripción es fácil.

Para inscribirse:

1. Visite Statesc.SouthCarolinablues.com e inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit. Seleccione rutina, luego haga clic en asesoramiento de salud. Desde mi centro de actividades, haga clic en evaluaciones y realice el examen de detección de salud para la maternidad disponible, que aparece bajo inscribirse en el programa de maternidad.
2. Llame a Medi-Call al 803. 699. 3337 o

800. 925. 9724 para hablar con una enfermera de maternidad para que le realice un examen de detección de salud para la maternidad.

Una enfermera de maternidad de Medi-Call le realizará un examen de detección de salud para la maternidad cuando se inscriba. Se utiliza para identificar posibles factores de alto riesgo durante su primer trimestre. Si se identifican factores de alto riesgo, se programará para hacerle llamadas de seguimiento. Si no se identifican riesgos, se le anima a llamar e informar acerca de cualquier cambio en su condición. De lo contrario, la enfermera de maternidad le llamará durante su segundo y tercer trimestre. Su enfermera de maternidad también la llamará después 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 parte de fuentes médicas reconocidas. También, puede llamar a su enfermera de maternidad en cualquier momento si tiene preguntas. Una enfermera estará allí para ayudarla con sus necesidades especiales y de rutina durante su embarazo y el período de posparto.

Tenga en cuenta que si no autoriza previamente una admisión hospitalaria relacionada con su embarazo o para tener a su bebé, pagará una multa de 490 \$ por cada admisión, como lo haría por cualquier admisión, ya sea que la admisión esté relacionada con la maternidad o no.

Para obtener mayor información sobre las prestaciones de maternidad, incluyendo la cobertura de algunos extractores de leche, consulte embarazo y atención pediátrica en la página 67.

Programas de gestión de casos médicos

Los programas de gestión de casos disponibles para los miembros del plan de salud estatal que enfrentan enfermedades o lesiones graves tienen la intención de ayudarlos a localizar información de apoyo y tratamiento. Cada programa incluye equipos de enfermeros y médicos especialmente capacitados. Su objetivo es ayudar a los participantes a coordinar, evaluar y planificar la atención

médica, y lo hacen brindando el control del paciente sobre su cuidado y el respeto de su derecho al conocimiento, a la elección, a la relación directa con su médico, a la intimidad y a la dignidad. Ninguno de los programas brinda tratamiento médico. Cada programa puede incluir una consulta en casa o en las instalaciones de un participante, pero solo con permiso.

Para obtener mayor información sobre cualquiera de estos programas, llame al 800. 925. 9724 y solicite un supervisor de gestión de casos.

Programa de gestión de casos BlueCross Medi-Call Este programa está diseñado para los miembros del plan de salud estatal que tienen trastornos crónicos o catastróficos específicos, enfermedades agudas o lesiones graves. El programa facilita la continuidad de la atención y el apoyo de estos pacientes mientras maneja los beneficios del plan de salud de manera que promueva resultados de alta calidad y eficaces en función de los costos. Los gestores de casos hablan con los pacientes, los miembros de la familia y los proveedores para coordinar los servicios entre los proveedores y apoyar al paciente durante una crisis o una enfermedad crónica. La intervención en la gestión de casos puede ser a corto o largo plazo. Los gestores de casos combinan servicios de autorización previa estándar con enfoques innovadores para pacientes que requieren altos niveles de atención médica y beneficios. Los gestores de casos a menudo pueden organizar servicios o identificar los recursos comunitarios disponibles para satisfacer las necesidades del paciente.

El gestor de casos trabaja con el paciente y los proveedores para evaluar, planificar, implementar, coordinar, monitorear y evaluar formas de satisfacer las necesidades del paciente, reducir las readmisiones y mejorar la calidad de vida. Su gestor de caso para enfermería de Medi-Call puede visitarlo en casa, con su permiso, en un centro de tratamiento o en 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 evaluar y volver a evaluar el plan de tratamiento y el

progreso. Toda la 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). Si un paciente rechaza el manejo de su caso médico, Medi-Call procederá a autorizar previamente el tratamiento adecuado.

Para obtener mayor información, llame al 800. 925. 9724 y solicite un supervisor de gestión de casos.

Programa de gestión de cuidados complejos

Algunos miembros son remitidos a la gestión de cuidados complejos, un programa diseñado para ayudar a los pacientes más gravemente enfermos. Pueden incluir a los miembros que tienen condiciones médicas complejas y hospitalizaciones frecuentes o barreras críticas para su atención.

El complejo del programa de administración de la atención le brinda información y apoyo a través de un gestor de casos, que es una enfermera registrada. Este coordinador de enfermería puede ayudarle a identificar opciones de tratamiento; localice los suministros y equipos recomendados por su médico; coordine la atención; e investigue la disponibilidad de transporte y alojamiento para un tratamiento fuera de la ciudad. La enfermera se mantiene en contacto semanalmente con pacientes y cuidadores para evaluar y reevaluar el plan de tratamiento y el progreso del paciente. Este programa le ayuda a tomar decisiones informadas sobre su salud cuando está gravemente enfermo o lesionado. La participación es voluntaria y puede abandonar el programa en cualquier momento y por cualquier motivo. Sus beneficios no se verán afectados por su participación.

BlueCross le remitirá al programa si es posible beneficiarle. Recibirá una carta explicándole el programa, y un representante se pondrá en contacto con usted. Un equipo de enfermeras y médicos especialmente capacitados revisará su información médica y su plan de tratamiento. Su historial médico y la información siempre se mantendrán como confidencial entre sus cuidadores y el equipo de gestión de cuidados complejos. Su enfermera gestora de casos será su contacto principal. Usted y su médico,

sin embargo, siempre tomará la decisión final sobre su tratamiento. Asegúrese de consultar siempre con su médico antes de seguir cualquier consejo médico.

Programa de gestor de casos de enfermedad renal La gestión de casos de enfermedad renal está disponible para seleccionar a los miembros del plan de salud estatal que reciben diálisis renal. Las enfermeras de este programa brindan educación y coordinación de la atención que le puede ayudar a prevenir enfermedades agudas y hospitalizaciones.

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

Como el enlace entre usted, sus proveedores y equipo de diálisis, la enfermera identifica sus necesidades a través de la revisión del historial médico 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 según las necesidades a largo plazo e incorpora estas necesidades en un plan acordado por usted, su o sus médicos, el equipo de diálisis y otros proveedores. Su enfermera lo llamará con frecuencia y recibirá actualizaciones de parte de sus proveedores.

Natural Blue SM y descuentos para miembros

Natural Blue es un programa de descuento disponible para los suscriptores del plan de salud estatal y ofrecida por Bluecross. El programa cuenta con una red de acupunturistas, masajistas y clubes de fitness que se pueden utilizar con tarifas más bajas, a menudo hasta 25 % de descuento. Natural Blue también ofrece descuentos en los productos para la salud, como vitaminas, suplementos a base de hierbas, libros y cintas.

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 obtener mayor información sobre Natural Blue o sobre los descuentos para miembros, vaya a StatesC. SouthCarolinaBlues.com, [seleccione recursos](#), a continuación, seleccione descuentos para miembros o llame al servicio 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 peba.sc.gov/publicaciones, contiene una descripción completa de todos los beneficios. [Http](#) Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud ofrecidos por PEBA.

Anteriormente en este capítulo, los beneficios basados en el valor, incluyendo los beneficios preventivos, como las inmunizaciones y los beneficios específicos para la mujer y los niños, que tienen cobertura en su propia sección. Los beneficios de la salud conductual también se presentan en su propia sección. Los beneficios de medicamentos recetados, los beneficios dentales y los beneficios oftalmológicos se tratan en capítulos posteriores. Algunos servicios y tratamientos requieren de autorización previa de Medi-Call, los asociados nacionales de imageneología, las alternativas de beneficios complementarios o Scripts Express. Para obtener detalles, lea la sección de Medi-Call que comienza en la página 49, la sección de salud conductual en la página 51 y la sección de los asociados nacionales de imageneología en la página 52.

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
- Prescrito u ordenado por un médico; y
- De acuerdo con la enfermedad, lesión o condición de la persona que tienen cobertura y de acuerdo con las

prácticas médicas y quirúrgicas adecuadas en la especialidad médica o el campo de la medicina en el momento proporcionado; y

- Necesario por razones distintas a la conveniencia del paciente; y
- Resultados en los progresos mensurables e identificables en el tratamiento de la condición, enfermedad o lesión de la persona que tiene cobertura.

El hecho de que un procedimiento, servicio o suministro sea recetado por parte de un médico no significa automáticamente que sea médicamente necesario según los términos del plan de salud estatal.

Enfermera registrada de práctica avanzada

Los gastos por los servicios recibidos de parte de una enfermera licenciada, independiente y de práctica avanzada que tienen cobertura incluso si estos servicios no se realizan bajo la dirección inmediata de un médico. Enfermera registrada de práctica avanzada es una enfermera practicante, enfermera comadrona certificada, enfermera anestesta certificada o una enfermera especialista. Todos los servicios recibidos deben estar bajo el alcance de la licencia de la enfermera y deben ser necesarios como un servicio permitido por el plan.

Plan de tratamiento alternativo

Un plan de tratamiento alternativo es un programa individual para que se haga el tratamiento de una manera más económica y menos intensa. Un plan de tratamiento alternativo requiere la aprobación del médico tratante, Medi-Call y el paciente. 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, tiene cobertura en el hospital más cercano para obtener la atención médica de emergencia necesaria. Ambulancia

El servicio también puede tener cobertura para transportar al miembro al hospital más cercano que pueda brindarle los servicios de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico cuando esos servicios no estén disponibles en el centro actual, si están autorizados previamente. No se pagan beneficios por el servicio de ambulancia utilizado para el transporte de rutina que no es de emergencia, incluyendo, entre otros: limitadas a viajar a un centro para recibir tratamientos médicos o quirúrgicos programados, como diálisis o tratamiento contra el cáncer, o transporte de un nivel superior de atención a un nivel más bajo de atención. Todas las reclamaciones por servicio de ambulancia están sujetas a revisión médica.

Los servicios de ambulancia se reembolsan al 80 % de la cantidad permitida; sin embargo, los proveedores no participantes pueden cobrarle la diferencia del total del cargo por el servicio. Tenga en cuenta que todos los servicios de ambulancia, incluyendo el servicio de ambulancia aérea, pueden no estar dentro de la red. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio de ambulancia está dentro de la red, comuníquese con BlueCross. Para obtener información sobre la facturación del saldo, consulte la página 48.

Beneficios del trastorno del espectro autista

La terapia de análisis conductual aplicado para el tratamiento del trastorno del espectro autista tiene cobertura de acuerdo con las pautas de las alternativas de beneficios complementarios y los requisitos de autorización previa.

Beneficios para la salud conductual

No hay límite en el número de consultas permitidas a un proveedor de atención de salud conductual, como el servicio de salud mental y uso de sustancias, siempre y cuando la atención sea médicamente necesaria según los términos del plan. No hay un máximo para los beneficios de la salud conductual anual o vitalicia.

Algunos servicios requieren la autorización previa de las alternativas de beneficios complementarios, el administrador de salud conductual. Para obtener mayor información, consulte la página 51. Su proveedor de salud conductual

tendrá que llevar a cabo revisiones médicas periódicas, similares a las de Medi-Call para beneficios médicos.

Para obtener el servicio al cliente e información sobre reclamaciones de atención de salud conductual, llame a BlueCross al 800. 868. 2520.

Gestión de casos de salud conductual

La gestión de casos está diseñada para apoyar a los miembros que tienen enfermedades catastróficas o crónicas. A los participantes se les asigna un gestor de casos, quien lo ayudará a educarlo sobre las opciones y servicios disponibles para satisfacer sus necesidades de salud conductual y lo ayudará a coordinar los servicios.

Los administradores de casos son enfermeras y trabajadores sociales que tienen licencia. Pueden ayudarlo respondiendo preguntas y ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios de salud mental, médica y farmacéutica. Esto puede incluir planificación de la atención, educación para el paciente y la familia, revisión de beneficios y coordinación de otros servicios y recursos comunitarios. Cuando esté inscrito en este programa, puede recibir acceso a un gestor de casos personal, recursos educativos y herramientas web que le ayudarán a aprender más sobre su salud y de cómo manejar mejor su condición. La participación es voluntaria y confidencial.

Para obtener mayor información, llame al 800. 868. 1032, ext. 25835.

Trasplantes óseos, células madre y órganos sólidos

Los acuerdos de contratación de trasplantes del plan de salud estatal incluyen la red nacional de trasplantes de Blue Cross Blue Shield Association, centros de Blue Distinction para trasplantes. Todos los centros de Blue Distinction para las instalaciones de trasplantes cumplen con criterios específicos que tienen en cuenta las calificaciones del proveedor, los programas y los resultados de los pacientes. Todos los servicios de trasplante deben ser aprobados por Medi-Call (consulte la página 49). Debe llamar a Medi-Call, incluso antes de que usted o un miembro de la familia que tenga cobertura

sea evaluado para el trasplante.

A través de la red de los centros Blue Distinction para trasplantes, los miembros del plan de salud estatal tienen acceso a las principales instalaciones de trasplante de órganos del país. Los contratos también están en vigor con los proveedores locales de servicios de trasplante para que los miembros puedan recibir trasplantes en las instalaciones. Ahorrará una cantidad significativa de dinero si recibe sus servicios de trasplante en un centro Blue Distinction para trasplantes de la red o en un centro de trasplante 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 será responsable únicamente por su deducible, coaseguro y cualquier cargo que no tenga cobertura bajo el plan. Además, estas instalaciones de la red presentarán todas las reclamaciones por usted.

Servicios de trasplante en instalaciones no participantes que tienen cobertura bajo el plan; sin embargo, el plan de salud estatal paga solo la cantidad permitida por el plan de salud estatal para los trasplantes realizados fuera de la red. Si no recibe sus servicios de trasplante en un centro de la red, puede pagar sustancialmente más. Además del deducible y coaseguro, los miembros que utilizan instalaciones fuera de la red son responsables de cualquier cantidad que exceda la cantidad permitida, o factura del saldo y pagar 40 por ciento de coaseguro. Los costos para el cuidado del trasplante pueden variar en cientos de miles de dólares. Para obtener información sobre la facturación del saldo, consulte la página 48. También puede llamar a Medi-Call para obtener mayor información.

Cuidado quiropráctico

Tiene cobertura para servicios específicos en el consultorio de un quiropráctico, incluyendo la detección y corrección por medios manuales o mecánicos de desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo para eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de tal interferencia nerviosa, donde esa injerencia es el resultado de, o se relaciona con, distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral. Las radiografías de diagnóstico tienen cobertura si son médicamente necesarias. Tanto el plan estándar como el plan de ahorros

están limitados a una terapia manual por consulta, que está sujeta al máximo del plan.

Para los miembros del plan estándar, los beneficios quiroprácticos se limitan a 2000 \$ por persona cada año. Con el plan de ahorros, los beneficios quiroprácticos son limitados a 500 \$ por persona anualmente para cada persona que tenga cobertura una vez que se haya cumplido el deducible anual. Los servicios de un terapeuta de masaje no tienen cobertura.

Anticonceptivos

Prescripciones anticonceptivas de rutina, incluyendo píldoras e inyectables anticonceptivas, surtidas en una o a través de la farmacia de pedidos por correo del plan, tienen cobertura sin costo alguno para los suscriptores primarios del plan de salud estatal y los cónyuges que tienen cobertura. Implantes anticonceptivos e inyectables recibidos en el consultorio de un médico que tienen cobertura como un beneficio médico, no de farmacia. Las consultas al consultorio de implantes anticonceptivos se tramitarán con copagos, coaseguros y deducibles aplicables. Los anticonceptivos que tienen cobertura solo para que los niños que tienen cobertura se traten una afección médica y deben estar autorizados previamente por Express Scripts o Medi-Call. El miembro aún paga el costo compartido en estos casos.

Cuidado dental

Generalmente, la atención dental se brinda a través de Dental Plus o Basic Dental, no del plan de salud estatal. Consulte el **capítulo sobre el seguro dental** en la página 88 para obtener mayor información.

Los tratamientos dentales o la cirugía para reparar daños causados por un accidente (hasta un año a partir de la fecha del accidente), causados por un tratamiento oncológico o por un defecto congénito de nacimiento son una excepción a esto, y que tienen cobertura por el plan de salud estatal. La cirugía dental ósea o para dientes e impactados también

tiene cobertura, cuando es compatible con los rayos X.

Suministros para diabéticos

La insulina está permitida bajo el programa de medicamentos recetados o bajo el plan médico, pero no bajo ambos. Suministros para diabéticos, incluyendo las jeringas, las lancetas y las tiras reactivas tienen cobertura en las farmacias participantes con un copago genérico de 9 \$, por artículo, por cada suministro de hasta 30 días. Consulte la página 83 para obtener mayor información sobre la cobertura de suministros para diabéticos y el formulario preferido nacional Express Scripts. Los medicamentos genéricos para tratar la diabetes y los suministros de pruebas de diabetes que tienen cobertura de forma gratuita para los miembros del plan estándar y del plan de ahorros 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 obtener mayor información, consulte la página 56. Las reclamaciones de equipos médicos duraderos para diabéticos deben presentarse a través de su cobertura médica.

Tenga en cuenta que los servicios de educación sobre diabetes ofrecidos por parte de los proveedores de la red que tienen cobertura para los miembros primarios del plan estatal de salud sin costo alguno.

Consultas médicas

Los tratamientos o consultas para una lesión o enfermedad tienen cobertura cuando son médicamente necesarios dentro de los términos del plan y no están asociados con un servicio excluido por el plan. Algunas consultas ambulatorias para la atención de la salud conductual, como la salud mental y el uso de sustancias, todavía requieren autorización previa. Para obtener detalles sobre los beneficios de salud conductual, consulte la página 63.

Equipos médicos duraderos

Generalmente, los equipos médicos duraderos deben estar autorizados previamente por Medi-Call. Algunos ejemplos incluyen:

- Cualquier compra o alquiler de equipo médico duradero;

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

Las redes de proveedores de equipos médicos duraderos están disponibles para los miembros del plan de salud estatal. Ofrecen descuentos al mismo tiempo que brindan productos y cuidados de alta calidad.

Atención sanitaria domiciliaria

La atención médica domiciliaria incluye atención de enfermería a tiempo parcial, servicios de parte de auxiliares de salud o terapia física, ocupacional o del habla proporcionados por una agencia de atención sanitaria domiciliaria aprobada y prestada en el hogar del paciente. No puede recibir atención médica domiciliaria y beneficios hospitalarios o de un centro de enfermería especializada al mismo tiempo. Estos servicios no incluyen cuidado de custodia o el cuidado dado por una persona que normalmente vive en el hogar o es un miembro de la familia del paciente o la familia del cónyuge del paciente. Los beneficios son limitados a 100 consultas por año. Estos servicios deben estar autorizados previamente por Medi-Call y el miembro debe estar vinculado a su domicilio.

Cuidado de hospicio

El plan pagará hasta 80 consultas por persona para atención de hospicio para un paciente certificado por su médico cuando se tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos. El beneficio también incluye asesoramiento por duelo, y los servicios deben autorizarlo previamente por MediCall.

Infertilidad

Para tener derecho a recibir prestaciones para tratar la infertilidad, el suscriptor o su cónyuge que tiene cobertura debe tener un diagnóstico de infertilidad. La cobertura está limitada a un pago máximo vitalicio de 15 000 \$. Por favor,

tenga en cuenta que el límite se aplica a cualquier médico que tienen cobertura de los beneficios de medicamentos recetados incurridos por el suscriptor o su cónyuge que tiene cobertura, ya sea como cónyuge o 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 por el diagnóstico y tratamiento de infertilidad para ninguno de los miembros.

Incluidos en el máximo de 15 000 \$ están 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 Cigoto o Gameto (ZIFT o GIFT por sus siglas en inglés) o Fertilización In Vitro (FIV por sus siglas en inglés) en la vida. Un ciclo refleja los cambios cíclicos de la fertilidad, comenzando el ciclo con cada nueva inseminación o Transferencia de Tecnología de Reproducción Asistida (ART por sus siglas en inglés) o intento de implantación. Los procedimientos ART que no se mencionan específicamente no están abarcados, pero no limitado a: Transferencia de Embriones Tubáricos (TET por sus siglas en inglés) y Transferencia de Embriones Tubáricos en Etapa Pronuclear (PROUST por sus siglas en inglés) de donación de ovocitos.

Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad están sujetos a un pago de coaseguro de 30 por ciento tanto a través del plan de ahorros como del plan estándar. Este gasto no se aplica al máximo de copago de medicamentos recetados de 3000 \$ por persona para el plan estándar. Se aplica al deducible del plan de ahorros. El pago de 70 por ciento del plan por medicamentos recetados para tratamientos de infertilidad se aplica al pago máximo en la vida de 15 000 \$ para tratamientos de infertilidad. Llame al servicio de atención al cliente de Express Scripts al 855. 612. 3128 para obtener mayor información sobre los medicamentos recetados.

Las prestaciones se pagan al 70 por ciento de la cantidad permitida. Su parte de los gastos no cuenta para su coaseguro máximo.

Todos los procedimientos relacionados con la infertilidad deben contar con la autorización previa de Medi-Call. Para obtener mayor información, llame a Medi-Call al 803. 699. 3337 o 800. 925. 9724.

Tenga en cuenta que cuando quede embarazada, se le anima a inscribirse en el programa de gestión de maternidad de los beneficios por venir. Consulte la página 59 para obtener mayor información.

Servicios de hospitalización

La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, incluyendo una habitación semiprivada y comida, tienen cobertura. Además de las consultas normales de su médico mientras está en el hospital, usted que tiene cobertura para una consulta por médico consultor por cada estadía hospitalaria de los pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria debe ser aprobada por Medi-Call (página 49) o por las alternativas de beneficios complementarios. Para obtener mayor información, véase la página 51.

Servicios ambulatorios

Los servicios de un centro para pacientes 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 la sala de emergencias;
- Radioterapia;
- Servicios de patología;
- Cirugía ambulatoria;
- Servicios de la sala de infusión; y
- Pruebas de diagnóstico.

Si tienen cobertura por el plan estándar, se le cobrará una tarifa de 105 \$ por los servicios para pacientes ambulatorios

por copago. Se le cobrará un copago de 175 \$ por los servicios de la sala de emergencias. Estos copagos no se aplican a su deducible anual ni a su coaseguro máximo. El copago de los servicios de la sala de emergencias no se aplica si usted está hospitalizado.

El copago de servicios del centro para pacientes

Guía de beneficios del seguro

ambulatorios no se aplica a diálisis, mamografías de rutina, pruebas de Papanicolaou de rutina, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, consultas a la clínica, servicios de oncología, terapia electro convulsiva, manejo de medicamentos psiquiátricos y hospitalización parcial y servicios de salud conductual intensiva para pacientes ambulatorios.

Tenga en cuenta que cuando se soliciten pruebas de laboratorio, es posible que desee hablar con su proveedor para que el servicio se realice en un laboratorio independiente dentro de la red. El uso de un laboratorio independiente puede ser más efectivo, ya que evitará pagar el copago de 105 \$ por servicios ambulatorios o el copago de 14 \$ por una consulta médica.

Además, por favor, recuerde que una alternativa más asequible puede estar disponible para usted dependiendo de sus circunstancias. Considere si una consulta por video, una consulta al centro de atención de urgencias o una consulta médica serían igual de efectivas y podría evitar los copagos de la instalación por completo.

Hogares médicos centrados en el paciente

Un hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH por sus siglas en inglés) es una práctica médica de atención primaria en la cual el paciente tiene un equipo de atención médica que generalmente está dirigido por un médico. El equipo puede incluir enfermeras, un nutricionista, educadores de salud, farmacéuticos y especialistas en salud conductual, y los profesionales hacen referencias 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 PCMH se centran en coordinar la atención y prevenir enfermedades, en lugar de esperar hasta que tenga una enfermedad y luego tratarla. El equipo ayuda al paciente a mejorar su salud trabajando con él para establecer las metas y hacer un plan para alcanzarlas. Este enfoque puede

ser particularmente beneficioso para los miembros que tengan 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 consulta médica. Después de que los miembros del plan estándar y del plan de ahorros alcancen su deducible, pagarán 10 por ciento de coaseguro, en lugar del 20 por ciento, por la atención de BlueCross afiliado de PCMH.

Los PCMH están disponibles en muchos condados de Carolina del Sur. Puede encontrar una lista y obtener mayor información sobre PCMHs en [Statesc.SouthCarolinablues.com](http://StateSC.SouthCarolinaBlues.com). <http://StateSC.SouthCarolinaBlues.com>

Embarazo y atención pediátrica

Los beneficios de maternidad se les brindan a los suscriptores y sus cónyuges que tienen cobertura. Los hijos que tienen cobertura no tienen beneficios de maternidad. Los beneficios de maternidad incluyen la atención prenatal y posparto necesaria, incluyendo el parto, el aborto espontáneo y las complicaciones relacionadas con el embarazo. Cuando queda embarazada, se le recomienda que se inscriba en el programa de gestión de la maternidad de los beneficios por venir. Consulte la página 59 para obtener mayor información.

Extractores de leche

Se cubren algunos modelos específicos de extractores de leche y disponibles gratuitamente para las suscriptoras y cubre a las esposas de los suscriptores. Para utilizar esta cobertura, deberá obtener el extractor a través de un proveedor contratado por BlueCross. Mientras no se requiera de una receta médica, pero es preferible y ayudará a que la orden se procese más rápidamente. Para

obtener mayor información, vaya a Statesc.SouthCarolinablues.com, luego médico, después PEBA Perks, luego extractor de leche.

Duración de la estancia hospitalaria

Por ley federal, los planes de salud grupales generalmente no

68

pueden restringir los beneficios por la duración de cualquier hospitalización.

En relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan puede pagar una estadía más corta si el médico tratante, después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.

También por la ley federal, los planes de salud grupales no pueden establecer el nivel de beneficios o los costos que salen de su bolsillo para que cualquier período posterior a la estancia de 48 horas (o 96 horas), que se maneja de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier periodo anterior de la estancia. Además, el plan no puede requerir que un médico u otro proveedor de atención médica obtengan autorización para prescribir una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas). Es posible que se requiera que el miembro obtenga una certificación previa para usar ciertos proveedores o instalaciones o para reducir los costos de desembolso personal.

Servicios de parteras

El plan de salud estatal solo reconoce a las enfermeras parteras certificadas como proveedoras de los servicios que tienen cobertura para parteras. Una enfermera matrona certificada es una enfermera registrada y con práctica avanzada que tenga licencia de parte de la junta estatal de enfermería, o de un estado hermano que tenga normas de licencia sustancialmente equivalentes, como comadrona. Los servicios de una enfermera registrada de práctica activa que tienen cobertura incluso si estos servicios no se realizan bajo la dirección inmediata de un médico. Los servicios de las parteras legas y parteras autorizadas por el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur no se reembolsan.

Medicamentos con recípe médico

Consulte el capítulo de los **beneficios de prescripción** en la página 79 para obtener mayor información

Cirugía reconstructiva después de una mastectomía

Guía de beneficios del seguro

médicamente necesaria

El plan cubrirá, según lo exige la ley de derechos de salud y cáncer de la mujer de 1998, los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen:

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

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

Atención de rehabilitación

El plan proporciona beneficios para la rehabilitación diseñada para restaurar una función corporal que se ha perdido debido a un trauma o una enfermedad. La atención de rehabilitación está sujeta a todos los términos y condiciones del plan.

- Se requiere autorización previa para cualquier atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, independientemente del motivo de la admisión.
- La terapia de rehabilitación debe realizarse en el entorno más eficaz en función del más económico que sea apropiado a la condición.
- El proveedor debe presentarle un plan de tratamiento a Medi-Call.
- Debe haber una expectativa razonable de que se pueda restaurar una función suficiente para que el paciente viva en casa.
- La mejora significativa debe seguir existiendo.
- La admisión de pacientes hospitalizados debe hacerse en un centro de rehabilitación acreditado por las Organizaciones de la Comisión Mixta de Acreditación de la Salud

o por la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación.

Las prestaciones de rehabilitación no se pagan para:

- Rehabilitación vocacional destinada a enseñarle a una paciente cómo ser un empleado que perciba remuneración;
- Rehabilitación pulmonar (excepto en combinación con un trasplante de pulmón que tenga cobertura y sea aprobado o como componente acondicionador peri operatorio para la cirugía de reducción del volumen pulmonar);
- Volver a tener asesoramiento cognitivo (mental);
- Programas de reingreso en la comunidad; o
- Rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda.

Rehabilitación aguda

La rehabilitación en la fase aguda a menudo se realiza en un entorno ambulatorio. En casos complejos, la rehabilitación se puede realizar en un centro de atención aguda y luego en un centro de rehabilitación sub aguda o en un centro ambulatorio. Comienza la rehabilitación aguda poco después del comienzo de la enfermedad o lesión y puede continuar durante días, semanas o varios meses. La rehabilitación cardíaca y pulmonar requiere de autorización previa.

Rehabilitación a largo plazo

La rehabilitación a largo plazo se refiere al punto en el cual 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 tiene cobertura.

Segunda opinión

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 la hospitalización).

Centro de enfermería calificado

El plan pagará beneficios limitados por los servicios necesarios para pacientes hospitalizados en un centro de

enfermería especializada durante un máximo de 60 días. Las consultas médicas se limitan a una por día. Estos servicios requieren la aprobación de Medi-Call.

Terapia del habla

El plan abarca la terapia del habla a corto plazo para restaurar la función del habla o deglución que se ha perdido como resultado de una enfermedad, trauma, lesión o un 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 que tiene licencia. Terapia del habla, si se ofrece como un servicio de hospitalización o en el domicilio del miembro, requiere autorización previa de Medi-Call. La terapia del habla para pacientes ambulatorios no requiere autorización previa. Para obtener mayor información, comuníquese con el servicio de atención al cliente de BlueCross al 803. 736.1576 o 800. 868. 2520.

La terapia de mantenimiento comienza cuando se han alcanzado los objetivos terapéuticos de un plan de tratamiento o cuando no se documenta ni se espera que ocurra ningún progreso funcional adicional. La terapia de mantenimiento no tiene cobertura.

El plan de salud estatal cubre los servicios de habilitación de terapia del habla para dependientes de 6 años o menos que tienen cobertura. La terapia del habla no tiene cobertura cuando se asocia con cualquiera de los siguientes:

- Apraxia verbal o tartamudeo a partir de los 7 años;
- Retraso del idioma a partir de los 7 años;
- Retraso en las comunicaciones a partir de 7 años;
- Retraso en el desarrollo a partir de los 7 años;
- Trastornos de atención;
- Trastornos conductuales;
- Volver a tener asesoramiento cognitivo (mental);
- Programas de reingreso en la comunidad; o

- Rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda del tratamiento de la lesión o enfermedad.

Tenga en cuenta que BlueCross aún puede revisar los servicios de terapia del habla después de que se haya pagado una reclamación para determinar si los servicios son de hecho un beneficio que tiene cobertura bajo el plan.

Cirugía

Los cargos médicos por cirugía hospitalaria médicamente necesaria, cirugía ambulatoria y uso de instalaciones quirúrgicas tienen cobertura si la atención está asociada con un servicio permitido por el plan.

Otros beneficios que tienen cobertura

Estas prestaciones tienen cobertura si se determina que es médicamente necesario y está asociado con un servicio permitido por el plan:

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

La atención prolongada tiene cobertura como alternativa a la atención hospitalaria solo si está aprobada por Medi-Call.

Exclusiones: servicios que no tienen cobertura

Hay algunos gastos médicos que no cubre el plan de salud estatal. El *plan de beneficios*, disponibles en peba.sc.gov/publications, contiene una lista completa de las exclusiones.

- Servicios o suministros que no son médicamente necesario bajo los términos del plan.
- Procedimientos de rutina no relacionados con el tratamiento de lesiones o enfermedades, excepto aquellos específicamente enumerados en la sección de los beneficios preventivos.
- Exámenes físicos de rutina, chequeos (excepto las consultas de rutina de adultos, cuidado de rutina y beneficios preventivos para niños según las directrices), servicios, cirugía (incluyendo la cirugía estética) o suministros que no sean médicamente necesarios.

- Los exámenes de rutina para la próstata, los exámenes de detección o los servicios relacionados no tienen cobertura bajo el plan. Se cubrirá un examen de detección de la próstata, pruebas de detección y análisis de laboratorio cuando sean médicamente necesarios, 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 de salud estatal.
- Pruebas de antígeno prostático específico de rutina.
- Anteojos ²⁵.
- Lentes de contacto ²⁵, a menos que sea médicamente necesario después de la cirugía de catarata y para el tratamiento de queratoma, una enfermedad corneal que afecta la visión.
- Exámenes oculares de rutina ²⁵.
- Cirugía refractiva ²⁵, como queratotomía radial, Corrección de la Visión de Queratomileusis In Situ Asistida por Láser (LASIK por sus siglas en inglés) y otros procedimientos para alterar las propiedades refractivas de la córnea.
- Audífonos y exámenes para su adaptación.
- Servicios dentales ²⁶, excepto para la extracción de dientes impactados, el tratamiento durante un año desde una afección resultante de un accidente, el tratamiento necesario por la pérdida de dientes debido al tratamiento del cáncer y el tratamiento necesario como resultado de un defecto congénita de nacimiento.
- férulas TMJ, tirantes, guardas, etc. La cirugía médicamente necesaria para la ATM tiene cobertura si está autorizado previamente por Medi-Call. TMJ, síndrome de la articulación temporomandibular, es común

²⁵ Aunque los beneficios oftalmológicos generalmente no tienen cobertura bajo el plan de salud estatal, la cobertura y los descuentos están disponibles a través del plan oftalmológico estatal. Consulte el capítulo de cuidado oftalmológico en la página 98.

²⁶ Los beneficios dentales están disponibles a través de Dental Plus y Basic Dental. Consulte el capítulo del seguro dental en la página 88.

caracterizado por dolor de cabeza, dolor facial y sensibilidad de la mandíbula causada por irregularidades en la forma en que las articulaciones, los ligamentos y los músculos de las mandíbulas funcionan juntas.

- Cuidado de la custodia, incluyendo las cuidadoras y acompañantes o los cuidadores o cuidadores de casa.
- Admisiones o partes de las mismas para los cuidados de custodia o cuidados a largo plazo, que incluyen:
 - Cuidado de alivio;
 - Atención psiquiátrica aguda o crónica a largo plazo;
 - Cuidado para ayudar a un miembro en la realización de actividades de la vida diaria (es decir, cuidado de custodia, que incluye, entre otros: caminar, moverse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, continencia, comer alimentos, preparar y tomar medicamentos); y
 - Atención psiquiátrica o de uso de sustancias a largo plazo, que incluyen: escuelas terapéuticas, campamentos de entrenamiento, internados terapéuticos, residencias de transición y hogares de grupos terapéuticos.
- Cualquier artículo que se pueda comprar sin receta, incluyendo, entre otros, medicamentos y dispositivos anticonceptivos.
- Cirugía para revertir una vasectomía o ligadura de trompas si es electiva y no es médicamente necesaria para tratar una afección preexistente.
- Diagnóstico o tratamiento de la infertilidad para un suscriptor o su cónyuge si alguno de los miembros ha tenido una ligadura de trompas o vasectomía.
- Tecnologías de reproducción asistida (tratamiento de fertilidad), excepto como se describe en la página 66.
- Tratamientos de pérdida de peso y toda cirugía de pérdida de peso, incluyendo, pero no limitado a: el bypass gástrico, banda gástrica o grapado; bypass intestinal y cualquier procedimiento relacionado; la

reversión de dichos procedimientos, y las condiciones y complicaciones como resultado de tales procedimientos o tratamiento.

- Equipo que tiene un uso no terapéutico, como humidificadores, acondicionadores de aire, bañeras de hidromasaje, pelucas, reemplazo de cabello artificial, aspiradoras, modificaciones en el hogar y el vehículo, suministros para ejercicios, dispositivos de aumento del habla o comunicación, incluyendo el equipo está relacionado con una afección médica o es recetado por un médico.
- Pruebas de calidad del aire o de moho.
- Suministros utilizados para la participación en deportes (que no son necesarios para las actividades de la vida diaria), que incluyen, entre otros, férulas o aparatos ortopédicos.
- Cargos médicos por medicamentos, dispositivos, suministros, sangre y derivados de la sangre, a menos que tengan cobertura como beneficios médicos previstos por el plan.
- Atención médica prestada por un médico el mismo día o durante la misma estancia hospitalaria en la que se somete a cirugía, a menos que se necesite un especialista médico para una afección que el cirujano no pudo tratar.
- Cargos médicos por patología clínica, definido como servicios para leer cualesquier informes o ensayos mecánicos generados por una máquina de laboratorio. La interpretación de estas pruebas está incluida en la asignación para el servicio de laboratorio.
- Tarifas por expedientes médicos y presentación de reclamaciones.
- Suplementos alimenticios, incluyendo, pero no limitado a, fórmula infantil, nutrición enteral, Boost, Ensure o suplementos relacionados.
- Servicios prestados por miembros de la familia inmediata del asegurado.
- Acupuntura.

- Programas de manejo del dolor crónico.
- Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (a través de la piel) (TENS por sus siglas en inglés), cuyo objetivo principal es el tratamiento del dolor.
- Bio retroalimentación.
- Complicaciones derivadas de la recepción de servicios que no tienen cobertura.
- Pruebas psicológicas para determinar la ubicación laboral, ocupacional o escolar, o con fines educativos; o para determinar la discapacidad de aprendizaje.
- Cualquier servicio o suministro por el cual una persona tiene cobertura tiene derecho a recibir pagos o beneficios de conformidad con la ley federal o estatal (excepto Medicaid), como beneficios pagaderos según las leyes de compensación para trabajadores.
- Cargos por tratamiento de enfermedades o lesiones o complicaciones causadas por actos de guerra o por el servicio militar.
- Bienes, procedimientos, cirugía cosmética o complicaciones resultantes de tales procedimientos o servicios.
- Productos o servicios para disuadir o dejar de fumar, excepto aquellos que tienen cobertura bajo el programa de medicamentos recetados o según lo autorizado por el programa para dejar de fumar para los participantes elegibles en su programa para dejar de fumar.
- Escleroterapia (tratamiento de venas varicosas), incluyendo inyecciones de soluciones esclerosantes para venas varicosas de la pierna, a menos que una ligadura aprobada previamente (atando de un vaso sanguíneo) o el procedimiento de extracción se ha realizado en un plazo de tres años y la documentación presentada a Medi-Cal con una solicitud de autorización previa establece que algunas varicosidades (venas

retorcidas) permanecieron después del procedimiento.

- Servicios prestados por servicio o terapia animal o por sus manejadores.
- Abortos, excepto un aborto legal realizado de acuerdo con las pautas federales de Medicaid.
- Tratamiento de infertilidad de un niño que tiene cobertura, está embarazada o tiene complicaciones del embarazo o el parto.
- Almacenamiento de sangre o plasma sanguíneo.
- Cirugía experimental o de investigación o procedimientos médicos, suministros, dispositivos o medicamentos. Cualquier procedimiento quirúrgico o médico determinado por el personal médico del procesador de reclamaciones de un tercero, con la consulta apropiada, para que sea experimental o de investigación o práctica médica no aceptada. Procedimientos experimentales o de investigación son aquellos procedimientos, suministros, dispositivos o medicamentos médicos o quirúrgicos que, en el momento en que se proporcionen o traten de suministrar:
 - No se reconocen como conformes a la práctica médica aceptada por la especialidad médica o campo de la medicina, o
 - Los procedimientos, medicamentos o dispositivos tienen no han recibido la aprobación final de los organismos gubernamentales competentes para comercializarlos, o
 - Son aquellos sobre los que la literatura médica revisada por pares no permite conclusiones relativas a su efecto en los resultados sanitarios; o
 - No se demuestre que sean tan beneficiosas como las alternativas establecidas; o
 - No se han demostrado, a un nivel estadísticamente significativo, para mejorar los resultados netos de salud; o
 - Son aquellas en las que no se ha demostrado que la mejora alegada sea obtenible fuera del ámbito de la investigación o situación experimental.

Límites adicionales del plan estándar

- Los beneficios quiroprácticos en el plan estándar están limitados a 2000 \$ por persona y año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual son limitadas a una por consulta por persona.

Límites y exclusiones adicionales en el plan de ahorros

- Los beneficios quiroprácticos del plan de ahorros están limitados a 500 \$ por persona que tiene cobertura por año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual son limitadas a una por consulta por persona.
- Los antihistamínicos no sedantes y los medicamentos para tratar la disfunción eréctil no tienen cobertura bajo el plan de ahorros.

Cómo presentar una reclamación del plan de salud estatal

Servicios en Carolina del Sur

Si recibió servicios de un proveedor que participa en una red del plan de salud estatal, no tiene que presentar una reclamación; su proveedor lo presentará para usted. Usted es responsable de los gastos habituales que salen de su bolsillo, como deducibles, copagos, coaseguro y servicios que no tienen cobertura.

Si no usó un proveedor de la red, o si tiene una reclamación de un servicio fuera de la red, es posible que deba presentar la reclamación usted mismo. Puede obtener formularios de reclamación en peba.sc.gov/forms, en su oficina de beneficios y en BlueCross. <http://peba.sc.gov/forms>. Necesitará un formulario de solicitud por separado para cada persona que recibe atención médica.

Para presentar una reclamación:

- Llene el formulario de reclamación.
- Adjunte sus facturas detalladas, que deben mostrar el monto cobrado; el nombre del paciente; la o las fechas y el o los lugares de servicio; el diagnóstico, si corresponde; códigos de procedimiento; y el nombre del proveedor, identificación fiscal federal

Número o identificador de proveedor nacional, si lo tiene disponible.

Presente sus reclamaciones durante los 90 días posteriores a la fecha en que reciba los servicios o tan pronto como sea razonablemente posible.

Para que se paguen las reclamaciones, BlueCross debe recibir su formulario antes del final del año calendario posterior al año en que se incurrió en los gastos.

Reclamaciones por correo electrónico a:

Unidad de negocio estatal

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur P. O.
Box 100605

Columbia, SC 29260-0605

Para obtener mayor información, llame a BlueCross al 800. 868. 2520 o 803. 736. 1576.

Servicios fuera de Carolina del Sur

Generalmente, si obtiene servicios fuera de Carolina del Sur o de EE. UU. de un médico u hospital de la red de BlueCard, no debería tener que pagar por adelantado por la atención, excepto por los gastos habituales de su bolsillo, como deducibles, copagos, coaseguro y servicios que no tienen cobertura. El proveedor debe presentar la reclamación en su nombre.

Los proveedores de la red presentarán reclamaciones a la filial de BlueCross en el estado en el cual se proporcionó el servicio. Fuera de la EE. UU. debe llenar un formulario de reclamación de BlueCross BlueShield Global Core y enviarlo al Centro de Servicios Principales BlueCross BlueShield Global Core. Este formulario de reclamación está disponible en peba.sc.gov/forms y StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Si los servicios se reciben de parte de un proveedor de la red, se le puede pedir que pague por adelantado el costo total de los servicios recibidos y también se le puede solicitar que usted mismo presente la reclamación a BlueCross.

Para obtener mayor información, llame a BlueCross BlueShield Global Core al 800. 810. 2583 o 804. 673. 1177.

Apelaciones

Reclamaciones y apelaciones de autorización previa a terceros encargados de tramitar las reclamaciones

Los suscriptores tienen derecho a apelar las decisiones tomadas por los procesadores de reclamaciones de terceros contratados por PEBA para administrar los beneficios. Los siguientes cubren las apelaciones iniciales a BlueCross para las reclamaciones del seguro médico, así como Medi-Call para los servicios médicos de autorización previa y las autorizaciones previas de las Alternativas de Beneficios Complementarios (CBA por sus siglas en inglés) para los beneficios de la salud conductual. Las apelaciones de autorización previa de radiología para los asociados nacionales de imageneología son manejados de manera diferente a los demás procedimientos de apelación y también se manejan en esta sección.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, usted puede apelar una reclamación inicial o una denegación previa de autorización durante los seis meses siguientes a la decisión. Si desea que otra persona apele en su nombre, puede realizar esta solicitud a BlueCross, Medi-Call o CBA por escrito. 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.

Alternativas de beneficios complementarios

- www.CompanionBenefitAlternatives.com.
- 803. 736. 1576 o 800. 868. 2520.

Los derechos de apelación y las instrucciones para una apelación se incluyen en la carta de denegación que recibe. Por favor, incluya la siguiente información en su apelación:

- El número de identificación del estado del suscriptor, ZCS seguido de su número de identificación de beneficios de ocho dígitos (BIN);
- El nombre y la fecha de nacimiento del suscriptor;
- Una copia de la decisión apelada;
- El número de reclamación de los servicios que se recurren, si procede (disponible en su explicación de los beneficios);
- Una copia de los registros médicos que apoyan la apelación; y
- Cualquier otra información o documento que apoye la apelación.

Asociados Nacionales de Imagenología

- www.radmd.com.
- 866. 500. 7664.

Si los asociados nacionales de imagenología se niegan a realizar un procedimiento aduciendo que no es médicamente necesario, usted tiene tres días para presentar una apelación ante los asociados nacionales de imagenología si los servicios no se han recibido. Si han pasado tres días o más, puede solicitarle a BlueCross que revise la decisión.

Apelaciones a PEBA: autorizaciones previas y servicios que se han prestado

Si todavía no está satisfecho después de que la decisión ha sido reexaminada, puede solicitar una apelación de segundo nivel enviando un [formulario de solicitud](#) a PEBA durante los 90 días siguientes a su notificación de la denegación. Por favor, incluya una copia de las dos denegaciones anteriores junto con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov o

S. C. PEBA

A la atención de la: División de
Apelaciones de Seguros 202 Arbor Lake
Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento para salvar vidas, puede enviar un correo electrónico a su [formulario de solicitud a urgentappeals@peba.sc.gov](mailto:urgentappeals@peba.sc.gov).

Un proveedor de atención médica, empleador o beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apeló la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado autorizado admitido para ejercer en

Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. El proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible por procesar su apelación durante los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su archivo de reclamación de BlueCross, Medi-Call o CBA, como se describe en el plan. Sin embargo, este tiempo puede ser extendido si se solicita material adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA realice la revisión de su apelación, recibirá una determinación por escrito por correo.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Plan suplementario GEA TRICARE

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

El plan suplementario de TRICARE es una cobertura secundaria de TRICARE. Paga la parte del suscriptor de los gastos médicos que tienen cobertura bajo las opciones de Prime, Extra y Standard de TRICARE (en la red). Los participantes elegibles tienen casi el 100 por ciento de cobertura. Suscrito al seguro 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 por un empleador. El patrocinador del plan es el gobierno

Asociación de empleados.

El plan suplementario de TRICARE está diseñado para empleados activos y empleados jubilados elegibles para TRICARE hasta que sean elegibles para Medicare. Es una alternativa al plan de salud estatal.

Elegibilidad

PEBA no confirma la elegibilidad para el plan suplementario de TRICARE. Las personas elegibles deben estar registradas en el Sistema de Informes de Elegibilidad de Inscripción de la Defensa (DEERS por sus siglas en inglés) y no deben ser elegibles para Medicare. Debe retirar la cobertura de su plan de salud estatal para inscribirse en el plan complementario de TRICARE.

Debe confirmar su elegibilidad para TRICARE con DEERS antes de inscribirse en el plan suplementario de TRICARE. Si la tarjeta de identificación militar del dependiente ha caducado o si la información, como el corre ha cambiado, llame a DEERS al 800. 538. 9552. El plan suplementario de TRICARE está disponible para empleados elegibles, que incluye:

- Jubilados militares que reciben los jubilados, retenedores o remuneración equivalente;
- Cónyuge supérstite de un jubilado militar;
- Reservistas jubilados entre las edades de 60 y 65 y cónyuges / cónyuges supérstites de los reservistas jubilados;
- Reservistas jubilados menores de 60 años e inscritos en la reserva de jubilados de TRICARE (jubilados del área gris) y cónyuges supérstites de reservistas jubilados inscritos en TRICARE reserva de jubilación; y
- miembros calificados de la guardia nacional y de la reserva (TRICARE Reserve Select).

Existen excepciones limitadas a la regla de elegibilidad de 65 años. Comuníquese con Selman & Company para obtener mayor información.

Como suscriptor, puede cubrir sus requisitos

hijos dependientes; sin embargo, la elegibilidad de los dependientes para el plan suplementario de TRICARE se basa en las reglas de elegibilidad de TRICARE y es diferente de las reglas de elegibilidad de los dependientes de PEBA.

Hijos dependientes elegibles

- Hijos dependientes solteros hasta los 21 años o, si el niño es un estudiante a tiempo completo, hasta los 23 años. La documentación de que el hijo, de 21 a 22 años, es un estudiante de tiempo completo debe proporcionarse a TRICARE.
- Las personas dependientes discapacitadas tienen cobertura después de los 21, 23 o 26 años, si el hijo depende del miembro para recibir manutención primaria y mantenimiento, y sigue siendo elegible para el TRICARE. Se requiere prueba de discapacidad y dependencia continuas. Se debe proporcionarle la documentación a TRICARE.
- Niños adultos dependientes menores de 26 años y que están inscritos en TRICARE para adultos jóvenes. El hijo debe enviar una copia de su tarjeta de identificación de adulto joven de TRICARE a Selman & Company.

Cómo inscribirse

Si es elegible para TRICARE y elegible para la cobertura del programa de seguro médico del estado de Carolina del Sur, puede inscribirse usted y a sus dependientes elegibles durante los 31 días posteriores a la fecha en que fue contratado o que se haga elegible para TRICARE. También puede inscribirse durante la inscripción abierta anual.

Si se inscribe durante la inscripción abierta, la cobertura entra en vigencia el 1 de enero.

Para inscribirse

1. La afiliación a la Asociación de Empleados del Gobierno es necesaria para inscribirse en el plan suplementario de TRICARE. La información sobre la Asociación de Empleados del Gobierno se proporciona en el plan suplementario de TRICARE. Planifique el paquete de bienvenida. Las cuotas están incluidas

en la prima mensual del plan. Para obtener mayor información, comuníquese con la Asociación de Empleados del Gobierno al 800. 446. 7600 o www.geausa.org.

2. Llene un *aviso de elección* y vaya a

“Plan complementario de TRICARE” en la sección del plan de salud. Devuelva el aviso de elección a su administrador de beneficios, junto con una copia de su identificación militar o tarjeta de identificación de TRICARE.

Además, si usted es un empleado activo, su administrador de beneficios puede inscribirle en línea. Como suscriptor, puede inscribirse a través de MyBenefits.sc.gov durante la inscripción abierta. Consulte la página 20 para obtener mayor información. Si usted es un empleado jubilado de una agencia estatal, institución pública de educación superior o escuela pública envíele un *aviso de elección del jubilado* a PEBA. Si usted es un participante de jubilación de un empleador opcional, presente un *aviso de elección del jubilado* a la oficina de beneficios de su antiguo empleador. Consulte la página 162 para obtener mayor información. La cobertura no es automática.

3. Si usted es un suscriptor elegible, llene el formulario de TRICARE Otro Seguro Médico si ya estaba inscrito en el plan de salud estatal. El formulario de seguro médico de TRICARE para cada región se encuentra en el sitio web del TRICARE, www.tricare.mil. Envíe por fax los formularios llenos a TRICARE al número que se encuentra en el formulario. Recuerde, el plan suplementario de TRICARE no se considera otro seguro médico.

Al inscribirse, recibirá un paquete con su certificado de seguro, tarjeta de identificación, formularios de reclamación e instrucciones sobre cómo presentar las reclamaciones.

Además de inscribirse en el plan complementario de TRICARE, durante la inscripción abierta, si es un suscriptor elegible, puede cancelar la cobertura del plan complementario de TRICARE para usted o sus dependientes, o agregar dependientes. Consulte la página 20 para obtener mayor

información.

Características del plan

El plan suplementario de TRICARE le proporciona cobertura adicional, cuando se combina con la otra cobertura de TRICARE, generalmente paga el 100 por ciento de los gastos que hace de su bolsillo. Algunas de las características del plan incluyen:

- Sin deducibles, coaseguro ni gastos de su bolsillo por servicios que tienen cobertura;
- Elección de cualquier proveedor autorizado de TriCare, incluyendo a los proveedores de la red, fuera de la red y participantes (consulte el *manual para miembros del plan complementario de TRICARE*);
- Reembolso de copagos de los medicamentos recetados, y
- Portabilidad que le permite continuar la cobertura pagándole las primas directamente a Selman & Company si deja su trabajo.

Presentación de reclamaciones

La mayoría de los proveedores presentan reclamaciones del plan suplementario de TRICARE. Si el proveedor no lo hace, puede enviar las reclamaciones a Selman & Company. Información y formularios para la presentación médica, hospitalaria y farmacéutica se incluye en el paquete de bienvenida y en www.selmantricareresource.com/sc.

Elegibilidad de Medicare y el plan complementario de TRICARE

Si, como empleado activo, supérstite o jubilado, es elegible para la Parte A de Medicare, debe comprar la Parte B de Medicare para seguir siendo elegible para TRICARE. Su beneficio de salud de TRICARE cambia a TRICARE vitalicio y finaliza la cobertura de su plan suplementario de TRICARE. Puede continuar con la cobertura del plan suplementario para sus dependientes elegibles haciendo pagos de las primas directamente a Selman & Company. Póngase en contacto con Selman & Company al 800. 638. 2610, Opción 1 para obtener mayores detalles.

Si un dependiente se hace elegible para Medicare antes que el empleado activo, supérstite o jubilado, el dependiente ya no es elegible para el plan suplementario de TRICARE.

Pérdida de elegibilidad para TRICARE

El plan suplementario de TRICARE paga después de que TRICARE paga. 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 de TRICARE no son elegibles para la cobertura continua

del plan complementario de TRICARE a través de COBRA o de la portabilidad. La pérdida de elegibilidad de TRICARE es una situación especial de elegibilidad que les permite a un empleado o jubilado elegible y sus familiares dependientes, si los dependientes son elegibles para la cobertura de seguro PEBA, para inscribirse bajo la cobertura de salud, dental y oftalmológica. El seguro básico de vida y el seguro básico de discapacidad a largo plazo se proporcionan sin costo alguno a los empleados activos que se inscriban en el plan estatal de salud.

Pérdida de la elegibilidad de TRICARE del cónyuge

El cónyuge puede perder la elegibilidad para TRICARE debido al divorcio. Cuando esto ocurre, también pierden la elegibilidad para continuar la cobertura bajo el plan suplementario de TRICARE.

Pérdida de la elegibilidad de TRICARE de un hijo dependiente que pierde la elegibilidad para TRICARE a los 21 años si no está matriculado en la escuela a tiempo completo. Un dependiente también pierde la elegibilidad a la medianoche cuando cumplen 23 años, independientemente de si son estudiantes de tiempo completo, o en la fecha en que se haya graduado de la universidad, lo que ocurra primero.

Un hijo adulto dependiente inscrito en TRICARE como adulto joven pierde la elegibilidad a la medianoche la noche cuando cumple 26 años o en la fecha no pueden pagar las primas completas a su contratista regional de TRICARE.

Mayor información

Para obtener mayor información sobre el gobierno

Plan suplementario de la Asociación de Empleados TRICARE, póngase en contacto con Selman & Company en www.selmantricareresource.com/sc o 800. 638. 2610, Opción 1.

Para obtener mayor información sobre TRICARE for Life, visite www.tricare4u.com o llame al 866. 773. 0404.

Beneficios de las prescripciones médicas

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 de los seguros PEBA. El plan de salud estatal contrata a un administrador de beneficios de farmacia para administrar los beneficios de los medicamentos recetados por el Plan. Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia del plan.

El uso de medicamentos genéricos ahorra dinero para usted y su plan. También puede ahorrar dinero y recibir los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) cuando se le vuelven a surtir las recetas médicas a través de la Red de Mantenimiento Minorista del plan o el servicio de prescripción por correo. Los beneficios se pagan solo por recetas médicas que se han vuelto a surtir en farmacias de la red o a través de Express Scripts en la farmacia de pedidos por correo en los Estados Unidos. Se ofrece cobertura limitada fuera de los Estados Unidos. Para obtener mayor información sobre cómo presentar una reclamación, consulte la página 86

Uso de sus beneficios de prescripción

Recibirá dos tarjetas de beneficios de medicamentos recetados de Express Scripts. Presente su tarjeta cuando surta una receta, particularmente la primera vez que usa su tarjeta, y cada vez que surta una receta en una farmacia diferente para asegurarse de pagar la cantidad adecuada.

Recursos para miembros

La información útil sobre los beneficios de medicamentos recetados de su plan de salud estatal está a solo un clic de a través de www.Express-Scripts.com y en la aplicación móvil Express Scripts. La aplicación puede

Descargarse gratuitamente desde las tiendas de aplicaciones iTunes, Google Play, Windows Phone y Amazon. Se le recomienda crear una cuenta para sacar el máximo provecho de estos recursos. Asegúrese de tener su tarjeta de medicamentos recetados disponible cuando se registre. El sitio web y la aplicación móvil ofrecen una variedad de información y herramientas:

- Volver a surtir y renovar sus recetas;
- Va el estado de su pedido, reclamaciones e historial de pagos;
- Encuentre farmacias en la red cerca de usted;
- Busque y compare los precios de los medicamentos con Price;
- Compruebe las interacciones y alertas de medicamentos;
- Vea información actualizada sobre la cobertura;
- Póngase en contacto con un farmacéutico las 24 horas del día los 7 días de la semana; y
- Obtenga acceso instantáneo a su tarjeta de identificación digital como miembro.

Programa de medicamentos recetados del plan de salud estatal

Plan estándar

Los miembros del plan estándar pagan un copago cuando surten recetas 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 total fijo cantidad que un miembro debe pagar por un medicamento que tiene cobertura. Si el cargo de la farmacia es menor que el copago, el socio paga la cantidad menor. El plan de seguro paga el costo que supera el copago, hasta la cantidad permitida. Los beneficios de medicamentos recetados son pagaderos sin un deducible anual, y no hay reclamaciones que presentar.

El beneficio de medicamentos recetados tiene un copago anual máximo de 3000 \$ por persona. Esto significa que después de gastar 3000 \$ en copagos de medicamentos recetados, el plan pagará el 100 por ciento de la cantidad permitida para sus medicamentos recetados que tienen cobertura durante el resto del año. Los gastos de medicamentos no cuentan para su deducible anual médico o coaseguro médico máximo.

Plan de ahorro

Los miembros del plan de ahorros no pagan un copago al surtir las recetas médicas en una farmacia de la red. Usted paga la cantidad total permitida por sus medicamentos recetados y un registro de su pago se le 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 le acreditará a su deducible anual. Si ha cumplido con su deducible anual, pagará el 20 por ciento de la cantidad permitida por el medicamento. Esta cantidad se le acreditará a su coaseguro máximo.

Tenga en cuenta que los antihistamínicos no sedantes, así como los medicamentos para la disfunción eréctil, no tienen cobertura bajo el plan de ahorros.

Express Scripts Medicare®

Si está inscrito en el plan de salud estatal como empleado activo y usted o su los dependientes son elegibles para Medicare, PEBA inscribe automáticamente al miembro elegible para Medicare en el programa Medicare Parte D del plan de salud estatal de Express Scripts Medicare®. Para obtener información acerca de Express Scripts Medicare® consulte la *cobertura del seguro para el socio elegible para Medicare*, que está disponible en peba.sc.gov/publicaciones bajo salud.

Red de farmacias

Cómo encontrar las 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 localizar una farmacia. Debido a que el plan de salud estatal no ofrece cobertura de la red para medicamentos recetados en los Estados Unidos, debe considerar utilizar un proveedor de red cuando sea posible.

También puede llamar a Express Scripts al 855. 612. 3128 para obtener una lista de farmacias de la red que esté cerca de usted.

Farmacias minoristas

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

Red Smart90 y red Preferred90

Puede comprar suministros de medicamentos recetados para hasta 90 días a precios con descuento en la farmacia de su red local que participe en la red Smart90 (plan comercial) o en la red Preferred90 (Express Scripts Medicare). Pagará un copago más bajo que si compra este medicamento un mes a la vez. Asegúrese de pedirle a su médico que le escriba su receta para un suministro de 90 días. El descuento se aplica solo a las recetas que se vuelven a surtir para un suministro de 61 a 90 días. Copagos de recetas médicas surtido para un suministro de 1 a 60 días mantendrá los precios normales al por menor. Puede buscar una farmacia de la red Smart90 o de la red Preferred90 iniciando sesión a su cuenta Express Scripts en www.ExpressScripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts.

Pedido por correo a través de la farmacia de Express Scripts

El programa de medicamentos recetados del plan de salud y Express Scripts Medicare® ofrecen la entrega de suministros en el hogar de recetas de 90 días a través de la farmacia de Express Scripts. Cuando utiliza este servicio, recibirá el mismo descuento en los mismos medicamentos prescritos aprobados por la FDA que recibiría en las redes 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 médica para determinar si su receta está disponible. Asegúrese de pedirle a su médico que le escriba su receta para un suministro de 90 días.

Para realizar un pedido, inicie sesión en su cuenta de Express Scripts en www.express-scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts. La compra de su pedido por correo se le entregará en su casa normalmente en un plazo de 10 a 14 días hábiles.

Plan estándar y plan suplementario de Medicare Los copagos para suministros de hasta 90 días son:

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

Plan de ahorro

Usted paga la cantidad total permitida cuando realiza el pedido de medicamentos recetados a través del correo; sin embargo, el suministro de 90 días generalmente será menor si utiliza la farmacia del servicio de correo Smart90 Network o Express Scripts.

Cómo pedir medicamentos por correo

1. Pídale a su médico que escriba una receta médica o envíe la receta médica electrónicamente para un suministro de 90 días de la medicación con recargas, como sean apropiadas. También es posible que desee pedirles que escriban una receta médica para el suministro de 30 días del medicamento, que se puede surtir en una farmacia minorista y usar hasta que reciba sus medicamentos por correo.
2. Llene un formulario de pedido de entrega a domicilio, disponible en peba.sc.gov/forms_en_beneficios_de recetas médicas, o pídale a su médico que le recete electrónicamente la receta médica a Express Scripts por pedido de correo. Puede pagar con cheque, orden de pago o tarjeta de crédito principal. Si desea pagar con tarjeta de crédito, es posible que desee inscribirse en el programa de pago automático de Express Scripts. Si ya ha creado una

cuenta de Express Scripts, el método de pago se puede seleccionar por adelantado, y Express Scripts le enviará un correo electrónico cuando reciba su nueva receta médica y pueda comenzar a dispensarla.

3. Envíe por correo la receta médica, el formulario de pedido y el pago a Express Scripts a la dirección indicada en el formulario.

Cómo llenar una receta médica por fax

1. Pídale a su médico que escriba una nueva receta médica o envíe una receta electrónicamente para un suministro de 90 días del medicamento, con recambios según proceda. Dele 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 recetados del plan de salud estatal.
2. Pídale a su médico que envíe su receta médica por fax al 800. 837. 0959.

Si su médico tiene preguntas sobre el envío por fax su receta médica a Express Scripts, puede llamar al 888. 327. 9791.

Copagos de prescripción y formulario

Los miembros que tienen cobertura bajo el plan estándar y Express Scripts Medicare pagan copagos por los medicamentos; todos los medicamentos se clasifican por un nivel que determina el copago del miembro. Express Scripts crea el formulario, o listado de medicamentos que tienen cobertura y son preferidos. La colocación del medicamento en el formulario determina el nivel de copago para los medicamentos y, en algunos casos, si una marca particular de producto tiene cobertura. El comité independiente de médicos y farmacéuticos de Express Scripts revisa continuamente los medicamentos con el objetivo de asegurar el acceso de los miembros a las terapias necesarias, al tiempo que logra el menor costo neto para el plan.

Nivel 1: genérico

Copago de 9 \$

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la FDA exige que los componentes activos sean el equivalente químico de la marca alternativa y tengan la misma fuerza, pureza y calidad. Debido a que los medicamentos genéricos tienen un copago más bajo, normalmente se obtienen los mismos beneficios de salud por menos. Es posible que desee pedirle a su médico que marque la sustitución como permitida en su receta médica. Si no lo hacen, su farmacéutico tiene que proporcionarle el medicamento de marca si es el medicamento que su médico escribió en la receta médica.

Nivel 2: marca preferida

Copago de 42 \$

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

Nivel 3: marca no preferida

Copago de 70 \$

Estos medicamentos no preferidos de marca 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 del formulario que no tienen cobertura

PEBA adoptó el formulario preferido nacionalmente de Express Scripts. Solo en el programa estatal de medicamentos recetados del plan de salud estatal, existen ciertas marcas de productos en categorías terapéuticas altamente intercambiables que no tienen cobertura. Esto no se aplica a los miembros inscritos en Express Scripts Medicare. Hay productos preferidos que tienen cobertura y están disponibles en cada una de estas categorías. Si le recetan un medicamento que no tiene cobertura o no es preferido, le recomendamos que hable con su médico sobre la receta de medicamentos preferidos. Como un

Miembro del plan de salud estatal, todavía tiene acceso a medicamentos comparables que tienen cobertura bajo el plan.

Programa de garantía del paciente de Express Scripts

Con el programa de aseguramiento del paciente de Express Scripts, los miembros primarios del plan de salud estatal no pagarán más de 25 \$ por un suministro de 30 días de los productos de insulina preferidos y participantes en 2021. Este programa es anual y puede no estar disponible el año siguiente. No se aplica a los miembros de Express Scripts Medicare, que continuarán pagando copagos regulares por insulina.

Política de pago de la diferencia

Si compra un medicamento de marca cuando está disponible un equivalente genérico aprobado por la FDA, el plan pagará solo la cantidad permitida por el equivalente genérico. Esta política de pago de la diferencia se aplica incluso si su médico le receta el medicamento estableciendo que se dispense según lo escrito o que diga no sustituir.

Como miembro del plan estándar o plan suplementario de Medicare ¹, si compra un medicamento de nivel 2 o de nivel 3 (marca) por encima del de nivel 1 (genérico), se cobró el copago genérico más la diferencia entre las cantidades permitidas para el medicamento de marca y el medicamento genérico. Si el importe total es inferior al copago de nivel 2 o nivel 3 (marca), pagará el copago de marca. Solo el copago del medicamento de nivel 1 (genérico) se aplicará al máximo de copago anual de medicamentos recetados de un miembro.

Los miembros del plan de ahorros no pagan copagos; sin embargo, generalmente ahorran dinero comprando medicamentos genéricos porque estos medicamentos generalmente cuestan menos. Con el plan de ahorro, si compra un medicamento de nivel 2

1 La política de pago de la diferencia no se aplica a los miembros que tienen cobertura bajo Express Scripts Medicare, el programa Medicare Parte D del plan de salud estatal.

o un medicamento de Nivel 3 (de marca) por encima de un **84** medicamento de Nivel 1 (genérico), solo la cantidad permitida para el medicamento genérico se aplicará a su deducible. Una vez que haya alcanzado su deducible, solo se aplicará a su coaseguro máximo la participación del paciente de 20 por ciento de la cantidad permitida para el medicamento genérico.

Los ejemplos a continuación muestran cómo la política de la diferencia funciona en el plan estándar y en el plan suplementario de Medicare.

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

	Nivel 1	Nivel 2 (marca)
Cantidad permitida para el copago de medicamentos genéricos		125 \$
		N/A
Monto que paga ²		42 \$

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

	Nivel (genérico)	Nivel 2 (marca)
Cantidad permitida para el medicamento	65 \$	125 \$
Copago genérico	9 \$	N/A
Cantidad que paga si elige el medicamento genérico	9 \$	
Importe que paga porque eligió el medicamento de marca ³		69 \$

Programas de farmacia especializada

Farmacia especializada es un término que se refiere a ciertos medicamentos que tiene algunas o todas las siguientes características:

- Costo extremadamente alto y es necesario para un porcentaje relativamente pequeño de la población;
- Es compleja de fabricar, y

² Solo paga el copago de marca.

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

- Requiere manejo y administración especiales.

Miembros que vuelven a surtir recetas médicas de especialidad los medicamentos deben utilizar la red de especialidad personalizada del plan con credenciales. ⁴ La red incluye farmacias acreditadas como farmacias especializadas de propiedad independiente de Carolina del Sur, la farmacia especializada de Express Scripts. Los pacientes que buscan medicamentos especializados deben comunicarse con Express Scripts al 855. 612. 3128 para obtener mayor información. **Revisiones de la cobertura**

A veces, una receta médica no es suficiente para determinar si el plan de salud estatal le proporcionará beneficios. Cuando necesite mayor información para determinar la cobertura del medicamento, Express Scripts iniciará una revisión de cobertura para obtener mayor información. Si la determinación se hace para cubrir el medicamento, usted pagará el copago apropiado. El plan de salud estatal utiliza revisiones de cobertura para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y para fomentar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible. Hay tres tipos básicos de revisiones de la cobertura.

Autorización previa

Algunos medicamentos que tendrán cobertura bajo el plan de salud estatal solo si se recetan para ciertos usos. Estos medicamentos deben estar autorizados por adelantado o no tendrán cobertura bajo el plan. Otros medicamentos pueden no tener cobertura bajo el plan si hay alternativas disponibles seguras y eficaces de bajo costo. Puede investigar si un medicamento requiere de una 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,

⁴ Algunos medicamentos especializados suministrados en el consultorio de un proveedor puede requerir autorización previa.

su médico o su farmacéutico pueden comenzar el proceso de revisión comunicándose con Express Scripts al 855. 612. 3128.

Gestión de la cantidad de medicamentos

La FDA tiene pautas de seguridad y eficacia que incluyen límites de cantidad para ciertos medicamentos. Si se le receta una cantidad de medicamento que no está dentro de estas pautas, el plan puede cubrir una cantidad menor del medicamento. Usted, su médico o su farmacéutico también pueden comenzar el proceso de revisión de cobertura para ver si se acepta una cobertura mayor comunicándose con Express Scripts al 855. 612. 3128.

Terapia escalonada

El proceso de la terapia escalonada está diseñado para fomentar el uso de medicamentos genéricos y de venta libre que son alternativas a algunos medicamentos de marca de alto volumen y 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 tenga cobertura con la tarifa de Nivel 3.

Usted o su médico pueden solicitar una revisión de cobertura llamando a Express Scripts al 855. 612. 3128. Comparte del proceso, es posible que se le solicite que haya probado y no haya podido utilizar con éxito el medicamento de menor costo. Si, como resultado de la revisión, el medicamento es aprobado, se cubrirá en el nivel apropiado. Si se deniega la aprobación, el plan no cubrirá el medicamento. Para obtener mayor información, llame a Express Scripts al 855. 612. 3128.

Prescripciones compuestas

Un medicamento que requiere que un farmacéutico mezcle dos o más medicamentos, según la prescripción del médico, cuando dicho medicamento no está disponible de parte de un fabricante se conoce como una receta compuesta. Para que tenga cobertura, la receta médica debe ser médicamente necesaria y ser estudiada para usarla en este tipo de preparación. También debe comprarse en una farmacia de la red participante.

Para asegurarse de que su medicamento compuesto tenga cobertura bajo su plan, su farmacéutico debe

enviar la receta médica a Express Scripts de forma electrónica. Si un ingrediente del compuesto no tiene cobertura, el medicamento compuesto no tendrá cobertura bajo el plan. El farmacéutico recibirá información sobre la cobertura de los componentes y, en algunas situaciones, puede sustituir otros componentes que tienen cobertura para crear su compuesto. Si su compuesto no tiene cobertura, se le anima a discutir con su médico los medicamentos disponibles comercialmente.

Coordinación de las prestaciones

Todos los beneficios del plan de salud estatal, incluyendo los beneficios de medicamentos recetados, están sujetos a la coordinación de los beneficios, un proceso que se utiliza para asegurarse de que una persona que tiene cobertura bajo varios planes de seguro no se les reembolse más de una vez por los mismos gastos. Con la coordinación de los beneficios, el plan que paga primero es el plan primario. El plan secundario paga después del plan primario. Consulte la página 44 para obtener mayor información sobre la coordinación de las prestaciones.

Cobertura de Medicare para medicamentos auto administrados durante una estadía de observación en el hospital para pacientes ambulatorios

Los servicios ambulatorios de observación hospitalaria son servicios recibidos en un hospital, mientras que el médico decide si ingresa a un paciente como paciente hospitalizado o dado de alta del hospital. Los pacientes pueden recibir servicios de observación en el departamento de emergencias o en 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 les permiten a los pacientes traer medicamentos recetados u otros medicamentos

desde casa. Estos medicamentos se consideran medicamentos auto administrados y Medicare define estos medicamentos como medicamentos que un paciente tomaría por vía oral o se administraría a sí mismo e incluyen, entre otros: medicamentos orales, insulina, gotas para los ojos y tratamientos tópicos. Los medicamentos autoadministrados no tienen cobertura bajo la Parte B de Medicare.

Un miembro elegible de Medicare que haya tenido una estadía de observación en el hospital puede tener cargos por los medicamentos administrados denegados en virtud de la Parte B de Medicare. Los medicamentos auto administrados pueden tener cobertura por el beneficio de medicamentos recetados para los miembros de EGWP (Medicare Parte D) y los jubilados primarios de Medicare que tienen cobertura bajo el plan comercial del plan de salud estatal. Si Medicare deniega los medicamentos auto administrados como sin cobertura bajo la Parte B de Medicare durante una estadía de observación hospitalaria, los miembros pueden presentar una solicitud de reembolso en papel bajo el beneficio de la receta médica. La reclamación se pagará en la farmacia (cantidad permitida) y puede que no cubra el importe total facturado al miembro.

Exclusiones

Algunos medicamentos recetados, como los que no aparecen en la lista de medicamentos que tienen cobertura y preferidos del formulario nacional preferido, que no tienen cobertura bajo el plan.

Algunos medicamentos que tienen cobertura, incluyendo la insulina y otros medicamentos auto inyectables administrados en el hogar, están sujetos a exclusiones y limitaciones del plan cuando usa una farmacia de la red.

Los medicamentos recetados asociados con los tratamientos de infertilidad tienen una tasa de coaseguro diferente. Consulte la página 65 para obtener mayor información sobre la coordinación de las prestaciones.

Ejemplos de otros medicamentos que no tienen cobertura son:

- Medicamentos en las pruebas de Fase I, II o III de la FDA; y
- Medicamentos recetados utilizados para bajar de peso. Los medicamentos que no tienen cobertura bajo el plan de ahorros, pero que tienen cobertura bajo el plan estándar son:
- Antihistamínicos no sedantes; y
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil.

Beneficios de medicamentos recetados basados en el valor sin costo para usted

Los siguientes artículos que tienen cobertura bajo el plan de salud estándar si se obtienen de parte de una farmacia de la red y se les proporcionan sin costo alguno a los miembros primarios del plan de salud estatal:

- Anticonceptivos para suscriptores y cónyuges que tienen cobertura.
- Algunos medicamentos recetados específicos para dejar de fumar.
- Vacunas para adultos, incluyendo la vacuna contra la gripe, como lo recomiendan los Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Consulte la página 54 para obtener mayor información sobre las vacunas para adultos.

Cómo presentar una reclamación de medicamentos recetados

Si no muestra su tarjeta de medicamentos recetados en una farmacia participante de 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 de medicamentos recetados mientras viaja fuera de los Estados Unidos, pagará el precio minorista total por su receta. A continuación, puede presentar una reclamación con Express Scripts para que sea reembolsado. Después de cumplir con su deducible, si procede, su reembolso será limitado a la cantidad permitida por el plan, menos el copago o coaseguro, si corresponde. Las reclamaciones deben ser presentadas a Express Scripts durante un año a partir de la fecha del servicio.

Para presentar una reclamación por gastos de medicamentos recetados incurridos en una farmacia participante o fuera de los Estados Unidos, llene el Express Scripts

Formulario de reclamación de medicamentos El formulario está disponible en línea en peba.sc.gov/formularios. 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 médicas a:

SCRIPTS EXPRESS

A la atención de: reclamaciones comerciales

P. O. Box 14711

Lexington, KY 40512-4711 cable de impresora

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

SCRIPTS EXPRESS

A la atención: Medicare Parte D

P. O. Box 14718

Lexington, KY 40512-4718

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

Apelaciones

Si Express Scripts deniega la autorización previa para su medicamento, se le informará inmediatamente. Si tiene preguntas sobre la decisión, consulte la información de este capítulo. Usted o su médico también pueden llamar a Express Scripts para que les den una explicación.

Si cree que la decisión fue incorrecta, puede pedirle a Express Scripts que vuelva a examinarla.

La solicitud de la revisión debe hacerse por escrito durante los seis meses posteriores a la notificación de la decisión para:

SCRIPTS EXPRESS

Atención: Departamento de Revisión de Cobertura de Prestaciones

P. O. Box 66587

St. Louis, MO 63166-6587

Si aún no está satisfecho después de que se remite la decisión que se ha vuelto a examinar, puede pedirle a PEBA que revise el asunto enviando un [formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA durante los 90 días de haber recibido la

apelación. Por favor, incluya una copia de las denegaciones anteriores con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov o

S. C. PEBA

A la atención de la: División de Apelaciones de Seguros 202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento que salva vidas, puede enviar el [formulario de solicitud](#) a PEBA por correo electrónico a apelacionesurgentes@peba.sc.gov.

Apelaciones a PEBA

Un proveedor de atención médica, empleador o beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apeló la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado autorizado admitido para ejercer en

Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. El proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible por procesar su apelación durante los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su archivo de reclamación de parte de Express Scripts, como se describe en el plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA realice la revisión de su apelación, recibirá una determinación por escrito por correo.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Seguro dental

Usted tiene dos opciones para la cobertura dental: Dental

Guía de beneficios del seguro

Plus o Basic Dental (anteriormente conocido como plan dental estatal). Usted elige el plan que funciona mejor para usted. Cuando haga su elección, elegirá 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 que salen de su bolsillo más bajos. Basic Dental paga menos y tiene primas más bajas y mayores costos que salen de su bolsillo. Los miembros pueden inscribirse o cancelar Dental Plus y Basic Dental:

- 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 octubre de 2021 y octubre de 2023.
- Durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad. Las situaciones especiales de elegibilidad se explican en la página 21.

Recursos en línea

La información sobre Dental Plus y Basic Dental se incluye en el sitio web de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross), [StateSC. SouthCarolinaBlues.com](https://www.statecarolina.com), y está diseñado para los suscriptores de PEBA. En el sitio web y bajo el inicio de sesión del miembro de My Health Toolkit, puede:

- Registrarse para obtener explicaciones de los beneficios sin imprimir (EOB);
- Encuentre proveedores de la red Dental Plus a través de la sección de encuentre un dentista;
- Visite el centro de recursos dentales (haga clic en dental en la pestaña de información de cobertura en la página de inicio);
- Revise su elegibilidad y beneficios;
- Compruebe las reclamaciones y vea los EOB;
- Verifique las estimaciones previas al tratamiento; y
- Reporte otra cobertura dental.

Clases de tratamiento

La cobertura dental ofrece cuatro clases de tratamiento. Los

detalles sobre los beneficios de cada clase se encuentran en el cuadro de la página 91.

- **Clase I: diagnóstico y exámenes preventivos;** limpieza y descamación de dientes; tratamiento con flúor; retenedores espaciales (niños); radiografías.
- **Clase II:** empastes básicos; extracciones; cirugía oral; endodoncia (conductos radiculares); procedimientos periodontales.
- **Clase III:** prostodoncia; coronas puentes; dentadura postiza; implantes; reparación de aparatos de prostodoncia.
- **Clase IV: ortodoncia** limitada a niños de 18 años o menos que tienen cobertura. Corrección de la mal oclusión que consiste en servicios de diagnóstico (incluyendo modelos, rayos X) y tratamiento activo (incluyendo los aparatos necesarios).

Dental Plus

Dental Plus tiene mayores cantidades permitidas, que son las cantidades máximas permitidas por el plan para un servicio que tiene cobertura. Los proveedores de la red no pueden cobrarle por la diferencia en su costo y la cantidad permitida. El beneficio anual máximo para una persona con cobertura de Dental Plus es de 2000 \$. No todos los procedimientos dentales que tienen cobertura. Usted será responsable de cualquier cargo relacionado con los servicios que no tienen cobertura. Consulte la página 93 para obtener mayor información.

Consulte la tabla en la página 91 para obtener mayor información.

Dental Plus; o

BlueCross ofrece dentistas en Carolina del Sur que participan en la red Dental Plus y aceptan un cargo menor al habitual o el importe permitido negociado. Las cantidades permitidas pueden variar según el dentista de la red y / o

la ubicación física del dentista. Usted solo es responsable de cualquier deducible y coaseguro, además de cualquier servicio que no tenga cobertura prestado por un dentista de la red que haya aceptado el acuerdo de BlueCross. Para obtener una lista de dentistas de red, vaya a Statesc.SouthCarolinablues.com y seleccione buscar un dentista en la sección buscar un doctor.

Si su dentista no está en la red, sus beneficios bajo Dental Plus no se reducirán. Usted será responsable de los deducibles y el coaseguro, 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 cantidades permitidas más bajas, que son las cantidades máximas permitidas por el plan para un servicio que tiene cobertura. No existe una red para Basic Dental; por lo tanto, los proveedores pueden cobrarle la diferencia entre su costo y la cantidad permitida.

Las prestaciones básicas de odontología se pagan basándose en las cantidades para cada procedimiento odontológico enumerado en el *calendario de procedimientos dentales y montos permitidos*, que se encuentra en Statesc.Southcarolinablues.com en donde se encuentra la información de cobertura, luego dental y calendario de honorarios dentales. El beneficio anual máximo para una persona que tiene cobertura de Basic Dental es de 1000 \$.

No todos los procedimientos dentales que tienen cobertura. Usted será responsable de cualquier cargo relacionado con los servicios que no tienen cobertura. Consulte la página 93 para obtener mayor información.

Consulte la tabla en la página 91 para obtener mayor información.

Disposiciones especiales de la odontología

Formas alternativas de tratamiento Si usted o su dentista eligen un tratamiento costoso o un tratamiento personalizado, el plan cubrirá el procedimiento menos costoso que sea compatible con los estándares profesionales sólidos de atención odontológica. BlueCross utiliza pautas basadas en los servicios y estándares de atención dental habituales para determinar los beneficios o las denegaciones. Su dentista puede facturarle por la diferencia entre sus cargos por el procedimiento más costoso y lo que el plan permite para el procedimiento alternativo. No se puede aplicar

el pago por el procedimiento alternativo al costo del procedimiento más costoso si el procedimiento más costoso no es un beneficio que tenga cobertura. Ejemplos de cuándo puede aplicarse 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 que se funde en una corona de base de metal predominantemente es menos costosa que la porcelana que se funde en una corona de metal noble.

Estimaciones del tratamiento previo

Aunque no se requiere, PEBA sugiere que obtenga una estimación de tratamiento previo de su tratamiento que no es de emergencia para procedimientos dentales mayores. Para hacerlo, usted y su dentista deben llenar un *formulario de reclamación dental* antes de que se realice cualquier trabajo. El formulario se puede encontrar en peba.sc.gov/formularios. El formulario completo debe enumerar los servicios a realizar y el cargo por cada uno. Envíe el formulario de reclamación a: BlueCross BlueShield Unidad dental estatal de Carolina del Sur
P. O. Box 100300
Columbia, SC 29202

El tratamiento de emergencia no necesita una estimación previa al tratamiento.

Usted y su dentista recibirán un presupuesto previo al tratamiento, mostrando una estimación de los gastos que le cubrirá su plan dental. Este formulario se puede utilizar para solicitar el pago a medida que se realiza el trabajo. Simplemente llene la o las fechas de servicio, pídale a su dentista que firme el formulario y envíelo a BlueCross. Su estimación de pretratamiento es válida 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 prestan el servicio o si ya no tiene cobertura dental, no recibirá la cantidad que se aprobó en el presupuesto previo al tratamiento.

Si Basic Dental es su seguro secundario, la estimación del tratamiento previo no reflejará el pago coordinado estimado, porque BlueCross no sabrá lo que su seguro primario

pagará.

Para determinar la cantidad permitida para un procedimiento, pídale a su dentista el código del procedimiento. Entonces

Llame al Servicio de atención al cliente dental de BlueCross al 888 .214 .6230 o 803 .264 .7323.

Comparación de Dental Plus y Basic Dental

	Dental Plus	Basic Dental
Diagnóstico y prevención <i>Exámenes, limpiezas, radiografías</i>	Usted no paga un deducible. El plan pagará 100 % de una mayor cantidad permitida . En la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia en su costo y la cantidad permitida.	Usted no paga un deducible. El plan pagará 100 % de la menor cantidad permitida . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre su costo y la cantidad permitida.
Básico <i>Empastes, cirugía bucal, tratamientos de conducto</i>	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 80 % de la cantidad permitida más alta . En la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia en su costo y la cantidad permitida.	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 80 % de una menor cantidad permitida . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre su costo y la cantidad permitida.
Prostodoncia <i>Coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes</i>	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 50 % del monto mayor permitido. En la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia en su costo y la cantidad permitida.	Usted paga hasta 25 \$ de deducible por persona. ¹ El plan pagará 50 % de la menor cantidad permitida . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre su costo y la cantidad permitida.
Ortodoncia 2 <i>Limitado a los niños de 18 años o menos que tengan cobertura.</i>	Usted no paga un deducible. Hay un beneficio vitalicio de 1000 \$ por cada niño que tenga cobertura.	Usted no paga un deducible. Hay un beneficio vitalicio de 1000 \$ por cada niño que tenga cobertura.
Pago máximo	2000 \$ anuales por persona para los servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prostodoncia.	1000 \$ anuales por persona para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prostodoncia.

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

² Hay una prestación vitalicia de un máximo de 1000 \$ por cada hijo que tiene cobertura, independientemente del plan o año del plan.

Ejemplos de comparación de los 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 \$
Cantidad permitida ³	135,00 \$	171,00 \$	67,60 \$
Importe permitido por el plan (100 %)	135,00 \$	171,00 \$	67,60 \$
Su coaseguro (0 %)	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
Diferencia entre el importe permitido y el cargo	56,00 \$ <i>El dentista da de baja esta cantidad</i>	20,00 \$	123,40 \$
Usted paga	0,00 \$	20,00 \$ <i>Diferencia entre el importe o monto</i>	123,40 \$ <i>Diferencia entre el importe o monto</i>

Escenario 2: dos empastes superficiales de amalgama

	Dental Plus		Basic Dental
	En la red	Fuera de la red	
Cargo inicial del dentista	190,00 \$	190,00 \$	190,00 \$
Cantidad permitida ^{3,4}	145,00 \$	177,00 \$	44,80 \$
Importe permitido por el plan (80 %)	116,00 \$	141,60 \$	35,84 \$
Su coaseguro (20 %)	29,00 \$	35,40 \$	8,96 \$
Diferencia entre el importe permitido y el cargo	45,00 \$ <i>El dentista da de baja esta cantidad</i>	13,00 \$	145,20 \$
Usted paga	29,00 \$ <i>20% de coaseguro</i>	48,40 \$ <i>20% de coaseguro más la diferencia</i>	154,16 \$ <i>20% de coaseguro más la diferencia</i>

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

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

Exclusiones: servicios dentales que no tienen cobertura

El *plan de beneficios del seguro dental* muestra todas las exclusiones y se encuentra en peba.sc.gov/publications bajo dental. La siguiente lista incluye muchas de las exclusiones.

Beneficios generales no ofrecidos

- Tratamiento recibido de un proveedor distinto al dentista autorizado. La limpieza o el escalado de los dientes por parte de un higienista dental que tenga licencia y que tienen cobertura cuando se realizan bajo la supervisión y dirección de un dentista.
- Servicios fuera del alcance de la licencia del dentista.
- Servicios prestados por un dentista que es miembro de la familia de la persona que tiene cobertura o por los cuales no se le cobró a la persona que tiene cobertura previamente o no le pagó al dentista.
- Servicios dentales o suministros que se presten antes de la fecha en la que usted es elegible para la cobertura bajo este plan.
- Cargos hechos directamente a una persona que tiene cobertura por un dentista por suministros dentales (es decir, cepillo de dientes, cepillo de dientes mecánico, enjuague bucal o hilo dental).
- Servicios no dentales, como citas interrumpidas y finalización de los formularios de reclamación.
- Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales, instrucción en higiene bucal o formación en cuidados odontológicos preventivos.
- Servicios y suministros por los que no se realiza ningún cargo o no se requeriría ningún pago si la persona no tenía este beneficio, incluyendo los cargos no facturables en virtud del plan de seguro principal de la persona.
- Servicios o suministros no reconocidos como prácticas dentales aceptables por la Asociación Americana Dental.
- [Beneficios que tienen cobertura por otro plan](#)

- Tratamiento para el cual la persona que tiene derecho de cobertura bajo cualquier ley de compensación de trabajadores.
- Servicios o suministros que tienen cobertura bajo las fuerzas armadas de un gobierno.
- Servicios dentales para el tratamiento de lesiones como consecuencia de un accidente que se hace durante los primeros 12 meses desde la fecha del accidente. Estos servicios tienen cobertura bajo el plan de salud del miembro.
- Los beneficios adicionales para servicios dentales para dientes naturales y artificiales, dentaduras postizas, puentes, etc., necesarios por la pérdida de dientes debido a un tratamiento contra el cáncer o como resultado de un defecto congénito, tienen cobertura bajo el plan de salud del miembro.

Procedimientos específicos que no tienen cobertura

- Mantenedores de espacio para dientes temporales (primarios) perdidos si la persona que tiene cobertura tiene 19 años o más.
- Servicios o suministros de investigación o experimentación.
- Cualquier servicio o cargo por un servicio que no sea médicamente necesario.
- Coronas, cuando se utilizan con fines preventivos o cosméticos o debido a la erosión, abrasión o desgaste.
- Servicios y suministros con fines cosméticos o estéticos, incluyendo los cargos, para la personalización o caracterización de dentaduras postizas, excepto para el tratamiento de ortodoncia según lo previsto en este plan.
- Terapia miofuncional (por ejemplo, corrección para empujar la lengua).
- Aparatos o terapia para la corrección o tratamiento del síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM por sus siglas en inglés)

- Servicios para alterar la dimensión vertical.
- Férulas, incluyendo pilares adicionales para puentes.
- Servicios para pruebas y exámenes de laboratorio, incluyendo, pero no limitado a, cultivos bacterianos para determinar agentes patológicos, caries (destrucción del diente o hueso), pruebas de susceptibilidad, cultivos virales, muestras de saliva, pruebas genéticas, fotografías diagnósticas y exámenes histopatológicos.
- Corona pulpar, directa o indirecta (excluida la restauración final).
- Ferulización provisional intracoronal y extracoronal (corona).
- Trasplante dental o reposicionamiento quirúrgico de los dientes.
- Ajuste oclusal (completo). Los protectores oclusales que tienen cobertura para determinadas afecciones. El proveedor debe presentar los registros del consultorio con la reclamación para que el consultor dental los revise.
- Procedimientos temporales, como empastes temporales o coronas temporales.
- Procedimientos de rebase.
- Aparatos contra estrés.
- Accesorios de precisión.
- Procedimientos que se consideran parte de un tratamiento más definitivo (es decir, una radiografía tomada el mismo día del procedimiento).
- Incrustaciones (metal fundido, compuesto, resina, porcelana, cerámica). Los beneficios de las incrustaciones se basan en la concesión de una restauración de amalgama alternativa.
- Gingivectomía o gingivoplastia en conjunción con el propósito de colocación de restauraciones.

- Aplicación tópica de selladores por diente para pacientes mayores de 16 años.
- Tomografía computarizada, resonancia magnética o cualquier servicio relacionado.

Beneficios limitados

- Más de dos de estos procedimientos durante cualquier año del plan: examen bucal, consultas (debe realizarlas un especialista) y profilaxis (limpieza de dientes).
- Más de dos profilaxis periodontal. (Profilaxis periodontal, escalado o alisado radicular están disponibles solo para pacientes que tienen un historial de tratamiento periodontal o cirugía.) Se permiten cuatro limpiezas al año (una combinación de profilaxis y profilaxis periodontal) para pacientes con antecedentes de tratamiento o cirugía periodontal.
- Rayos X de mordedura más de dos veces durante cualquier año del plan o más de una serie de radiografías de boca o una película panorámica en cualquier período de 36 meses, a menos que una necesidad especial de estos servicios a intervalos más frecuentes sea documentada como médicamente necesaria por el dentista y aprobada por BlueCross.
- Más de dos aplicaciones tópicas de flúor o barniz de flúor durante cualquier año del plan.
- Aplicación tópica de selladores para pacientes menores de 15 años; el pago se limita a un tratamiento cada tres años y se aplica únicamente a los molares permanentes sin restaurar.
- Más de un tratamiento de conducto radicular en el mismo diente. El tratamiento adicional (tratamiento repetido) debe enviarse con el código de procedimiento apropiado de la Asociación Dental Americana y la documentación de su dentista.
- Más de cuatro cuadrantes en cualquier período de 36 meses de legrado gingival, gingivectomía,

cirugía ósea (de hueso) o escalado periodontal y alisado radicular.

- Injertos de reemplazo óseo realizados en el mismo sitio más de una vez en cualquier período de 36 meses.
- Desbridamiento de boca completo para el tratamiento de la inflamación gingival si se realiza más de una vez en la vida.
- El acondicionamiento del tejido para las dentaduras postizas superiores e inferiores se limita a dos veces por dentadura postiza en cualquier período de 36 meses.
- La aplicación de medicamentos desensibilizantes se limita a dos veces por cuadrante por año, y el único propósito del medicamento utilizado debe ser para la desensibilización.
- No más de una restauración compuesta o amalgama por superficie en un período de 12 meses.
- Reemplazo de restauraciones de yeso (coronas, puentes, implantes) o prostodoncia (dentaduras postizas completas y parciales) durante los cinco años posteriores a la colocación original, a menos que se presente evidencia y sea satisfactoria para el administrador de reclamaciones de terceros que:
1) la restauración de yeso o dentadura postiza existente no se puede hacer; o 2) la dentadura postiza existente es una dentadura postiza temporal inmediata y se requiere el reemplazo por una dentadura postiza permanente, y que dicho reemplazo se entregue o se asiente durante los 12 meses posteriores a la fecha de entrega o colocación de la dentadura postiza temporal inmediata.
- Adición de dientes a un puente removible parcial o fijo existente, a menos que se presente evidencia y sea satisfactoria para el procesador de reclamaciones de terceros de 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 beneficios por prótesis (es decir, coronas, coronas asentadas sobre implantes, puentes, dentaduras postizas parciales o completas) hasta que estén asentadas o listas. Otras exclusiones y limitaciones para estos servicios incluyen:
- Prostodoncia (incluyendo puentes, coronas, e implantes) y su ajuste que fueron ordenados mientras la persona que tenía cobertura bajo el plan, pero fueron entregadas más de 90 días después de la terminación de la cobertura.
- Sustitución de prótesis pérdidas o robadas, mantenedores del espacio o aparatos de ortodoncia, o cargos por prótesis dentales o electrodomésticos de repuesto o duplicados.
- Reemplazo de aparatos de ortodoncia o protectores oclusales rotos o perdidos.
- Reemplazo de prótesis de yeso existentes a menos que se especifique lo contrario en el documento del plan dental.
- Tratamiento de ortodoncia para empleados, jubilados, cónyuges o niños que tienen cobertura de 19 años o más.
- Pago por tratamiento de ortodoncia máximo en la vida.
- Servicios de ortodoncia después del mes, un niño que tiene cobertura no es elegible para la cobertura de ortodoncia.
- El único beneficio de los servicios de ortodoncia es el pago de ortodoncia de 1000 \$ por cada niño de 18 años o menos que tiene cobertura en la vida.

Coordinación de las prestaciones

Si usted tiene cobertura de más de un plan dental, puede presentar una reclamación de reembolso de ambos planes. La coordinación de los beneficios permite tanto los administradores de planes para trabajar juntos para darle la prestación máxima permitida. Sin embargo, la suma

de los pagos combinados nunca será mayor que la cantidad permitida para sus procedimientos dentales

96

que tienen cobertura. La cantidad permitida es la cantidad que Basic Dental aporta para cada procedimiento dental en el *programa de procedimientos dentales y cantidades permitidas*, que se encuentra en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Dental Plus tiene mayores cantidades permitidas. Cuando su cobertura dental estatal es secundaria, paga hasta la cantidad permitida de su cobertura dental estatal menos lo que pagó el plan primario.

Ciertos procedimientos quirúrgicos orales que tienen cobertura bajo el plan de salud estatal y los planes dentales. El más común de estos es la extirpación quirúrgica de los 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 tiene cobertura bajo un plan dental. La suma pagada en virtud del plan odontológico 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 anual máximo, que es de 2000 \$ para una persona que tiene cobertura de Dental Plus y 1000 \$ para una persona que tiene cobertura bajo Basic Dental. El beneficio máximo en la vida para los servicios de ortodoncia es de 1000 \$, independientemente de si tienen cobertura de Dental Plus o Basic Dental, y está limitado a niños que tienen coberturas de 18 años o menos. Consulte la tabla en la página 91 para obtener mayor información.

Para obtener mayor información sobre la coordinación de beneficios, incluyendo la forma de determinar qué plan paga primero, véase la página 44. Si su cobertura dental estatal es secundaria, debe enviar la explicación de los beneficios que recibe de su plan primario con su reclamación a BlueCross.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con BlueCross en 888.214.6230 o 803.264.7323, su oficina de beneficios o PEBA.

Cómo presentar una reclamación dental

Guía de beneficios del seguro

La forma más fácil de presentar una reclamación es asignarle beneficios a su dentista. Asignar los beneficios significa que usted le autoriza a su dentista a presentar sus reclamaciones y recibir el pago del plan para su tratamiento. Para ello, muéstrela a un miembro del personal en el consultorio de su dentista su tarjeta de identificación dental y pídala que la reclamación se presente en su nombre. Asegúrese de firmar las autorizaciones de pago en las casillas 36 y 37 del formulario de reclamación. BlueCross le pagará a su odontólogo directamente. Si tiene cobertura de Dental Plus y asiste a una consulta con un proveedor dentro de la red, usted es responsable de su coaseguro. Si tiene una cobertura de Basic Dental, usted es responsable de la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo real, más su coaseguro.

Si su dentista no presenta sus reclamaciones, puede presentárselos a BlueCross. El formulario de reclamación está

disponible en peba.sc.gov/forms o StateSC.SouthCarolinaLues.com. Llene los bloques 4 a 23 del formulario de reclamación y pídala a su dentista que llene los bloques 1y 2, 24 a 35 y 48 a 58.

Si su dentista no llena las secciones del formulario, obtenga una factura detallada que muestre esta información:

- El nombre y dirección del dentista e impuesto federal
- Número de identificación fiscal o Identificador Nacional del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés);
- El nombre del paciente;
- La fecha de cada servicio;
- El nombre o el código de procedimiento para cada servicio; y
- El cargo por cada servicio.

Adjunte la factura al formulario de reclamación lleno y envíela por correo a la dirección que se encuentre en el formulario:

BlueCross BlueShield Unidad dental estatal de Carolina del Sur

P. O. Box 100300 negaciones de su apelación a PEBA. Envíele la solicitud

Es posible que se necesiten registros de consultorio, radiografías y otras ayudas de diagnóstico para determinar el beneficio de algunos procedimientos dentales. Le puede preguntar a su dentista que le proporcione esta documentación para que la revise el consultor dental de BlueCross. El plan no le pagará una cuota a su dentista por proporcionar esta información. BlueCross debe recibir un formulario de reclamación completo durante los 90 días posteriores a haber comenzado la atención o tan pronto como sea razonablemente posible. Debe presentarse a más tardar 24 meses después de que se incurra, excepto en ausencia de capacidad jurídica, o los beneficios no se pagarán.

¿Y 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 la totalidad o parte de su reclamación o tratamiento propuesto, se le informará prontamente. Si tiene preguntas sobre la decisión, consulte la información en este capítulo o llame para que le den una explicación. Si cree que la decisión fue incorrecta, puede pedirle a BlueCross que vuelva a examinar su decisión. La solicitud de una segunda revisión deberá hacerse por escrito durante los seis meses siguientes a la notificación de la decisión de:

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur
Atención a: State Dental Appeals
AX-B15
P. O. Box 100300
Columbia, SC 29202-3300

Si usted todavía no está satisfecho después de la decisión de la nueva revisión, usted puede pedirle a PEBA que revise el asunto enviándole un [formulario de solicitud](#) a PEBA durante los 90 días siguientes a la notificación de la denegación de su apelación por parte de BlueCross. Incluya una copia de los dos anteriores.

IAD@peba.sc.gov o

S. C. PEBA

A la atención de la: División de
Apelaciones de Seguros 202 Arbor Lake
Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento para salvar vidas, puede enviarle su solicitud a PEBA por correo electrónico [a urgentappeals@peba.sc.gov](mailto:urgentappeals@peba.sc.gov).

Un proveedor de atención médica, empleador o beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apeló la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el miembro, o su representante autorizado o un abogado que tiene licencia que puede ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. El proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación durante los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su archivo de reclamación de BlueCross, como se describe en el plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o se solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA realice la revisión de su apelación, recibirá una determinación por escrito por correo.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Cuidado oftalmológico

La Autoridad de Beneficios Públicos para Empleados de Carolina del Sur (PEBA) ofrece beneficios de cuidado visual a través del plan oftalmológico estatal, un producto totalmente asegurado proporcionado a través de EyEMed Vision Care®.

Información en línea sobre beneficios oftalmológicos

Regístrese e inicie sesión en el sitio web de [EyeMed](http://www.eyemedvisioncare.com/pebaae), www.eyemedvisioncare.com/pebaae, para:

- La función de buscar un proveedor;
- La función de ver sus beneficios, que incluye qué miembros de la familia tienen cobertura y cuándo todos serán elegibles para los próximos servicios en particular. Nota: debido a las pautas de privacidad, EyEMed muestra solo a los miembros de la familia menores de 18 años. Cualquier persona mayor de 18 años deberá registrarse en su propia cuenta;
- Acceso a las actualizaciones del estado de las reclamaciones;
- Una tarjeta de identificación imprimible y un formulario de reclamación fuera de la red;
- La opción de no utilizar papel para sus explicaciones de beneficios;
- Solicitud de lentes de contacto a través de ContactsDirect; y
- La sección oftalmológica de rutina, donde puede aprender más sobre exámenes oculares, enfermedades oculares y selección de lentes.

Plan oftalmológico estatal

El plan oftalmológico estatal está disponible para los empleados elegibles; jubilados; supérstites; profesores permanentes a tiempo parcial; suscriptores de COBRA; ex cónyuges; y sus familiares que tengan cobertura. Los suscriptores pagan la prima sin una contribución del empleador.

El programa cubre los exámenes integrales de la vista, marcos, lentes y opciones de lentes, y servicios y materiales para lentes de contacto. También ofrece descuentos en pares adicionales de anteojos.

y lentes de contacto convencionales. Se ofrece un descuento del 15 por ciento sobre el precio minorista y del 5 por ciento sobre el precio promocional en LASIK y PRK corrección de la visión a través de la Red Láser de Estados Unidos. El tratamiento médico de sus ojos, como enfermedades o cirugía oculares, que tiene cobertura bajo su plan de salud. Es posible que los descuentos en los servicios no estén disponibles en todos los proveedores participantes. Antes de su cita, consulte con su proveedor para determinar si se ofrecen descuentos.

Un beneficio no se puede combinar con ningún descuento, oferta promocional u otro plan de beneficios grupales. El impuesto sobre las ventas sobre cualquier beneficio, como anteojos o lentes de contacto, no tiene cobertura por el plan oftalmológico estatal.

Exámenes oftalmológicos

Un examen ocular completo no solo detecta la necesidad de corrección de la visión, sino que también puede revelar signos tempranos de muchas afecciones médicas, incluyendo diabetes, presión arterial alta y enfermedades cardíacas. Un examen completo tiene cobertura como parte de su beneficio EyeMed una vez al año con un copago de 10 \$.

Para asegurarse de que se le cobre solo el copago del examen oftalmológico es de 10 \$, dígame a su proveedor que desea solo los servicios que el plan oftalmológico estatal define como un examen oftalmológico completo.

Algunos proveedores pueden ofrecer un examen de imágenes de retina opcional por hasta 39 \$. Proporciona imágenes de alta resolución del interior del ojo. Este es un descuento, no un beneficio que tiene cobertura.

Frecuencia de las prestaciones

El plan oftalmológico estatal cubre:

- Un examen oftalmológico completo una vez al año;
- Lentes de plástico estándar para anteojos o lentes de contacto en lugar de anteojos, una vez al año;
- Marcos una vez al año; y

- Los miembros que padecen de diabetes tipo 1 o tipo 2 son elegibles para consultas y diagnósticos una vez cada seis meses para controlar si tiene signos de cambios diabéticos en el ojo.

Beneficios oftalmológicos inmediatos¹²

	Costo del miembro de la red	Costo de los miembros fuera de la red
	Usted paga...	Usted recibe...
Examen exhaustivo con dilatación, según sea necesario <i>Limitado a una vez al año</i>	Un copago de 10 \$.	Hasta 35 \$.
Imágenes de la retina <i>Con cobertura solo para miembros que padecen de diabetes tipo 1 o tipo 2</i>	Un copago de 0 \$.	Hasta 50 \$.
Descuento por imágenes retinianas		No aplicable.

Anteojos

	Costo del miembro de la red	Costo de los miembros fuera de la red
	Usted paga...	Usted recibe...
Monturas <i>Disponible todos los años; esto se aplica a cualquier marco disponible en la ubicación del proveedor</i>	Un copago de 0 \$ y 80 % del saldo por encima de la asignación de 150 \$. Este beneficio no se puede utilizar con ninguna promoción.	Hasta 75 \$.
Lentes de plástico estándar³ (limitado a una vez al año)		
Visión única	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 progresivos estándar	Consulte la tabla en la página siguiente.	Consulte la tabla en la página siguiente.

³ Lentes para gafas de cristal no tienen cobertura bajo el plan. Como artículo que no tiene cobertura, los lentes de vidrio se ofrecen con un descuento de 20 por ciento.

Anteojos (cont.)

	Costo del miembro de la red	Costo de los miembros fuera de la red
	Usted	Usted recibe...
Complementos de los lentes		
Tratamiento UV, tinte (sólido, degradado); revestimiento de rayado estándar; y lentes de policarbonato estándar (solo para menores de 19 años)	Un copago de 0 \$ para cada opción.	Hasta 5 \$ por cada opción.
Lentes de policarbonato estándar (adultos)	Un copago de 30 \$.	Hasta 5 \$.
Revestimiento anti reflectante estándar	45 \$.	No aplicable.
Revestimiento anti reflectante de primera calidad	Vea el cuadro a continuación.	No aplicable.
Polarizados	20 % del precio de venta al por menor.	No aplicable.
Lentes de plástico de transición	Un copago de 60 \$.	Hasta 5 \$.
Otros complementos	20 % del precio de venta al por menor.	No aplicable.
Ahorros adicionales		
Pares adicionales de anteojos	40 % de descuento en pares completos de anteojos recetados después de usar el beneficio financiado.	No aplicable.

Lentes progresivos y revestimiento anti reflectante ⁴

	Costo del miembro de la red	Costo de los miembros fuera de la red
	Usted paga...	Usted recibe...
Lentes progresivos		
Lentes progresivos estándar	35 \$.	Hasta 55 \$.
Progresivos premium (programados) Otros	Un copago de 55 \$ a 80 \$.	Hasta 55 \$.
progresivos de premium (no programados)	Un copago de 35 \$ y 80 % de cargo menos	Hasta 55 \$.
	130 \$ de subsidio.	
Recubrimiento antirreflectante		
Recubrimiento anti reflectante estándar	45 \$.	No aplicable.
Recubrimientos anti reflectantes de primera calidad (programados)	57 \$ a 68 \$.	No aplicable.
Otros revestimientos anti reflectantes de primera calidad (no programados)	80 % del cargo.	No aplicable.
Complementos		
Otros complementos y servicios	20 % del precio de venta al por menor.	No aplicable.

Lentes de contacto ⁵

Disponible en lugar de beneficio para lentes de gafas; limitado a una vez al año.

	Costo del miembro de la red	Costo de los miembros fuera de la red
	Usted paga...	Usted recibe...
Ajuste y seguimiento de los lentes de contacto <i>Disponible después de que se haya realizado un examen oftalmológico completo</i>	Estándar: Un copago de 0 \$ y el servicio se paga en su totalidad, incluyendo dos consultas de seguimiento. De primera calidad ⁷ : 10 % de descuento al precio minorista y recibe 40 \$ de subsidio después del descuento.	Hasta 40 \$.
Convencional	Un copago de 0 \$ y 85 % del saldo por encima de la asignación de 130 \$.	Hasta 104 \$.
Descartable	Un copago de 0 \$ y un saldo superior a la asignación de 130 \$.	Hasta 104 \$.
Lentes de contacto medicamente necesarios	Un copago de 0 \$.	Hasta 200 \$.
Ahorros adicionales		
Lentes de contacto adicionales	15 % de descuento en lentes de contacto convencionales después de usar el beneficio financiado.	No aplicable.

Lentes de contacto médicamente necesarios

El beneficio proporciona cobertura médica de lentes de contacto necesarios cuando existe una de las siguientes condiciones:

- Anisometropía de 3D en potencias meridianas;
- Alta ametropía superior a -10D o + 10D en potencias meridianas;
- Queratótomo donde la visión del miembro no es corregible hasta 20/20 en ninguno o ambos ojos utilizando lentes de gafas estándar; o

- Mejora de la visión para los miembros cuya visión se puede corregirse en dos líneas de mejora en el gráfico de agudeza visual cuando se compara con los lentes de las gafas estándar de mejor corrección.

Es posible que el beneficio no se amplíe para otras afecciones oculares, incluso si usted o sus proveedores consideran que los lentes de contacto son necesarios para otras afecciones oculares o para una mejora de la visión.

⁵ La tolerancia de los lentes de contacto incluye solo materiales. La asignación para lentes de contacto desechables es de 130 \$ y no tiene que usar esta asignación de una sola vez. Por ejemplo, puede usar 50 \$ de la asignación cuando compre su primer suministro de lentes de contacto desechables y el resto de la asignación más adelante.

⁶ Un accesorio de lente de contacto estándar incluye lentes de contacto transparentes, suaves, esféricos, de uso diario para prescripciones de visión única. No incluye lentes de uso prolongado o durante la noche.

⁷ Un accesorio de lentes de contacto de primera calidad es más complejo y puede incluir un ajuste para bifocales o multifocales, de color cosméticos, postquirúrgico y lentes permeables a gas. También incluye lentes de desgaste extendido o durante la noche.

Beneficios oftalmológicos para diabéticos inmediatos

Frecuencia de diabéticos tipo 1 y tipo 2: hasta dos servicios por año de prestación.

	Costo del miembro de la	Costo de los miembros fuera
	Usted paga...	Usted recibe...
Consulta <i>Examen médico de seguimiento</i>	Un copago de 0 \$; 100 % de cobertura.	Hasta 77 \$ por servicio.
Imágenes de la retina	Un copago de 0 \$; 100 % de cobertura.	Hasta 50 \$ por servicio.
Oftalmoscopia extendida	Un copago de 0 \$; 100 % de cobertura.	Hasta 15 \$ por servicio.
Gonioscopia	Un copago de 0 \$; 100 % de cobertura.	Hasta 15 \$ por servicio.
Escaneo láser	Un copago de 0 \$; 100 % de cobertura.	Hasta 33 \$ por servicio.

Guía de beneficios del seguro

Uso de la red de proveedores de EyeMed

La red EyEMed incluye profesionales privados y minoristas ópticos en Carolina del Sur y en todo el país. Los minoristas incluyen las ubicaciones de LensCrafters®, Target Optical® y participante Pearle Vision®. Cuando utiliza un proveedor de la red, solo es responsable de los copagos y de cualquier cargo que quede después de que se hayan aplicado en su factura las asignaciones y los descuentos. Además, el proveedor de red presenta su reclamación.

Para buscar un proveedor en la red

- Verifique los proveedores de la red que se encuentren 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.eyemedvisioncare.com/pebaoe. Luego, ingrese su código postal o dirección.
- Utilice el sistema Interactive Voice Response 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 es para inglés) y luego diga, Provider Locator.
- También puede preguntarle a su proveedor si acepta la cobertura de EyEMed.

Cuando programe una cita, hágale saber al proveedor que tiene cobertura bajo EyEMed. No es necesario que traiga su tarjeta de identificación del plan oftalmológico estatal a su cita, pero puede ser útil llevarla.

Cómo pedir lentes de contacto en línea

Por lo general, puede ahorrar dinero usando sus beneficios del plan oftalmológico estatal en la red para ordenar lentes de contacto a través de ContactoDirect.com. Haga clic en seguro en la barra de la parte superior de la página de inicio, regístrese y siga las instrucciones. Necesitará una receta de su médico e información sobre su seguro oftalmológico. Sus contactos serán enviados por correo a su casa sin cargo.

Beneficios fuera de la red

Sus beneficios son menores cuando utiliza un proveedor fuera de la red. Para saber cuánto se le reembolsará si utiliza un proveedor fuera de la red para los servicios y suministros que tienen cobertura, consulte las tablas de las páginas 100 a 103.

Para recibir servicios fuera de la red:

- Puede presentar una reclamación electrónicamente fuera de la red. El formulario de reclamación electrónico se encuentra en el sitio web para miembros de EyeMed Vision Care, www.eyemed.com. También puede imprimir una en peba.sc.gov/formularios.
- Cuando reciba los servicios, pague por ellos y

pídale a su proveedor un recibo detallado.

- Envíe el formulario de reclamación y una

104

copia de su recibo a:

Primeros Administradores Estadounidenses,
EyeMed Vision Care

Atención a: Reclamaciones OON

P. O. Box 8504

Mason, Ohio 45040-7111

Se le enviará su reembolso.

Para obtener información sobre los servicios fuera de la red, llame al centro de atención al cliente de EyeMed al

877. 735. 9314. Es posible que deba tener su tarjeta de identificación del plan oftalmológico estatal a mano.

Exclusiones y limitaciones

Algunos servicios y productos no tienen cobertura para sus beneficios del cuidado oftalmológico. Incluyen:

- Ortóptico (problemas con el uso de músculos oculares) o entrenamiento de la visión, visión por debajo de lo normal ayudas y cualquier prueba complementaria conexa;
- Lentes aniseikónicos (lentes para corregir una condición en la cual la imagen de un objeto en un ojo difiere de la imagen en el otro ojo);
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo u ojos, o estructuras de soporte;
- Cualquier examen oftalmológico o para la corrección de anteojos correctivos requeridos por el empleador como condición de empleo;
- Gafas 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 planos (sin receta) o lentes de contacto;
- Gafas de sol sin receta médica;

- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;

Guía de beneficios del seguro

- Servicios proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupales que ofrezca cuidado oftalmológico;
- Servicios prestados después de la fecha en que el inscrito ya no tiene cobertura bajo la póliza, excepto cuando se entregan los materiales oftalmológicos solicitados antes de que finalice la cobertura, y los servicios se proporcionan al inscrito durante los 31 días a partir de la fecha en que los materiales se ordenaron;
- Los lentes, monturas, gafas o lentes de contacto perdidos o rotos no se reemplazarán hasta que se programe su sustitución bajo la frecuencia de las prestaciones;
- Un beneficio no se puede combinar con ningún descuento, oferta promocional u otros planes de beneficios grupales.

Contactar con Eyemed

Puede comunicarse con el Centro de atención al cliente de EyeMed al 877. 735. 9314 o iniciando sesión en la página de inicio de EyeMed y luego seleccionando contáctenos en

Ayuda y Recursos. Asegúrese de tener lista la siguiente información:

- El nombre y apellido del suscriptor;
- Identificación de beneficios del suscriptor Número o número de seguro social;
- El número de grupo del plan oftalmológico estatal: 9925991; y
- Un número de fax o dirección, si se solicita información por fax o correo.

EyeMed tiene una aplicación que proporciona el mismo acceso que el sitio web para los miembros de EyeMed. Visite su tienda de aplicaciones y busque la aplicación gratuita EyeMed Members. Está disponible para iPhone, iPad, iPod Touch y dispositivos Android.

Apelaciones

Si una pregunta sobre las reclamaciones no puede resolverse con el centro de atención al cliente de EyEMed, puede escribirle al equipo de garantía de calidad a:

Cuidado oftalmológico EyeMed
Atención a: Quality Assurance
Department 4000 Luxottica Place

Mason, OH 45040

La información también puede enviarse por fax a 513. 492. 3259. Este equipo trabajará con usted para resolver su problema en un plazo de 30 días. Si no está satisfecho con el equipo, usted puede apelar a un subcomité de apelaciones de EyEMed, cuyos miembros no hayan estado involucrados en la decisión original. Todas las apelaciones son resueltas por EyEMed durante los 30 días siguientes a la fecha en que el subcomité los recibe.

Dado que el plan de cuidado oftalmológico está totalmente asegurado, no puede apelar a las determinaciones de EyeMed ante PEBA.

Ejemplos del plan oftalmológico estatal

Ejemplo uno

	Precio medio al por menor ⁸	y beneficios del plan oftalmológico estatal	Costo para el miembro en la
Examen oftalmológico	109 \$	Copago de 10 \$	Usted paga un copago de 10 \$.
Monturas	200 \$	Un copago de 0 \$ y 20 % de descuento en el saldo por encima de 160 \$.	Usted paga 40 \$.
Lentes			
Visión única	72 \$	Copago de 10 \$	Usted paga un copago de 10 \$.
Policarbonato (adultos)	62 \$	Copago de 30 \$	Usted paga un copago de 30 \$.
Anti reflejos de primera calidad (Crizal Alize)	97 \$	Copago de 68 \$	Usted paga un copago de 68 \$.
Su pago total	540 \$	No aplicable.	158 \$

Ejemplo dos

	Precio medio al por menor ⁸	y beneficios del plan oftalmológico estatal	Costo para el miembro en la
Examen oftalmológico	109 \$	Copago de 10 \$	Usted paga un copago de 10 \$.
Monturas	150 \$	Un copago de 0 \$ y 20 % de descuento en el saldo por encima de la asignación de 150 \$.	Usted paga 0 \$
Lentes			
Progresivos de primera calidad (nivel 2)	230 \$	Copago de 65 \$	Usted paga un copago de 65 \$.
Anti reflectante de primera calidad (Crizal Alize)	97 \$	Copago de 68 \$	Usted paga un copago de 68 \$.
Su pago total	586 \$	No aplicable.	143 \$

Ejemplo tres

	Precio medio al por menor ⁸	y beneficios del plan oftalmológico estatal	Costo para el miembro en la
Examen oftalmológico	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 \$	Subsidio de 130 \$	Usted paga 0 \$.
Su pago total	310 \$	No aplicable.	10 \$

⁸ Basado en los 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

Beneficio para empleados públicos de Carolina del Sur El programa de seguro de vida de la autoridad (PEBA) está suscrito por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). El seguro que se ofrece es un seguro de vida a término, lo cual significa que la cobertura se proporciona por un período de tiempo específico. La póliza 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 manos de PEBA. El contrato del seguro puede cambiarse en cualquier momento siempre que MetLife y PEBA estén de acuerdo con el cambio. Nadie más tiene la autoridad para cambiar el contrato. Todos los cambios deben ser por escrito, como una parte de la póliza y debe firmarla un funcionario de MetLife y de PEBA.

Elegibilidad

Por lo general, para inscribirse en el programa de seguro de vida, usted debe ser un empleado a tiempo completo que recibe una compensación de un departamento, agencia, junta, comisión o institución del estado; distrito escolar público; gobierno del condado, incluyendo los miembros del consejo del condado; empleador opcional participante; u otro empleador elegible que apruebe la ley estatal y que esté participando en el programa de seguro estatal. Los miembros de la Asamblea General de Carolina del Sur, los empleados administrativos de la Asamblea General y los jueces de los tribunales estatales también son elegibles para la cobertura del seguro de vida.

A los efectos del seguro, un empleado se clasifica como a tiempo completo si trabaja al menos 30 horas por semana. Si trabaja al menos 20 horas por semana, también puede ser elegible en los casos en que su empleador que tiene cobertura haya definido el tiempo completo como 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. Los empleados temporales, a destajo o estacionales no son elegibles.

Requisito de estar activo en el trabajo

Para estar asegurado o para recibir un aumento en la cantidad de su cobertura de seguro de vida, debe estar "Trabajando activamente". Esto significa que está cumpliendo plenamente con sus deberes habituales durante el número de horas programadas regularmente en el lugar de trabajo habitual del empleador o en otros lugares donde el negocio del empleador requiere que viaje.

Si no está trabajando debido a una enfermedad o lesión, no cumple con los requisitos de trabajo activo. Si usted está recibiendo un pago por beneficios por enfermedad, discapacidad a corto plazo o beneficios de discapacidad a largo plazo, tampoco cumplen con los requisitos.

Si no está activamente en el trabajo para la fecha de cobertura comenzaría en la fecha en que se hizo un aumento en la cantidad de su seguro de vida para que sea efectivo, de otra manera, no será elegible para la cobertura o el aumento hasta que regrese al trabajo activo. Si la ausencia es de un día no laboral, la cobertura no se retrasará siempre que usted estuviera activamente en el trabajo en el día laboral inmediatamente anterior al día no laboral. Excepto que lo contrario esté previsto en el certificado de seguro de vida, son elegibles para seguir asegurándose solo mientras permanezca activamente en el trabajo.

Cualquier selección de cobertura de seguro de vida o aumento en la cobertura realizada mientras usted no está activamente en el trabajo no será elegible para reclamaciones. Recibirá un reembolso de la prima por cualquier cobertura de seguro de vida que pagó para la que no fuera elegible.

Aplicaciones

Los formularios de aviso de elección y declaración de salud que llena para que tenga cobertura bajo este plan son

consideradas como su solicitud de cobertura de seguro de vida. MetLife puede usar declaraciones erróneas u omisiones en su solicitud para impugnar la validez del seguro o para denegar una reclamación.

Después de que la cobertura del seguro del asegurado haya estado en vigor durante su vida durante dos años a partir de la fecha efectiva de su cobertura, MetLife no puede impugnar la cobertura del asegurado excepto por fraude o impago de las primas. Sin embargo, si ha habido un aumento en la cantidad del seguro que el asegurado debía solicitar o para el cual MetLife requería evidencia médica, entonces, en la medida del aumento, cualquier pérdida que se produce durante los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor del aumento será discutible.

Cualquier declaración que el asegurado haga en su solicitud, en ausencia de fraude, se considerará representaciones (verdaderas para el momento) y no garantías (verdaderas para el momento y seguirán siendo verdaderas en el futuro). Además, cualquier declaración que haga un asegurado no será usada para anular su seguro, ni defenderse de una reclamación, a menos que la declaración esté contenida en la solicitud.

¿Cuál es la cantidad mínima de seguro de vida que debe tener? Para ayudarle a tener una idea de cuánto debe considerar, pruebe la calculadora de MetLife en www.metlife.com/scpeba.

Seguro básico de vida

Inscripción automática en el beneficio del 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 de TRICARE. No hay formularios específicos a llenar para participar, y usted recibe este beneficio sin costo alguno. La cobertura del seguro de vida básico proporciona:

- 3000 \$ en seguro de vida
los empleados elegibles de 69 años o menos; y

- 1500 \$ para empleados elegibles de 70 años o más.

Los importes de la cobertura por muerte accidental y desmembramiento son los mismos que en el seguro básico de vida.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que trabaja activamente como empleado de tiempo completo. Si se hace elegible en un día distinto del primer día calendario o el primer día laborable del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente. Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas al requisito activamente en el trabajo (consulte la página 108).

Seguro de vida opcional

Para muchas personas, comprar un seguro de vida adicional por encima de la cobertura proporcionada por el empleador puede ayudarle a tener una mayor seguridad financiera. El beneficio del seguro de vida opcional, con

La cobertura por muerte accidental y desmembramiento es un beneficio voluntario en el cual usted paga la prima completa sin contribuciones de PEBA, el estado de Carolina del Sur o de su empleador.

Inscripción inicial para empleados activos

Si usted es un empleado elegible, puede inscribirse en un seguro de vida opcional durante los 31 días de la fecha de su contratación. Deberá llenar los formularios requeridos. Puede elegir la cobertura, en incrementos de 10 000 \$, hasta tres veces sus ganancias anuales básicas (redondeadas a los 10 000 \$ más cercanos), o hasta 500 000 \$, lo que sea menor, sin proporcionar evidencia médica.

Puede solicitar un nivel de beneficio más alto, en incrementos de 10 000 \$, hasta un máximo de 500 000 \$, haciendo una *declaración de salud* para proporcionar evidencia médica. La declaración de salud está disponible por medio del administrador de beneficios.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que trabaja activamente como empleado de tiempo completo. Si usted es elegible en un día distinto del primer día calendario o el primer día laborable del mes,

su cobertura comienza el primer día del siguiente mes. Si se inscribe en una cantidad de cobertura que requiere evidencia médica, la fecha efectiva de su cobertura para la cantidad que requiere pruebas médicas será el primero del mes después de la aprobación.

Todas las fechas efectivas de cobertura están sujetas a la provisión de trabajo activo (consulte la página 108).

Entrada tardía

Con la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos

Si participa en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos de MoneyPlus y no se inscribe en la cobertura del seguro de vida opcional durante los 31 días desde la fecha en que comienza a trabajar, puede inscribirse solo durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad (consulte la página 21) o durante el período de inscripción abierta anual cada octubre. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, usted puede comprar una cobertura de seguro de vida opcional, en incrementos de 1 10 000, hasta un máximo de 5 50 000 sin proporcionar evidencia médica. La cobertura elegida como resultado de una elegibilidad especial será efectiva el primero del mes después de llenar y presentar un formulario de *aviso de elección*.

. De lo contrario, deberá llenar 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 vigor el primer día de enero después del período de inscripción o, si se aprueba después del 1 de enero, la cobertura tendrá efecto el primero del mes siguiente a la aprobación. Todas las fechas efectivas de cobertura están sujetas a la provisión de trabajo activo (consulte la página 108).

Sin la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos

Si no participa en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos de MoneyPlus y no se inscribe en la cobertura del seguro de vida opcional durante los 31 días posteriores a la fecha en que comienza a trabajar, puede inscribirse

durante todo el año, siempre y cuando usted proporcione pruebas médicas, y está aprobado por MetLife. Para inscribirse, deberá llenar un *formulario de aviso de elección* y un formulario de *declaración de salud* y devolverlos a su administrador de beneficios. Su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la aprobación. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, usted puede comprar una cobertura de seguro de vida opcional, en incrementos de 1 10 000, hasta un máximo de 5 50 000 sin proporcionar evidencia médica. La cobertura entrará en vigor el primero del mes después de llenar y presentar el formulario de *aviso de elección*.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura de vida opcional están sujetas al requisito de trabajo activo (consulte la página 108).

Primas

Las primas del seguro de vida opcionales están determinadas por su edad a partir del 31 de diciembre anterior y la cantidad de cobertura que seleccione. Puede pagar primas por hasta 50 000 \$ de cobertura antes de pagar impuestos a través de MoneyPlus (consulte la página 136). Los empleados jubilados no son elegibles para pagar primas a través de MoneyPlus.

¿Qué pasa si mi categoría de edad cambia?

Las tarifas se basan en su edad y aumentarán cuando cambie su categoría de edad. Si cambia su categoría de edad, 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 el 1 de enero del próximo año calendario.

Cambie el monto de su cobertura

Con la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos si participa en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos de MoneyPlus, puede aumentar, disminuir o eliminar su cobertura de vida opcional solo durante el período anual de la inscripción abierta en octubre o durante los 31 días

posteriores a una situación de elegibilidad especial (consulte la página 21).

Para aumentar su cobertura durante la inscripción abierta, deberá proporcionar evidencia médica y MetLife debe aprobarlo. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el 1 de enero siguiente al período de inscripción. Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas al requisito de trabajo activo (consulte la página 108). Si está aumentando su cobertura del seguro de vida opcional debido a una situación de elegibilidad especial, puede aumentarla en incrementos de 10 000 \$ hasta a 50 000 \$ (500 000 \$ será el monto máximo de cobertura) sin proporcionar pruebas médicas.

Sin la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos

Si no participa en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos de MoneyPlus, puede solicitar aumentar su cantidad de cobertura del seguro de vida opcional en cualquier momento del año proporcionando evidencia médica y recibiendo la aprobación de MetLife. Su cobertura en el nuevo nivel entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, usted puede comprar la cobertura del seguro 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 posterior a que complete y presente el formulario del *aviso de elección*.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura de vida opcional están sujetas al requisito de trabajo activo (consulte la página 108). Puede disminuir o cancelar su cobertura en cualquier momento. Sin embargo, si desea volver a inscribirse o aumentar la cobertura en una fecha posterior, debe proporcionar evidencia médica y ser aprobado por MetLife.

Seguro de vida para dependientes

Dependientes elegibles

Si usted es elegible para tener una cobertura de seguro de vida, puede inscribir a sus dependientes elegibles en el seguro de vida dependiente incluso si no se ha inscrito en el programa de vida opcional o en la cobertura del seguro médico estatal.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legítimo:
- Puede no ser elegible para la cobertura como empleado de un empleador participante.
- Niños:
- Incluye a los hijos naturales, hijos adoptados legalmente, hijos colocados en adopción (desde la fecha de colocación con los padres adoptivos hasta la adopción legal), hijastros o hijos para quienes usted tiene tutela legal.
- Desde el nacimiento vivo hasta los 19 años, o un hijo de al menos 19 años, pero menor de 25 años que asiste a la escuela en una jornada completa, (según lo define la institución) como su actividad principal y es principalmente dependiente de usted para el apoyo financiero.

Los cambios de elegibilidad del seguro hechos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, según enmendada por la Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación de 2010, no se aplican al seguro de vida para dependientes e hijos.

Los niños de cualquier edad son elegibles si son físicamente o mentalmente discapacitados de auto sustentarse, si no tienen la capacidad de auto mantenerse antes de los 25 años y dependen financieramente de usted para más de la mitad de su apoyo y mantenimiento.

Para obtener mayor información sobre cómo brindarle cobertura a un hijo discapacitado, consulte la página 16.

Una persona que es elegible como empleado o jubilado

en virtud de la póliza, o asegurado en el régimen de continuación, no es elegible como dependiente. Solo una persona puede asegurar a un hijo dependiente elegible.

PEBA puede realizar una auditoría de la elegibilidad del dependiente asegurado. Si el dependiente se encuentra como no elegible, no se le pagarán los beneficios.

Si ambos cónyuges trabajan para un empleador participante, solo uno puede tener cobertura como dependientes para hijos dependientes elegibles, y los cónyuges no pueden cubrirse entre sí.

Para presentar una reclamación bajo el seguro de vida para hijos dependientes para un hijo de 19 a 24 años, se le pedirá que demuestre que el hijo era un estudiante de tiempo completo para el momento de la inscripción y para el momento de la reclamación. Necesitará una declaración con el membrete de la institución educativa que verifica que el hijo era un estudiante de tiempo completo y proporciona las fechas de inscripción del hijo. La declaración debe dársele a su administrador de beneficios, que lo enviará a MetLife con el *Formulario de reclamación del seguro*.

Para presentar una reclamación por un hijo discapacitado mayor de 25 años, debe entregarle una certificación de discapacidad a su administrador de beneficios, quien lo enviará a MetLife con el *formulario de reclamación del seguro de vida*.

Personas dependientes excluidas

- Cualquier dependiente que sea elegible como empleado para la cobertura de seguro de vida, o que esté en el servicio militar a tiempo completo, no será considerado un dependiente.
- El ex cónyuge y los ex hijastros no pueden tener cobertura bajo el seguro de vida para dependiente a través de PEBA, incluso con una orden judicial.
- Un niño de crianza temporal no es elegible para la cobertura del seguro de vida dependiente.

Cobertura de cónyuge dependiente en la vida

Si está inscrito en el programa del seguro de vida opcional, puede cubrir a su cónyuge en incrementos de 10 000 \$ por hasta el 50 por ciento de su cobertura del seguro de vida opcional o 100 000 \$, lo que sea menor.

Sin embargo, si no está inscrito bajo la cobertura del seguro de vida opcional, puede inscribir a su cónyuge por solo 10 000 \$ o 20 000 \$.

Se necesitan pruebas médicas para todas las cantidades de cobertura superiores a 20 000 \$, aumentos de la cuantía de la cobertura de más de 20 000 \$ y para la cobertura no elegida cuando su cónyuge se haga elegible o debido a una situación especial de elegibilidad.

La cobertura de su cónyuge se reducirá a los 70, 75 y 80 años según su edad.

El cónyuge inscrito bajo la cobertura de vida dependiente también tiene cobertura por muerte accidental y beneficios de desmembramiento. Son elegibles para el beneficio del cinturón de seguridad, la prestación de la bolsa de aire, la prestación de cuidado de sus hijos y la prestación de educación infantil (consulte las páginas 116 a 117).

Cobertura del seguro de vida dependiente

La prestación del seguro de vida para hijos dependientes es de 15 000 \$ por hijo, y la cobertura está garantizada. Los niños son elegibles desde el nacimiento vivo hasta los 19 o 25 años si son estudiantes de tiempo completo. Un hijo solo puede tener cobertura por un padre bajo este plan.

Inscripción

Durante los 31 días desde la fecha de su contratación, puede inscribirse en el seguro del cónyuge dependiente hasta 20 000 \$ sin proporcionar evidencia médica. Se requiere la inscripción en el seguro de vida opcional para inscribirse en la cobertura de cónyuge del seguro de vida dependiente por más de 20 000 \$. No puede cubrir a su ex cónyuge.

Los hijos elegibles pueden agregarse en la inscripción inicial y durante todo el año sin proporcionar evidencia médica.

Para inscribirse en el seguro de vida dependiente, debe llenar un *formulario de aviso de elección* y devolverlo a su administrador de beneficios. Cada dependiente que desea que tenga cobertura debe aparecer en el *formulario de aviso de elección*.

Su cobertura de dependientes comienza el primer día del mes si usted está activamente en el trabajo para ese día como empleado a tiempo completo. Si llega a ser elegible el primer día hábil del mes (el primer día que no sea un sábado, domingo o día feriado), y no es el primer día calendario, puede elegir que la cobertura comience el primer día de ese mes o el primer día del mes siguiente. Si cumple con los requisitos en un día distinto del primer día calendario o el primer día laborable del mes, la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente.

En cualquier momento durante el año, puede inscribirse o agregar cobertura adicional al seguro de vida del cónyuge dependiente llenando un formulario de declaración de salud para proporcionar evidencia médica. La cobertura adicional es efectiva el primero del mes después de la aprobación de la evidencia médica.

Todas las fechas de vigencia están sujetas al requisito de trabajo activo (consulte la página 108) y la disposición de no confinamiento para dependientes, que se encuentran más adelante en esta sección.

Agregue a su nuevo cónyuge

Si desea agregar a su cónyuge porque se casa, puede inscribirse en la cobertura del seguro de vida del cónyuge dependiente de 10 000 \$ o 20 000 \$ sin proporcionar evidencia médica. Para hacer esto, llene un formulario de aviso de elección durante los 31 días posteriores a la fecha de su matrimonio. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes posterior a que llene y presente el formulario de *aviso de elección*. No puede darle cobertura a su cónyuge como dependiente si su cónyuge es o se convierte en empleado de un empleador que participa en el plan.

Si usted se divorcia, debe retirar a su cónyuge

Su cobertura de vida dependiente. Usted tendrá que llenar un formulario de aviso de elección durante los 31 días siguientes a la fecha de su divorcio. La cobertura del seguro de vida dependiente termina en la fecha del divorcio.

Pérdida de empleo de parte del cónyuge

Si el empleo de su cónyuge con un empleador participante se termina, puede inscribir a su cónyuge bajo la cobertura del seguro de vida dependiente por hasta 20 000 \$ durante los 31 días desde

su terminación sin proporcionar evidencia médica. Si su cónyuge pierde el seguro de vida a través de un empleador que no participa en el seguro PEBA, puede inscribirse durante todo el año llenando un formulario de declaración de salud para proporcionar evidencia médica.

Entrada tardía

Si no se inscribe durante los 31 días posteriores a la fecha en que comienza a trabajar o está casado, puede inscribir a su cónyuge durante todo el año siempre que proporcione evidencia médica y la aprobación de Met Life. Para ello, llene el *formulario del 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 efectivas de cobertura están sujetas a los requisitos de trabajo activo y a la disposición de no confinamiento de los dependientes.

Agregar a los hijos

Los niños elegibles pueden añadirse durante todo el año sin proporcionar evidencia médica llenando un formulario de *aviso de elección* y devolverlo a su administrador de beneficios. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a que llene y presente el formulario.

Su hijo elegible tiene cobertura automáticamente durante 30 días a partir del nacimiento del niño. Para continuar con la cobertura de su hijo, deberá incluir a cada hijo en su formulario de aviso de elección durante los 31 días siguientes al nacimiento; de lo contrario, la cobertura del hijo finalizará al final del período de 30 días.

Debe incluir a cada hijo en su *aviso de elección*

Formulario durante los 31 días posteriores al nacimiento, incluso si tiene una cobertura de seguro de vida dependiente cuando tiene un nuevo hijo elegible.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas a la disposición de no confinamiento dependiente como se describe a continuación.

Si un dependiente es hospitalizado o confinado debido a una 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 confinamiento. Esto no se aplica a un recién nacido. Sin embargo, en ningún caso el seguro de un dependiente será efectivo antes de que su seguro de vida entre en vigencia.

Primas

La cobertura del seguro de vida del cónyuge dependiente y la cobertura del seguro de vida del hijo dependiente son prestaciones separadas por las que usted paga primas separadas.

114

Las primas son pagadas íntegramente por usted, sin ninguna contribución de parte de su empleador, y pueden ser pagadas a través de la deducción de la nómina.

Las primas para la cobertura del seguro de vida de hijo dependiente son de 1,26 \$, independientemente de la cantidad de hijos que tienen cobertura.

Beneficiarios

Un beneficiario es la o las personas que recibirán los pagos del seguro si usted fallece. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento, a menos que haya renunciado a este derecho. Si no tiene beneficiarios elegibles nombrados, las prestaciones por fallecimiento se le pagarán a:

1. Su patrimonio;
2. Su cónyuge legal, si vive; de lo contrario, a:
3. Su hijo o hijos naturales o adoptados legalmente, en partes iguales, si viven; de lo contrario, a: Sus padres, en partes iguales, si viven, de lo contrario, a:
4. Sus hermanos, en partes iguales, si viven.

Cambiando a sus beneficiarios

Puede cambiar a sus beneficiarios en línea a través de [MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov). O notificándole a su administrador de beneficios y llenando un formulario de aviso de elección. El cambio entrará en vigor en la fecha en que se firme la solicitud. Tenga en cuenta que MetLife permitirá los cambios de beneficiarios mediante un poder notarial solo si los documentos establecen específicamente que el apoderado tenga el poder de cambiar las designaciones de los beneficiarios.

Asignación

Puede transferir los derechos de propiedad de su seguro a un tercero, lo que se conoce como asignación de su seguro de vida. MetLife no estará obligado por una cesión del certificado o de cualquier interés en este a menos que se realice como una declaración escrita, usted presente el instrumento original o una copia certificada en la oficina central de MetLife y MetLife le envíe una copia reconocida.

MetLife no se hace responsable de la validez de ninguna cesión. Deberá asegurarse de que la asignación sea legal en su estado y de que logre los objetivos previstos. Si una reclamación se basa en una asignación, MetLife puede requerir una prueba de interés del

Guía de beneficios del seguro

reclamante. Una asignación válida tendrá prioridad sobre cualquier reclamación del beneficiario.

Muerte accidental y desmembramiento

Esta sección no se aplica a los jubilados ni a los hijos dependientes.

Cronograma de pérdidas y beneficios accidentales

Además de cualquier beneficio del seguro de vida, MetLife le pagará por muerte accidental y desmembramiento beneficios iguales a la cuantía de los servicios básicos y opcionales del seguro de vida para el que está asegurado el empleado y una cuantía igual a la cuantía del seguro de vida del cónyuge dependiente para el que está asegurado el cónyuge, de acuerdo con la tabla que se encuentra a continuación, si:

1. Sufre lesiones corporales accidentales mientras su seguro está vigente;
2. Una pérdida resulta directamente de dicha lesión, independientemente de todas las demás causas, y es involuntaria, inesperada e imprevista; y
3. Dicha pérdida se produce durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente que causó la lesión.

Para inscribirse en el seguro de vida dependiente, debe llenar un *formulario de aviso de elección* y devolverlo a su administrador de beneficios. Cada dependiente que desea que tenga cobertura debe estar en la lista en el formulario de aviso de elección.

La cobertura de su dependiente comienza el primer día del mes si usted está activamente en el trabajo ese día como empleado a tiempo completo. Si llega a ser elegible el primer día hábil del mes (el primer día que no sea un sábado, domingo o feriado), y no es el primer día calendario, puede elegir que la cobertura comience el primer día de ese mes o el primer día del mes siguiente. Si cumple los requisitos en un día distinto del primer día calendario o el primer día laborable del mes, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente.

En cualquier momento durante el año, puede inscribirse o agregar cobertura de un seguro de vida adicional para el cónyuge dependiente completando un *formulario de declaración de salud* para proporcionar evidencia 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 están sujetas al requisito del trabajo activo (consulte la página 108) y a la disposición de no confinamiento dependiente, que se encuentra más adelante en esta sección.

Agregue a su nuevo cónyuge

Si desea agregar un cónyuge porque se casó, puede inscribirse en la cobertura del seguro de vida del cónyuge dependiente de 10 000 \$ o 20 000 \$ sin proporcionar evidencia médica. Para hacer esto, llene un *formulario de aviso de elección* durante los 31 días posteriores a la fecha de su matrimonio. La cobertura entra en vigencia el primero del mes después de llenar y presentar el formulario de *aviso de elección*. Usted no puede brindarle cobertura a su cónyuge como dependiente si su cónyuge es o se hace empleado de un empleador que participa en el plan.

Si usted se divorcia, debe retirar a su cónyuge de su cobertura de vida para dependientes. Deberá llenar un *formulario de aviso de elección* durante los 31 días posteriores a la fecha de su divorcio. La cobertura finaliza para la fecha del divorcio.

Pérdida del empleo del cónyuge

Descripción de la pérdida	Porcentaje del monto del seguro de
Seguro de vida	100 %
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Habla y audición de ambos oídos	100 %
Ya sea una mano o pie, y vista de un ojo	100 %
Movimiento de las extremidades superiores e	100 %
Movimiento de ambas extremidades inferiores	75 %
Movimiento de ambas piernas y un brazo, o ambos brazos y una	75 %
Movimiento de las extremidades superiores e inferiores de un lado del	50 %
Ya sea mano o pie	50 %
Vista de un ojo	50 %
Habla u audición en ambos oídos	50 %
Movimiento de una extremidad (uniplejía)	25 %
Pulgar e índice de la misma mano	25 %

¿Qué no tiene cobertura?

MetLife no pagará la muerte accidental y los beneficios de desmembramiento en esta sección para cualquier pérdida causada o contribuida por:

- LESIÓN INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Cometer o intentar cometer un delito grave.
- Enfermedad física o mental y enfermedad.
- Alcohol en combinación con cualquier medicamento, droga o sedante.
- El uso voluntario de medicamentos recetados,

Si el empleo de su cónyuge con un empleador participante termina, usted puede inscribir a su cónyuge en la cobertura del seguro de vida dependiente por hasta 20 000 \$ durante

los 31 días de su rescisión sin proporcionar evidencia médica. Si su cónyuge pierde el seguro de vida a través de un **empleador** que no participa en el seguro PEBA, puede inscribirse durante todo el año llenando un formulario de *declaración de salud* para proporcionar las pruebas médicas.

Entrada tardía

Si no se inscribe en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que comienza el empleo o está casado, puede inscribir a su cónyuge durante todo el año, siempre y cuando proporcione la evidencia médica y que esta sea aprobada por MetLife. Para hacerlo, llene un *formulario de aviso de elección* y un formulario de *declaración de salud*. Su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la aprobación. Todas las fechas efectivas de cobertura están sujetas a los requisitos de trabajo activo y a la disposición de no confinamiento de los dependientes.

Agregar a los hijos

Los hijos elegibles pueden ser añadidos durante todo el año sin proporcionar evidencia médica llenando un *formulario de aviso de elección* y devolviéndolo a su administrador de beneficios. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a que llene y presente el formulario. Su hijo elegible tiene cobertura automáticamente durante 30 días a partir del nacimiento del niño. Para continuar con la cobertura de su hijo, deberá incluir a cada hijo en su *aviso de elección* durante los 31 días siguientes al nacimiento; de lo contrario, la cobertura del niño finalizará al final del período de 30 días. Debe incluir a cada hijo en su *aviso de elección* durante los 31 días posteriores al nacimiento, incluso si tiene cobertura de seguro de vida dependiente cuando usted tiene un nuevo hijo elegible.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas a la disposición de no confinamiento de dependientes como se describe a continuación.

Si un dependiente es hospitalizado o confinado por enfermedad para la fecha de su seguro sería de otro modo eficaz con una fecha que se retrasará hasta que sea liberado de tal hospitalización o confinamiento. Esto no se aplica al niño recién nacido. Sin embargo, en

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Beneficio del cinturón de seguridad y bolsa de aire (solo muerte accidental y desmembramiento del seguro de vida básico, opcional y vitalicio del cónyuge dependiente)

El beneficio del cinturón de seguridad es un 10 por ciento adicional de su beneficio por muerte accidental. Sin embargo, la cantidad que MetLife pagará por este beneficio no sea inferior a 1000 \$ o más de 25 000 \$. Por ejemplo, si el monto del seguro de vida opcional es de 20 000 \$ y fallece en un accidente, se pagará un beneficio adicional por muerte accidental de 20 000 \$. El beneficio del cinturón de seguridad aumenta este beneficio por muerte accidental en un 10 por ciento, o 2000 \$. El beneficio total por muerte accidental será entonces de 22 000 \$, lo que significa que la prestación total por muerte será de 42 000 \$.

El beneficio de la bolsa de aire es un 5 % adicional. Sin embargo, el monto pagado por este beneficio no será menor de 1000 \$ ni mayor de 10 000 \$ de su beneficio por muerte accidental. Por ejemplo, si el monto del seguro de vida es de 20 000 \$ y usted fallece en un accidente, un beneficio adicional de un beneficio de 20 000 \$ de muerte accidental como prestación por fallecimiento. El beneficio del cinturón de seguridad aumenta el beneficio por muerte accidental en 2000 \$, y el beneficio de la bolsa de aire aumenta el beneficio por muerte accidental en 1000 \$ (5 por ciento de 20 000 \$), lo que significa que el beneficio por muerte total será de 43 000 \$.

Para ser elegible para estos beneficios, los siguientes aplican:

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 adecuado por parte del asegurado en el momento del accidente según lo certificado en el informe oficial del accidente o por el oficial investigador.
4. En el momento del accidente, el conductor del turismo privado era un conductor autorizado y no estaba intoxicado, deteriorado o bajo la influencia del alcohol o las drogas.

ningún caso el seguro de un dependiente se hace efectivo antes de que su seguro de vida sea efectivo.

Beneficio de cuidado de niños (solo muerte accidental y desmembramiento del cónyuge de vida de dependientes y opcional)

Se pagará una prestación por cuidado de hijos a cada dependiente menor de 7 años (en el momento del fallecimiento del asegurado) y que está matriculado en una guardería programa. La prestación por cada hijo por año será el menor de:

1. Doce por ciento de tu cantidad de Accidentales Seguro por muerte y desmembramiento; o
2. 5.000 dólares; o
3. Gastos reales de cuidado de niños.

Se pagará por cada dependiente que califique por no más de dos años Si este beneficio está en vigor en la fecha en que falleció el empleado o el cónyuge y no hay ningún hijo dependiente que pueda calificar para este beneficio, MetLife pagará 1000 \$ al beneficiario.

Prestación por educación para los hijos dependientes (solo por muerte accidental y desmembramiento del cónyuge dependiente)

Se paga una prestación de educación por cada dependiente que califica como estudiante. Un dependiente calificado debe ser estudiante de educación superior que asista a una escuela de educación superior a tiempo completo en el momento de la muerte del asegurado o en el 12° grado y se convertirá en estudiante de educación superior a tiempo completo en una escuela de educación superior durante los 365 días posteriores al fallecimiento del asegurado. El máximo es de \$10,000 por año académico con un beneficio general máximo del 25 por ciento del monto de la cobertura. El beneficio será pagadero al comienzo de cada año escolar un máximo de cuatro años consecutivos, pero no más allá de la fecha en que el niño cumple 25 años. Si este beneficio está en vigor en la fecha en que muera o su cónyuge muere y usted no tiene un hijo que pueda calificar para ello, MetLife pagará \$1,000 a su beneficiario.

Prestación por asalto por delito grave (muerte accidental opcional y desmembramiento, solo empleado)

Se paga un beneficio por agresión grave si resulta lesionado en una agresión grave y la lesión resulta en una pérdida por la cual se pagan beneficios en virtud del beneficio por

su monto de seguro opcional por muerte accidental y desmembramiento con la cobertura.

Un asalto criminal es un asalto físico por parte de otra persona que resulta en daño físico para usted. La agresión debe entrañar el uso de la fuerza o la violencia con la intención de causar daño y debe ser un delito grave con arreglo a las leyes de la jurisdicción en que se cometió el acto.

Beneficio de repatriación (vida básica, vida opcional y vida para dependientes: muerte accidental y desmembramiento del cónyuge)

Se pagará un beneficio de repatriación si usted o su cónyuge que tiene cobertura de seguro de vida para cónyuge dependiente fallece de manera que tendría cobertura bajo la Prestación por muerte accidental y desmembramiento y si la muerte ocurre a más de 100 millas de su residencia principal.

La prestación de repatriación será la menor de:

- Los gastos reales incurridos por:
- Preparación del cuerpo para su entierro o cremación, y
- Transporte del cuerpo al lugar de entierro o cremación;
- 5.000 dólares, la cantidad máxima para este beneficio.

Beneficio de transporte público (transporte público) (básico, muerte accidental y desmembramiento opcional, solo para empleados)

Si fallece como resultado de un accidente que tiene cobertura y que ocurre mientras usted es pasajero de un transporte público, MetLife pagará un beneficio adicional igual a su cantidad total de 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 tarifas.

Guía de beneficios del seguro

muerte accidental y desmembramiento. El beneficio es el menor de una vez a sus ganancias anuales, \$ 25,000 o

Ventajas de MetLife SM

Sus beneficios opcionales de seguro de vida incluyen acceso a MetLife AdvantageSM, un conjunto integral de servicios valiosos para soporte, planificación y protección cuando más lo necesite sin costo alguno para usted.

Preparación del testamento

Le ofrece a usted y a su cónyuge reuniones ilimitadas cara a cara o por teléfono con un abogado, de la red de MetLife Legal Plans de más de 18,000 abogados participantes, para preparar o actualizar un testamento, testamento vital y poder.

Para obtener mayor información, llame a los planes legales de MetLife al 800. 821. 6400, de 8 AM a 7 PM., de lunes a viernes. Indíquese al Representante de Servicio al Cliente que está en PEBA (número de grupo 200879) y proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

Servicios de resolución patrimonial

Los representantes de sucesiones y los beneficiarios pueden recibir asistencia legal cara a cara ilimitada para probar su patrimonio y el de su cónyuge.

Los beneficiarios también pueden consultar a un abogado, de la red de MetLife Legal Planes de más de 18.000 abogados participantes, para preguntas generales sobre el proceso de sucesión.

Para obtener mayor información, llame a los planes legales de MetLife al 800. 821. 6400, de 8 AM a 7 PM., de lunes a viernes. Indíquese al Representante de Servicio al Cliente que está en PEBA (número de grupo 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 vital, un poder notarial y un formulario de autorización de HIPAA por su cuenta, a su propio ritmo, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Visite www.willscenter.com y regístrese como nuevo

Usuario. Siga las sencillas instrucciones para crear su documento en línea. Este beneficio también está disponible para incluso si sólo tiene un seguro básico de vida.

Asistencia de planificación funeraria

Servicios diseñados para simplificar la planificación funeraria proceso para sus seres queridos y beneficiarios para ayudarlos a organizar un evento que honrará la vida de un ser querido desde una guía de planificación funeraria a su propio ritmo hasta servicios, como localizar un funeral hogares, floristas y grupos locales de apoyo.

Llame a Dignity Memorial las 24 horas del día a 866.853.0954 o visite finalwishesplanning.com. También puede utilizar este número de teléfono para localizar funerarias y otros proveedores de servicios importantes.

Consejería de duelo

Le brinda a usted y sus dependientes hasta cinco sesiones de consejería privada en persona por evento con un consejero de duelo profesional para ayudarlo a sobrellevar una pérdida, sin importar las circunstancias, ya sea una muerte, una enfermedad o un divorcio. Las sesiones también pueden realizarse por teléfono.

Llame a LifeWorks US, Inc. 24 horas al día, 7 días a la semana a 888.319.7819.

Cuenta De Liquidación Real

La cuenta de control total (TCA) * es una opción de liquidación que proporciona a sus seres queridos una forma segura y conveniente de administrar los ingresos del seguro de vida. Tendrán la conveniencia de tener acceso inmediato a cualquiera o todos sus ingresos a través de una cuenta que devenga intereses con privilegios ilimitados para emitir cheques. La cuenta de control total también permite a los beneficiarios tiempo para decidir qué hacer con sus ganancias.

Llame a MetLife al 800 .638 .7283, 8 AM a 6 PM de lunes a viernes.

Soluciones de transición

Se centra en la orientación y los servicios relacionados con los seguros y otros productos financieros para ayudarlo a usted y a su familia a prepararse mejor para su futuro en respuesta a eventos que cambian los beneficios.

Llame a MetLife para estar conectado con Barnum Financial Grupo de profesionales financieros en 877.275.6387, 9 AM a 6 PM, de lunes a viernes.

Delivering the Promise®

Ayuda a los beneficiarios a clasificar los detalles y las preguntas serias sobre reclamaciones y necesidades financieras durante un momento difícil. MetLife ha contratado a profesionales financieros de Barnum Financial Group estar disponible para recibir asistencia en persona o por teléfono para ayudarlo con la presentación de reclamaciones del seguro de vida, beneficios del gobierno y ayuda con preguntas financieras.

Para ser referido a un especialista de Delivering the Promise que se comunicará con usted directamente y le dará indicaciones, llame al 877 .275 .6387.

Reclamaciones

Para pagar los beneficios, MetLife debe recibir una prueba escrita de pérdida. Esto significa que una reclamación debe presentarse como que se describen a continuación.

Su beneficio acelerado

Si un médico le diagnostica a usted o a su dependiente que tiene cobertura 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 pagará a su beneficiario en el momento de su muerte. Una enfermedad terminal significa que usted tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos.

Para presentar una reclamación, notifiquele a su empleador. Luego, usted, su empleador y el médico tratante completarán cada uno una sección del formulario de Opción de beneficio acelerado de MetLife.

Cómo presentar una reclamación.

Cuando usted o su dependiente mueren, su empleador debe ser notificado. Esto debe hacerse tan pronto como sea razonablemente posible. El administrador de beneficios llenará y enviará el formulario de *reclamación del seguro*. MetLife enviará al beneficiario una declaración de beneficiario y una carta de condolencia, que solicita un certificado de defunción original certificado.

Cuando MetLife recibe una prueba aceptable de la muerte de su dependiente que tiene cobertura, le pagará el beneficio del seguro de vida. Si usted ya no vive, se pagará a su beneficiario.

Cuando un jubilado muere, el beneficiario, o el empleador en su nombre, deben notificar a MetLife de la muerte llamando a 800 .638 .6420.

Disposición de suicidio

No se pagará el beneficio del seguro de vida opcional o de vida dependiente del cónyuge o hijo dependiente se pagará si la muerte es consecuencia del suicidio, ya sea que la persona que tiene cobertura esté sana o demente, durante los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor. Si el suicidio ocurre durante los dos años de un aumento de cobertura, el beneficio por fallecimiento pagadero se limita a la cantidad de cobertura en vigor antes del aumento.

Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento

En caso de muerte accidental, su empleador debe ser notificado. El administrador de beneficios llenará y *enviará el formulario de reclamación del seguro de vida* de MetLife. MetLife pagará el beneficio por muerte accidental a sus beneficiarios.

Si sufrió otras pérdidas que tienen cobertura por muerte accidental y desmembramiento, usted, su empleador y su médico deben llenar el formulario de *reclamación por muerte accidental y desmembramiento* y enviarlo a MetLife. Se le pagará el beneficio por otras pérdidas que haya sufrido, si vive. De lo contrario, se pagará a su beneficiario.

La muerte accidental de un dependiente y El beneficio de desmembramiento se le pagará, si está viviendo. De lo contrario, se le pagará a su beneficiario.

Exámenes y autopsias

MetLife se reserva el derecho de hacerle un examen médico a su cargo cuando y con la frecuencia que razonablemente requiera cada vez que se presente una reclamación pendiente y, donde no esté prohibido por la ley, MetLife se reserva el derecho de que se realice una autopsia en caso de muerte.

Cuando termine su cobertura

Terminación de la cobertura

Su seguro finalizará a medianoche el más temprano de:

- El último día del mes en que termina su empleo;
- El último día del mes en que toma una licencia no aprobada;
- El último día del mes en que ingresa a una clase de empleados que no son elegibles para la cobertura (por ejemplo, un cambio de tiempo completo a tiempo parcial

estado);

- La fecha en que finaliza la política de PEBA; o
- El último día del mes no paga la prima requerida para ese mes.

La cobertura para jubilados terminará el 1 de enero después:

- Alcanza los 70 años si continuó con la cobertura y se jubiló antes del 1 de enero de 1999; o
- Usted alcanza la edad de 75 años, si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 y más tarde.

Las reclamaciones realizadas antes de la fecha en que finalice la cobertura del seguro no se verán afectados por la terminación de la cobertura.

Terminación de la cobertura del seguro de vida dependiente

La cobertura de su dependiente finalizará a medianoche el más temprano de:

- El día en que termine la política de PEBA;
- El día que usted, el empleado, muera;
- El último día del mes en el que el dependiente ya no cumple con la definición de dependiente; o
- El día en que las primas de la cobertura del seguro de vida dependiente son vencidas y no pagadas por un período de 30 días.

Las reclamaciones realizadas antes de la fecha en que finalice la cobertura del seguro no se verán afectados por la terminación de la cobertura. **Ampliación de las prestaciones**

Ampliación de las prestaciones

Se proporciona una extensión de beneficios de acuerdo con los requisitos a continuación. MetLife no está obligado por contrato a proporcionar estos beneficios a menos que usted cumpla con estos requisitos.

Licencia de ausencia

Si tiene un permiso de ausencia aprobado por el empleador y sigue siendo elegible para los beneficios activos, puede continuar con su seguro de vida opcional por un máximo de 12 meses a partir del primero del mes después del último día trabajado, siempre y cuando usted pague las primas requeridas. MetLife puede requerir

prueba de su aprobación de licencia de ausencia antes de que se paguen las reclamaciones.

Licencia militar

Si ingresa al servicio militar activo y se le concede una licencia militar por escrito, su la cobertura del seguro de vida (incluyendo la cobertura del seguro de vida para dependientes) puede continuar hasta por 12 meses a partir del primer día del mes posterior al último día trabajado, siempre que pague las primas requeridas. Si la licencia termina antes del acuerdo...en la fecha, esta continuación terminará inmediatamente. Si regresa del servicio militar activo después de ser dado de alta y califica para regresar al trabajo según la ley federal o estatal aplicable, puede ser elegible para la cobertura de un seguro de vida que tenía antes de que comenzara la licencia, siempre que sea contratado nuevamente por el mismo empleador y solicite su reincorporación durante los 31 días posteriores a su regreso al trabajo.

Incapacidad

Si queda discapacitado, su cobertura de seguro de vida puede continuar hasta por 12 meses a partir de su último día trabajado, siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios activos y:

- Usted continúa pagando las primas; y
- La póliza de seguro de vida opcional no termina.

Cuando pierde la elegibilidad para los beneficios activos debido a una discapacidad

- Si es elegible para un seguro para jubilados, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida entera o continuar con su seguro de vida opcional hasta los 75 años. Obtenga mayor información sobre sus opciones para el seguro de vida en la página 164.
- Si no es elegible para el seguro de jubilado, puede convertir su cobertura a una póliza individual para la vida. Debe enviar una solicitud de conversión en un plazo de 31 días a partir de la terminación de la cobertura de empleado activo.
- Si posteriormente se le aprueba para los beneficios de jubilación por discapacidad y, por lo tanto, es elegible para el seguro de jubilación, puede inscribirse en

hasta la misma cantidad de cobertura de vida opcional que tenía cuando finalizó su elegibilidad para los beneficios activos. Para hacerlo, comuníquese con MetLife durante los 31 días posteriores a la fecha de aprobación de su jubilación por discapacidad. La cobertura comenzaría el primer día del mes siguiente a su aprobación para la jubilación por discapacidad.

Para obtener mayor información sobre la elegibilidad del seguro para jubilados, consulte la página 155.

Continuar o convertir su seguro de vida

Tenga en cuenta que la cobertura de muerte accidental y desmembramiento no puede continuar o convertirse.

Continuación

Si es elegible para un seguro de jubilado, puede continuar con su cobertura de seguro y pagar primas directamente a MetLife. MetLife le enviará por correo un paquete de conversión o continuación. Paquetes se envían por correo de EE. UU. de tres a cinco días hábiles después de que MetLife reciba el archivo de elegibilidad de PEBA. Para continuar con su cobertura, complete el formulario que se incluirá en su paquete de MetLife. La cobertura se pierde debido a la jubilación aprobada o jubilación por discapacidad aprobada.

Si tiene preguntas sobre sus opciones para continuar con su cobertura de seguro o si desea solicitar formularios de continuación, comuníquese con MetLife al 888 .507 .3767, 8 a .m. a las 11 p .m., de lunes a viernes. Se debe recibir una solicitud completa

durante los 31 días posteriores a la terminación de su beneficio.

Si continúa con su cobertura, recibirá una factura de MetLife por sus primas. Usted pagará sus primas directamente a MetLife. Comuníquese con MetLife al 888 .507 .3767 si desea realizar cambios en su cobertura.

Conversión

Si su seguro básico, opcional o dependiente termina porque su empleo o elegibilidad para la cobertura termina, puede solicitar convertir su cobertura a una póliza individual de seguro de vida completa, una forma permanente de seguro de vida, sin proporcionar evidencia médica. MetLife te enviará un paquete de conversión. Los paquetes se envían a través de EE. UU. enviar por correo de tres a cinco días hábiles después de que MetLife reciba el archivo de elegibilidad de PEBA. Para convertir su cobertura, siga las instrucciones incluidas en su paquete de MetLife. La póliza se emitirá sin evidencia médica si solicita y paga la prima durante los 31 días.

Al solicitar cobertura, recuerde estas reglas:

1. Usted no puede solicitar más de la cantidad de seguro de vida que tenía bajo su seguro de vida grupal rescindido.
2. Su nueva prima para la política de conversión se fijará en la tarifa estándar de MetLife para la cantidad de cobertura que desee convertir y su edad.

Debe comunicarse con MetLife durante los 31 días posteriores a la fecha de finalización de su cobertura de seguro.

Se termina la directiva de grupo

Si su seguro de vida grupal finaliza debido a la terminación por parte del estado de la póliza o rescisión como clase, puede ser elegible para una política de conversión. Para obtener mayor información, consulte el certificado MetLife bajo la opción de la sección de conversión.

Beneficio por muerte durante el período de conversión

Si usted muere durante los 31 días y Si el seguro grupal se canceló y cumple con los requisitos de elegibilidad de conversión, MetLife pagará un beneficio por fallecimiento independientemente de si se ha presentado una solicitud de cobertura bajo una póliza individual. El beneficio por fallecimiento será la cantidad de seguro que hubiera sido elegible, para convertir bajo los términos de la sección Derecho de conversión.

Discapacidad a largo plazo

Discapacidad complementaria a largo plazo

El Plan Básico de Discapacidad a Largo Plazo (BLTD por sus siglas en inglés), administrado por una compañía de seguro estándar (El estándar), es un plan de discapacidad financiado por el empleador proporcionado por el estado. Ayuda a proteger una parte de sus ingresos si queda discapacitado según lo define el Plan. Este beneficio se proporciona sin costo alguno para usted.

Si tiene alguna pregunta o necesita mayor información, póngase en contacto con el estándar al 800. 6280. 9696 o www.standard.com/mybenefits/southcarolina.

Descripción general de los beneficios del plan BLTD

Período de espera de los beneficios	90 días
Mensual Porcentaje de beneficio BLTD	Hasta 62.5 por ciento de sus ingresos de predisposición, reducido por el ingreso deducible.
Beneficio máximo	800 \$ por mes
Período máximo del beneficio	Hasta los 65 años si se incapacita antes de los 62 años. Si queda discapacitado a los 62 años o más, el período de beneficio máximo se basa en Según su edad en el momento de la discapacidad. El período máximo de beneficios para los mayores de 69 años es de un año.

Elegibilidad

Usted es elegible para BLTD si tiene cobertura bajo el plan de salud estatal o el plan suplementario TRICARE y es empleado activo a tiempo completo como se define por el plan o es un empleado académico a tiempo completo y usted es empleado por: un departamento, agencia, consejo, comisión o institución del distrito escolar público, el gobierno del condado (incluyendo los miembros del consejo del condado), u otro grupo que participa en el seguro estatal programa. Los miembros de la Asamblea General y los jueces de los tribunales estatales también son elegibles para la cobertura.

Para recibir beneficios, debe tener un empleo activo cuando se produzca su discapacidad.

Si se incapacita, puede ser elegible para beneficios adicionales a través de PEBA que son aparte de los beneficios descritos aquí. Llame al 803. 737. 6800 para obtener mayor información.

Período de espera de los beneficios

El período de espera de prestaciones es el tiempo que debe estar incapacitado antes de pagar las prestaciones. El plan BLTD tiene un período de espera de prestaciones de 90 días, y los beneficios no se pagan durante este período.

Certificado

El certificado BLTD está disponible en peba.sc.gov/publicaciones bajo Discapacidad a largo plazo. El documento del plan BLTD es un contrato que contiene las disposiciones de control de este plan de seguro. Ni el certificado ni ningún otro material, incluida esta publicación, pueden modificar las disposiciones del documento del plan.

¿Cuándo se considera discapacitado?

Se le considera discapacitado y elegible para recibir beneficios si no puede cumplir con los requisitos de su ocupación debido a una lesión, enfermedad física, trastorno mental o embarazo que tiene cobertura. Usted también tendrá que satisfacer el período de espera de prestaciones y cumplir con las definiciones aplicables de discapacidad que figuran a continuación durante el período al que se aplican.

Discapacidad de ocupación propia

No puede realizar, con una continuidad razonable, los deberes materiales de su propia ocupación durante el período de espera del beneficio y los primeros 24 meses de discapacidad.

Por «ocupación propia» se entiende todo empleo, negocio, oficio, profesión, vocación o vocación

que implica deberes materiales ¹ del mismo carácter general que su empleo regular y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuando su trabajo está disponible.

Cualquier discapacidad de ocupación

No puede realizar, con una continuidad razonable, los deberes materiales ¹ de cualquier ocupación.

"Cualquier ocupación" se refiere a cualquier ocupación o empleo que pueda realizar, debido a su educación, formación o experiencia, que esté disponible en una o más ubicaciones de la economía nacional y en la que se puede esperar que obtenga al menos 65 % de sus ingresos antes de la discapacidad. (Ajustado en función de la inflación) durante los 12 meses siguientes a su regreso al trabajo, independientemente de si está trabajando en esa o en cualquier otra ocupación. Todo período de ocupación comienza al final del período de ocupación propio y continúa hasta el final del período máximo de las prestaciones.

Discapacidad parcial

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el período de espera de beneficios y el período de su propia ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustados por inflación, mientras trabaja en su ocupación propia.

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el período de cualquier ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustados por inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación.

Condiciones preexistentes

"Afección preexistente" significa cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluidas afecciones secundarias y complicaciones) que se documentó médicamente como existente, o por el cual se incurrió en tratamiento médico, servicio médico, recetas u otros gastos médicos en cualquier momento durante el período previo, período de condición existente que se muestra en las Características de cobertura del *Certificado de cobertura*.

Los beneficios no se pagarán por una discapacidad causada o contribuido por una condición preexistente, a menos que en la fecha en que se desactive:

- Usted ha tenido cobertura continuamente bajo el plan durante al menos 12 meses (este es el período de exclusión), o
- Su fecha de discapacidad cae durante los 12 meses posteriores a la entrada en vigencia de su cobertura BLTD, y puede demostrar que no ha consultado a un médico, recibido tratamiento o servicios médicos o tomado medicamentos recetados durante el período de seis meses anterior a la fecha de vigencia de su cobertura (este es el período de la condición existente).

Reclamaciones

Una vez que parezca que estará incapacitado por 90 días o más, o que su empleador está modificando sus deberes debido a una condición de salud, hable con su administrador de beneficios y descargue un paquete de formulario de reclamación en peba.sc.gov/forms. 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 asegurarse de que estos formularios se llenen y se devuelven al estándar. Se

puede enviar por fax los formularios a 800 .437 .0961, o puede enviarlos por correo a la dirección que figura en el formulario de reclamación. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el estándar al 800. 628. 9696.

Proporcione los formularios de reclamación completos al estándar durante los 90 días posteriores al final de su período de espera de beneficios. Si no puede cumplir con esto debe enviar estos formularios tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese período de 90 días. Si usted no proporciona estos formularios durante este tiempo, salvo que una corte determine la discapacidad legal, el estándar puede denegar su reclamación.

Requisito de trabajo activo

Si la enfermedad física, el trastorno mental, la lesión o el embarazo le impiden trabajar el día antes de la fecha efectiva programada de su cobertura, su cobertura no entrará en vigor hasta el día después de que esté activamente en el trabajo durante un día completo.

Ingresos previos a la discapacidad

Las ganancias previas a la discapacidad son las ganancias mensuales, incluyendo los aumentos de mérito y longevidad, de su empleador que tiene cobertura a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que usted se hizo miembro si usted no era miembro para el 1 de enero. No incluye sus bonificaciones, comisiones, horas extra o pago de incentivos. Si usted es profesor, no incluye su compensación para la escuela de verano, pero sí incluye la compensación obtenida durante las sesiones regulares de verano a cargo del personal universitario.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de BLTD se reducirán según su ingreso deducible, es decir, los ingresos que recibe o es elegible para recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad u otra continuación de salario

(Incluyendo la reserva de licencias por enfermedad));

- Prestaciones primarias de la Seguridad Social;
- Compensación de trabajadores;
- Otras prestaciones por discapacidad grupal (excepto las prestaciones suplementarias por discapacidad a largo plazo descritas en la página 128);
- Beneficios máximos de jubilación del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que el pago de vacaciones está excluido de los ingresos deducibles. El seguro BLTD sirve como Seguro de reemplazo de ingresos. El Plan BLTD no tiene ningún beneficio mínimo, por lo que si tiene suficientes ingresos deducibles, su beneficio se reducirá a 0\$.

Ejemplo uno	
Ingresos previos a la discapacidad	\$1,280
	× 62.5%
Beneficio máximo	\$800
Ingresos deducibles	- \$0
Su beneficio BLTD	\$800
Ejemplo dos	
Ingresos previos a la discapacidad	\$1,280
	× 62.5%
Beneficio máximo	\$800
Ingresos deducibles	- \$800
Su beneficio BLTD	\$0

En otro ejemplo, suponga que el 62 .5 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad es de \$ 1,200. El estándar pagará el beneficio máximo de 800 \$ y El beneficio BLTD se reducirá cuando su ingreso deducible supere los 4 400. En otras palabras, su beneficio se reducirá cuando el beneficio máximo de \$ 800 sumado a su ingreso deducible totalice una cantidad que exceda el 62 .5 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad. En este ejemplo, no hay beneficios sería pagadero si sus ingresos deducibles superaran los 1.200 dólares.

Debe cumplir con los plazos para solicitar todos

ingresos deducibles que usted es elegible para recibir. PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Comuníquese con PEBA al 803. 737. 6800 o 888. 260. 9430 para obtener mayor información.

Cuando se otorgan otros beneficios, pueden incluir pagos adeudados a usted mientras recibía beneficios de BLTD. Si la indemnización incluye beneficios pasados, o si recibe otros ingresos antes de notificarle al estándar, su reclamación de BLTD puede ser pagada en exceso. Esto se debe a que recibió beneficios del plan y los ingresos procedentes de otra fuente durante el mismo período de tiempo. Tendrá que reembolsar al plan por este pago excesivo.

Cuando finaliza la cobertura BLTD

Su cobertura BLTD finaliza automáticamente en la primera de las siguientes situaciones:

- La fecha en que finaliza el plan;
- La fecha en que ya no cumple con los requisitos indicados en la sección Elegibilidad de este capítulo;
- La fecha en que su cobertura de salud es un activo finaliza el empleo; o
- La fecha en que termina tu empleo.

Cuando terminan los beneficios

Sus beneficios finalizarán automáticamente lo antes posible de estas fechas:

- La fecha en la que ya no está deshabilitado bajo los términos del plan BLTD;
- La fecha en que finaliza el período máximo de beneficios (consulte Exclusiones y limitaciones);
- La fecha en que los beneficios se vuelven pagaderos bajo cualquier otra póliza de seguro grupal por discapacidad a largo plazo bajo la cual usted se aseguró durante un período de recuperación temporal; o
- La fecha de su fallecimiento. Si usted es un empleado de un empleador opcional, su empleador

se hace responsable de su Pagos de beneficios BLTD si su empleador se detiene participar en el programa de seguros estatales.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de la guerra o cualquier acto de guerra no tienen cobertura.
- Las lesiones intencionales auto infligidas no tienen cobertura.
- Los beneficios no son pagaderos cuando usted no está bajo la atención permanente de un médico en la especialidad apropiada.
- Las prestaciones no son pagaderas por cualquier período cuando usted no participa, de buena fe, en un tratamiento médico, formación profesional o educación aprobado por el estándar, a menos que su discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no son pagaderos por cualquier período de invalidez cuando usted está confinado por cualquier razón en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no son pagaderos después de haber sido inhabilitado bajo los términos del plan BLTD durante 24 meses de forma vitalicia, excluyendo el período de espera de prestaciones, para una discapacidad causada o contribuida por:
 - Un trastorno mental, a menos que esté confinado continuamente en un hospital únicamente debido a un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - Su consumo de alcohol, alcoholismo, uso de cualquier droga ilícita, incluyendo alucinógenos o drogas adicción;
 - Dolor crónico, músculo esquelético o condiciones del tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o condiciones relacionadas; o
 - Sensibilidades químicas y ambientales.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, después

el período de espera de beneficios de 90 días, los beneficios de BLTD no se pagarán por cualquier período de discapacidad cuando usted es capaz de trabajar en su propia profesión y puede ganar al menos el 20 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustado para la inflación, pero usted elige no trabajar.

- Mientras vive fuera de los Estados Unidos o Canadá, el pago de prestaciones se limita a 12 meses por cada período de incapacidad continua.

Apelaciones

Si el estándar deniega su reclamación de beneficios básicos por discapacidad a largo plazo, puede apelar a la decisión ante el estándar enviando una notificación por escrito durante los seis meses posteriores a la recepción de la carta de denegación. Envíe la apelación a:

Standard Insurance Company P. O.
Box 2800
Portland, OR 97208

Si el estándar confirma su decisión después de una revisión por parte de su unidad de revisión administrativa, usted puede apelar dicha decisión enviando un [formulario de solicitud](#) a PEBA durante los 90 días siguientes a la denegación de la dependencia de la revisión administrativa. Por favor, incluya una copia de las dos denegaciones anteriores junto con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov o

S. C. PEBA

A la atención de la: División de
Apelaciones de Seguros 202 Arbor Lake
Drive
Columbia, SC 29223

Un proveedor de atención médica, empleador o beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apeló la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Sólo usted, el miembro, su representante autorizado o un

Un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. El proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación BLTD durante los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su archivo de reclamación del estándar, como se describe en el plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando PEBA realice la revisión de su apelación, recibirá una determinación por escrito por correo.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Discapacidad suplementaria a largo plazo

El Seguro Suplementario por Discapacidad a Largo Plazo (SLTD por sus siglas en inglés), totalmente asegurado por una compañía de seguros estándar (el estándar), está diseñado para brindar asistencia financiera adicional más allá del plan básico de discapacidad a largo plazo si queda discapacitado. Su beneficio se basará en un porcentaje de sus ingresos previos a la discapacidad. Este programa está personalizado para ti. El resumen de beneficios del plan SLTD en la página siguiente se le proporciona mayor información sobre su plan, incluyendo:

- Su nivel de cobertura;
- Cuánto tiempo se mantendrían los pagos de prestaciones si usted permanece incapacitado;
- La cantidad máxima de beneficios;
- Su elección de los períodos de espera de prestaciones; y
- Su horario de primera calidad.

Qué ofrece el seguro SLTD

- Tarifas competitivas para grupos;
- Prestaciones para familiares supérstites para familiares dependientes elegibles;
- Cobertura de lesiones, enfermedad física, trastorno mental o embarazo;
- Un incentivo para el regreso al trabajo;
- Seguro de conversión SLTD;
- Un ajuste por costo de vida; y
- Beneficio de seguridad vitalicia.

Resumen de beneficios del plan SLTD

Período de espera de los beneficios	Plan 1: 90 días Plan 2: 180 días
Ganancias máximas previas a la discapacidad que tienen cobertura bajo SLTD	12 307 \$ mensuales
Porcentajes de beneficios mensuales ²	Hasta 65 % de los primeros 12 307 \$ de sus ingresos mensuales previos a la discapacidad, reducidos por los ingresos deducibles
Beneficio mínimo	100 \$ por mes
Beneficio máximo	8000 \$ por mes
Ajuste por costo de la vida	Después de 12 meses consecutivos de haber recibido los beneficios de SLTD, a partir del 1 de abril de cada año a partir de entonces; basado en el Índice de precios al consumidor del año anterior hasta 4 %. Este ajuste por costo de vida no se aplica cuando recibe la prestación mensual mínima o una prestación mensual de 25 000 \$ como resultado de estos ajustes.
Período máximo del beneficio	Hasta los 65 años si se incapacita antes de los 62 años. Si usted queda discapacitado a los 62 años o más, el período máximo de prestación se basa en su edad para el momento de la discapacidad. El período máximo de beneficios para los mayores de 69 años es de un año. En determinadas circunstancias, las prestaciones pueden continuar después del período máximo de prestación. Consulte los beneficios de seguridad vitalicia en la página 133 para obtener mayor información.
Tarifa de la prima mensual ³	Multiplique el factor de la prima para su edad y la selección del plan por sus ingresos mensuales.

² Estos beneficios no son imponibles siempre que usted pague la prima después de impuestos.

³ La prima debe ser una cantidad entera (la cantidad se redondea al siguiente número entero). Consulte el capítulo de las **primas mensuales**.

Elegibilidad

Es elegible para el seguro SLTD si:

- Un empleado activo, a tiempo completo, compensado como lo define el plan;
- Un empleado académico remunerado a tiempo completo; o
- Un miembro de la Asamblea General o un juez de los tribunales estatales.

Usted no es elegible para esta cobertura si es un empleado de un empleador que tiene cobertura bajo cualquier otro plan de discapacidad grupal a largo plazo que asegure cualquier parte de sus ingresos previos a la discapacidad (que no sean del plan BLTD); si usted está recibiendo beneficios de jubilación de parte de PEBA y no inscribirse en la cobertura de empleados activos; si es un empleado temporal o estacional; si es profesor a tiempo parcial; o si es miembro a tiempo completo de las fuerzas armadas de cualquier país.

Inscripción

Puede inscribirse en el programa SLTD durante los 31 días siguientes a la elegibilidad. Puede elegir entre uno de los dos períodos de espera de los beneficios que se describen a continuación. Si no se inscriba durante los 31 días siguientes a su fecha de contratación, debe llenar una declaración del historial médico. La norma puede requerir que se someta a un examen físico y un análisis de sangre. También se le puede solicitar que proporcione cualquier información adicional sobre su asegurabilidad que el estándar puede requerirle razonablemente a su propio costo. Durante todo el año, puede inscribirse con evidencia médica de su buena salud.

Período de espera de los beneficios

El período de espera de prestaciones es el tiempo que debe estar incapacitado antes de pagar las prestaciones. Puede elegir un período de espera de beneficios de 90 días o de 180 días, y puede cambiar de un período de espera de beneficios de 90 días a uno de 180 días en cualquier momento

llenando un *formulario de aviso de elección* y devolviéndolo a su administrador de beneficios.

Para cambiar de un período de espera de beneficio de 180 días a uno de 90 días, *debe llenar un formulario de aviso de elección* y proporcionar evidencia médica de su buena salud, que el estándar considerará para determinar si aprueba su solicitud.

Certificado

El certificado SLTD está disponible en la página web de discapacidad a largo_plazo_en_peba.sc.gov/publications en discapacidad a largo plazo. El certificado contiene las disposiciones de control de este plan de seguro. Ni el certificado ni ningún otro material, incluyendo esta publicación, pueden modificar esas disposiciones.

¿Cuándo se considera discapacitado?

Se le considera discapacitado y elegible para recibir beneficios si no puede trabajar debido a una lesión, enfermedad física, trastorno mental o embarazo que tiene cobertura. También deberá cumplir con su período de espera de beneficios apropiado y cumplir con las siguientes definiciones de discapacidad durante el período al que se aplican.

Discapacidad de ocupación propia

Usted no puede realizar, con una continuidad razonable, los deberes materiales ⁴ de su ocupación durante el período de espera de las prestaciones y los primeros 24 meses se pagarán las prestaciones de SLTD.

“Ocupación propia” significa cualquier empleo, negocio, oficio, profesión o vocación que involucre deberes materiales ⁴ del mismo carácter general que su empleo regular y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su

⁴ “Deberes materiales” significan las tareas, funciones y operaciones esenciales, y las habilidades, conocimientos, capacitación y experiencia generalmente requeridas por los empleadores a quienes se dedican a una ocupación particular.

empleador, ni se limita a cuando su trabajo está disponible.

Cualquier discapacidad de ocupación

No puede realizar, con una continuidad razonable, los deberes materiales ⁵ de ninguna ocupación.

"Cualquier ocupación" significa cualquier ocupación o empleo que pueda desempeñar, debido a su educación, formación o experiencia, que esté disponible en una o más ubicaciones de la economía nacional y en la que se puede esperar que obtenga al menos 65 por ciento de sus ingresos antes de la discapacidad (ajustado para la inflación) durante los 12 meses siguientes a su regreso al trabajo, independientemente de si usted está trabajando en esa o en cualquier otra ocupación. Todo período de ocupación comienza al final del período de ocupación propio y continúa hasta el final del período máximo de las prestaciones.

Discapacidad parcial

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el período de espera de beneficios y el período de su propia ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustados por inflación, mientras trabaja en su ocupación propia.

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el período de cualquier ocupación, está trabajando mientras está discapacitado pero no puede ganar más del 65 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustados por la inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación.

Condiciones preexistentes

Condición preexistente es cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluyendo las afecciones y complicaciones secundarias) que se documentó médicamente como existente, o para el cual el tratamiento médico

5 "Deberes materiales" son las tareas, funciones y operaciones esenciales, y las habilidades, conocimientos, capacitación y experiencia generalmente requeridas por los empleadores de quienes se dedican a una ocupación particular.

en que se incurrió en servicios, recetas médicas u otros gastos médicos, en cualquier momento durante el período de afección preexistente que se encuentra en las características de cobertura del *certificado de cobertura*.

No se pagarán beneficios por una discapacidad causada o contribuida por una afección preexistente, a menos que en la fecha en que quede discapacitado:

- Usted ha tenido cobertura continuamente bajo el plan durante al menos 12 meses (este es el período de exclusión), o
- Su fecha de discapacidad se encuentra durante los 12 meses después de que su cobertura de SLTD entrara en vigor, y puede demostrar que no ha consultado a un médico, recibido tratamiento o servicios médicos ni tomado medicamentos recetados durante el período de seis meses anteriores a su fecha de vigencia de la cobertura (esta es el período de la condición existente).

La exclusión por afecciones preexistentes también se aplica cuando cambia del plan con el período de espera del beneficio de 180 días al plan con el período de espera del beneficio de 90 días. El período de la condición preexistente, período sin tratamiento y período de exclusión para el nuevo plan se basará en la fecha de entrada en vigor de su cobertura bajo el plan de 90 días. Sin embargo, si las prestaciones no se pagan de acuerdo al plan de 90 días debido a la exclusión de la condición preexistente, su reclamación se procesará bajo el plan de 180 días como si no hubiera cambiado de plan.

Reclamaciones

Una vez que aparezca, será deshabilitado durante 90 días o más, hable con el administrador de beneficios o descargue un paquete de formulario de reclamación en peba.sc.gov/formularios. 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 asegurarse de que estos formularios se llenen y se devuelvan al estándar. Puede enviar los formularios por fax al 800. 437. 0961, o puede enviarlos por correo a la dirección que figura en el formulario de reclamación. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el estándar al 800. 628. 9696.

Proporcione los formularios de reclamación completos al estándar durante los 90 días posteriores al final de su período de espera de beneficios. Si no puede cumplir con esto debe enviar estos formularios tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese período de 90 días. Si usted no proporciona estos formularios durante este tiempo, salvo que una corte determine la discapacidad legal, el estándar puede denegar su reclamación.

Ingreso de trabajo activo

Si la enfermedad física, trastorno mental, lesión o embarazo le impide trabajar el día antes de la fecha de entrada en vigor programada de su cobertura del seguro, su cobertura no será eficaz hasta el día después de que usted está activamente en el trabajo por un día completo.

Cambio salarial

Su prima SLTD se vuelve a calcular en función de su edad al 1 de enero anterior. Cualquier cambio en sus ingresos previos a la incapacidad después de que se incapacite no tendrá ningún efecto sobre el monto de su beneficio de SLTD.

Ingresos previos a la discapacidad

Los ingresos recibidos antes de la discapacidad son los ingresos mensuales, incluyendo los aumentos de mérito y longevidad, de su empleador que tiene cobertura a partir del 1 de enero antes de su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que usted se hizo miembro si usted no era miembro para el 1 de enero. No incluye sus bonificaciones, comisiones, pago de horas extra o pago de incentivos.

Si usted es un profesor, no incluye su compensación para la

durante las sesiones regulares de verano a cargo del personal universitario.

Ingresos deducibles

Sus beneficios SLTD se verán reducidos por sus ingresos deducibles: ingresos que usted recibe o es elegible para recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad u otro tipo de mantenimiento salarial (incluyendo la reserva de licencias por enfermedad);
- Beneficios de la seguridad social primaria y dependiente;
- Compensación de trabajadores;
- Beneficios de la BLTD;
- Otros beneficios grupales por discapacidad;
- Prestación máxima de jubilación del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que el pago de vacaciones está excluido de los ingresos deducibles.

Por ejemplo, su beneficio de SLTD antes de que disminuyeran los ingresos por deducibles es de 65 por ciento de su sueldo de discapacidad que tiene cobertura. El beneficio luego se reducirá por la cantidad de cualquier ingreso deducible que reciba o sea elegible para recibirlo. El total de la prestación SLTD reducida más el ingreso deducible proporcionará al menos el 65 por ciento de su salario antes de la discapacidad que tiene cobertura. El beneficio mínimo garantizado SLTD es de 100 \$, independientemente de la cuantía de los ingresos deducibles.

Usted está obligado a cumplir los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles para los cuales sea elegible. PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Póngase en contacto con PEBA al 803. 737. 6800 o 888. 260. 9430 para obtener mayor información.

Cuando se le otorgan otros beneficios, pueden incluir pagos que se le adeudaban a usted mientras estaba

recibiendo beneficios de SLTD. Si lo que se le otorga incluye beneficios anteriores, o si recibe otros ingresos antes notificando al estándar, su reclamación SLTD puede pagarse en exceso. Esto se debe a que recibió beneficios del plan y los ingresos procedentes de otra fuente durante el mismo período de tiempo. Tendrá que reembolsar al plan por este pago excesivo.

Beneficio de seguridad vitalicia

La cobertura de SLTD proporciona beneficios por discapacidad vitalicia a largo plazo si, para el último día del período de beneficio máximo regular, no puede realizar dos o más actividades de la vida diaria o sufre de un deterioro cognitivo severo que se espera que dure 90 días o más, según lo certificado por un médico en la especialidad apropiada según lo determine el estándar. La prestación vitalicia será igual a la prestación pagada en el último día del período regular de discapacidad a largo plazo.

Prestaciones por fallecimiento

Si fallece mientras se pagan los beneficios de SLTD, el estándar pagará una suma global a su supérstite elegible. Este beneficio será igual a tres meses de su beneficio de SLTD, no reducido de los ingresos deducibles. Los supérstites elegibles incluyen:

- Su cónyuge supérstite;
- Hijos supérstites solteros menores de 25 años; y
- Toda persona que proporcione atención y apoyo a cualquier niño elegible.

Este beneficio no está disponible para ningún supérstite elegible si sus beneficios de SLTD y su reclamación han alcanzado el período máximo de beneficios antes de su muerte. Además, este beneficio no está disponible si ha sido aprobado o usted está recibiendo la vida beneficio de seguridad.

Cuando finaliza la cobertura SLTD

Su cobertura SLTD finaliza automáticamente en la primera de las siguientes situaciones:

- El último día del mes por el cual pagó la prima;
- La fecha en que finaliza la directiva de grupo; o
- La fecha en que ya no cumple con los requisitos indicados en la sección de elegibilidad de este capítulo.

Cuando terminan los beneficios

Sus beneficios finalizarán automáticamente lo antes posible de estas fechas:

- La fecha en que ya no está deshabilitado;
- La fecha en que finaliza su período máximo de beneficios, a menos que los beneficios de SLTD continúen con el beneficio de seguridad vitalicia;
- La fecha en la cual los beneficios se hacen pagaderos bajo cualquier otra póliza de seguro grupal por discapacidad a largo plazo para la cual usted se asegura durante un período de recuperación temporal; o
- La fecha de su

fallecimiento. **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 grupal;
 - Su falta de pago de una prima requerida; o
 - Su jubilación.
- Estuvo asegurado bajo el plan de seguro por discapacidad a largo plazo de su empleador durante al menos un año a partir de la fecha de finalización de su seguro.
- Usted no está discapacitado para la fecha de finalización de su seguro.

* Usted es ciudadano o residente de los Estados Unidos o Canadá.

- Usted llena y devuelve al estándar un *paquete de solicitud de materiales de conversión por discapacidad a largo plazo* y paga la primera prima del seguro de conversión SLTD durante los 31 días posteriores a la finalización de la cobertura de su seguro.

Si tiene preguntas sobre cómo convertir su política de SLTD, llame al estándar al 800. 378. 4668. Tendrá que hacer referencia al número de grupo estatal de Carolina del Sur, 621144.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de la guerra o cualquier acto de guerra no tienen cobertura.
- Las lesiones intencionales auto infligidas no tienen cobertura.
- Los beneficios no son pagaderos cuando usted no está bajo la atención permanente de un médico en la especialidad apropiada.
- Las prestaciones no son pagaderas por cualquier período cuando usted no participa, de buena fe, en un tratamiento médico, formación profesional o educación aprobado por el estándar, a menos que su discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no son pagaderos por cualquier período de invalidez cuando usted está confinado por cualquier razón en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no son pagaderos después de haber deshabilitado bajo los términos del plan SLTD durante 24 meses durante toda su vida, excluyendo el período de espera de prestaciones, para una discapacidad causada o contribuida por:
 - Un trastorno mental, a menos que esté confinado continuamente en un hospital

únicamente debido a un trastorno mental al final de los 24 meses;

- Su consumo de alcohol, alcoholismo, uso de cualquier droga ilícita, incluyendo alucinógenos o drogas adicción;
- Dolor crónico, músculo esquelético o condiciones 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 del beneficio, los beneficios de SLTD no se pagarán por ningún período de discapacidad cuando pueda trabajar en su propia ocupación y pueda ganar al menos el 20 por ciento de su salario previo a la discapacidad, ajustado por inflación, pero decide no trabajar. Después de este tiempo, no se pagarán beneficios de SLTD cualquier período de discapacidad cuando pueda trabajar en cualquier ocupación y pueda ganar al menos el 20 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustado para la inflación, pero optan por no trabajar.
- Generalmente, los beneficios no son pagaderos por ningún período de discapacidad cuando no está recibiendo beneficios por discapacidad bajo el plan BLTD. Sin embargo, esto no puede aplicarse si:
 - Recibe o es elegible para recibir otros ingresos que son deducibles según el plan BLTD, y la cantidad de esos ingresos es igual o superior a la cantidad de los beneficios que de otro modo se le pagarían según ese plan;
 - Prestaciones que de otro modo serían pagaderas a usted bajo el plan BLTD se están utilizando para reembolsar un pago en exceso de cualquier reclamación; o
 - No estaba asegurado bajo el plan BLTD cuando quedó discapacitado.

- Mientras vive fuera de los Estados Unidos o Canadá, el pago de prestaciones se limita a 12 meses por cada período de incapacidad continua.

Apelaciones

Si el estándar rechaza su reclamación de beneficios de invalidez a largo plazo, puede apelar a la decisión mediante notificación escrita durante los 180 días siguientes a la recepción de la carta de denegación. Envíe la apelación a:

Standard Insurance Company P.

O. Box 2800

Portland, OR 97208

Si la norma confirma su decisión, la reclamación será examinada por la dependencia de examen administrativo de la norma.

Debido a que la discapacidad suplementaria a largo plazo está totalmente asegurada por el estándar, no puede apelar a las decisiones de SLTD ante PEBA.

MoneyPlus

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

La información de esta guía incluye detalles para las provisiones del plan normal

. El proyecto de ley de socorro para el COVID-19, que fue firmado el 27 de diciembre de 2020, permite hacer cambios en las cuentas de gasto flexible

. Vea el [resumen de la factura de alivio contra el COVID-19 para FSA en 2021](#) documento para obtener más detalles sobre los cambios.

MoneyPlus le permite ahorrar dinero en costos de atención médica y de dependientes elegibles. Con MoneyPlus, elige contribuir con una cantidad anual a una cuenta de gastos flexible aprobada por el IRS. Sus contribuciones se deducirán de su cheque de pago, antes de pagar impuestos. Puede usar estos fondos para pagar sus gastos médicos y de atención de los dependientes elegibles. Como usted incurre en gastos elegibles durante el año del plan, usted solicita un reembolso. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. Puede obtener mayor información en peba.sc.gov/moneyplus.

Cómo MoneyPlus puede ahorrarle dinero

Con MoneyPlus, usted se beneficia de tener menos ingresos imponibles en cada uno de sus cheques de pago, lo que significa más ingresos que usted puede gastar y usar para sus gastos médicos y de atención de los dependientes elegibles.

El ejemplo de ahorro mensual en esta página muestra cómo pagar los gastos elegibles con una deducción de la nómina antes de pagar impuestos puede aumentar sus ingresos de gasto. El escenario es para una persona casada que tiene cobertura para dos hijos inscritos en el plan estándar y que también es miembro del sistema de

	Sin MoneyPlus	Con MoneyPlus	Ventaja de MoneyPlus
Pago mensual bruto ¹		3750,00 \$	3750,00 \$
Contribución estatal a la jubilación (9 %)		- 337,50 \$	- 337,50 \$
Cargo por cuenta de gastos de cuidado de dependientes		- 0,00 \$	- 2,32 \$
Tarifa de la cuenta de gastos médicos		- 0,00 \$	- 2,32 \$
Deducciones de la nómina antes de pagar impuestos de MoneyPlus			
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes		- 0,00 \$	- 400,00 \$
Cuenta de gastos médicos		- 0,00 \$	- 56,00 \$
Primas de salud y odontología pagadas con el seguro grupal antes de pagar impuestos			
Característica de la prima			
<i>Nivel de cobertura de los empleados y los niños</i>		- 0,00 \$	- 157,58 \$
Ingresos brutos imponibles		\$ 3412,50	2794,28 \$
			618,22 \$
Impuestos estimados sobre la nómina (27 %) ²		- 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 odontología		- 157,58 \$	- 0,00 \$
<i>Nivel de cobertura de los empleados y los niños</i>			
Pago otorgado		1877,54 \$	2039,82 \$
			162,28 \$
Pago adicional otorgado por año con MoneyPlus (aumento del 4,33 %)			1947,36 \$

¹ Asume un sueldo anual de 45 000 \$.

² Incluye impuestos estatales y federales; los casados hacen una presentación conjunta.

Horarios administrativos de MoneyPlus

de Las cuentas MoneyPlus tienen una tarifa administrativa, que está configurada para que tenga un impacto mínimo en relación con los ahorros fiscales que proporcionan las cuentas. Usted pagará una cuota administrativa por cada cuenta en la cual que inscribe. Debido a que MoneyPlus se rige por el código de impuestos internos, existen requisitos y restricciones del servicio de impuestos internos (IRS) para los participantes del programa.

Honorarios administrativos de MoneyPlus	
Función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos	0,00 \$
Cuenta de gastos médicos	2,32 \$
Cuenta de ahorros para la salud	1,00 \$
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	2,32 \$
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	2,32 \$
Central Bank (HSA)	
Cuota de mantenimiento (saldos inferiores a 2500 \$)	1,25 \$
Declaraciones en papel	3,00 \$

La función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos le permite pagar sus primas con dinero antes de pagar impuestos.

Recursos para miembros

Sitio web de AsiFlex

El sitio web, www.ASiFlex.com/SCMoneyPlus, le permite:

- Revise su cuenta, estado de cuenta en línea, información de reclamaciones y transacciones con tarjeta;
- Presente las reclamaciones;
- Configure el depósito directo;
- Configure las notificaciones de alerta por correo electrónico y / o texto para su cuenta;
- Conozca los beneficios fiscales específicos disponibles para usted; y
- Recursos de acceso, incluyendo gastos elegibles, descripciones del programa, información de la tarjeta de débito, reclamaciones en línea y formularios administrativos, y una

herramienta estimadora de gastos y de ahorro de costos. **Guía de beneficios del seguro**

Aplicación móvil AsiFlex

La aplicación móvil ASiFlex les permite a los participantes presentar reclamaciones y ver sus cuentas MoneyPlus desde su teléfono o tableta. La función de presentación de reclamaciones le permite capturar la documentación usando la cámara del dispositivo móvil y envíe esa documentación con su reclamación. La aplicación móvil también le permite utilizar la función de micrófono para ingresar una reclamación. Esto significa que puede elegir hablar, en lugar de escribir, parte de la información de la reclamación. Además de presentar las reclamaciones, puede ver el monto de su elección anual, el saldo de la cuenta, las contribuciones, los reembolsos y las reclamaciones presentadas anteriormente. La aplicación es gratuita y está disponible en línea en www.ASiFlex.com/SCMoneyPlus o a través de Google Play o App Store.

Responsabilidades del uso de una cuenta. Cuando se inscribe en cualquier cuenta de gastos de MoneyPlus, certifica que:

- Solicita y conserva copias de la documentación que necesitará para sus solicitudes de reembolso, incluyendo las declaraciones detalladas del servicio y la explicación del plan de seguro de las prestaciones (EOB);
- Use la cuenta para pagar solo por los gastos calificados de IRS para usted y sus dependientes elegibles del IRS;
- Utilice primero todas las demás fuentes de reembolso, incluyendo las proporcionadas por su plan o planes de seguro, antes de solicitar el reembolso desde su cuenta de gastos; y
- No busque reembolso a través de ninguna fuente adicional después de buscarlo en su cuenta.

Crédito del impuesto sobre la renta

Contribuciones efectuadas antes de pagarle impuestos a un dependiente

La cuenta de gastos de cuidado o una cuenta de gastos médicos reducen sus ingresos imponibles. Cuanto menor sea su ingreso del trabajo, mayor será el crédito fiscal por ingreso del trabajo. Va la *publicación 596 del IRS* o hable con un profesional fiscal para obtener mayor información.

Reglas del IRS para las cuentas de gastos

- Puede inscribirse anualmente durante la inscripción abierta para realizar una nueva elección porque las elecciones para las Cuentas de Gasto Médico (MSA por sus siglas en inglés), MSA de uso limitado y Cuentas de Gastos de Cuidado Dependiente (DCSA por sus siglas en inglés) no se renuevan automáticamente; sin embargo, las elecciones para una Cuentas de Ahorro de Salud (HSA por sus siglas en inglés) se renuevan y no es necesario que se vuelva a inscribir anualmente.
- Es posible que pueda cambiar su elección si experimenta un cambio calificado en el evento del estado, como se indica en el plan.
- Usted no tiene que estar inscrito en el plan médico, dental u oftalmológico de PEBA para participar. Por ejemplo, puede tener un seguro a través del empleador de su cónyuge y aún puede inscribirse para las cuentas de gastos a través de PEBA (sujeto a los límites del plan y del IRS).
- Usted tiene acceso al monto total de su elección de MSA el 1 de enero. Por lo tanto, puede recibir un reembolso hasta esta cantidad, menos los reembolsos anteriores, en cualquier momento durante el año, independientemente de su saldo.
- No puede pagar ninguna prima de seguro a través de ningún tipo de cuenta de gastos flexible. Estas cuentas son independientes de la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos.
- No puede pagar un gasto de cuidado de dependientes de su MSA o un gasto médico de su DCSA.
- DPM incluye una provisión de prórroga. Puede transferir hasta 550 \$ de los fondos no utilizados al nuevo año del plan en su cuenta médica.

Cuenta de gastos. Perderá los fondos no utilizados que superen los 550 \$.

- El DCSA incluye un período de gracia. Esto significa que puede seguir gastando fondos del 2020 hasta el 15 de marzo de 2021. Los gastos incurridos desde el 1 de enero de 2020 hasta el 15 de marzo de 2021 se pueden considerar para el reembolso de su cuenta de 2020.
- No se le reembolsará 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.
- Solo se le pueden reembolsar los servicios recibidos. No puede se le reembolsar un servicio futuro, ni puede hacer un pago anticipado para un servicio futuro.

Función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos

La función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos le permite pagar las primas del plan de salud estatal con dinero de su cheque de pago antes de retener impuestos. También puede utilizar sus ingresos antes de pagar impuestos para pagar las primas de Dental Plus, Basic Dental, El plan oftalmológico estatal, la cobertura del seguro de vida opcional de hasta 50 000 \$ y el plan suplementario TRICARE.

Elegibilidad e inscripción

Todos los que paguen las primas de salud, odontología, atención oftalmológica, seguro opcional de vida o plan suplementario TRICARE se inscriben automáticamente en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos. Sin embargo, puede rechazarlo cuando se inscribe por primera vez.

Si rechaza la función, puede inscribirse en ella durante la inscripción abierta, que tiene lugar en octubre, o durante los 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Para hacerlo, consulte cómo realizar cambios en su cobertura MoneyPlus en la página 151. Para obtener mayor información sobre

situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 21.

Cuenta de gastos médicos

Una cuenta de gastos médicos (MSA) le permite pagar gastos médicos elegibles que no tienen cobertura bajo seguros, incluyendo los copagos y el coaseguro, con los ingresos antes de pagar impuestos. Los MSA ofrecen la tarjeta ASIFlex, que funciona como una tarjeta de débito. Puede utilizar esta tarjeta para gastar los fondos como alternativa a la presentación de solicitudes de reembolso. Puede llegar hasta 550 \$ de fondos colocados en su MSA que no utilizó durante el año del plan para el próximo año del plan. Perderá los fondos superiores a los 550 \$ que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para los beneficios del seguro de grupo estatal para participar en un MSA. Sin embargo, no está obligado a tener cobertura de un programa de seguro para participar, ni tiene que inscribirse en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos. Se alienta a los miembros inscritos en el plan estándar a participar en un MSA.

Inscripción

Puede inscribirse en un MSA durante los 31 días desde su fecha de contratación a través de su empleador. Si no se inscribe entonces, puede inscribirse durante el próximo período de inscripción abierta en octubre a través de MyBenefits en [MyBenefits en MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov).

También puede inscribirse en esta cuenta o realizar cambios en esta cuenta durante los 31 días siguientes a una situación de elegibilidad especial. Para hacerlo, consulte cómo realizar cambios en su cobertura MoneyPlus en la página 151. Para obtener información sobre situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 21.

Deberá volver a inscribirse cada año durante la inscripción abierta para continuar con su cuenta el año siguiente.

Decida cuánto reservar Estime la cantidad que usted y su familia gasta en gastos médicos de rutina, recurrentes y predecibles durante todo el año. Se le permite pasar

más de 550 \$ de fondos cada año para el próximo año del plan. Tiene hasta el 31 de marzo, 2022, para presentar reclamaciones de reembolso y presentar documentación de gastos elegibles incurridos durante 2021. Perderá los fondos superiores a los 550 \$ que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

La cantidad anual que usted elija que va a contribuir a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá de cada cheque de pago antes de pagar impuestos.

Una vez que se registre en MSA y decida con cuánto contribuir, el monto total estará disponible el 1 de enero. No tiene que esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta antes de recibir el reembolso de los gastos médicos elegibles.

Límites de contribución

El límite de contribución para 2021 es de 2750 \$. Si está casado y su cónyuge es elegible para cobertura de seguro patrocinado como empleado de PEBA, cada uno puede contribuir hasta con 2750 \$ al año.

Personas que pueden tener cobertura bajo MSA

Se puede usar MSA para reembolsar gastos elegibles para:

- Usted;
- Su cónyuge (incluso si tienen MSA);
- Su hijo calificado; y
- Su pariente calificado.

Un individuo es un hijo calificado si no es el hijo calificado de otra persona, aunque un hijo elegible de padres divorciados se maneja como un dependiente de ambos, por lo que uno o ambos padres pueden establecer la MSA. Además, el hijo califica si él:

- No ha llegado a los 27 años durante el año de impuestos

(si un hijo calificado es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo, no hay límite de edad);

- Tiene una relación de tipo familiar específica con usted: hijo o hija, hijastro o hijastra, hijo adoptivo elegible, hijo adoptado legalmente o hijo colocado para una adopción legal; y
- Es ciudadano de EE. UU., nativo de EE. UU. o residente de EE. UU., México o Canadá.

Un individuo es un pariente calificado si es ciudadano de EE. UU., nativo de EE. UU. O residente de EE. UU., México o Canadá y:

- Tiene una relación de tipo familiar específico con usted, no es el hijo calificado de otra persona y recibe más de la mitad de su manutención de parte suya durante el año fiscal; o
- Si no existe una relación específica de tipo familiar con usted, es miembro y vive en su hogar (sin violar la ley local) durante todo el año fiscal y recibe más de la mitad de su manutención durante el año fiscal.

Para obtener mayor información, póngase en contacto con su empleador o asesor fiscal. También puede comunicarse con el IRS en www.irs.gov o 800. 829.1040, o ver las publicaciones 501 y 502 del IRS.

Gastos elegibles

Los gastos elegibles para reembolso incluyen sus copagos, deducibles y coaseguro. También puede usar su MSA para pagar:

- Exámenes de rutina para adultos;
- Cuidado oftalmológico, que incluye anteojos recetados, lentes de sol, lentes de contacto, soluciones de limpieza, gotas para los ojos para usuarios de lentes de contacto, anteojos para leer de venta libre y cirugía de corrección de la vista;
- Tarifas dentales que salen de su bolsillo, como deducibles o coaseguro, incluidos empastes, coronas, puentes, dentaduras postizas y adhesivas, protectores oclusales, implantes y ortodoncia;
- Exámenes auditivos, audífonos y baterías;

- Gastos de transporte incurridos al viajar para obtener atención médica (sujeto al límite de IRS);
- Artículos para el cuidado de la salud de venta libre, como vendas adhesivas, anticonceptivos, productos de higiene femenina, kits de embarazo y fertilidad, vitaminas prenatales, extractores de leche, protector solar o bálsamo labial (15 SPF y amplio espectro), botiquines y suministros de primeros auxilios, aparatos ortopédicos y soportes, monitores de presión arterial, suministros para diabéticos, termómetros, bastones, muletas, soportes, partidores de pastillas y miles de otros artículos;
- Medicamentos de venta libre (para el alivio del dolor, para alergias, para el resfriado, la tos y la gripe, ayudas para el estómago y sistema digestivo, etc.); y
- Cualquier otro gasto médico de su bolsillo deducible bajo las leyes tributarias actuales, incluyendo los viajes hacia y desde instalaciones médicas (sujeto a los límites del IRS).

Gastos no admisibles

- Primas de seguros;
- Garantías visuales y contratos de servicios;
- Gastos por un servicio aún no proporcionado o por estimaciones previas al tratamiento;
- Gastos para la buena salud general y el bienestar general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por seguros o cualquier otra fuente;
- Las cuotas de membresía del club de salud o fitness; y
- Cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una condición médica.

Uso de sus fondos de MSA

Tiene varias formas de acceder a sus fondos de MSA. Puede usar una tarjeta de débito especial, conocida como tarjeta ASIFlex, para pagar los gastos directamente, o puede solicitar que se le reembolsen los gastos mediante depósito directo presentando una reclamación en línea en www.ASiFlex.com/SCMoneyPlus, o mediante el teléfono móvil con la aplicación ASIFlex, por fax o correo electrónico gratuitos.

Tarjeta ASiFlex

La tarjeta ASiFlex, una tarjeta de débito emitida sin costo para los participantes de MSA, se puede utilizar para pagar gastos médicos elegibles y no asegurados para usted y los miembros de su familia que tienen cobertura. Al inscribirse en un MSA, recibirá dos tarjetas para que pueda darle una a su cónyuge o hijo.

Activación de su tarjeta

Para activar su tarjeta ASIFlex para que pueda comenzar a usarla, llame al número gratuito que se encuentra en la etiqueta de la tarjeta. Puede configurar un PIN que tan solo usted conozca.

Uso de su tarjeta

Puede firmar las transacciones de crédito o ingresar su PIN para transacciones de débito.

La tarjeta es una tarjeta de uso limitado y se puede usar con los proveedores de atención médica y comerciantes que aceptan VISA ®. También se puede utilizar en comercios minoristas que utilizan el sistema de aprobación de información de inventario, conocido como IIAS, e identifican qué productos son elegibles para MSA. Para encontrar una lista actualizada de los comerciantes IIAS disponibles, visite www.ASiFlex.com/SCMoneyPlus. <http://www.ASiFlex.com/SCMoneyPlus>. El uso de la tarjeta no se hace sin impresión. Cada vez que desliza la tarjeta, le pide al proveedor una declaración detallada del servicio que incluya el nombre del proveedor, nombre del paciente, fecha de servicio, descripción del servicio y cantidad en dólares. ASIFlex aceptará y procesará automáticamente tantas transacciones como sea posible; sin embargo, las regulaciones del IRS requieren que proporcione documentación de respaldo para corroborar ciertas transacciones.

Puede solicitar la documentación y conservar la copia en papel; o simplemente tome una foto de la documentación y guárdela en la galería de su dispositivo. Consulte la sección de validación automática de las transacciones a continuación para obtener mayor información.

Documentación de transacciones de tarjetas ASIFlex Según el IRS, no es necesario presentar documentación para:

- Copagos conocidos por los servicios prestados a través del plan de salud estatal en el cual está inscrito;
- Recetas médicas elegibles compradas a través de la farmacia de pedidos por correo de su plan de salud;
- Gastos recurrentes del mismo proveedor por exactamente el mismo monto en dólares (como pagos mensuales de ortodoncia); o
- Productos para el cuidado de la salud de venta libre aprobados por IRS.

Validación automática 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 validará automáticamente las transacciones con tarjetas de débito que puedan coincidir con las reclamaciones recibidas de parte de otros proveedores. Si ASIFlex no puede validar una reclamación, deberá proporcionar documentación para esa transacción.

Las solicitudes de documentación se envían por correo electrónico y se publican en línea en su cuenta. Dispone de 52 días para responder o su tarjeta se desactivará.

- Aviso inicial: enviado aproximadamente 10 días después de que ASIFlex reciba el aviso de la transacción de la tarjeta.
- Aviso de recordatorio: enviado 21 días después del aviso inicial.
- Aviso de desactivación: enviado 21 días después del aviso del recordatorio. Su tarjeta se desactivará y las futuras solicitudes de reembolso se compensarán con

la cantidad pendiente de pago.

Cuando se envíe la documentación, su tarjeta se restablecerá automáticamente. Cualquier monto del año

Guía de beneficios del seguro

del plan que no esté documentado antes del 31 de marzo de 2022, no cumplirá con las pautas del IRS y será gravado como ingreso.

Debe conservar todos los documentos que respalden sus reclamaciones durante al menos un año y enviarlos a ASIFlex cuando lo solicite.

Tarjetas perdidas

Si se le pierde o le roban su tarjeta ASIFlex, llame a ASIFlex al 833. 726. 7587 inmediatamente.

Solicitud de reembolso de gastos subvencionables

Antes de presentar las solicitudes de reembolso, primero debe presentar reclamaciones del seguro por los beneficios que ha recibido. Los gastos que salen de su bolsillo restantes después de esto se pueden enviar a ASIFlex para que le reembolsen su MSA. El reembolso mínimo del cheque es de 25 \$, excepto por el último reembolso, lo cual lleva el saldo de su cuenta a cero. Asegúrese de registrarse para el depósito directo, ya que no hay un mínimo para las transacciones electrónicas.

Si no utiliza su tarjeta AsiFlex, puede enviar un *formulario de reclamación MoneyPlus* en línea en www.asiflex.com/scMoneyPlus o a través de la aplicación móvil ASIFlex. También puede enviar un formulario de reclamación en papel, junto con una copia de su documentación de gastos o la explicación de los beneficios. Además, debe tener en cuenta los plazos descritos en la sección de restricciones del IRS en la página 139.

Al recopilar documentación, tenga en cuenta estos requisitos:

- La documentación puede ser una factura o un recibo de su proveedor de atención médica que mencione la fecha del servicio, el costo del servicio, el tipo del servicio, el proveedor del servicio y la persona

- a quien se le brindó el servicio. Nota: los recibos de copago deben mostrar una descripción, como "copago por consulta al consultorio".

- La documentación también puede ser una explicación de los beneficios de su plan de seguro que muestre el pago del plan de seguro y la cantidad que usted es responsable de pagar.
- En el caso de los productos de cuidado de la salud sin receta médica, proporcione el recibo del vendedor desglosado.
- Para medicamentos de venta libre, envíelos con el recibo del comerciante detallado.
- Para recetas médicas, proporcione el recibo de la farmacia que muestre el número de receta y el nombre del medicamento. También puede solicitar una copia impresa en la farmacia que detalle sus recetas médicas; u obtener esta información del sitio web de la farmacia. Para recetas de pedidos por correo, simplemente, proporcione el recibo de pedido por correo desglosado.
- En algunas circunstancias, es posible que se necesite una declaración escrita de parte de su proveedor de atención médica diciendo que el servicio era medicamento necesario. Puede encontrar un ejemplo de la carta de necesidad médica en www.ASiFlex.com/SCMoneyPlus en la pestaña recursos.

ASiFlex procesará su reclamación en un plazo de tres días laborables a partir de su recepción. Es posible que el reembolso se deposite directamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día a partir de la tramitación de sus reclamaciones. Esto no tiene cargo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, inicie sesión en su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe registrarse para recibir alertas por correo electrónico y / o mensajes de texto.

Comparando el MSA y los gastos de reclamación Formulario

1040 del IRS

Puede reclamar gastos médicos y dentales detallados en su formulario 1040 del IRS solo si superan

10 por ciento de su ingreso bruto ajustado. Si presenta una declaración de impuestos conjunta, su ingreso bruto ajustado incluye tanto sus ingresos como los de su cónyuge. El MSA libre de impuestos le ofrece una forma alternativa de ahorrar impuestos sobre sus gastos médicos no asegurados y los gastos que salen de su bolsillo. Consulte la tabla de la página 137 para ver un ejemplo.

Para obtener mayor información sobre el crédito fiscal, consulte la *publicación 502 del IRS* o utilice los servicios de un profesional fiscal.

¿Qué le sucede a su MSA cuando deja su trabajo?

Cuando usted tiene un MSA y abandona su trabajo, puede ser elegible para continuar contribuyendo a su MSA hasta el final del año del plan.

La cobertura de COBRA consistirá en la cantidad que tiene en su MSA al momento del evento calificado, más las contribuciones adicionales hasta la cantidad anual con la cual eligió contribuir. Pagará el 102 por ciento de su costo normal, que es el monto de su contribución más los 2,32 \$ de tasa administrativa, para la cobertura COBRA. Si tiene fondos restantes al final del año del plan, se transferirán hasta 550 \$ y estarán disponibles para usted hasta el final de su período de cobertura COBRA. ASIFlex se comunicará para hablar acerca de la continuación de la cobertura.

Si no continúa con su MSA según lo permitido por COBRA, usted tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra antes, para presentar los gastos de MSA elegibles incurridos antes de dejar el empleo. Los fondos que aún estén en su cuenta no se le devolverán.

Si regresa a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA durante los 30 días, sus elecciones originales de MSA se restablecerán automáticamente. Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA después de 30 días, no podrá participar en un MSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, puede volver a inscribirse durante la inscripción abierta para el próximo año del plan.

cobertura mientras está de licencia. Comuníquese con su empleador para obtener mayor información.

¿Qué le pasa a su MSA después de su muerte?

Su MSA termina en la fecha de su muerte, y el saldo no se le reembolsa a sus supérstites. Un dependiente o beneficiario calificado por el IRS puede continuar un MSA hasta el final del año del plan bajo COBRA. Comuníquese con ASIFlex para obtener mayor información. Si el MSA no se continúa a través de COBRA, su beneficiario tiene 90 días a partir de la fecha de su fallecimiento o hasta el final del período de espera, lo que ocurra antes, para presentar reclamaciones por gastos elegibles incurridos hasta su fecha de fallecimiento.

El fallecimiento de un cónyuge o hijo crea un cambio de estatus. Puede detener, comenzar o cambiar la cantidad aportada a su MSA en ese momento. Tiene

31 días a partir de la fecha de su fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 151 para obtener información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

Una Cuenta de Gastos de Cuidado Dependiente, o DCSA, le permite pagar los gastos de cuidado de dependientes relacionados con el trabajo con los ingresos antes de pagar impuestos. Esta cuenta es solo para costos de guardería para niños y adultos, y no se puede usar para pagar la atención médica de los dependientes. Los fondos solo se pueden utilizar para gastos incurridos en el plan durante el año 2021. Si tiene dinero en su cuenta para el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2022 para gastar los fondos depositados durante 2021. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2022 para solicitar el reembolso de sus fondos de 2020 por

los gastos incurridos en o antes del 15 de marzo de 2022. Perderá los fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para el seguro de beneficio grupal estatal para participar en DCSA. Sin embargo, no está obligado a tener cobertura de un programa de seguro para participar, ni tiene que inscribirse en la función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos.

Inscripción

Puede inscribirse en DCSA durante los 31 días posteriores a la fecha de contratación a través de su empleador. Si no se inscribe entonces, puede inscribirse durante el próximo período de inscripción abierta en octubre a través de MyBenefits en [MyBenefits.sc.gov](https://www.mylife.sc.gov).

También puede inscribirse o hacer cambios en esta cuenta durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad. Para hacerlo, consulte cómo realizar cambios en su cobertura MoneyPlus en la página 151. Para obtener información sobre situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 21.

Deberá volver a inscribirse cada año durante la inscripción abierta para continuar con su cuenta el año siguiente.

Decida cuánto reservar

Calcule la cantidad que gastará en cuidados dependientes durante todo el año. Tenga en cuenta las vacaciones y los días festivos, cuando es posible que no tenga que pagar por el cuidado de dependientes. La cantidad anual que usted elija que va a contribuir a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá de cada cheque de pago antes de pagar impuestos.

El IRS no permitirá que ningún dinero aunque esté en su cuenta después de haber reclamado todos sus gastos al final del año para que se le devuelva, o se le transfiera al siguiente año del plan. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2022 para gastar los fondos

depositado durante 2021. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2022 para solicitar el reembolso de los gastos incurridos para el 15 de marzo de 2022 o antes. Perderá los fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Una vez que se inscribe en DCSA y decide con cuánto va contribuir, debe esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta antes de que se le reembolsen los gastos elegibles.

Límites de contribución

El límite de contribución para DCSA se basa en su estado de declaración de impuestos. A continuación se muestran los límites de 2021.

- Casado, que declara por separado: 2500 \$
- Soltero, cabeza de familia: 5000 \$
- Casado, que declara conjuntamente: 5000 \$

Si usted o su cónyuge ganan menos de 5000 \$ al año, su máximo es igual al menor de los dos ingresos.

En 2021, DCSA tiene un tope de 1700 \$ para los empleados altamente remunerados. El IRS fijó el salario para 2021 en 130 000 \$ o más. El tope está sujeto a los ajustes que se hacen durante el año si DCSA de PEBA no cumple con la prueba federal de beneficio promedio. La prueba está diseñada para garantizar que los empleados altamente remunerados no reciban un beneficio que no sea proporcional a la prestación percibida por otros empleados.

Para obtener mayor 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 bajo DCSA

Los gastos del cuidado de sus hijos y dependientes deben ser para el cuidado de una o más personas calificadas. Una persona calificada es:

1. Su hijo calificado que es su dependiente y que era menor de 13 años cuando se le proporcionó el cuidado;

2. Su cónyuge que no era física o mentalmente capaz de cuidarse a sí mismo y vivió con usted durante más de la mitad del año; o

3. Una persona que no podía cuidarse física o mentalmente por sí misma, y vivió con usted más de la mitad del año y:

a. Era su dependiente; o

b. Habría sido su dependiente excepto que:

i. Recibió un ingreso bruto de 4050 \$ o más;

ii. Presentó una declaración conjunta; o

iii. Usted o su cónyuge, si presentan una declaración conjunta, podrían reclamarlo como dependientes de la declaración de impuestos de otra persona.

Gastos elegibles

Por lo general, los costos de cuidado de niños, adultos y ancianos que le permiten a usted y a su cónyuge trabajar o buscar activamente trabajo son elegibles para el reembolso. Si está casado, su cónyuge debe trabajar, ser estudiante de tiempo completo o ser mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo. Los ejemplos incluyen:

- Tarifas de las guarderías;
- Derechos de los campamentos diurnos locales;
- Atención antes o después de la escuela;
- Escuela preescolar o guardería; y
- Tarifas de cuidado en casa mientras usted y su cónyuge están trabajando. Usted, su cónyuge u otro dependiente de impuestos no pueden proporcionar el cuidado.

Gastos no admisibles

- Pagos de manutención infantil o cuidado de niños si es un padre que no tiene la custodia.
- Pagos por servicios de atención a dependientes prestados por su dependiente, de

su cónyuge o de su hijo menor de 19 años.

- Costos de atención médica.
- Matrícula educativa.
- Campamentos de pernoctación.
- Cuidado durante la noche para sus dependientes, a menos que le permita a usted y a su cónyuge trabajar durante ese tiempo.
- Tarifas de hogares de ancianos.
- Servicios de pañales.
- Libros y materiales.
- Tarifas de actividad.
- Matrícula.

Solicitud de reembolso de gastos subvencionables

Cuando usted tiene un gasto de cuidado de dependientes, solicita el reembolso de su cuenta en línea en www.asiflex.com/scmoneyPlus. También tendrá que enviar documentación para sufragar sus gastos. Un formulario de reclamación en papel también está disponible en línea en peba.sc.gov/forms.

Su reclamación y la documentación de gastos deben mostrar lo siguiente:

- Las fechas en que su dependiente recibió la atención, 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 de la persona que proporcionó el cuidado dependiente.

Esta información se requiere para cada solicitud de reembolso. El formulario de reclamación 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, usted debe estar preparado para proporcionárselo al IRS, si se le solicita.

ASIFlex procesará su reclamación durante tres

días hábiles de haberlo recibido. Es posible que el reembolso se deposite directamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día a partir de la tramitación de sus reclamaciones. Esto no tiene cargo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, inicie sesión en su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe registrarse para recibir alertas de correo electrónico y / o de texto en [www. ASIFlex.com/SCMoneyPlus](http://www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus).

Un gasto aprobado no se reembolsará hasta después de la última fecha de servicio para la cual solicita el reembolso. Por ejemplo, si paga a su proveedor de cuidados dependientes el 1 de octubre para el mes de octubre, puede enviar su solicitud de reembolso durante todo el mes. Sin embargo, no se realizará el pago hasta que reciba el último día de atención de octubre.

Un gasto aprobado tampoco será reembolsado hasta que haya suficientes fondos en DCSA para cubrirlo. En su reclamación, puede dividir las fechas de servicio en períodos que correspondan con su ciclo de nómina. Esto le permitirá recibir un reembolso por parte de la cantidad en la documentación cuando hay suficientes fondos en su cuenta.

Informar de su DCSA al IRS

Si participa en un DCSA, debe adjuntar *el formulario 2441 del IRS* a su declaración de impuestos sobre la renta 1040. De lo contrario, es posible que el IRS no permita su exclusión antes de pagar impuestos. Para reclamar la exclusión de ingresos para gastos de cuidado de dependientes en el *formulario 2441*, debe incluir el número de seguro social o el número de identificación del empleador (EIN) de cada proveedor de cuidado de dependientes. Si no puede obtener uno de estos números, deberá proporcionar una declaración por escrito con su *formulario 2441* explicando la situación y declarando que hizo un esfuerzo importante por obtener la información.

Comparación de DCSA con el crédito de cuidado infantil y dependiente

Si usted paga por el cuidado de dependientes para que pueda trabajar, puede reducir sus impuestos reclamando esos gastos en su declaración federal de impuestos sobre la renta a través del crédito de cuidado de hijos y dependientes en lugar de usar un DCSA. Dependiendo de sus circunstancias, participar en DCSA basándose en la reducción de salario puede producir un mayor beneficio fiscal. Para obtener mayor información, consulte la *publicación 503 del IRS* o hable con un asesor fiscal calificado.

¿Qué le pasa a su DCSA si deja su trabajo?

Si deja su trabajo de forma permanente o toma una licencia sin goce de sueldo, no puede seguir contribuyendo a su DCSA. Sin embargo, puede continuar incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo del año siguiente y solicitar el reembolso de los gastos elegibles hasta el 31 de marzo del año siguiente, o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra antes.

Si regresa a un empleo con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA durante los 30 días, sus elecciones originales de DCSA se restablecerán automáticamente. Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA después de 30 días, no puede participar en un DCSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, puede volver a inscribirse durante la inscripción abierta para el próximo año del plan.

¿Qué le pasa a su DCSA después de su fallecimiento?

Su DCSA termina en la fecha en que fallece y no se le reembolsa a sus supérstites. Las reclamaciones de DCSA por gastos que ocurrieron hasta la fecha de su muerte pueden presentarse hasta que se agote la cuenta o hasta el final del año del plan.

El fallecimiento de un cónyuge o un hijo crea un cambio en su

estado. Puede detener, comenzar o cambiar la cantidad aportada a su DCSA en ese momento. Tiene 31 días desde la fecha de su muerte para hacer el cambio. Consulte la página 151 para obtener información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de ahorros para la salud

Se alienta a los miembros inscritos en el plan de ahorros del plan de salud estatal a participar en una cuenta de ahorros para la salud o HSA. HSA es una cuenta que tiene beneficios fiscales que ofrece varias ventajas para el seguro e incluso la jubilación. Las HSA se transfieren de un año al siguiente, y usted no tiene que gastar los fondos en el año en que se depositan. Incluso puede mantener su cuenta si deja su trabajo. Debido a esto, puede usar su HSA para ahorrar a lo largo del tiempo para sus gastos médicos futuros y, al hacerlo, puede compensar el deducible más alto de su plan de seguro. Obtenga mayor información sobre el plan de ahorros del plan de salud estatal en la página 42.

Además, una vez que haya acumulado un saldo de 1000 \$ en su HSA, puede invertir los fondos entre una variedad de opciones de inversión. Las ganancias de la inversión son libres de impuestos siempre que los fondos se gasten en gastos médicos calificados o cumpla los 65 años (consulte la sección de elegibilidad). Sin embargo, no se puede invertir tanto como para llevar el saldo de su HSA por debajo del umbral de elegibilidad de inversión. Obtenga mayor información sobre las opciones de inversión en schsa.centralbank.net.

Cuando deposita fondos en su HSA mediante la deducción de la nómina, también se deduce la cuota administrativa mensual de 1 \$.

Elegibilidad

Debe estar inscrito en el plan de ahorros para ser elegible para HSA. Usted no puede tener cobertura bajo ningún otro plan de salud que no sea un plan de salud deducible alto, incluyendo Medicare. Sin embargo, puede seguir teniendo cobertura para lesiones específicas, accidentes, discapacidad, atención odontológica, atención oftalmológica y cuidados a largo plazo. Además, no se le

puede reclamar como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona.

MSA, incluso la MSA del cónyuge, se considera otro plan de salud bajo las regulaciones de HSA, y como tal, le impide contribuir a HSA. Si no tiene fondos en su MSA el 31 de diciembre, puede comenzar a contribuir a HSA el 1 de enero.

Cuando un suscriptor activo que está inscrito en el plan de ahorros cumple 65 años, sigue siendo elegible para contribuir a HSA si retrasa la inscripción en la Parte A de Medicare al retrasar la recepción de la seguridad social. Puede retrasar la inscripción en el seguro social hasta que cumpla 70 años y medio. Una vez que se inscribe en el seguro social, y por lo tanto Medicare Parte A, ya no puede hacer contribuciones a HSA. Sin embargo, los fondos que ya están en HSA pueden retirarse para pagar las primas de Medicare, pero no Primas Medigap, y también puede utilizarse para pagar deducibles y coseguros.

Inscripción

Puede inscribirse, cambiar o detener sus contribuciones a HSA en cualquier momento. No es necesario que lo haga durante la inscripción abierta o una situación de elegibilidad especial. Puede inscribirse a través de su empleador. Una vez que se inscriba en HSA, no tiene que volver a inscribirse siempre que siga siendo elegible. Los cambios en sus contribuciones están limitados a una vez al mes.

Para aportar dinero antes de pagar impuestos a través de la deducción de la nómina, debe inscribirse en MoneyPlus HSA. Aunque ASIFlex administra las HSA, el Central Bank actúa como custodio de las HSA. Para realizar su inscripción en HSA, debe abrir una cuenta bancaria con el Central Bank e ingresar un código de validación en [MyBenefits](https://mybenefits.schsa.centralbank.net). Para abrir su cuenta HSA del Central Bank, visite schsa.centralbank.net y seleccione el

Presione el botón HSA. Sus contribuciones de nómina se transferirán automáticamente a su cuenta bancaria en un plazo de tres días hábiles a partir de que ASiFlex reciba los fondos de su empleador. El Central Bank le enviará por correo una tarjeta de débito durante los 10 días hábiles que puede usar para acceder a sus fondos.

Límites de contribución

El límite de contribución, establecido por el IRS, para una HSA se basa en el nivel de cobertura de su plan de salud. A continuación se muestran los límites para 2021.

- Cobertura individual: 3600 \$.
- Cobertura familiar: 7200 \$.
- Contribuciones adicionales para ponerse al día para un suscriptor de 55 años de edad o más: 1000 \$.

Cuando se inscribe en una HSA, puede comenzar a aportar su máximo a partir del primer día del mes en el cual entra en vigencia, pero solo mientras siga siendo elegible durante los siguientes 12 meses. Usted puede contribuir hasta el máximo con un pago con una suma alzada o en cantidades iguales a través de la deducción de la nómina con MoneyPlus.

ASiFlex controlará sus contribuciones a la HSA y enviará una alerta a su empleador si está excediéndose de su límite de contribución. La mejor manera de evitar problemas es dividir su contribución anual deseada entre el número de cheques de pago que recibe, o espera recibir durante el resto del año si se trata de la inscripción en un plan de mitad año. Por ejemplo, si tiene una cobertura única, puede aportar un máximo de 3600 \$ para 2021. Si recibe 24 cheques de pago anualmente, puede contribuir 150 \$ por cada período de pago.

Los suscriptores que están haciendo la transición de una MSA a una HSA pueden enfrentar una restricción sobre cuándo pueden comenzar a hacer contribuciones a la HSA. Las regulaciones del IRS no le permiten usar su MSA junto con una HSA; sin embargo, las regulaciones le permiten utilizar un MSA de uso limitado junto con una HSA.

Puede usar una MSA de uso limitado para pagar los gastos que el plan de ahorros no cubre, tales como el cuidado dental y oftalmológica. Si tiene fondos remanentes, ASiFlex convertirá automáticamente esos fondos en una MSA de uso limitado debido a la elección de su nueva HSA del plan anual.

Cuando sus fondos estén disponibles

Cada contribución a su MoneyPlus HSA estará disponible después de que ASiFlex reciba y procese la nómina de su empleador, la transfiera al Central Bank y la deposite en su cuenta. Los fondos estarán disponibles en su HSA en el Central Bank a más tardar un día hábil después de que ASiFlex reciba el dinero de su empleador.

Uso de sus fondos

Después de inscribirse en un HSA, recibirá una tarjeta MasterCard ® tarjeta de débito del Central Bank para utilizarla para todos sus gastos médicos calificados. Usted puede reembolsarse a sí mismo con un depósito directo a una cuenta de cheques o de ahorros de su elección o a través del pago de facturas sin cargo adicional. Los cheques se pueden comprar a un precio adicional.

Si utiliza su tarjeta de débito para una transacción y no tiene suficiente dinero en su cuenta, la transacción no se realizará o podría sobrepasar el saldo de su cuenta.

Puede iniciar sesión en su cuenta del Central Bank para verificar su saldo, hacer contribuciones en línea, revisar los estados de cuenta mensuales y reportes de impuestos anuales, transferir fondos, configurar su cuenta de inversión HSA y más. El Central Bank proporcionará estados de cuenta mensuales en papel por un cargo mensual de 3 \$.

Además, hay una tarifa de mantenimiento mensual de 1,25 \$ para los saldos de cuenta de menos de 2500 \$.

Gastos y documentación elegibles

Puede usar sus fondos de HSA, libres de impuestos, para pagar

los gastos médicos elegibles no reembolsados para usted,

150

su cónyuge y sus dependientes fiscales. Los gastos médicos incluyen los costos del diagnóstico, cura, tratamiento o prevención de defectos o enfermedades físicas o mentales, incluyendo 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 los recetó un médico.

Debe guardar los recibos de los gastos pagados por su HSA con sus declaraciones de impuestos en caso de que el IRS audite su declaración de impuestos y solicite las copias. Puede cargar las copias escaneadas o imágenes de sus recibos elegibles iniciando sesión en su cuenta del Central Bank.

Si utiliza fondos de HSA para gastos no elegibles, estará sujeto a impuestos sobre la cantidad que tomó de su HSA, así como una multa de 20 por ciento si usted es menor de 65 años.

Inversión de fondos de HSA

Sus fondos de HSA se mantendrán en una cuenta corriente que devenga intereses en el Central Bank. A medida que la cuenta crece, puede ser elegible para invertir sus fondos en exceso de 1000 \$. Las inversiones no pueden estar aseguradas o garantizadas a nivel federal. Debe revisar las inversiones en detalle antes de realizar sus selecciones de inversión. El riesgo de inversión es la incertidumbre del rendimiento de una inversión determinada. Cuando elige invertir sus fondos, el saldo de su cuenta se ve afectado por las ganancias o pérdidas de inversión como resultado de esas elecciones. Usted asume todo el riesgo de inversión relacionado con su HSA. La cuota mensual es de 1,50 \$ y los cargos adicionales se pueden cobrar en función de las opciones de inversión que seleccione. Obtenga mayor información sobre las opciones de inversión en schsa.centralbank.net.

Informe acerca de su HSA al IRS

Una vez finalizado el año, el Central Bank le proporcionará información para utilizarla en el informe de sus

contribuciones y retiros de HSA al presentar sus impuestos.

Guía de beneficios del seguro

Debe guardar la documentación, incluyendo los recibos, las facturas y las explicaciones de los beneficios de su procesador de reclamaciones de seguro médico, en caso de que se le pida que le muestre al IRS una prueba de que los fondos de su HSA se utilizaron para gastos calificados.

Las contribuciones de HSA antes de pagar impuestos aparecerán en su W-2 como contribuciones pagadas por su empleador. Esto se debe a que el dinero fue deducido de su salario antes de que fuera gravado. No debe deducir este dinero en su declaración. Solo se podrán deducir las contribuciones después de pagar impuestos. Consulte con un profesional de impuestos para obtener mayor información.

¿Qué le pasa a su HSA después de que muera?

Si su cónyuge es el beneficiario de su HSA, la cuenta se le puede transferir al HSA a nombre de su cónyuge. Si el beneficiario no es su cónyuge, la cuenta dejará de ser HSA para la fecha de su muerte. Si el beneficiario es su patrimonio, el valor de mercado justo de la cuenta en su fecha de fallecimiento estará sujeto a impuestos para su devolución final. Para los beneficiarios que no sean su cónyuge o parte de su patrimonio, el valor razonable de mercado de la cuenta es imponible al beneficiario para el ejercicio fiscal en el que usted murió.

Para obtener mayor información, consulte el *acuerdo de custodia de la cuenta de ahorro de salud*.

Cierre su HSA

Si ya no es elegible para contribuir a una HSA o desea dejar de contribuir, llene un formulario *de aviso de elección*. Si el dinero permanece en la cuenta, puede continuar usándola si califica, para los gastos médicos no reembolsados. Debe ponerse en contacto con Central Bank para cerrar su cuenta bancaria de 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 por sus siglas en inglés). Esta cuenta puede ser utilizada para gastos que no tienen cobertura bajo el plan de ahorros. Los gastos elegibles incluyen atención dental y visual. Excepto para la restricción de qué tipos de gastos son reembolsables, una MSA de uso limitado funciona de la misma manera que una cuenta de gastos médicos. Obtenga mayor información en la página 140.

Gastos elegibles

Puede usar su HSA, pero no su MSA de uso limitado, para los deducibles médicos y coaseguros. Puede usar su MSA de uso limitado para otros gastos que no tienen cobertura bajo el plan de ahorros, tales como atención dental y oftalmológica.

Gastos no elegibles: solo MSA de uso limitado

- Primas de seguros;
- Garantías visuales y contratos de servicios;
- Gastos por un servicio aún no proporcionado o por estimaciones previas al tratamiento;
- Gastos para la buena salud general y el bienestar general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por seguros o cualquier otra fuente;
- Cuotas de membresía del club de salud o fitness;
- Cirugía cosmética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una afección médica;
- Deducibles y coaseguro del plan médico; y
 - Productos de venta libre para el cuidado de la salud que no sean para el cuidado dental o de la vista.

Realizar cambios en la cobertura de MoneyPlus

Tiene circunstancias limitadas para iniciar o detener su DCSA, MSA y MSA de uso limitado, o para variar las cantidades con las cuales contribuye. Cualquier cambio que realice en su DCSA, MSA o MSA de uso limitado debe ser consistente con el evento que inicia el cambio.

Por ejemplo, es posible que desee iniciar un DCSA si tiene un bebé o adopta a un niño. Es posible que desee disminuir su contribución por MSA si se divorcia y ya no pagará por sus gastos médicos de su bolsillo para su ex conyugue.

Durante los 31 días a partir de uno de los eventos enumerados a continuación, comuníquese con su empleador si desea realizar cambios.

Cualquier reclamación relacionada que envíe mientras ASIFlex está procesando su cambio de situación se retendrá hasta que se realice el proceso. El nacimiento, la adopción y la colocación para adopción son efectivos para la fecha del evento. Todos los demás cambios entrarán en vigor el primero del mes siguiente a su solicitud.

Algunas situaciones especiales de elegibilidad que pueden permitir cambios en su cuenta MoneyPlus son:

- Matrimonio o divorcio (no puede hacer cambios porque está en el proceso de divorcio, pero puede hacerlo después de que esté divorciado);
- Nacimiento, colocación para adopción o adopción;
- Colocación bajo custodia;
- El dependiente pierde la elegibilidad;
- Fallecimiento del cónyuge o hijo;
- Obtención o pérdida del empleo;
- Inicio o finalización de la licencia sin goce de sueldo;
- Cambio de jornada completa a jornada parcial o vice-versa, y
- Cambio de proveedor de guardería.

Cómo los cambios afectan su período de cobertura

Su cuenta de gastos flexible MoneyPlus está configurada para todo el año calendario, que es su período de cobertura. Si usted escoge realice un cambio y es aprobado a mitad del plan y aumenta sus contribuciones, los gastos que tenía antes del cambio de mitad de año no se pueden reembolsar por más dinero del que había en la cuenta para el momento del cambio. Esto no se aplica a los HSA.

Apelaciones

Reembolso o solicitud de prestaciones

Si se rechaza total o parcialmente su solicitud de reembolso o reclamación de beneficios, tiene derecho a apelar la decisión. Las apelaciones son aprobadas solo si las circunstancias atenuantes y la documentación de respaldo está durante las regulaciones de su empleador, su proveedor de seguros y el IRS que rigen el plan.

Envíe una solicitud por escrito durante los 31 días a partir de la denegación para que se haga la revisión en:

Apelaciones ASIFlex

A la atención de: S. C. MoneyPlus

P. O. Box 6044

Columbia, MO 65205-6044

Conserve las copias de las reclamaciones y los recibos en sus registros.

Su apelación debe incluir el *formulario* que se encuentra en

www.asiflex.com/scmoneyPlus y:

- El nombre de su empleador;
- La fecha de los servicios para los cuales se denegó su solicitud;
- Una copia de la solicitud denegada;
- Una copia de la carta de denegación que recibió;
- Por qué cree que su solicitud no debería haber sido denegada; y
- Cualquier documento adicional, información o comentario que considere que pueda tener relación con su apelación.

Se le notificará acerca de los resultados de esta revisión durante los 31 días hábiles posteriores a la recepción de su apelación. En casos inusuales, como cuando una apelación requiera de documentación adicional, la revisión puede tomar más tiempo. Si se aprueba su apelación, se requiere de un tiempo de procesamiento adicional para modificar sus elecciones de beneficios.

Si usted todavía no está satisfecho después de la decisión se volverá a examinar su caso, usted puede pedirle a PEBA que revise el asunto enviando un [formulario de solicitud](#) a PEBA durante los 90 días siguientes 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

A la atención de la: División de
Apelaciones de Seguros 202 Arbor Lake
Drive

Columbia, SC 29223

Un proveedor de atención médica, un empleador o su administrador de beneficios no puede apelar ante PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia que tenga permiso para ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha de recepción de su reclamación de ASIFlex, tal y como se describe en el plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si se solicita una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de PEBA de su apelación esté completa, recibirá una decisión por escrito

por correo postal.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Inscripción

Usted también tiene derecho a apelar las decisiones de inscripción, enviando una solicitud de revisión a través de su administrador de beneficios. Los administradores de beneficios pueden enviar la revisión en línea.

Si la solicitud de revisión es denegada, puede apelar enviando un [formulario de solicitud](#) a PEBA durante los 90 días siguientes a la notificación de la decisión. Por favor, incluya una copia de la denegación junto con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov o

S. C. PEBA

A la atención de la: División de
Apelaciones de Seguros 202 Arbor
Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un proveedor de atención médica, un empleador o su administrador de beneficios no puede apelar ante PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia que tenga permiso para ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios puede no ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha de recepción de su reclamación de ASIFlex, tal y como se describe en el plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su reseña. Cuando la revisión de PEBA de su apelación esté completa, recibirá una decisión por escrito

por correo postal.

Si PEBA confirma la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 de Carolina del Sur. Código de Leyes, según su enmienda.

Contacte con ASIFlex

www.asiflex.com/scmoneyPlus

Centro de Atención al Cliente

Lunes a viernes de 8 AM a 8 PM,
sábado de 10 AM a 2 PM

833 .SCM .PLUS (833 .726 .7587)

Número gratuito de fax para
reclamaciones: 877 .879 .9038

asi@asiflex.com

Seguro grupal para jubilados

¿Es elegible para un seguro grupal de jubilados?

Algunos de los beneficios del seguro que disfruta como empleado activo pueden estar disponibles para usted como jubilado a través de los programas de seguros grupales que patrocina PEBA. Este capítulo cubre la elegibilidad del seguro grupal para jubilados y si su empleador puede pagar una parte de sus primas de seguro para jubilados.

La elegibilidad para el seguro grupal para jubilados no es igual que la elegibilidad para la jubilación.

Un empleado se ha jubilado y ha establecido una fecha de jubilación a los efectos del plan de salud estatal si:

1. Haber dejado de trabajar para el empleador participante;
2. Ha dejado de trabajar en los empleos que tienen cobertura bajo una jubilación administrada por PEBA para planificar; y
3. Son elegibles para recibir un servicio o declararle con una discapacidad para la prestación de servicios del plan administrado de jubilación de PEBA.

La determinación de la elegibilidad del seguro para jubilados es complicado, y solo PEBA puede hacer esa determinación. Es muy importante ponerse en contacto con PEBA antes de hacer los arreglos finales para la jubilación.

Su elegibilidad para la cobertura y el financiamiento del seguro grupal para jubilados depende de varios factores, incluyendo su elegibilidad para un beneficio de jubilación, la fecha en la cual fue contratado para un puesto elegible para el seguro, su crédito para el servicio de jubilación obtenido mientras trabajaba para un empleador que participa en el plan de salud estatal y la naturaleza de sus últimos cinco años de empleo activo con un empleador que participa en el plan de salud estatal.

El crédito de servicio obtenido es el tiempo obtenido y establecido en uno de los planes de jubilación de prestaciones definidas administrado por PEBA; para el tiempo trabajado mientras participa en el Programa Estatal de Retiro Opcional (ORP por sus siglas en inglés) estatal; o tiempo trabajado para un empleador que

participa en el plan de salud estatal, pero no en los planes de jubilación que administra PEBA. El crédito por servicio acumulado no incluye ningún crédito de servicio adquirido que no se considera obtenido como servicio de los planes de jubilación (por ejemplo: un servicio o licencia sabática aprobada por el empleador) o servicios acumulados con un empleador que no participa en el plan de salud estatal.

Si es miembro de uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA, su elegibilidad para el seguro grupal para jubilados dependerá de si ha cumplido con los requisitos legales mínimos para la elegibilidad para la jubilación establecida para el plan en el cual usted es miembro cuando deja su empleo.

Los planes de beneficios definidos por 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 sus siglas en inglés), el Sistema de Jubilación de la Asamblea General (GARS por sus siglas en inglés) y el Sistema de Jubilación de Jueces y Procuradores (JSRS por sus siglas en inglés).

PEBA también administra un plan de contribución definida, el Programa Estatal de Jubilación Opcional (ORP por sus siglas en inglés) estatal. Para los participantes estatales de ORP 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.

¿Su empleador pagará parte de sus primas del seguro para jubilados?

Como empleado activo, su empleador paga parte del costo de su seguro médico y dental. Cuando se jubila, varios factores determinan si paga la totalidad o parte de las primas de su seguro. Estos factores incluyen los años de crédito por servicio que ha obtenido, el tipo de empleador del que se retira y la fecha en que fue contratado para un puesto elegible para el seguro.

Los empleados de las agencias estatales, instituciones públicas de educación superior y distritos escolares públicos que participan en el programa del seguro estatal pueden ser elegibles para una contribución estatal a sus primas de seguro para jubilados según el momento en que comenzaron a trabajar y la cantidad de años de crédito por servicio obtenido.

Las normas de elegibilidad del seguro para jubilados son las mismas para los jubilados de empleadores opcionales que para los organismos estatales, instituciones públicas de educación superior y jubilados del distrito escolar público. Sin embargo, el financiamiento es diferente. Los empleadores opcionales participantes pueden o no pagar una parte del costo de las primas de seguro de los jubilados. Cada empleador opcional participante desarrolla su propia póliza para financiar las primas de seguro para jubilados para sus jubilados elegibles. Si es empleado de un empleador opcional participante, comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre las primas de seguro para jubilados.

Jubilación anticipada: miembros de SCRS clase dos

Un miembro de SCRS clase 2 que se jubile de acuerdo con la provisión de jubilación anticipada 55/25 y que sea elegible para obtener los fondos para las primas de seguro para jubilados del fondo fiduciario del seguro médico para jubilación de Carolina del Sur debe pagar la prima completa (participación de empleados y empleadores) 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 electos

Las normas especiales del seguro para jubilados se aplican a los miembros de la Asamblea General y a los miembros de un consejo municipal o del condado que comenzó a trabajar con derecho a cobertura en virtud del Plan Estatal de Salud antes del 2 de mayo de 2008. Póngase en contacto con PEBA para obtener información más detallada.

Solo PEBA puede confirmar su elegibilidad

La elegibilidad para el seguro grupal para jubilados no es igual que la elegibilidad para la jubilación. La determinación de la elegibilidad del seguro para jubilados es complicado, y solo PEBA puede hacer esa determinación. Se le recomienda confirmar su elegibilidad antes de retirarse. Después de la confirmación de elegibilidad, debe presentar los formularios necesarios para inscribirse con la cobertura para jubilados. La cobertura no continúa automáticamente en el momento de la jubilación.

Si planea jubilarse en tres o seis meses, envíe un *registro de verificación de empleo* completo a PEBA. Si planea jubilarse durante los siguientes 90 días, llene y envíe a PEBA un *registro de verificación de empleo*, un *formulario de aviso de elección para jubilado* y un *formulario de certificación sobre el uso de tabaco y cigarrillos electrónicos*. El *registro de verificación de empleo* y el paquete para jubilados están disponibles en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o comunicarse con PEBA al 803 .737 .6800 o 888 .260 .9430.

En algunas situaciones, las determinaciones de elegibilidad están disponibles en el acceso a los miembros, el portal de miembros para beneficios de jubilación y / o MyBenefits. PEBA también le enviará una confirmación por escrito de su elegibilidad. PEBA no confirma la elegibilidad para las fechas de jubilación más allá de seis meses. PEBA no puede confirmar la elegibilidad para el grupo de jubilados seguro o financiamiento de sus primas de seguro para jubilados por teléfono.

Elegibilidad del seguro de jubilados, financiamiento

Para los miembros que trabajan para una agencia estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público

Los gráficos de la página 158 ilustran las pautas de elegibilidad y financiamiento para el seguro colectivo para jubilados. Consulte el [plan de beneficios](#) para obtener información más detallada sobre estas y otras reglas de elegibilidad y financiamiento. Al revisar los gráficos,

tenga en cuenta estas cosas:

- Para cualquier cobertura para jubilados, sus últimos cinco años de empleo debe haberlos desempeñado consecutivamente en un puesto permanente de tiempo completo elegible para el seguro que tiene con un empleador que participa en el plan de salud estatal.
- El cambiar puestos de trabajo podría afectar la elegibilidad para su financiamiento. La información en la página 158 se aplica solo si su último empleador antes de la jubilación es una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público u otro empleador que participa en el fondo fiduciario de seguro médico para jubilados del estado. Comuníquese con su empleador si no está seguro de si participa en el fondo fiduciario del seguro médico para jubilados.
- Para recibir fondos estatales para sus primas, sus últimos cinco años de empleo debe haber estado prestando sus servicios a un organismo estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público u otro empleador que participe en el fondo fiduciario del seguro de salud para jubilados del estado. La jubilación anticipada del sistema de jubilación de Carolina del Sur bajo la disposición 55/25 retrasará su elegibilidad para el financiamiento.
- Si la escuela autónoma para la cual trabaja no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA y usted cumple con los requisitos de elegibilidad para el seguro grupal de jubilados, el financiamiento del empleador, si corresponde, queda a discreción de su escuela autónoma.
- El crédito por servicio obtenido es el tiempo obtenido y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA. El crédito por el servicio obtenido no incluye ningún crédito por un servicio comprado que no se considere servicio obtenido en los

planes de jubilación (por ejemplo, un servicio no calificado o período sabático aprobado)

- Para los participantes estatales de ORP y los miembros 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 por sus siglas en inglés), incluyendo alcanzar la elegibilidad para la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito por los servicios devengados. Obtenga mayor información sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación de SCRS en el [manual para los miembros del Sistema para Jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados para una posición elegible para el seguro antes del 2 de mayo de 2008

Situación de la jubilación	Crédito del servicio obtenido con un empleador que participa en el plan de salud estatal	Responsabilidad de pagar primas
Dejó el empleo después de cumplir los requisitos de servicio o jubilación por discapacidad <i>Obtenga mayor información</i>	Cinco años, pero menos de 10 años	Usted paga la prima completa (parte proviene del empleado y parte del empleador).
	10 o más años	Usted paga solo la parte de la prima que les corresponde a los empleados.
Dejó el empleo antes de cumplir con los requisitos de jubilación	Menos de 20 años	No es elegible para la cobertura de seguro para jubilados.
	20 años o más	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para jubilarse. Usted paga solo la parte de la prima que les corresponde a los empleados.

Empleados contratados en una posición elegible para el seguro a partir del 2 de mayo de 2008

153 Situación de la jubilación	Crédito del servicio obtenido con un empleador que participa en el	Guía de beneficios del seguro
		Responsabilidad de pagar primas
Dejó el empleo después de cumplir los requisitos de servicio o jubilación por discapacidad <i>Obtenga mayor información sobre la elegibilidad para jubilarse en peba.sc.gov.</i>	Cinco años, pero menos de 15	Usted paga la prima completa (parte proviene del empleado y parte del empleador).
	15 años, pero menos de 25 años	Usted paga la parte de la prima que le corresponde a los empleados y el 50 % de la parte de la prima que le corresponde al empleador.
	25 años o más	Usted paga solo la parte de la prima que le corresponde a los empleados.
Dejó el empleo antes de cumplir con los requisitos de jubilación	Menos de 20 años	No es elegible para la cobertura de seguro para jubilados.
	20 años, pero menos de 25 años	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para jubilarse. Usted paga la parte de la prima que le corresponde a los empleados y el 50 % de la parte de la
	25 años o más	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para jubilarse. Usted paga solo la parte de la prima que le

Para miembros que trabajan para empleadores opcionales participantes, como los gobiernos de los condados y municipalidades

La siguiente tabla ilustra las pautas de elegibilidad y financiamiento para el seguro colectivo de jubilados. Consulte el [plan de beneficios](#) para obtener información más detallada sobre estas y otras reglas de elegibilidad y financiamiento. Al revisar los gráficos, tenga en cuenta estas cosas:

- Sus últimos cinco años de empleo deben haber sido desempeñados consecutivamente en un puesto permanente de tiempo completo elegible para el seguro con un empleador que participa en el plan de salud estatal.
- Cambiar puestos de trabajo podría afectar su elegibilidad para el financiamiento. La siguiente información se aplica solo si su último empleador antes de la jubilación es un empleador opcional u otro empleador que
- no participa en el fondo fiduciario del seguro médico para los jubilados del estado. Comuníquese con su empleador si no está seguro de si participa en el fondo fiduciario del seguro médico para jubilados.
- El crédito por servicio obtenido es el tiempo que se ha obtenido y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA. El crédito de servicio obtenido no incluye ningún crédito de servicio que haya comprado que no se considere un servicio obtenido en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado)

- 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), lo cual incluye alcanzar la elegibilidad de la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito por los servicios devengados. Obtenga mayor información sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación de SCRS en el [manual para miembros del sistema de jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados para una posición elegible para el seguro

Situación de la jubilación	Crédito por servicio obtenido con un empleador que participa en el plan de salud estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de alcanzar el servicio o la elegibilidad de jubilación por discapacidad Obtenga mayor información sobre la elegibilidad para jubilarse en peba.se.gov	Al menos cinco años	Su porción de la prima, hasta el monto total de la parte del empleado y el empleador, queda a discreción de su empleador.
Dejó el empleo antes de cumplir con los requisitos de jubilación	Menos de 20 años	No es elegible para la cobertura de seguro para jubilados.
	20 años o más	Su parte de la prima, hasta el monto total de la parte del empleado y el empleador, queda a discreción de su empleador

Sus opciones de cobertura de seguro para jubilados

Si no es elegible para Medicare

Si usted, su cónyuge que tiene cobertura y sus hijos que tienen cobertura no son elegibles para Medicare, es posible que tienen cobertura bajo uno de estos planes:

- Plan estándar del plan de salud estatal; o
- Plan de ahorros del plan de salud estatal; o
- Plan de suplemento TRICARE (para miembros elegibles de la comunidad militar).

Los beneficios de su seguro médico, que se describen en el **capítulo del seguro médico** (consulte las páginas 36 a 37), serán los mismos que si fuera un empleado activo. Sus primas pueden cambiar dependiendo de si usted es un jubilado financiado o no financiado (consulte elegibilidad para el seguro para jubilados, financiamiento en las páginas 156 a 159).

Si está considerando el plan de ahorro

Si usted es jubilado y no es elegible para

Medicare, puede inscribirse en el plan de ahorros, pero las contribuciones a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA por sus siglas en inglés) de su pago de anualidad no se deducen antes de impuestos. Usted puede deducir sus contribuciones a un HSA en su declaración de impuestos sobre la renta.

Si tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare

Si, al jubilarse, tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare, póngase en contacto con la Administración del Seguro Social (SSA). SSA le enviará una carta de denegación de la cobertura de Medicare. Entréguele una copia de la carta a su administrador de beneficios. Puede inscribirse en un seguro médico como jubilado durante los 31 días posteriores a la pérdida de la cobertura activa, durante los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial o durante un período anual de inscripción abierta. También puede inscribir a los miembros de su familia elegibles.

Si es elegible para Medicare

Si usted, su cónyuge que o sus hijos que tiene cobertura son elegibles para Medicare, usted puede tener cobertura por uno de estos planes:

- Suplementario del plan de salud estatal de Medicare; o
- Plan de salud estatal personalizado (anteriormente denominado plan estándar).

Usted y sus dependientes elegibles para Medicare se inscribirán automáticamente en Express Scripts

Medicare[®], el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare del plan de salud estatal. Para obtener mayor información sobre el programa, incluyendo cómo optar por no participar, consulte la cobertura de seguro de PEBA. Para ver el manual para *miembros elegibles de Medicare*, [véalo en peba.sc.gov/publications](http://peba.sc.gov/publications).

Para obtener mayor información sobre cómo se ofrece el seguro médico a través de PEBA trabaja con Medicare:

- Lea el *manual de cobertura de seguro de PEBA para el socio elegible para Medicare*; o
- Llame a PEBA al 803 .737 .6800 o 888 .260 .9430. Para obtener mayor información sobre Medicare:
- Lea *Medicare y usted*;
- Visite www.medicare.gov ; o
- Llame a Medicare al 800 .633 .4227 o 877 .486 .2048 (TTY).

Beneficios dentales

Si se retira de su trabajo con un empleador participante, puede continuar con su cobertura Dental Plus o Basic Dental si cumple con los requisitos de elegibilidad indicados de la página 156 a la 159. La información sobre los beneficios dentales se encuentra en la página 88.

Cuidado oftalmológico

Si se retira del trabajo con un empleador participante, puede continuar con la cobertura de su plan oftalmológico estatal si cumple con los requisitos de elegibilidad que se enumeran en las páginas

156 a 159. La información sobre los beneficios del cuidado de la vista se encuentra en la página 98.

Cuándo inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados

Su seguro no continúa automáticamente cuando se jubila. Antes de inscribirse en el seguro para jubilados, tendrá que confirmar la elegibilidad para el seguro grupal para jubilados llenando un

Registro de verificación de empleo. Si es elegible, envíe los formularios requeridos a PEBA (consulte la página 156) al menos 31 días antes de la fecha de su jubilación o de la fecha de su aprobación para las prestaciones por discapacidad. Esto le dará a PEBA suficiente tiempo para procesar su inscripción, de modo que su cobertura de seguro como jubilado comience el día en que finalice su cobertura como empleado activo.

Si no envía los formularios requeridos para inscribirse durante los 31 días siguientes a su fecha de jubilación, puede inscribirse durante el siguiente período de inscripción abierta, que se produce anualmente en octubre. La cobertura entrará en vigencia el 1 de enero siguiente. También puede inscribirse durante los 31 días de una situación de elegibilidad especial. La inscripción dental solo está disponible durante los períodos de inscripción abiertos en números de años impares (octubre de 2021), o durante los 31 días de una situación de elegibilidad especial.

Jubilación del servicio

Si es elegible, puede inscribirse en un seguro para jubilados durante los 31 días siguientes a su jubilación. Si no se inscribe durante los 31 días posteriores a su jubilación, puede inscribirse durante los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial (definida en la página 21), o durante un período anual de inscripción abierta.

Jubilación por discapacidad

Si se le aprueba para recibir beneficios de jubilación por discapacidad a través de uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA (SCRS, PORS,

GARS o JSRS), y usted cumple con las normas de elegibilidad para el seguro grupal de jubilados (consulte las páginas 156 a 159), puede solicitar un seguro grupal para jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha de la carta de PEBA donde se aprueban sus beneficios por discapacidad.

Si la administración del seguro social ha aprobado su discapacidad, pero no es elegible para la cobertura del seguro como jubilado a través de PEBA, su cobertura bajo PEBA no puede comenzar antes del primer día del mes posterior a su aprobación por discapacidad del seguro social.

Participantes estatales de ORP y empleados de empleadores opcionales que no participan en los planes de jubilación de PEBA administrados se consideran jubilados por discapacidad si cumplen los requisitos para un beneficio de jubilación por discapacidad del SCRS. Para las jubilaciones para después del 31 de diciembre de 2013, aprobación para la jubilación por discapacidad de SCRS. Las prestaciones requieren aprobación de las prestaciones por discapacidad de la administración del seguro social. Se puede solicitar un seguro grupal para jubilados durante los 31 días siguientes a la fecha en la carta de la administración del seguro social que aprueba sus beneficios de discapacidad. Su cobertura de seguro para jubilados entrará en vigencia el primer día del mes después de que PEBA reciba la documentación que establece su elegibilidad para los beneficios de jubilación por discapacidad.

Durante los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad

Se crea una situación de elegibilidad especial por ciertos eventos, como el matrimonio, el nacimiento de un hijo o la pérdida de otra cobertura de seguro. Una situación especial de elegibilidad le permite inscribirse en un plan de seguro o realizar cambios en la inscripción. Tiene 31 días a partir de la fecha del evento para inscribirse o realizar cambios. Mayor información sobre situaciones especiales de elegibilidad en la página 21. Puede utilizar el sitio web seguro de inscripción de beneficios de seguro en línea de [PEBA](https://www.peba.sc.gov), [MyBenefits.sc.gov](https://www.mylifebenefits.sc.gov), para realizar cambios.

Durante un período de inscripción abierta

Si usted, su cónyuge e hijos no se inscriben durante los 31 días posteriores a su jubilación, durante los 31 días posteriores a la aprobación de los beneficios por discapacidad o durante los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial, puede inscribirse durante un período de inscripción abierta, que se mantiene en octubre. La cobertura dental se puede agregar o eliminar solo durante un período de inscripción abierta en un año impar. Su cobertura se llevará efecto el 1 de enero siguiente. Puede utilizar la inscripción segura y en línea de beneficios de seguros de PEBA en su sitio web, MyBenefits.sc.gov, para realizar cambios, pero no para inscribirse en la cobertura.

Cómo inscribirse en una cobertura de seguro para jubilados

Si es elegible para continuar con la cobertura de seguro administrada por PEBA al jubilarse, llene un *formulario de aviso de elección para jubilados* y un *formulario de certificación sobre el uso de tabaco y cigarrillos electrónicos* y envíelo a PEBA.

Esto se suma a su *registro de verificación de empleo*. Los formularios están disponibles en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o comunicarse con PEBA al 803 .737 .6800 o 888 .260 .9430. Puede preguntarle a su administrador de beneficios para obtener ayuda para llenar los formularios.

Puede inscribirse a sí mismo y a cualquier miembro de su familia que sea elegible. Como jubilado, tomará nuevas decisiones; no tiene que mantener la misma cobertura ni cubrir a los mismos miembros de la familia elegibles que cubrió como empleado activo.

Es posible que se le solicite que envíe los documentos apropiados para demostrar que los miembros de la familia para quienes desea cobertura son elegibles para dicha cobertura. Tendrá mayor información sobre los documentos necesarios al inscribirse en la página 18.

Después de que PEBA procese su inscripción en el seguro para jubilados, recibirá una carta de confirmación

de la cobertura seleccionada y las primas pagadas mensualmente. Tiene 31 días a partir de la fecha en que su seguro de jubilado se haga efectivo para hacer

cualquier corrección o cambio en su cobertura. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, que se da anualmente en octubre, o hasta que haya una situación de elegibilidad especial para hacer cambios. Si no se inscribe en la cobertura dental durante los 31 días de elegibilidad, su próxima oportunidad de agregar, eliminar o cambiar la cobertura dental será durante la inscripción abierta en octubre de los años impares.

Primas de jubilación y pago de primas

Jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior y distritos escolares públicos

Si recibe un beneficio mensual de plan de jubilación de prestaciones definidas administrado PEBA, deduce sus primas de salud, dental y oftalmológico del pago mensual de prestaciones. Si no recibe un beneficio mensual de PEBA, PEBA le enviará una factura mensual de su prima de seguro para jubilados.

Cuando se retire, sus primas de seguro pueden vencer antes de que comiencen sus beneficios. Si esto sucede, PEBA le enviará una factura mensual de sus primas de seguro hasta que reciba su primer pago de anualidades.

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 de marzo. Dependiendo de cuándo se procese su papeleo de jubilación, se puede deducir la prima de más de un mes de su primer pago de anualidad. Si en algún momento las primas totales adeudadas suman un importe superior

que el importe del pago de su anualidad, PEBA le facturará el importe total.

Jubilados de empleadores opcionales participantes

Usted paga sus primas de salud, odontología y oftalmología a su antiguo empleador. Su empleador los envía a PEBA. Póngase en contacto con su oficina de beneficios información sobre sus primas de seguro para la jubilación.

Jubilados de escuelas subsidiadas

Si su escuela autónoma participa en un plan de jubilación administrado de PEBA, PEBA deduce sus primas de salud, dentales y de la vista del pago de la anualidad mensual que recibe de PEBA.

Si su escuela subsidiada no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, usted paga sus primas de salud, odontología y oftalmología la escuela subsidiada. La escuela subsidiada lo envía a PEBA. Comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre las primas de su seguro durante la jubilación.

Impago de primas

La salud, las primas dentales y oftalmológicas se debe el día 10 de cada mes. Si no paga la factura completa, incluyendo la prima de quien usa tabaco, si aplica, PEBA cancelará toda su cobertura, incluyendo la cobertura por la que usted no puede pagar una prima, como Basic Dental.

Cuando comienza su cobertura como jubilado

Si pasa directamente del empleo que tiene cobertura a la jubilación, su cobertura para jubilado comenzará el día después de que finalice su cobertura activa. Si se inscriben en la cobertura de seguro para jubilados para una jubilación diferida, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente a su jubilación. Si se inscribe debido a una situación especial de elegibilidad, su fecha efectiva será la fecha del evento o el primero del mes posterior al evento, según el tipo de evento. Mayor información sobre situaciones especiales de elegibilidad en la página 21. Si se inscribe durante un período anual de inscripción abierta, su cobertura será efectiva el siguiente 1 de enero.

Si trabajó para una agencia estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público, PEBA es su administrador de beneficios después de su jubilación. Si trabajó para un empleador opcional participante, su administrador de beneficios es su empleador anterior después de jubilarse.

Información que va a recibir

Después de inscribirse, PEBA le enviará una carta confirmando que tiene cobertura de seguro grupal para jubilados. Si su cobertura como empleado activo también ha terminado, la ley federal requiere que PEBA le envíe:

- Un *certificado de cobertura acreditable*, que brinda las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas que tienen cobertura y los tipos de cobertura; y
- Un *aviso de evento calificado*, que le informa que puede continuar con su cobertura bajo COBRA.

Normalmente, estas cartas no requieren ninguna acción de su parte.

Si es elegible para Medicare, se le inscribirá automáticamente en Express Scripts Medicare, el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare del plan de salud estatal. Express Scripts, el administrador de beneficios de farmacia del plan de salud estatal, le enviará un paquete de información que incluye una carta en la cual se le informa que puede optar por no participar en el programa de medicamentos de Medicare y permanecer inscrito en el programa de medicamentos del plan de salud estatal para los miembros que no son elegibles para Medicare. La farmacia otorga el gerente de beneficios está obligado a darle 21 días

para retirarse.

Sus tarjetas de identificación del seguro para la jubilación

Puede conservar y utilizar sus mismas tarjetas de identificación del seguro si no cambia de plan cuando se jubile. Su Número de Identificación de Beneficios (BIN por sus siglas en inglés) no cambiará, y sus tarjetas de salud y dentales seguirán siendo válidas. Recibirá una nueva tarjeta si se inscribe en un plan dental o plan oftalmológico estatal por primera vez.

Si usted o sus dependientes que tienen cobertura se inscriben en Express Scripts Medicare, cada miembro recibirá una tarjeta de medicamentos recetados emitida a su nombre. Los familiares que tienen cobertura que no estén inscritos en el programa de medicamentos de Medicare recibirán tarjetas que demuestren que están inscritos en el programa de medicamentos recetados del plan de salud estatal. Se emiten dos tarjetas a nombre del suscriptor.

Si se pierde, le roban o se le daña su tarjeta, puede solicitarles una nueva a estos proveedores:

- Plan de salud estatal: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur;
- Programa de medicamentos con receta del plan de salud estatal: Scripts Express
- Plan suplementario de TRICARE: Selman & Company;
- Dental Plus: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur;
- Odontología básica: PEBA o su antiguo administrador de beneficios; o
- Plan oftalmológico estatal: EyeMed.

La información de contacto está disponible al final de esta guía.

Otros programas de seguros que ofrece PEBA

Seguro de vida

Si pasa directamente del empleo que tiene cobertura para la jubilación y es elegible para un seguro grupal para jubilados cuando se jubila, puede optar por

continuar o convertir su seguro de vida a través de MetLife, el proveedor que suscribe el programa de seguro para la vida de PEBA. PEBA envía un archivo semanal con los cambios de estatus de empleado a MetLife. MetLife utiliza este archivo para enviar por correo un paquete de conversión o continuación para jubilados elegibles. Los paquetes se envían a través del correo de EE. UU. de tres a cinco días hábiles después de que MetLife reciba el archivo. El período de aplicación para la continuación y la conversión depende del tiempo. Si MetLife no recibe el formulario o formularios apropiados durante los 31 días siguientes a la fecha en que finalice su cobertura como empleado activo, perderá su derecho a tener un seguro de vida grupal para jubilados. Si necesita ayuda para llenar estos formularios, comuníquese con su administrador de beneficios o PEBA. Si tiene preguntas con problemas de cobertura de seguro de vida, como facturación o reclamaciones, llame a MetLife al 866. 365. 2374.

La cobertura del seguro de vida para jubilados no incluye los beneficios por muerte accidental y desmembramiento.

Si se jubiló antes del 1 de enero de 1999 y continuó con su cobertura, su cobertura terminará después de las 11:59 PM del 31 de diciembre después de la fecha para la cual cumplió 70 años.

Seguro básico de vida

Este seguro de vida a término, ofrecido sin cargo para usted como empleado activo, finaliza con la jubilación o cuando deja su trabajo por otro motivo. Usted puede convertir su seguro de vida básico a una póliza de vida entera individual, que es una forma permanente de seguro de vida.

Seguro de vida opcional

Puede continuar o convertir su seguro de vida opcional a través de MetLife.

Puede continuar con su seguro de vida a término o convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza de vida completa, una forma permanente de seguro de vida, durante los 31 días siguientes a la fecha de finalización de su cobertura. Su cobertura puede continuar en incrementos de 10 000 \$ hasta el importe final de la cobertura vigente para el día antes de que dejara el empleo que tiene cobertura y perdiera la cobertura de los empleados activos.

Seguro de vida dependiente

Cualquier cobertura de seguro de vida para dependientes que tenga termina cuando deja el empleo activo. Sin embargo, usted puede convertir la cobertura de su cónyuge o hijo a una póliza individual durante toda la vida durante los 31 días siguientes a la fecha de finalización de su cobertura.

Continuación

Como jubilado, puede continuar con su cobertura de vida opcional con las mismas tarifas que pagó mientras estaba empleado. La cantidad mínima que se puede continuar es de 10 000 \$. No puede aumentar su cobertura, pero puede disminuirla. Las tarifas son según su edad y aumentarán cuando cambie su categoría de edad. Su cobertura se reducirá al 65 por ciento a los 70 años y luego terminará después de las 11:59 PM el 31 de diciembre después de la fecha en la cual cumple 75 años si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 o después. Cuando su cobertura se reduce o termina, puede convertir la cantidad de cobertura reducida o perdida durante los 31 días, como se describe en la sección de conversión a continuación. La cobertura continua es un seguro de vida a término.

Para continuar con su cobertura, llene la información que reciba de MetLife después de su jubilación. Envíe a MetLife en la dirección o número de fax que se encuentra en la información. MetLife debe recibir sus formularios cumplimentados durante los 31 días siguientes a la pérdida de la cobertura.

El seguro de vida a término brinda cobertura por un período de tiempo específico. No tiene valor en efectivo.

Conversión

Durante los 31 días siguientes a la pérdida de la cobertura, puede pasar su cobertura de vida básica, vida opcional o vida dependiente en una póliza individual de vida completa.

MetLife ha contratado a Barnum Financial Group para ayudarle con la conversión de la cobertura. Para convertir su seguro de vida básica, vida opcional o vida dependiente a una política individual durante toda la vida, póngase en contacto con MetLife en 877.275.6387 para estar conectado con una financiera profesional de Barnum Financial Group.

La póliza se emitirá sin evidencia médica si solicita y paga la prima durante los 31 días. Si no cumple la fecha límite, perderá su derecho a convertir su seguro de vida.

Si no es elegible para los beneficios de seguro para jubilados o le han aprobado los beneficios por discapacidad a largo plazo, tiene 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura para convertir su póliza. Consulte a su administrador de beneficios para obtener mayor información.

Continuación y conversión

También puede dividir su cobertura entre un seguro de vida a término (continuación) y un seguro integral individual, seguro de vida (conversión), pero no puede exceder el monto total de su cobertura antes de la jubilación.

Discapacidad a largo plazo

El seguro de invalidez protege al empleado y a su familia de la pérdida de ingresos debido a una lesión o una enfermedad prolongada que impide que el empleado trabaje. Cuando deja su empleo activo y se jubila, su seguro básico de discapacidad a largo plazo y su seguro suplementario de discapacidad a largo plazo terminan. No puede continuar con ninguna de las dos políticas y la discapacidad básica a largo plazo no se puede convertir en cobertura individual.

MoneyPlus

MoneyPlus no está disponible para la jubilación. Sin embargo, cuando se jubile, es posible que pueda continuar

con su Cuenta de Gastos Médicos (MSA por sus siglas en inglés) o cuenta de Gastos Médicos de uso limitado (MSA de uso limitado) después de pagar impuestos a través de COBRA. Consulte la página 144 para obtener mayor información. Si desea continuar con su cuenta, comuníquese con su administrador de beneficios durante los 31 días posteriores a su último día de trabajo y llene los formularios correspondientes.

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 por gastos elegibles en los cuales haya incurrido antes de dejar el empleo.

No puede continuar contribuyendo a su Cuenta de Gastos de Cuidado Dependiente después de jubilarse. Puede solicitar el reembolso de los gastos elegibles en los cuales haya incurrido mientras estuvo empleado hasta que agote su cuenta o finalice el año del plan.

La función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos, que le permite pagar las primas del seguro de salud, dental, de la vista y algunas primas de seguro de vida antes de pagar impuestos, no está disponible para la jubilación.

Cambio de cobertura

Cada mes de octubre se celebra un período de inscripción abierta. Los empleados elegibles, jubilados, supervivientes y suscriptores de COBRA pueden inscribirse o retirar su propia cobertura de salud y agregar o retirar a su cónyuge elegible y los niños sin tener en cuenta las situaciones especiales de elegibilidad. Los suscriptores elegibles también pueden cambiar de plan de salud. Esto incluye cambiar a o desde el plan suplementario de Medicare si el suscriptor está jubilado e inscrito en Medicare. Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden cambiar a o desde el plan suplementario TRICARE si no son elegibles para Medicare. Los suscriptores elegibles también pueden inscribirse en el plan oftalmológico estatal. Durante los períodos de inscripción abierta que se llevan a cabo en años impares, los suscriptores elegibles pueden agregar o eliminar Dental Plus y Basic Dental.

PEBA ofrece una publicación de inscripción abierta, las *ventajas de los beneficios* para jubilados, supervivientes y suscriptores de COBRA y ex cónyuges.

Mayor información sobre la inscripción abierta se encuentra en la página 20 del capítulo de **Información general**.

Dejar la cobertura del cónyuge o hijo que la tenía

Si el cónyuge o hijo que tienen cobertura no son elegibles, debe retirarlos de su cobertura de salud, dental y de la vista. Esto puede ocurrir debido al divorcio, un dependiente que tiene cobertura la obtiene

en el marco del plan de salud estatal. Para retirar al cónyuge o hijo de su cobertura, llene y envíe a PEBA un *aviso de elección del jubilado* y proporcionar la documentación durante los 31 días siguientes a la fecha en que su cónyuge o hijo no sea elegible.

Cuando su hijo deja de ser elegible para la cobertura debido a la edad, PEBA lo retirará automáticamente de la cobertura. Si es su último hijo quien tiene cobertura, su nivel de cobertura cambiará.

Volver a trabajar en un trabajo elegible donde puede tener un seguro

Si regresa a trabajar para un empleador participante y es elegible para la inscripción en el plan de salud estatal, y usted, su cónyuge o sus hijos que tienen cobertura bajo un seguro grupal para jubilados, debe elegir la cobertura activa o rechazar toda la cobertura patrocinada por PEBA. Hay una excepción a esta regla. Los jubilados que no son elegibles para Medicare y que se jubilaron de un empleador que no participa en el fondo fiduciario del seguro médico para jubilados del estado pueden permanecer en la cobertura de jubilados si regresan a trabajar en un puesto que sea elegible para el seguro. Comuníquese con su empleador anterior si no está seguro de si participa en el fondo fiduciario del seguro médico para jubilados.

Si deja el trabajo y regresa a la cobertura grupal para jubilados antes de los 65 años, asegúrese de comunicarse con SSA durante los 90 días posteriores a haber cumplido

los 65 años para inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando sea elegible.

Todos los empleados que son elegibles para inscribirse en el plan de salud estatal (el plan estándar y plan de ahorros) también son elegibles para estos programas:

- Dental Plus y Dental básico;
- Plan oftalmológico estatal;
- Seguro básico, facultativo y de vida dependiente (con excepción de los profesores a tiempo parcial elegibles para el plan de salud estatal de conformidad con el Código S.C. § 59-25-45);
- Seguro básico y complementario por discapacidad a largo plazo (con la excepción de los maestros a tiempo parcial elegibles para el plan de salud estatal de acuerdo con el Código de Carolina del Sur § 59-25-45); y
- MoneyPlus, que incluye la función de la prima de seguro grupal antes de pagar impuestos, cuenta de gastos médicos, cuenta de gastos de cuidado dependiente y, para los empleados inscritos en el plan de ahorros, la cuenta de ahorros de salud y la cuenta de gastos médicos de uso limitado.

Jubilados que continuaron con el seguro de vida

Jubilados contratados en un trabajo elegible para el seguro

Si continuó con su cobertura del seguro de vida opcional como jubilado, tendrá la opción de mantener su póliza continua y pagarle las primas directamente a MetLife, o de inscribirse en el seguro de vida opcional como empleado activo recién contratado con un límite de tres veces su salario anual sin evidencia médica, hasta un máximo de 500 000 \$. No puede hacer ambas cosas.

Póngase en contacto con MetLife en un plazo de 31 días a partir de su regreso al trabajo para cancelar su cobertura continua si decide inscribirse en la cobertura activa. Si se niega a inscribirse como empleado activo, también rechaza los 3000 \$ de beneficio básico del seguro de vida, cobertura del seguro de vida opcional y dependiente. Su cobertura grupal activa surtirá efecto solo si se interrumpe la cobertura continua del jubilado.

Si se le considera un nuevo contrato, consulte el **seguro de vida**, que comienza en la página 107.

Si usted o un miembro de su familia que tiene cobertura bajo Medicare

De acuerdo con la ley federal, Medicare no puede ser el seguro principal para usted o para ninguno de los miembros de su familia que tienen cobertura mientras usted tenga cobertura como empleado activo. Para cumplir con esta regulación, usted está obligado a suspender la cobertura de su grupo de jubilados e inscribirse como empleado activo con Medicare como pagador secundario, o rechazar toda la cobertura de salud patrocinada por PEBA para usted y los miembros de su familia que son elegibles y tener cobertura de Medicare solamente.

Si se inscribe en una cobertura grupal activa, debe notificarle a SSA, porque Medicare pagará después de su cobertura grupal activa o en segundo lugar. Usted puede permanecer inscrito en Medicare Parte B y continuar pagando la prima, y Medicare será el pagador secundario. También puede retrasar o retirar la Parte B de Medicare sin penalización mientras usted tiene cobertura de grupo activa. Póngase en contacto con SSA para obtener información adicional.

Cuando deja de trabajar y finaliza su cobertura de grupo activo, puede volver a inscribirse en la cobertura grupal de jubilados durante los 31 días posteriores a la fecha en que deja el empleo activo. También debe notificarle a SSA que ya no tiene cobertura bajo un grupo activo para que pueda volver a inscribirse en Medicare Parte B si se retiró anteriormente.

Si su nuevo puesto no le hace elegible para los beneficios, la cobertura de su grupo de jubilados continúa y Medicare sigue siendo el pagador principal.

Cuando finaliza la cobertura de su seguro para jubilados

Su cobertura terminará:

- Si usted 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 de finalización de su cobertura.
- Ya no se ofrece la cobertura de la fecha para cónyuges o hijos.
- El último día del mes, su cónyuge o hijo ya no es elegible para la cobertura. Si la cobertura de su cónyuge o hijo termina, pueden ser elegibles para continuar con la cobertura bajo COBRA (consulte la página 28).

Si usted está dejando a un cónyuge o hijo de su cobertura, debe llenar un *aviso de elección para jubilados* durante los 31 días siguientes a la fecha en la cual el cónyuge o hijo ya no es elegible para la cobertura.

Fallecimiento de un jubilado

Si un jubilado muere, su familiar supérstite debe ponerse en contacto con PEBA para avisar del fallecimiento y poner fin a la cobertura del seguro del jubilado. Si el fallecido se jubiló del empleo con un participante empleador opcional, póngase en contacto con el administrador de beneficios que trabaja en la oficina de beneficios de su antiguo empleador. Si un jubilado continuó o convirtió su seguro de vida, un familiar supérstite también debe comunicarse con MetLife al 800. 638. 6420 para iniciar una reclamación.

Muerte de un jubilado

Cónyuges o hijos que tienen cobertura como personas dependientes en virtud del plan de salud estatal, el plan dental u oftalmológico estatal se clasifican como supérstites cuando un empleado que tiene cobertura o el jubilado muere. Los supérstites de los jubilados financiados por un organismo estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público pueden tener derecho a una exención de un año de las primas del seguro médico. Los supérstites de un jubilado parcialmente financiado serán responsables del 50 por ciento de

la prima del empleador durante el período de exención de un año. Los supérstites de los jubilados no financiados pueden continuar su cobertura; sin embargo, deben pagar la prima completa.

Los empleadores opcionales participantes no están obligados a, pero pueden renunciar a las primas de los supérstites de los jubilados. Un supérstite puede continuar con 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 se aplica la exención.

Para continuar con la cobertura, se debe llenar un *formulario de aviso de elección del supérstite* durante los 31 días posteriores a la fecha del fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo Número de Identificación de Beneficios (BIN) y los proveedores emitirán nuevas tarjetas de identificación para los programas en los cuales se inscriben los supérstites.

Después del primer año, un supérstite que califica para la exención debe pagar la prima completa para continuar con la cobertura. Al final de la exención, la cobertura médica puede cancelarse o continuar para todos los miembros de la familia que tienen cobertura. Si la cobertura continúa, no se puede retirar a ningún miembro de la familia que tenga cobertura hasta un período de inscripción abierta anual o durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad.

Si usted y su cónyuge tienen cobertura como suscriptores a través del empleo, o son jubilados financiados para el momento de la muerte, su cónyuge supérstite no es elegible para la exención de la prima.

Las primas de la vista no están eximidas. Por lo general, las primas dentales no se eximen; las primas dentales se eximen solo para los supérstites de un empleado activo o jubilado que murió en el cumplimiento del deber después del 31 de diciembre de 2001, mientras trabajaba para una agencia estatal, una institución de educación superior o un distrito escolar público. Sin embargo, los supérstites, incluyendo los supérstites de un suscriptor inscrito en el plan suplementario TRICARE, cobertura dental o visual, pueden

continuar la cobertura pagando la prima completa.

Como cónyuge supérstite, puede continuar la cobertura hasta que se vuelva a casar. Si es un niño, puede continuar con la cobertura hasta que deje de ser elegible. Si ya no es elegible para la cobertura como supérstite, puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA. Si su cónyuge se jubiló de una agencia estatal, institución pública de educación superior o distrito escolar público, comuníquese con PEBA para obtener mayor información. Si su cónyuge se jubiló de un empleador opcional, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador anterior.

El cónyuge supérstite o el hijo de un militar jubilado debe comunicarse con Selman & Company sobre la cobertura de TRICARE.

Mientras un supérstite siga teniendo una cobertura por un seguro médico, dental u oftalmológico, puede agregar la cobertura de salud y de la vista al momento de la inscripción abierta o durante los 31 días de una situación de elegibilidad especial. La cobertura dental se puede agregar o retirar, pero solo durante un período de inscripción abierta en un año impar o durante los 31 días de una situación especial de elegibilidad. **Si un supérstite tiene cobertura de salud, dental y de la vista, y deja las tres, ya no es elegible para la cobertura como supérstite y no puede volver a inscribirse, ni siquiera durante un período de inscripción abierta anual.**

Si el cónyuge supérstite se convierte en empleado activo de un empleador participante, puede cambiarse a la cobertura activa. Cuando el cónyuge supérstite deja el empleo activo, puede volver a la cobertura de supérstite durante los 31 días desde la fecha en que termina su cobertura si no se ha vuelto a casar.

Hasta que usted sea elegible para Medicare, su seguro médico paga las reclamaciones de la misma manera que cuando usted era empleado activo. Para obtener mayor información, consulte el **capítulo sobre los seguros médicos** y el cuadro de la página 36.

Términos útiles

A continuación, se incluyen las definiciones de algunos términos utilizados en la *guía de beneficios* del seguro. Para obtener mayor información, consulte las páginas enumeradas o comuníquese con su administrador de beneficios.

Cantidad permitida; la cantidad máxima que permite el plan para recibir un servicio, procedimiento o suministro que tiene cobertura. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del plan como su tarifa total.

Representante autorizado; un individuo con quien un plan de salud tiene permiso para discutir la Información de salud protegida de una persona que tiene cobertura. Se puede nombrar un *representante autorizado llenando un formulario de representante autorizado*, que está disponible en el sitio web de PEBA en peba.sc.gov/forms.

Factura de saldo; la diferencia entre lo que paga por un plan de salud por un servicio y el cargo real del proveedor. Red del plan de salud estatal

Los proveedores no pueden calcular la factura de los miembros. Consulte también el diferencial fuera de la red.

Administrador de beneficios; un miembro del personal que trabaja con su empleador y ayuda con la inscripción de seguros, cambios, jubilación y terminaciones. Los administradores de beneficios no son agentes de PEBA.

Cambio de estado; un evento, como el matrimonio, el divorcio o el nacimiento de un hijo que puede permitir un cambio en la cuenta de gastos médicos o una cuenta de gastos de cuidado a dependientes. Para obtener mayor información, consulte la página 21.

Coaseguro; un porcentaje del costo de la atención médica que paga un miembro después de haber alcanzado su deducible. Según el plan de salud estatal, la tasa de coaseguro es diferente para los servicios de la red, los servicios en un hogar médico centrado en el paciente afiliado a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur, los servicios fuera de la red, el tratamiento de infertilidad y los medicamentos para la fertilidad.

Coaseguro máximo; la cantidad de coaseguro que un miembro debe pagar cada año antes de que ya no esté obligado a pagar el coaseguro.

Coordinación de beneficios; un sistema para determinar cómo se manejan las reclamaciones cuando una persona tiene una cobertura por parte de más de un plan de seguro. Para obtener información sobre cómo se coordinan las declaraciones de propiedades saludables, consulte la página 44. Para obtener información sobre cómo se coordinan las reclamaciones dentales, consulte la página 95.

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 y copagos por consultas, atención de emergencia y servicios en instalaciones para los pacientes ambulatorios. Para obtener mayor información, consulte la página 41.

Revisión de cobertura; un término general para los diferentes tipos de procesos que usa el plan de salud estatal para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y para fomentar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible.

Deducible; generalmente, la cantidad que un miembro debe pagar anualmente por la atención médica que tiene cobertura antes de que el plan comience a pagar una parte del costo de su atención. El deducible puede no aplicar a todos los servicios.

Administración de la cantidad de medicamentos; un tipo de revisión de cobertura que usa el plan de salud estatal para asegurarse de que las recetas se surtan a los niveles que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) de los EE. UU. considera seguros.

Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés): un informe que se crea cada vez que su plan de seguro procesa una reclamación. La EOB le muestra:

- Cuánto cobró su proveedor por los servicios.
- Cuánto pagó el plan.
- La cantidad de la que usted será responsable, como su copago, deducible y coaseguro.
- La cantidad total que puede deber al proveedor

(no incluye ninguna cantidad 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) de medicamentos preferidos, incluyendo los medicamentos genéricos y de marca. El comité de farmacia y terapéutica de médicos y farmacéuticos de PBM revisan y compara continuamente los medicamentos en el formulario de una red de farmacias. Como resultado, algunos medicamentos seguros y eficaces se convierten "preferidos" y otros pueden convertirse en "no preferidos". El formulario guía el copago que usted paga por un medicamento recetado.

Seguro de vida integral individual; una forma de seguro de vida permanente.

Declaración desglosada; una explicación de los beneficios, factura o recibo de un proveedor de atención médica o dependiente que muestre el nombre del proveedor y dirección, nombre de la persona que recibe la atención, descripción del servicio o suministro, fecha en la cual se proporcionó el servicio (independientemente de cuándo se pagó) y el monto en dólares del servicio o suministro.

Miembro; una persona que tiene cobertura de un plan de salud, dental o de la vista.

Formulario preferido nacional; el formulario, o lista de medicamentos preferidos, utilizado por Express Scripts, el gerente de beneficios de farmacia del plan de salud estatal gerente. Los medicamentos preferidos son quienes determinan que son seguros y efectivos, pero pueden costar menos que las alternativas.

Tasa negociada; la cantidad máxima que puede pagar a un proveedor de la red por un servicio que tiene cobertura. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas de la cuota total de su plan. La tasa negociada es la misma que la cantidad permitida.

Red; un grupo de proveedores, instalaciones o

proveedores contratados para prestarle atención a las personas que tienen cobertura bajo un plan de salud, dental o de la visión.

Empleador opcional; cualquier grupo participante que no sea una agencia estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público. De conformidad con la Sección 1-11-720 del código de leyes, la participación opcional en el programa de beneficios de seguro estatal está disponible para las subdivisiones políticas del estado de Carolina del Sur, como condados, municipios y distritos de propósito especial, así como agencias gubernamentales, o instrumentalizadas de tales subdivisiones políticas.

Diferencial fuera de la red; un miembro del plan de salud estatal paga 40 % de coaseguro, en lugar del 20 por ciento, cuando utiliza un proveedor que no está en la red. Para obtener mayor información, consulte la página 48.

Servicios en las instalaciones para pacientes ambulatorios; servicios brindados en un hospital para pacientes que no pasan la noche o servicios brindados en un centro médico independiente.

Política de pago de la diferencia; si un miembro compra un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, se le cobrará el copago del genérico más la diferencia entre los importes permitidos para el medicamento genérico y el medicamento de marca. Solo el copago del medicamento genérico se aplicará a su copago máximo de medicamentos recetados. Para obtener mayor información y gráficos que ilustran la política, consulte las páginas 83-84.

Tenga en cuenta: la política de pago de la diferencia no se aplica a Express Scripts Medicare, el programa de la Parte D de Medicare para el plan de salud estatal.

Plan de beneficios; un documento que establece los requisitos de elegibilidad y los beneficios que se les ofrecen a las personas que tienen cobertura bajo el plan de salud estatal.

Autorización previa; requerir autorización previa es exigir que un miembro obtenga el permiso del plan antes de recibir un servicio, suministro o pieza de equipo en particular. Por ejemplo, Medi-Call

autoriza previamente algunos servicios para los miembros del plan de salud estatal. El término autorización previa lo usa el programa de beneficios de farmacia del plan de salud estatal y ciertos medicamentos especializados que tienen cobertura bajo el programa de beneficios médicos.

Autorización previa: tipo de revisión de la cobertura que puede ser necesaria cuando se prescribe un medicamento para el cual hay una alternativa eficaz y segura, de menor costo.

Prima; la cantidad que una persona que tiene cobertura paga por la cobertura del seguro.

Evento calificado; un cambio en la vida de una persona, como una reducción en las horas de trabajo, la pérdida del empleo o la pérdida de elegibilidad para la cobertura del seguro, que lo hace elegible para inscribirse en la cobertura continua proporcionada por COBRA.

Situación de elegibilidad especial; un evento que le permite a un empleado, jubilado, supérstite o suscriptor de COBRA elegible inscribirse o cancelar la cobertura para sí mismo y para los miembros de su familia que son elegibles fuera del período de inscripción abierta. El cambio de cobertura debe realizarse durante los 31 días posteriores al evento.

Terapia escalonada; un tipo de revisión de cobertura que utiliza el plan de salud estatal para fomentar el uso de medicamentos recetados de bajo costo de igual efectividad y seguridad antes de probar alternativas más costosas.

Subrogación; una reclamación se subroga cuando otra persona es responsable de la lesión del miembro. En la medida en que lo disponga la ley de Carolina del Sur, los planes de salud ofrecidos a través de PEBA tienen derecho a recuperar el pago total de los beneficios proporcionados a una persona que tiene cobertura según los términos del plan cuando la lesión o enfermedad se produce por el acto u omisión de otra persona. Firma, corporación u organización. Si una persona que tiene cobertura recibe el pago por dichos gastos médicos de parte de otra persona que le causó la lesión o enfermedad, la persona que tiene cobertura acepta reembolsar al plan en su totalidad los gastos médicos pagados por el plan.

Suscriptor; un individuo, como un empleado o un jubilado, que tiene cobertura bajo un plan de seguro. Debido a que la persona es elegible y que tiene cobertura, los miembros de su familia también pueden ser elegibles para inscribirse en el plan.

Seguro de vida a plazo fijo; cobertura de seguro de vida que se proporciona durante un período de tiempo específico. No tiene valor en efectivo. Todos los seguros de vida ofrecidos a través de PEBA son de vida a plazo fijo.

Procesador de reclamaciones de terceros (procesador de reclamaciones) Empresa A, como BlueCross BlueShield de Carolina del Sur, que está bajo contrato con PEBA para procesar las reclamaciones de los miembros.

Proveedor A, empresa bajo contrato con PEBA.

Información de contacto

S.C PEBA

202 Arbor Lake Drive / Columbia, SC 29223 8:

30 AM a 5 PM, lunes a viernes

- Centro de atención al cliente: 803. 737. 6800 o 888. 260. 9430
- Facturación para jubilados: 803 .734 .1696
- peba.sc.gov

Proveedores de seguros 2021

ASIFlex

MoneyPlus

P. O. Box 6044 / Columbia, MO 65205-6044

- Atención al cliente: 833. SCM. PLUS (833 .726 .7587) o asi@asiflex.com
- www.asiflex.com/scmoneyPlus

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

Plan estándar del plan de salud estatal, plan de ahorros, plan suplementario de Medicare

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 (autorización médica previa)

AF-650 | I-20 Alpine Road / Columbia, SC 29219

- 803 .699 .3337 o 800 .925 .9724
- Fax: 803 .264 .0183

Alternativas de beneficios complementarios (salud conductual)

P. O. Box 100185, AX-315 | Columbia, SC 29202

- Servicio al cliente: 803 .736 .1576 o 800 .868 .2520
- Certificación previa: 800. 868. 1032 Asesoramiento para la gestión de casos y salud conductual: 800. 868. 1032, teléfono interno 25835

- Tobacco cessation: 866 .784 .8454
- www.CompanionBenefitAlternatives.com

Consejería de salud

- 855 .838 .5897
- Fax: 803 .264 .4204

Asociados nacionales de imageneología (autorización previa avanzada de radiología)

- 866 .500 .7664
- www.RadMD.com

Dental Plus, Basic Dental

P. O. Box 100300 | Columbia, SC 29202-3300

- Servicio al cliente: 888 .214 .6230 o 803 .264 .7323
- Fax: 803 .264 .7739
- Statesc.SouthCarolinablues.com

Scripts Express

Programa de medicamentos recetados del plan de salud estatal, Express Scripts Medicare

- Reclamaciones:
SCRIPTS EXPRESS
A la atención:
Reclamaciones comerciales P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711 cable de impresora
- Miembros de Medicare:
SCRIPTS EXPRESS
A la atención: Medicare Parte 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

yeMed

Plan oftalmológico estatal (Grupo No.: 9925991)

- Reclamaciones:
EyeMed
Reclamaciones de Vision Care OON
P. O. Box 8504
Mason, Ohio 45040-7111
- Centro de atención al cliente: 877 .735 .9314
- www.eyemedvisioncare.com/pebaoe MetLife

**Seguro de vida básica, vida opcional, vida dependiente
(Póliza No.: 200879-1-G)**

MetLife Recordkeeping and Enrollment Services
P. O. Box 14401 | Lexington, KY 40512-4401

- Declaración de Salud: 800. 638. 6420, Opción 1
- Reclamaciones: 800. 638. 6420, opción 2
- Continuación: 866 .492 .6983
- Conversión: 877 .275 .6387
- Fax: 866 .545 .7517
- www.metlife.com/scpeba

Selman & Company

Plan suplementario GEA TRICARE

P. O. Box 29151 | Aguas Termales, AR 71903

- Servicio al cliente: 866 .637 .9911, Opción 1
- Matrícula: 800 .638 .2610, Opción 1
- www.selmantricareresource.com/sc

Compañía de seguros estándar

Discapacidad a largo plazo (No grupal: 621144) P.

O. Box 2800 / Portland, OR 97208-2800

EyeMed

Plan oftalmológico estatal (Grupo No.: 9925991)

- Reclamaciones:
EyeMed
Reclamaciones de Vision Care OON
P. O. Box 8504
Mason, Ohio 45040-7111
- Centro de atención al cliente: 877 .735 .9314
- www.eyemedvisioncare.com/pebaoe MetLife

Seguro de vida básica, vida opcional, vida dependiente (Póliza No.: 200879-1-G)

MetLife Recordkeeping and Enrollment Services P.
O. Box 14401 | Lexington, KY 40512-4401

- Declaración de Salud: 800. 638. 6420, Opción 1
- Reclamaciones: 800. 638. 6420, opción 2
- Continuación: 866 .492 .6983
- Conversión: 877 .275 .6387
- Fax: 866 .545 .7517
- www.metlife.com/scpeba

Selman & Company

Plan suplementario GEA TRICARE

P. O. Box 29151 | Aguas Termales, AR 71903

- Servicio al cliente: 866 .637 .9911, Opción 1
- Matrícula: 800 .638 .2610, Opción 1
- www.selmantricareresource.com/sc

Compañía de seguros estándar

Discapacidad a largo plazo (No grupal: 621144) P.

O. Box 2800 / Portland, OR 97208-2800

- Servicio al cliente: 800 .628 .9696
- Fax: 800 .437 .0961
- Pruebas médicas: 800 .843 .7979
- www.standard.com/mybenefits/southcarolina

Otros contactos útiles

Medicare

- 800 .633 .4227
- TTY: 877 .486 .2048
- www.medicare.gov

Administración de la seguridad social

- 800 .772 .1213
- TTY: 800 .325 .0778
- www.socialsecurity.gov

Índice

Índice

Un

Muerte accidental y desmembramiento 115 Beneficios 116

Requisito para estar activamente en el trabajo 108

Requisito de trabajo activo 126, 132 Beneficios adicionales del plan de salud estatal 62 Vacunaciones para adultos 54

Consultas de rutina para adultos 52

Importe permitido 40, 171

Servicio de ambulancia 62

Matrícula abierta anual 20

Apelaciones 32, 74, 87, 97, 104, 128, 135, 152

AsiFlex 175

AsiFlex Card 142 Aplicación

móvil AsiFlex 138

B

Factura de saldo 171

Facturación de saldo 48

Dental básico 90

Seguro básico de vida 109

Discapacidad básica a largo plazo 124

Elegibilidad 124

Beneficiarios 114 Período de

espera de prestaciones 124

Blue CareOnDemand 39

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur 175 Extractor de leche 54

C

Examen de detección del cáncer de cuello uterino 54

Reclamaciones

Discapacidad básica a largo plazo 125

Dental 96

Seguro de vida 119

Medicamentos bajo prescripción médica 86

Plan de salud estatal 73

Discapacidad suplementaria a largo plazo 131

Oftalmología 103

COBRA 28

Exámenes de detección del cáncer colorrectal 55

Alternativas de beneficios complementarios 38

Comparación de Dental Plus y Basic Dental 91

Prescripciones compuestas 85

Continuación 121

Continuación de la cobertura (COBRA) 28 Continuación o conversión de su seguro de vida 121 Anticonceptivos 64

Conversión 122

Coordinación de beneficios 44, 85, 95, 171 Copago 171

Reseñas de cobertura 84

Gestión de la cantidad de medicamentos 85

Autorización previa 84

Terapia de paso 85

D

Cobertura dental 89

Dental Plus 89

Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes 144

Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes

Límites de contribución 145

Elegibilidad 145

Inscripción 145

Seguro de vida dependiente 111

Vida dependiente; cobertura infantil 112

Cobertura de vida para el cónyuge dependiente

112 educación sobre diabetes 55

Beneficios de la vista para diabéticos inmediata 103

Documentación 18

Gestión de la cantidad de medicamentos 85

E

Crédito tributario por ingreso del trabajo 138

Elegibilidad para recibir prestaciones de seguro 13

Empleados activos 13

Niño 15

Jubilado 14

Cónyuge 15

Supérstite 16

Elegibilidad para el seguro de vida 108

Gastos elegibles 141, 146, 151

Exclusiones 70, 86, 93, 104, 127, 134

Express Scripts 175

Express Scripts Medicare ® 81

Aplicación móvil Express Scripts 80

Ampliación de las prestaciones 120

Exámenes de la vista 99

EyeMed 176

Red de proveedores EyEMed 103

Sitio web de EyEMed 99

F

Formulario 82 , 172

G

Situación de derechos adquiridos 10 del plan
complementario de GEA TRICARE 75

H

Asesoramiento de la salud 58

Planes de salud para jubilados, dependientes no elegibles

para Medicare 160

Cuenta de ahorros sanitarios 148

Cuenta de ahorros para la salud

Límites de la contribución 149

Elegibilidad 148

Matrícula 148

Términos útiles 171

.

Niño discapacitado 16

Gastos no elegibles 141, 146, 151

Infertilidad 65

Matriculación inicial 16

Documentos que necesitan para la inscripción 18

Empleados 16

Información que necesita al momento de la
inscripción 18 Jubilados 17

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados 66

Tarjetas de seguro 19

I.

Asistencia lingüística 11

Permisos de ausencia 27

Seguro de vida 108

Seguro de vida básico 109

Seguro de vida dependiente 111

Seguro de vida opcional 109

Cuenta de gastos médicos de uso limitado 151

M

Mamografía 55

Cuenta de gastos médicos 140

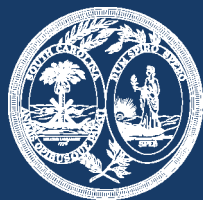
Cuenta de gastos médicos

Límites de contribución 140

Elegibilidad 140

- Matrícula 140
- Medicare 176
- Plan suplementario de Medicare 35
- MetLife 176
- Ventajas de MetLife 118
- MUSC Cuidado virtual de la salud 39
- MyBenefits 21
- My Health Toolkit 38, 89
- N**
- Natural Blue y descuentos para miembros 61
- Naturally Slim 58
- Copago sin pago 56
- O**
- Inscripción abierta 20
- Seguro de vida opcional 109 Diferencial fuera de la red 48, 172 Servicios en centros ambulatorios 66
- P**
- Hogares médicos centrados en el paciente 67
- Pago de gastos de atención médica 40, 42, 44
- PCMH 67
- Ventajas de PEBA 54
 - Vacunaciones de adultos 54
 - Extractor de leche 54
 - Exámenes de detección del cáncer de cuello uterino 54 Exámenes de detección del cáncer colorrectal 55 Educación sobre la diabetes 55 Mamografía 55
 - Copago sin pago 56
 - Revisiones preventivas 56
 - Cese del uso del tabaco 57
 - Beneficios de cuidado de rutina para niños 57

- Red de farmacias 81 Plan de prestaciones 172
- Autorización previa 49
 - Radiología avanzada 52
 - Servicio de salud conductual 51
 - Atención de la salud 49
 - Exámenes de laboratorio 49
- Embarazo y atención pediátrica 67
- Beneficios de la receta 80
- Copagos de la receta y medicamentos formulados 82 Medicamentos formulados que no tienen cobertura 83
 - Nivel 1: genérico 83
 - Nivel 2: marca preferida 83
 - Nivel 3: marca no preferida 83
- Función de la prima del seguro grupal antes de pagar impuestos 139 Exámenes de detección 56
- Autorización previa 84 Red de proveedores
 - Dental Plus 89
 - EyeMed 103
- R**
- Rally 38
- Cobertura para jubilados 163, 167
- Seguro colectivo para jubilados 155
- Opciones de cobertura de seguro para jubilados 160
- Elegibilidad para el seguro de jubilados, financiamiento 156
- Elegibilidad del seguro de jubilados, financiamiento
 - Para los miembros que trabajan para un organismo estatal, institución estatal de educación superior o distrito escolar público 156
 - Para los miembros que trabajan para empleadores opcionales participantes, como los gobiernos de los condados y municipalidades 159
 - Elegibilidad 130
 - Matrícula 130
- Discapacidad suplementaria a largo plazo
- Resumen de beneficios del plan STLD 129



PEBASM
SC Retirement Systems
and State Health Plan

**Autoridad de Beneficios Públicos de Carolina del
Sur** *Le presta servicio a quienes le brindan servicio a
Carolina del Sur*

202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

803 .737 .6800 | 888 .260 .9430
[peba .sc .gov](http://peba.sc.gov)



los documentos del plan aplicables y están sujetos a cambios. El lenguaje de este folleto no crea ningún derecho contractual o prerequisite para ninguna persona. PEBA cumple con las leyes de los derechos civiles federales aplicables