



Guía de Beneficios del Seguro

2023

Índice de contenidos

Descargo de responsabilidad.....	9
Estatus de derechos adquiridos del plan de salud estatal....	9
Aviso de no discriminación	9
Asistencia lingüística.....	10
Información general	11
¿Qué hay de nuevo en 2023?	12
Requisitos para los beneficios del seguro.....	12
Empleados activos	12
Beneficios a los que pueden inscribirse los trabajadores elegibles.....	13
Un jubilado elegible	13
Un cónyuge elegible.....	13
Un hijo elegible.....	14
Un superviviente	15
Inscripción inicial	15
Empleados.....	15
Jubilados	15
Información que necesita en el momento de la inscripción. 16	
Documentos que necesita en el momento de la inscripción 16	
Enviar su inscripción	16
Completar su inscripción inicial	17
Después de su inscripción inicial.....	17
Tarjetas de seguro.....	17
Número de identificación de los beneficios	17
Inscribirse como empleado transferido	18
Inscripción anual abierta.....	18
Cambiar de plan o de cobertura durante un periodo de inscripción abierta	18
MyBenefits	18
Sistema de inscripción en línea de los beneficios del seguro de PEBA.....	18
Situaciones especiales de elegibilidad.....	19
Matrimonio.....	19
Divorcio.....	19
Añadir hijos.....	20

Dejar al cónyuge o a los hijos.....	21
Obtención de otras coberturas	21
Ganancia de la cobertura de Medicare	22
Pérdida de otras coberturas.....	22
Cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, en inglés).....	23
Obtención de la cobertura de Medicaid o CHIP	23
Requisitos para la ayuda a la prima a través de Medicaid o CHIP	23
Pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.....	23
Permisos para ausentarse	23
Primas durante un permiso sin sueldo.....	23
Seguro de vida durante un permiso sin sueldo.....	24
Seguro de Discapacidad de larga duración complementaria durante un permiso con o sin sueldo	24
Ley de Permiso Médico y Familiar (FMLA, en inglés).....	24
Permiso militar	24
Indemnización por accidente laboral.....	24
Cuando finaliza la cobertura	24
Continuación de la cobertura (COBRA)	25
Elegibilidad	25
Cuando no se ofrecerá la cobertura continuada	25
Cómo continuar con la cobertura bajo COBRA.....	25
Ejemplo de escenario COBRA.....	25
Cómo puede terminar la cobertura continuada bajo COBRA	25
Cuando se agotan los beneficios de COBRA.....	26
Ampliación de la cobertura continua	26
Otras opciones de cobertura	26
Fallecimiento de un suscriptor o de un cónyuge o hijo cubierto ...	26
Supervivientes	26
Apelación de las decisiones de elegibilidad	27
¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión sobre la elegibilidad?.....	27

Seguro de salud 29

Sus opciones en el Plan de Salud Estatal	30
Plan estándar	30

Plan de ahorro.....	30	Diferencial fuera de la red.....	41
Plan complementario de Medicare.....	30	Plan estándar	42
Comparación de los planes.....	30	Plan de ahorro.....	42
Comparación de planes de salud	31	Obtener autorización previa para su atención médica	43
Sus herramientas en línea del Plan de Salud Estatal.....	33	Autorización previa de asistencia de salud	43
StateSC.SouthCarolinaBlues.com	33	Autorización previa de los trabajos de laboratorio.....	43
My Health Toolkit®.....	33	Sanciones por no llamar.....	43
Strive®	33	Cómo autorizar previamente su tratamiento	43
Alternativas al beneficio de acompañante	33	Autorización previa de servicios de salud del comportamiento	44
Blue CareOnDemand SM	33	Autorización previa de radiología avanzada: National Imaging Associates.....	45
Atención virtual de MUSC Health.....	34	Gestión de la salud	45
Cómo paga el Plan de Salud Estatal los beneficios cubiertos ..	34	Visitas de cuidado preventivo para adultos	45
Monto permitido.....	35	Ventajas de la PEBA	46
Pagar los gastos de asistencia de salud con el Plan Estándar ..	35	Wondr Health	49
Deducción anual	35	Asesoramiento de salud.....	49
Copagos.....	35	Programas de gestión de casos médicos	51
Coseguro	36	Blue365® y descuentos para afiliados	52
Máximo del coseguro	36	Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal	52
Pagar los gastos de asistencia de salud con el Plan de Ahorro	37	Enfermera registrada de práctica avanzada	53
Deducción anual	37	Plan de tratamiento alternativo	53
Copagos.....	37	Servicio de ambulancia.....	53
Coseguro	37	Beneficios del trastorno del espectro autista	53
Máximo del coseguro	37	Beneficios de salud del comportamiento.....	53
Pagar los gastos de asistencia de salud si tiene derecho a Medicare	37	Gestión de casos de salud del comportamiento.....	54
Coordinación de los beneficios.....	38	Trasplantes de huesos, células madre y órganos sólidos	54
Enfermedad renal en fase terminal.....	38	Atención quiropráctica	54
Cuestionario de coordinación de los beneficios	38	Anticonceptivos.....	54
Utilización de las redes de proveedores del Plan de Salud Estatel.....	39	Atención dental.....	55
Encontrar un proveedor de la red médica o de salud del comportamiento.....	39	Suministros para diabéticos.....	55
Encontrar un proveedor de la red fuera del estado o en el extranjero	39	Visitas al médico.....	55
Red de proveedores de medicamentos con receta	40	Equipo médico duradero.....	55
Beneficios fuera de la red	41	Asistencia de salud a domicilio	55
Facturación de saldos.....	41	Cuidados paliativos.....	55
		Infertilidad	55

Servicios de hospitalización.....	56	Recursos de los afiliados.....	67
Servicios del centro ambulatorio	56	Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal..	67
Hogares médicos centrados en el paciente.....	56	Plan estándar	67
Embarazo y atención pediátrica.....	57	Plan de ahorro.....	67
Medicamentos con receta	57	Express Scripts Medicare®.....	68
Cirugía reconstructiva tras una mastectomía medicamento necesaria.....	57	Red de farmacias	68
Cuidados de rehabilitación.....	58	Cómo encontrar las farmacias participantes	68
Segundas opiniones.....	58	Farmacias minoristas.....	68
Centro de enfermería especializada	58	Red de Smart90 y Red de Preferred90	68
Terapia del habla.....	58	Pedido por correo a través de la farmacia Express Scripts ..	68
Cirugía.....	59	Cómo rellenar una receta por fax.....	69
Otros beneficios cubiertos	59	Copagos de medicamentos y formulario	69
Exclusiones: servicios no cubiertos	59	Nivel 1: genérico.....	69
Límites adicionales en el Plan Estándar.....	61	Nivel 2: marca preferida	69
Límites y exclusiones adicionales en el Plan de Ahorro...61		Nivel 3: marca no preferida.....	69
Cómo presentar una reclamación al Plan de Salud Estatal	61	Medicamentos del formulario no cubiertos.....	69
Servicios en Carolina del Sur	61	Programa Patient Assurance de Express Scripts.....	69
Servicios fuera de Carolina del Sur	62	Política de pago por diferencia.....	69
Apelaciones.....	62	Programas de farmacia especializada	70
Reclamaciones y apelaciones de autorizaciones previas a procesadores de reclamaciones de terceros.	62	Reseñas sobre la cobertura	70
Apelaciones ante el PEBA: autorizaciones previas y servicios		Autorización previa	70
prestados.....	63	Gestión de la cantidad de medicamentos	71
Plan complementario GEA TRICARE	63	Terapia escalonada	71
Elegibilidad	63	Recetas compuestas.....	71
Hijos dependientes elegibles.....	64	Coordinación de los beneficios.....	71
Cómo inscribirse	64	La cobertura de Medicare para los medicamentos autoadministrados durante una estancia de observación hospitalaria ambulatoria.....	71
Características del plan.....	64	Exclusiones.....	72
Presentación de reclamaciones	65	Beneficios de prescripción basados en el valor sin costo alguno para usted.....	72
Elegibilidad para Medicare y el Plan Suplementario TRICARE.....	65	Presentar una reclamación de medicamentos recetados...72	
Pérdida de la elegibilidad de TRICARE	65	Apelaciones.....	72
Más información	65	Apelaciones ante la PEBA	73
Beneficios de las recetas	66	Seguro dental	74
Utilización de los beneficios por receta médica.....	67	Recursos en línea.....	75
		Clases de tratamiento.....	75

Dental Plus.....	75	Apelaciones.....	88
Red Dental Plus.....	75	Ejemplos de planes de visión del Estado	89
Dental Básico.....	75	Ejemplo 1.....	89
Disposiciones especiales de Dental Básico	76	Ejemplo 2.....	89
Comparación de Dental Plus y Dental Básico	77	Ejemplo 3.....	89
Ejemplos de comparación de planes.....	77	Seguro de vida	90
Escenario 1: Revisión de rutina	77	Elegibilidad.....	91
Escenario 2: Empastes de amalgama de dos superficies	78	Requisito de trabajar activamente.....	91
Exclusiones: servicios dentales no cubiertos.....	78	Aplicaciones	91
Beneficios generales no ofrecidos	78	Seguro de vida básico.....	92
Beneficios cubiertos por otro plan	78	Seguro de vida opcional.....	92
Procedimientos específicos no cubiertos.....	78	Inscripción inicial - empleados activos	92
Beneficios limitados.....	79	Entrada tardía	92
Beneficios de prótesis y ortodoncia.....	80	Primas.....	93
Coordinación de los beneficios.....	80	Modificación del monto de su cobertura	93
Cómo presentar una reclamación dental	81	Seguro de vida para dependientes.....	93
¿Y si necesito ayuda?.....	81	Dependientes elegibles	93
Apelaciones.....	81	Dependientes excluidos	94
Cuidado de la visión	83	Cobertura de Vida-Cónyuge Dependiente	94
Información en línea sobre los beneficios de la vista	84	Cobertura de Vida-Hijo Dependiente	94
Plan de Visión Estatal	84	Inscripción	94
Exámenes de la vista.....	84	Primas.....	95
Frecuencia de los beneficios	84	Beneficiarios	95
Los beneficios de la visión en un vistazo.....	85	Cambio de beneficiarios.....	96
Lentes de sol	85	Asignación	96
Lentes progresivos y revestimiento antirreflejos ⁴	86	Muerte accidental y desmembramiento.....	96
Lentes de contacto.....	86	Cuadro de pérdidas y beneficios por accidente.....	96
Los beneficios de la visión para diabéticos en un vistazo...87		¿Qué no está cubierto?	97
Uso de la red de proveedores de EyeMed	87	Beneficios por muerte accidental y desmembramiento	97
Para encontrar un proveedor de la red.....	87	Ventajas de MetLife SM	98
Cómo pedir lentes de contacto en línea.....	87	Preparación del testamento.....	98
Beneficios fuera de la red.....	88	Servicios de resolución patrimonial.....	98
Exclusiones y limitaciones.....	88	WillsCenter.com	99
Contacte con EyeMed.....	88	Asistencia en la planificación de funerales.....	99

Asesoramiento sobre el duelo	99
Cuenta de liquidación activa.....	99
Soluciones de transición.....	99
Delivering the Promise®.....	99
Reclamaciones	99
Su beneficio acelerado.....	99
Cómo presentar una reclamación.....	99
Disposición sobre el suicidio	100
Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento.....	100
Exámenes y autopsias	100
Cuando finaliza su cobertura	100
Finalización de la cobertura.....	100
Finalización de la cobertura del seguro de vida de los dependientes.....	100
Ampliación de los beneficios.....	101
Permiso de ausencia.....	101
Cuando pierde el derecho a los beneficios activos por discapacidad.....	101
Continuación o conversión de su seguro de vida	101
La política de grupo se termina.....	102
Beneficio por fallecimiento durante el periodo de conversión.....	102

Discapacidad a largo plazo 103

Discapacidad a largo plazo básico.....	104
Resumen de los beneficios del plan BLTD.....	104
Elegibilidad	104
Periodo de espera del beneficio.....	104
Certificado	104
¿Cuándo se le considera discapacitado?.....	104
Condiciones preexistentes	105
Reclamaciones.....	105
Requisito de trabajo activo.....	105
Ganancias antes de la discapacidad	105
Ingresos deducibles	106
Cuando finaliza la cobertura del BLTD.....	106
Cuando finalizan los beneficios.....	106

Exclusiones y limitaciones	107
Apelaciones	107
Discapacidad de larga duración complementaria	108
Qué proporciona el seguro SLTD	108
Resumen de los beneficios del Plan SLTD	108
Elegibilidad	109
Inscripción	109
Periodo de espera del beneficio.....	109
Certificado	109
¿Cuándo se le considera discapacitado?.....	109
Reclamaciones.....	110
Requisito de trabajo activo.....	110
Cambio de salario	110
Ganancias antes de la discapacidad	111
Ingresos deducibles	111
Beneficio de seguridad de por vida	111
Beneficios por fallecimiento	111
Cuando finaliza la cobertura del SLTD.....	111
Cuando finalizan los beneficios.....	112
Conversión.....	112
Exclusiones y limitaciones	112
Apelaciones	113

MoneyPlus 114

Cómo puede ahorrar dinero con MoneyPlus.....	115
Tarifas administrativas	116
Tarifas administrativas mensuales del 2023	116
Recursos de los afiliados	116
Página web de ASIFlex	116
Aplicación móvil ASIFlex.....	116
Responsabilidades para el uso de una cuenta	116
Crédito del impuesto sobre la renta.....	116
Normas del IRS para las cuentas de gastos	116
Característica de la prima de seguro colectivo antes de impuestos.....	117
Requisitos e inscripciones	117

Cuenta de Gastos Médicos	117	Inscripción	125
Elegibilidad	117	Contactar con ASIFlex	126
Inscripción	117	Cuentas de Ahorros para la Salud 127	
Límites de contribución	118	Elegibilidad	128
Personas que pueden estar cubiertas por una MSA	118	Inscripción	128
Gastos elegibles	118	Límites de contribución	128
Gastos no elegibles	119	Tarifas administrativas	129
Utilización de los fondos de la MSA	119	Cuando sus fondos estén disponibles	129
Tarjeta ASIFlex	119	Utilización de sus fondos	129
Solicitar el reembolso de los gastos elegibles	120	Gastos elegibles y documentación	129
Comparación entre la MSA y la declaración de gastos en el Formulario 1040 del IRS	120	Invertir los fondos de la HSA	129
¿Qué pasa con su cuenta de ahorros cuando deja su trabajo?	121	Informar de su HSA al IRS	130
¿Qué pasa con su cuenta de ahorros después de su muerte?	121	¿Qué pasa con su HSA después de su muerte?	130
Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	121	Cierre de su HSA	130
Elegibilidad	121	Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado	130
Inscripción	121	Apelaciones de inscripción	130
Decidir la cantidad a reservar	121	Contactar con HSA Central	131
Límites de contribución	122	Seguro colectivo para jubilados 132	
Personas que pueden estar cubiertas por un DCSA	122	¿Tiene derecho a un seguro colectivo para jubilados?	133
Gastos elegibles	122	¿Pagará su empleador parte de las primas de su seguro de jubilación?	133
Gastos no elegibles	122	Jubilación anticipada: Miembros de la clase 2 del SCRS	134
Solicitar el reembolso de los gastos elegibles	123	Algunos funcionarios electos	134
Informar de su DCSA al IRS	123	solo la PEBA puede confirmar su elegibilidad	134
Comparación entre la DCSA y el crédito por hijo y dependiente	123	Elegibilidad del seguro de los jubilados, financiación	134
¿Qué pasa con su DCSA si deja su trabajo?	123	Para los afiliados que trabajan para un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público o una escuela subvencionada que participa tanto en el seguro como en la jubilación	134
¿Qué pasa con su DCSA después de su muerte?	124	Para los afiliados que trabajan para empleadores facultativos participantes, como gobiernos de condados y municipios, y colegios concertados que solo participan en el seguro	136
Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado	124	Sus opciones de seguro para jubilados	137
Gastos elegibles	124	Si no tiene derecho a Medicare	137
Gastos no elegibles (solo en el caso de las MSA de uso limitado)	124		
Modificar su cobertura MoneyPlus	124		
Cómo afectan los cambios a su periodo de cobertura	125		
Apelaciones	125		
Reembolso o solicitud de beneficios	125		

Si tiene 65 años o más y no tiene derecho a Medicare.....	137
Si tiene derecho a Medicare.....	137
Beneficios dentales.....	138
Cuidado de la visión.....	138
Cuándo inscribirse en el seguro para jubilados.....	138
Jubilación del servicio.....	138
Jubilación por discapacidad.....	138
En un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad.....	139
Durante un periodo de inscripción abierta.....	139
Cómo inscribirse en el seguro para jubilados.....	139
Primas de jubilación y pago de primas.....	139
Jubilados de organismos estatales, instituciones públicas de enseñanza universitaria y distritos escolares públicos.....	139
Jubilados del empleador facultativo participante.....	140
Jubilados de escuelas concertadas.....	140
Falta de pago de las primas.....	140
Cuándo comienza su cobertura como jubilado.....	140
Información que recibirá.....	140
Sus tarjetas de identificación del seguro en la jubilación ...	140
Otros programas de seguros que ofrece PEBA.....	141
Seguro de vida.....	141
Discapacidad a largo plazo.....	142
MoneyPlus.....	142
Cambio de cobertura.....	142
Dejar a un cónyuge o hijo cubierto.....	142
Volver a trabajar en un empleo apto para el seguro.....	143
Jubilados que continuaron con el seguro de vida.....	143
Si usted o un miembro de su familia está cubierto por Medicare.....	143
Fallecimiento de un jubilado.....	144
Supervivientes de un jubilado.....	144

Términos útiles..... 146

Información de contacto 150

PEBA de Carolina del Sur.....	151
-------------------------------	-----

Proveedores de seguros del 2023.....	151
BlueCross BlueShield de Carolina del Sur.....	151
Selman & Company.....	151
Express Scripts.....	151
EyeMed.....	151
MetLife.....	152
Standard Insurance Company.....	152
ASIFlex.....	152
HSA Central.....	152
Otros contactos útiles.....	152
Medicare.....	152
Administración de la Seguridad Social.....	152

Descargo de responsabilidad

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

La *Guía de Beneficios de Seguro* contiene una descripción abreviada de los beneficios de seguro proporcionadas 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 beneficios contienen descripciones completas de los planes de salud y dental y de 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 Empleados Públicos de Carolina del Sur. Si desea revisar estos documentos, póngase en contacto 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. El presente documento no crea ningún derecho contractual. La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur se reserva el derecho de revisar el contenido de este documento, en todo o en parte. Ninguna promesa o garantía, ya sea escrita u oral, que sea contraria o inconsistente con los términos de este párrafo, crea un contrato de trabajo.

Estatus de derechos adquiridos del plan de salud estatal

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur considera que el Plan de Salud Estatal es un “plan de salud con derechos adquiridos” en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (la Ley de Cuidado de Salud Asequible).

Tal y como permite la Ley de Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó dicha ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventiva sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con otras protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, por ejemplo, la eliminación de ciertos límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué puede hacer que un plan deje de ser un plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan llamando al 803.737.6800 o al 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 las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

PEBA:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de signos cualificados; y
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes cualificados; y
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que PEBA no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el responsable 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 queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el responsable de privacidad de PEBA está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

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

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

Asistencia lingüística

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

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

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

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

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

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

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

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

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

برقم 1 888 260 9430 ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل

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

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

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

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

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ដោយឥតគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.260.9430.

Información general



Esta guía proporciona una visión general de los programas de seguros que ofrece la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA, por sus siglas en inglés) e información de contacto. Aunque la guía ofrece una descripción general de muchas 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 todas los beneficios de salud ofrecidos por PEBA.

La sección ¿Qué hay de nuevo en 2023? destaca los principales cambios en los beneficios del seguro ofrecidos para 2023.

¿Qué hay de nuevo en 2023?

Los cambios que se indican a continuación son efectivos a partir del 1 de enero de 2023.

- Las primas mensuales de 2023 no están impresas en esta guía. Las primas están disponibles en peba.sc.gov/monthly-premiums.
- Las primas del seguro médico de los empleados activos y de los jubilados financiados no aumentarán en 2023.
- Las primas del seguro de enfermedad de los jubilados parcialmente financiados, de los jubilados no financiados, de los suscriptores de COBRA, de los supervivientes y de los excónyuges aumentarán en 2023.
- Las primas de Vida Opcional y Vida-Cónyuge Dependiente disminuirán en 2023 para la mayoría de los grupos de edad.
- Las primas por Discapacidad a largo plazo complementaria aumentarán en 2023.
- El Plan de Salud Estatal cubrirá una visita de bienestar para adultos cada año sin costo alguno para los adultos de 19 años o más que no sean beneficiarios de Medicare y que estén cubiertos por el Plan Estándar y el Plan de Ahorro.

Requisitos para los beneficios del seguro

Empleados activos

Los empleados elegibles generalmente son aquellos que:

- Trabajar a tiempo completo y recibir una remuneración del Estado, de una institución pública de enseñanza superior, de un distrito escolar público, de una escuela subvencionada participante o de un empleador facultativo participante, como un gobierno municipal o del condado participante; y
- Se le contrata en un puesto con derecho a seguro.

Los empleados elegibles también incluyen a los empleados administrativos y de oficina a tiempo completo de la Asamblea General de Carolina del Sur, jueces de los tribunales estatales y

miembros de la Asamblea General. Los profesores permanentes a tiempo parcial que trabajan entre 15 y 30 horas a la semana tienen derecho a un seguro médico, dental y de visión, así como a MoneyPlus y a una cuenta de ahorro para la salud, pero no tienen derecho a otros beneficios de la PEBA, como el seguro de vida y de incapacidad a largo plazo.

Los miembros elegidos de los consejos de los condados y ciudades participantes cuyos miembros tienen derecho a participar en uno de los sistemas de jubilación que administra PEBA se consideran empleados a tiempo completo. Por lo general, los miembros de otros consejos de administración no tienen derecho a la cobertura. Si trabaja para más de un grupo participante, póngase en contacto con su administrador de beneficios para obtener más información. Las demás normas de admisibilidad se detallan en el *Plan de Beneficios*.

Tipos de empleados

Los empleados entran en estas categorías:

- Nuevos empleados a tiempo completo que el empleador espera que trabajen al menos 30 horas a la semana. Tienen derecho a la cobertura en los 31 días siguientes a su fecha de contratación.
- Profesores permanentes a tiempo parcial que trabajan entre 15 y 30 horas semanales.
- Los nuevos empleados con horario variable, a tiempo parcial o de temporada que el empleador no espera que tengan un promedio de 30 horas semanales durante los primeros 12 meses de trabajo. Dado que su empleador no puede determinar su elegibilidad, es posible que no se inscriban en los beneficios inmediatamente. Su empleador debe medir sus horas para determinar si estos empleados trabajan una media de 30 horas semanales durante los 12 meses que comienzan el primero del mes siguiente a la contratación del empleado. Si un empleado trabaja un promedio de 30 horas semanales durante este periodo, el empleado tiene derecho a la cobertura durante el periodo de 12 meses que sigue.
- Los empleados activos que hayan completado su periodo de medición inicial (del 4 de octubre de 2021 al 3 de octubre de 2022). Si un empleado activo ha trabajado un promedio de 30 horas semanales durante este periodo de 12 meses, el empleado tiene derecho a la cobertura durante 2023, incluso si las horas del empleado disminuyen durante 2023. Si un empleado activo ha trabajado un promedio de menos de 30 horas semanales durante este periodo, el empleado no tiene derecho a la cobertura durante 2023 a menos que el empleado obtenga cobertura a través de alguna otra disposición del plan.

Beneficios a los que pueden inscribirse los trabajadores elegibles

Seguro de salud

- Plan de Salud Estatal (incluye cobertura de medicamentos recetados y de salud del comportamiento).
- Plan estándar; o
- Plan de Ahorro (elegible para la Cuenta de Ahorro de Salud)
- Plan Suplementario TRICARE para miembros elegibles de la comunidad militar; o
- Plan complementario de Medicare para los jubilados, los supervivientes y los suscriptores de COBRA que reúnen los requisitos para recibir Medicare

Seguro dental

- Dental Plus; o
- Dental Básico.

Seguro de visión

- Plan de Visión Estatal.

Seguro de vida

- Vida básico con muerte accidental y desmembramiento (se inscribe automáticamente si está inscrito en el seguro de enfermedad);
- Vida opcional con muerte accidental y desmembramiento;
- Vida Dependiente-Cónyuge con muerte accidental y desmembramiento; y
- Vida Dependiente-Hijo.

Seguro de discapacidad a largo plazo

- Discapacidad a largo plazo básico (se inscribe automáticamente si está inscrito en el seguro de enfermedad); y
- Discapacidad de larga duración complementaria.

MoneyPlus

- Función de primas de seguro colectivo antes de impuestos (permite a los suscriptores elegibles pagar sus primas de salud, incluida la prima por consumo de tabaco, dental, de visión y hasta \$50,000 de cobertura de vida opcional con dólares antes de impuestos);
- Cuenta de Gastos Médicos;
- Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes, y

- Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado (para los inscritos en el Plan de Ahorro y en una Cuenta de Ahorro de Salud, o los que tienen acceso a una Cuenta de Ahorro de Salud a través de su cónyuge).

Cuenta de Ahorros para la Salud

- Cuenta de ahorro de salud (para los inscritos en el Plan de Ahorro).

Un jubilado elegible

Un empleado también puede tener derecho a la cobertura de salud, dental y oftalmológica en la jubilación si cumple los requisitos para dicha cobertura. El derecho a la cobertura y financiación del seguro de jubilación depende de una serie de factores, entre los que se incluyen el derecho del empleado a un beneficio de jubilación, la fecha de contratación del empleado en un puesto de trabajo con derecho a seguro, el crédito de 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 del trabajador en un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal.

En la página 133 encontrará más información sobre los requisitos para acceder al seguro de jubilación.

Un cónyuge elegible

Un cónyuge elegible es uno reconocido por la ley de Carolina del Sur. Un cónyuge con derecho a cobertura como empleado de cualquier grupo participante, incluido un empleador opcional, no puede estar cubierto como cónyuge en virtud de ningún plan. El cónyuge de un profesor permanente a tiempo parcial puede estar cubierto como empleado o como cónyuge, pero no como ambos. Además, un cónyuge que sea elegible para la cobertura de los jubilados y reciba la financiación completa de la prima del empleador del Fondo Fiduciario del Seguro de Salud para Jubilados de Carolina del Sur no puede estar cubierto como cónyuge en ningún plan. Un cónyuge que reúna los requisitos para la cobertura de los jubilados pero que no reciba financiación o solo reciba una financiación parcial de las primas del empleador con cargo al Fondo Fiduciario del Seguro Médico de los Jubilados podrá estar cubierto como jubilado o como cónyuge, pero no como ambos.

Un excónyuge puede inscribirse en la cobertura de su propia póliza si un empleado o jubilado en activo está obligado por orden judicial a proporcionar cobertura. Consulte la sección sobre el divorcio en la página 19.

Un hijo elegible

- Debe ser menor de 26 años; y
- Debe ser un hijo natural del suscriptor, un hijo adoptado (incluido el hijo dado en adopción legal), un hijastro, un hijo de acogida¹, un hijo del que el suscriptor tenga la custodia legal o un hijo al que el suscriptor esté obligado a cubrir debido a una orden judicial.²

Si ambos padres tienen derecho a la cobertura, solo uno de ellos puede cubrir a los hijos en cualquier plan. Por ejemplo, si uno de los padres cubre a los hijos con la asistencia de salud y dental, el otro no puede cubrir a los hijos ni con la asistencia de salud ni con la dental. Uno de los padres puede cubrir a los hijos en el ámbito de salud y el otro en el dental.

Un hijo de 19 a 25 años

Según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, modificada por la Ley de Conciliación de la Atención Médica y la Educación de 2010, un hijo de 19 a 25 años no necesita estar certificado como estudiante a tiempo completo ni como hijo incapacitado para estar cubierto por el seguro médico, dental o de visión de sus padres.

Un padre puede cubrir a un hijo que tiene derecho a los beneficios estatales porque el hijo trabaja para un empleador que participa en los beneficios del seguro PEBA. El hijo puede estar cubierto por la cobertura de salud, dental y oftalmológica de sus padres, y puede estar sujeto a las exclusiones de cobertura adicionales del Plan de Salud Estatal. Si está cubierto por su padre o su madre, el hijo no tiene derecho al seguro de Vida Básico, al seguro de Vida Opcional, al seguro de Vida-Hijo Dependiente, al seguro de discapacidad a largo plazo, a MoneyPlus ni a una cuenta de ahorro de salud.

Un hijo que tiene derecho a la cobertura de uno de sus padres pero que también tiene derecho a los beneficios porque trabaja para un empleador participante debe elegir entre estar cubierto por su padre como hijo o estar cubierto por sí mismo como empleado. No puede estar cubierto como hijo en un programa de seguros, como el de salud, y luego inscribirse para obtener cobertura como empleado en otro, como el de visión. A efectos del seguro de vida, un hijo que rechaza la cobertura para permanecer en el plan de sus padres no tiene derecho a la cobertura de Vida-Hijo Dependiente.

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

² Un hijo del que el suscriptor tiene la custodia legal es un hijo del que el suscriptor tiene la responsabilidad de la tutela, no solo la responsabilidad económica, según una orden judicial.

Un hijo incapacitado

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

- El hijo debe estar soltero y permanecer soltero para seguir teniendo derecho a la ayuda; y
- El hijo debe ser incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una enfermedad mental o a una discapacidad intelectual o física y debe seguir dependiendo principalmente (más del 50 %) del empleado cubierto, jubilado, superviviente o suscriptor de COBRA para su manutención.

Tiene que demostrar la incapacidad a más tardar 31 días después de que el hijo cumpla 26 años, cuando ya no tenga derecho a la cobertura como hijo, o en los 31 días siguientes a la inscripción inicial. Para la cobertura de Vida-Hijo Dependiente, tiene que establecer la incapacidad a más tardar 31 días después de que cumpla 19 años si no es estudiante a tiempo completo.

Por lo general, 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 tendrán que rellenar un formulario de *Certificación de hijo incapacitado*. Por favor, incluya una copia de su declaración de impuestos federal más reciente, que demuestre que el hijo depende principalmente de usted para su manutención. Si no declara a su hijo en la declaración de impuestos, deberá cumplimentar una ficha para determinar la manutención (*Publicación 501 del IRS*) en lugar de la declaración de impuestos. Adjunte también un *Formulario de Representante Autorizado* firmado por el hijo incapacitado, y una copia de los documentos de tutela o un poder notarial que verifique su autoridad para actuar en nombre de su hijo incapacitado, si procede. Cualquiera de estos documentos autoriza a PEBA a discutir o divulgar la información médica protegida del hijo con su representante autorizado.

PEBA enviará la información presentada a Standard Insurance Company (The Standard) para que revise la información médica. The Standard puede exigir documentación médica adicional del médico del hijo. The Standard proporcionará una recomendación a la PEBA; sin embargo, la PEBA toma la decisión final.

Cobertura de Vida-Hijo Dependiente Según la ley estatal, solo un hijo dependiente de 19 a 24 años que sea estudiante a tiempo completo, no esté casado o trabaje a tiempo completo puede estar cubierto por el seguro de Vida-Hijo Dependiente. Un hijo de cualquier edad que haya sido certificado por la PEBA como hijo incapacitado puede seguir estando cubierto por el seguro de Vida-Hijo Dependiente. Para obtener más información sobre los requisitos para la Cobertura de Vida-Hijo Dependiente, consulte la página 94.

Un superviviente

Los cónyuges e hijos cubiertos por el Plan de Salud Estatal, Dental Plus, Dental Básico o el Plan de Visión Estatal se clasifican como supervivientes cuando un empleado o jubilado cubierto fallece. Para más información sobre la cobertura de supervivencia, consulte la página 26.

Inscripción inicial

Empleados

Si es empleado de un grupo participante en Carolina del Sur, puede inscribirse en el seguro en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que cumpla los requisitos o durante el periodo de inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y/o a sus hijos. Un grupo participante es un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público, un condado, un municipio u otro grupo, incluidas las escuelas concertadas, que está autorizado por la ley a participar y que participa en el programa de seguros del Estado.

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Su cobertura comienza el primer día calendario del mes en el que adquiere el derecho a la cobertura³ si ese día ejerce un empleo activo⁴.

- Si su fecha de contratación es el primer día laborable del mes (el primer día que no es sábado, domingo o festivo observado) y no es el primer

día calendario, puede elegir que su cobertura comience el primer día de ese mes (puede que se deban primas retroactivas) o el primer día del mes siguiente.

- Si su fecha de contratación es el primer día del mes (por ejemplo, el 1 de marzo), su cobertura comienza el primer día de ese mes (es posible que se deban primas retroactivas).
- Si cumple los requisitos en un día distinto al primer día calendario o al primer día laborable del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente.
- La cobertura de su cónyuge o hijos inscritos comienza el mismo día que la suya.

Si no se inscribe en el plazo de 31 días a partir de la fecha en la que cumple los requisitos para recibir beneficios activos o experimenta una situación especial de elegibilidad, no podrá inscribirse usted, su cónyuge o sus hijos hasta el siguiente periodo anual de inscripción abierta, que se celebra en octubre. La cobertura elegida durante un periodo anual de inscripción abierta comenzará el 1 de enero siguiente.

Jubilados

Si usted es un jubilado de un grupo participante en Carolina del Sur, puede inscribirse en la cobertura del seguro dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que deje el empleo cubierto y sea elegible para jubilarse, o durante la inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y/o a sus hijos. Un grupo participante es un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público, un condado, un municipio u otro grupo, incluidas las escuelas concertadas, que está autorizado por la ley a participar y que participa en el programa de seguros del Estado.

Se requiere un formulario de *Registro de verificación de empleo* para determinar la elegibilidad y un *Aviso de elección de jubilado* para inscribirse. Por favor, espere el tiempo de procesamiento de los formularios en papel.

Si no se inscribe en el plazo de 31 días a partir de la fecha de jubilación o en el plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad, no podrá inscribirse ni inscribir a su cónyuge ni a sus hijos hasta el siguiente periodo anual de inscripción abierta, que se celebra en octubre. La cobertura elegida durante un periodo anual de inscripción abierta comenzará el 1 de enero siguiente.

Puede obtener más información sobre la cobertura del seguro durante la jubilación en el capítulo **Seguro colectivo de jubilados**, en la página 132.

³ La cobertura del seguro de vida está sujeta a la Disposición de no confinamiento del dependiente (página 95), así como al requisito de Actividad laboral (página 91). Para más información sobre la afiliación inicial al Seguro de Vida Opcional, consulte la página 92.

⁴ Se entiende por empleo activo la realización de todas las tareas habituales de una ocupación en la jornada laboral programada por el empleador. Puede trabajar en su lugar de trabajo habitual o en otro, si tiene que desplazarse. También se le considera en activo mientras presta servicio como jurado, en un día de vacaciones pagadas o en uno de los días festivos normales de su empleador si estaba en activo el día laborable normal anterior. La cobertura no se retrasará si se ausenta del trabajo por un motivo relacionado con la salud cuando su cobertura comenzaría de otro modo.

Información que necesita en el momento de la inscripción

Para inscribirse en la cobertura del seguro, necesitará la información que se indica a continuación.

	Información necesaria
Para usted	Número de Seguro Social; dirección de correo electrónico personal; salario anual; fecha de contratación (fecha en la que se presentan a trabajar
Por cada miembro de la familia que desee cubrir	Número de Seguro Social; fecha de nacimiento
Para usted y los miembros de su familia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare	Copia de la tarjeta Medicare; motivo de elegibilidad; fecha de efectividad de la Cobertura Medicare
Para cada beneficiario de su cobertura de Vida Básica u Opcional	Fecha de nacimiento; número de Seguro Social es preferible, pero no obligatorio
Para un beneficiario que sea una herencia	Nombre; dirección; fecha de firma del fideicomiso

Enviar su inscripción

En algunos casos, como la pérdida de otra cobertura colectiva, es posible que no disponga de la documentación adecuada antes de la fecha límite de inscripción. Si se acerca la fecha límite para inscribirse, debe presentar su elección de beneficios sin su documentación antes de la fecha límite. Luego, presente su documentación tan pronto como esté disponible. Los cambios de cobertura no se tramitarán hasta que se reciban todos los documentos; sin embargo, su fecha de efectividad seguirá siendo la fecha en que experimentó su situación especial de elegibilidad.

Documentos que necesita en el momento de la inscripción

Para inscribir a los dependientes en la cobertura del seguro durante la inscripción abierta o como resultado de una situación especial de elegibilidad, debe proporcionar la documentación que se indica a continuación. Le recomendamos encarecidamente que cargue la documentación en línea durante el proceso de inscripción o a través de MyBenefits.

Si decide enviar copias por correo a PEBA, le pedimos que no subraye ni anote nada en los documentos. Asimismo, le pedimos que no envíe documentos originales a PEBA, ya que no pueden ser devueltos.

	Información necesaria
Para cubrir a un cónyuge	Licencia de matrimonio
Para cubrir un hijo natural	Certificado de nacimiento extendido en el que figure el suscriptor como progenitor
Para cubrir a un hijastro	Certificado de nacimiento extendido en el que figure el nombre del progenitor natural; prueba de que el progenitor natural y el suscriptor están casados.
Para cubrir a un hijo adoptado o a un hijo dado en adopción	Certificado de nacimiento extendido en el que figure el suscriptor como padre o documento de adopción legal del tribunal en el que se indique que la adopción se ha completado; o una carta de colocación de un abogado, una agencia de adopción o el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur en la que se indique que la adopción está en curso
Para cubrir a un hijo de acogida	Una orden judicial u otro documento legal que coloque al hijo con el suscriptor
Para cubrir a otros hijos	Para todos los demás hijos de los que el suscriptor tiene la custodia legal, una orden judicial u otro documento legal que otorgue la custodia del hijo al suscriptor (el documento debe verificar que el suscriptor tiene la responsabilidad de la tutela del hijo, no solo la responsabilidad financiera)

Continúa en la página siguiente

Para cubrir a un hijo incapacitado

Información necesaria

Formulario de *Certificación de Hijo Incapacitado* (ver la sección en la página 14 para obtener información completa sobre el proceso); además de una prueba de la relación

Para inscribirse en el Plan Suplementario TRICARE

Tarjeta de ID TRICARE del suscriptor

Toda la documentación que esté en un idioma distinto del inglés debe estar completamente traducida al inglés y debe estar certificada con una carta de fiabilidad del traductor.

Completar su inscripción inicial

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Tendrá que proporcionar una dirección de correo electrónico válida a su empleador, y luego hacer sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones del correo electrónico que reciba de PEBA. Consulte el *Resumen del Seguro* del 2023 y otras publicaciones, presentaciones y folletos en línea en peba.sc.gov para obtener información sobre los beneficios.

Puede cargar la documentación requerida durante el proceso de inscripción en línea o proporcionar copias de cualquier documento a su administrador de beneficios, quien los cargará o enviará por correo a PEBA. Los documentos originales enviados a PEBA no serán devueltos.

PEBA anima a los administradores de beneficios a iniciar la inscripción en línea por seguridad y eficiencia. Para los jubilados, o si usted o su administrador de beneficios presentan un *Aviso de elección*:

- Rellene el formulario por completo y escriba con claridad.
- En cada beneficio, elija un plan o marque Rechazar. Cuando corresponda, seleccione un nivel de cobertura.
- Asegúrese de revisar el formulario para comprobar su exactitud, fírmelo y entréguelo a su administrador de beneficios con copias de los documentos requeridos.

Después de su inscripción inicial

Tarjetas de seguro

Si se inscribe en el Plan de Salud Estatal Estándar, el Plan de Ahorros o el Plan complementario de Medicare, BlueCross

BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross) le envía tarjetas de seguro médico para usted y los miembros de su familia cubiertos. También recibirá dos tarjetas de beneficios de farmacia de Express Scripts. Los suscriptores de Dental Plus también reciben una tarjeta de seguro de BlueCross, que es el proveedor del plan dental. No se entregan tarjetas de seguro a suscriptores que eligen la cobertura Básica Dental. Los suscriptores del Plan de Visión Estatal reciben dos tarjetas de EyeMed Vision Care.

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

Asegúrese de que su cobertura está activa antes de acudir al médico o adquirir una receta.

Número de identificación de los beneficios

PEBA asigna a cada suscriptor un Número de Identificación de Beneficios (BIN, por sus siglas en inglés) de ocho cifras. Este número único se utiliza en lugar del número de Seguro Social en los correos electrónicos y la comunicación escrita entre usted, su cónyuge, sus hijos y PEBA. Está diseñado para que su información personal sea más segura.

El Plan de Salud Estatal añade un prefijo de tres letras a su BIN y coloca este número en su tarjeta de identificación. El BIN, junto con el prefijo de tres letras, también se utiliza en las tarjetas Dental Plus. El BIN sin el prefijo de tres letras se utiliza en las tarjetas de beneficios por prescripción. Si no está cubierto por un plan que utilice el BIN, PEBA le enviará su número.

Los suscriptores necesitan su BIN, sin el prefijo, para utilizar MyBenefits, el sistema de inscripción en línea de los beneficios del seguro de PEBA. Si olvida su BIN, visite mybenefits.sc.gov y seleccione Get my BIN (Obtener mi BIN).

Cuando se producen emergencias médicas antes de recibir la tarjeta

Si necesita atención médica de urgencia antes de recibir sus tarjetas de seguro, aún puede aportar una prueba de su cobertura obteniendo su BIN.

Para ello, visite mybenefits.sc.gov y seleccione Get my BIN (Obtener mi BIN). Luego, debe dar 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 le considera un traslado si cambia de empleo de un grupo participante a otro en un plazo de 15 días calendarios.

Si se traslada a otro grupo participante, asegúrese de informar al administrador de beneficios del lugar de trabajo que abandona para evitar una interrupción de la cobertura o retrasos en la tramitación de las reclamaciones. Consulte con el administrador de beneficios de su nuevo empleador para asegurarse de que sus beneficios han sido transferidos.

Si es usted un empleado académico, se le considera trasladado si termina un trimestre escolar y se traslada a otro empleador académico participante al inicio del siguiente trimestre escolar, aunque no trabaje durante el verano. La cobertura de su seguro con el empleador que deja seguirá vigente hasta que empiece a trabajar con su nuevo empleador, normalmente el 1 de septiembre, siempre que pague las primas. En esa fecha, su nuevo empleador se hará cargo de su cobertura. Sin embargo, tendrá que ponerse en contacto con su antiguo empleador para continuar con la cobertura durante el verano. Si no se traslada a otro empleador académico participante, su cobertura finaliza el último día del mes en el que estuvo en activo.

Inscripción anual abierta

Durante el periodo de inscripción abierta de octubre, los empleados, jubilados, supervivientes, suscriptores de COBRA y ex cónyuges que reúnan los requisitos necesarios pueden cambiar su cobertura⁵ sin tener que estar en una situación especial de elegibilidad.

Cambiar de plan o de cobertura durante un periodo de inscripción abierta

Los cambios realizados durante un periodo de inscripción abierta pasan a ser efectivos el 1 de enero siguiente.

- Puede añadir o cancelar la cobertura del Plan de Salud Estatal para usted, su cónyuge y sus hijos que reúnan los requisitos necesarios durante el periodo de inscripción abierta. También puede cambiar entre el Plan Estándar y el Plan de Ahorro durante la inscripción abierta.
- Los jubilados y los supervivientes, sus cónyuges elegibles

e hijos elegibles que estén cubiertos por un plan de salud pueden cambiarse al plan complementario de Medicare dentro de 31 días de elegibilidad de Medicare o durante un periodo de inscripción abierta.

- Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden agregar o cancelar la cobertura del Plan Complementario TRICARE para sí mismos y para sus dependientes elegibles durante la inscripción abierta.
- Puede añadir o cancelar la cobertura Dental Plus y Dental Básico para usted, su cónyuge e hijos que reúnan los requisitos durante la inscripción abierta en los años impares.
- Puede añadir o cancelar la cobertura del Plan de Visión Estatal para usted, su cónyuge y sus hijos que reúnan los requisitos necesarios durante el periodo de inscripción abierta.
- Puede inscribirse en la función de prima de seguro colectivo antes de impuestos; o inscribirse o volver a inscribirse en una cuenta de gastos flexibles MoneyPlus.
- Puede inscribirse en una cuenta de ahorros para la salud.

Otros cambios que puede hacer en su cobertura, como los cambios en el seguro de vida y la incapacidad a largo plazo, pueden requerir pruebas médicas. Los detalles sobre los cambios que puede hacer se explican antes de cada inscripción abierta.

Si es un empleado en activo de un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público o una escuela subvencionada que participa tanto en el seguro como en la jubilación, póngase en contacto con su administrador de beneficios para conocer los detalles. Los jubilados, supervivientes o suscriptores de COBRA deben ponerse en contacto con PEBA. Si es usted un empleado activo, un jubilado, un superviviente o un suscriptor de COBRA de un empleador opcional o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, póngase en contacto con el administrador de beneficios del empleador con la que tiene una relación de cobertura.

MyBenefits

Sistema de inscripción en línea a los beneficios del seguro de PEBA

La forma más fácil de gestionar su cobertura de seguro es a través de MyBenefits en mybenefits.sc.gov. Si usted es el suscriptor, puede utilizar MyBenefits para:

- Actualizar su información de contacto.

⁵ Puede añadir o cancelar la cobertura Dental Plus y Dental Básico solo durante el periodo de inscripción abierta en octubre de los años impares, o dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad.

- Imprimir una lista de los planes de seguro en los que está cubierto.
- Obtener su número de identificación de beneficios de ocho dígitos (BIN).
- Actualizar sus beneficiarios.
- Iniciar o aprobar los cambios realizados como resultado de ciertas situaciones especiales de elegibilidad.

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

Para proteger la confidencialidad de los datos de su seguro, debe registrarse la primera vez que utilice MyBenefits.

Situaciones especiales de elegibilidad

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

Como empleado activo, puede hacer cambios utilizando [MyBenefits](#) si tiene una situación especial de elegibilidad, como añadir un recién nacido, matrimonio, divorcio o adopción.

MyBenefits mostrará la documentación necesaria para cada cambio. Los documentos requeridos pueden cargarse a través de MyBenefits.

Para hacer un cambio a través de su administrador de beneficios, usted necesitará:

- Completar y enviar a su administrador de beneficios un *Aviso de elección* en un plazo de 31⁷ días a partir del evento; y
- Subir la documentación a [MyBenefits](#) o entregar la documentación a su administrador de beneficios.

Si es un empleado activo y tiene derecho a cambiar su cobertura de seguro médico, dental, de visión o de vida opcional debido a una situación especial de elegibilidad, también puede inscribirse o abandonar la función de prima de seguro colectivo antes de impuestos, que se explica en la página 117.

⁶ Un aumento o disminución de sueldo, o un traslado no crea una situación especial de elegibilidad.

⁷ Los cambios relacionados con Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) deben realizarse en un plazo de 60 días.

Matrimonio

Si quiere añadir a su cónyuge a su cobertura porque se casa, inicie sesión en MyBenefits y seleccione el motivo de cambio apropiado en los 31 días siguientes a la fecha de su matrimonio. La fecha de efectividad de la cobertura es la fecha del matrimonio. Los documentos requeridos pueden cargarse a través de MyBenefits.

Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un *Aviso de elección* y envíela a su administrador de beneficios, junto con una copia de su licencia de matrimonio, dentro de los 31 días de la fecha de su matrimonio.

Si usted y sus dependientes elegibles no están cubiertos, puede añadir cobertura médica, dental y de visión para usted, sus dependientes elegibles existentes, su nuevo cónyuge y sus nuevos hijastros dentro de los 31 días siguientes a la fecha de su matrimonio. Si añade a su cobertura de salud a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros, también puede cambiar de plan de salud. Puede añadir a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros a la cobertura dental y del Plan de Visión Estatal. Se requiere una copia de la licencia de matrimonio para cubrir al nuevo cónyuge. Se requiere un certificado de nacimiento de formato largo para cada hijastro que desee cubrir. El matrimonio también permite que un suscriptor cubierto se inscriba o aumente la cobertura de Vida Opcional hasta \$50,000 sin necesidad de pruebas médicas. Para obtener información sobre la elegibilidad para la cobertura de Vida-Cónyuge Dependiente, incluyendo las cantidades en las que un nuevo cónyuge elegible puede inscribirse sin evidencia médica, consulte la sección de seguro de Vida Dependiente, que comienza en la página 90 en el capítulo de seguro de Vida de esta guía.

No puede cubrir a su cónyuge si éste tiene derecho, o pasa a tener derecho, a la cobertura como empleado de un grupo participante en el seguro o como jubilado financiado por un grupo participante. Si no añade a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros en un plazo de 31 días a partir de la fecha del matrimonio, no podrá añadirlos hasta el próximo periodo de afiliación abierta, que se celebra en octubre, o en un plazo de 31 días a partir de otra situación especial de afiliación.

Divorcio

Si se divorcia, su excónyuge y sus exhijastros ya no tienen derecho a la cobertura de su póliza. Los ex cónyuges que reúnan los requisitos tienen la opción de elegir la cobertura para ex cónyuges si usted está obligado por orden judicial a proporcionar la cobertura a su ex cónyuge, o 36 meses de

continuación de la cobertura COBRA. Si un ex cónyuge que cumple los requisitos opta por inscribirse en la cobertura para ex cónyuges, renuncia a sus derechos de continuación de COBRA durante 36 meses. Su excónyuge debe tener su propia póliza bajo el Plan. La cobertura para un ex cónyuge puede incluir la cobertura de salud, dental y oftalmológica. El costo de la cobertura del ex cónyuge es el monto total de la prima.

Dado que la cobertura del excónyuge está vinculada al patrocinador (empleado o jubilado), si el patrocinador pierde la cobertura, el excónyuge también la pierde y tendría derecho a 36 meses de continuación de la cobertura COBRA del excónyuge, en consonancia con los eventos de calificación del patrocinador.

Para cubrir a un excónyuge, éste debe rellenar un *Aviso de elección del excónyuge* en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización del divorcio y presentarla a PEBA junto con una copia de la sentencia de divorcio que le ordena cubrir a su excónyuge.

Para eliminar a su excónyuge y a sus exhijastros de su cobertura, inicie sesión en [MyBenefits](#) y seleccione el motivo de cambio correspondiente.

Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un *Aviso de elección* y presente una copia completa de su sentencia de divorcio dentro de los 31 días siguientes a la fecha estampada en la sentencia de divorcio. Si el *Aviso de elección* no se presenta en el plazo de 31 días a partir de la fecha del divorcio, no se podrá elegir la cobertura del ex cónyuge. La cobertura de su excónyuge y de sus exhijastros finalizará el último día del mes siguiente a la fecha estampada en la sentencia de divorcio. Si usted da de baja de la cobertura a su ex cónyuge o ex hijastros después de 31 días de la fecha estampada por el tribunal en la orden judicial o sentencia de divorcio, el cambio de cobertura será efectivo el primer día del mes siguiente a la firma de un *Aviso de elección* cumplimentado que dé de baja a sus ex dependientes.

No puede seguir cubriendo a su excónyuge o exhijastros bajo el seguro de vida para dependientes bajo ninguna circunstancia. La cobertura de vida de los dependientes finaliza en la fecha del divorcio.

Cuando su divorcio sea definitivo, podrá inscribirse o aumentar su cobertura de Vida Opcional en \$50,000 sin necesidad de pruebas médicas. También puede cancelar o disminuir su cobertura de Vida Opcional.

Además, puede realizar cambios en una cuenta de gastos médicos o en una cuenta de gastos para el cuidado de personas dependientes.

Los ex cónyuges y ex hijastros que pierden la cobertura debido a un acontecimiento que da derecho a ella, como un divorcio, pueden optar a continuar la cobertura en virtud de COBRA. Para más información, póngase en contacto con el administrador de beneficios del afiliado o con PEBA en un plazo de 60 días tras el suceso o a partir de la fecha en que se habría perdido la cobertura debido al suceso, si ésta fuera posterior.

Añadir hijos

Los hijos elegibles pueden ser añadidos a través de [MyBenefits](#) seleccionando el motivo de cambio adecuado. Puede cargar los documentos necesarios a través de [MyBenefits](#). Para realizar el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un *Aviso de elección*. El cambio debe ser presentado a PEBA dentro de los 31 días siguientes:

- Fecha de nacimiento (efectiva en la fecha de nacimiento);
- Matrimonio del suscriptor con el padre del hijo (efectiva en la fecha del matrimonio);
- Obtención de la custodia o tutela con una orden judicial (efectiva en la fecha que el tribunal haya estampado en la orden);
- Adopción o colocación en adopción (con efecto en la fecha de nacimiento si se adopta dentro de los 31 días siguientes al nacimiento; en caso contrario, con efecto en la fecha de adopción o colocación en adopción);
- Colocación de un hijo de acogida (efectiva en la fecha de colocación); o
- Pérdida de otra cobertura (efectiva en la fecha de pérdida de cobertura).

Se debe ofrecer al nuevo hijo elegible cobertura de salud, dental y de visión. Si el empleado y las personas a su cargo que reúnen los requisitos no estaban cubiertos anteriormente, pueden elegir la cobertura también en este momento. Si usted y las personas a su cargo estaban cubiertas anteriormente, puede optar por cambiar de plan de salud cuando añada al nuevo hijo.

Si, en un plazo de 31 días, un empleado añade la cobertura de un recién nacido o de un hijo adoptado o dado en adopción al empleado, puede inscribirse en el seguro de Vida Opcional o aumentar su cobertura hasta \$50,000 sin necesidad de justificante médico.

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

Los hijos deben inscribirse individualmente para estar cubiertos, incluso si ya tiene una cobertura familiar completa o una cobertura para empleados e hijos. También debe presentar una copia del certificado de nacimiento extendido del hijo.

La notificación a Medi-Call del nacimiento de su bebé no supone la inclusión del mismo en su seguro de enfermedad. Ver página 95.

Para añadir un hijastro, presente una copia de su certificado de nacimiento extendido, en el que figure el nombre del progenitor natural del hijo, y una prueba de que el progenitor natural y el suscriptor están casados.

Para añadir un hijo menor de 18 años adoptado o dado en adopción, presente uno de los siguientes datos:

- Una copia del certificado de nacimiento extendido en la que aparezca el suscriptor como progenitor;
- Una copia de la documentación de adopción legal del tribunal que verifique que la adopción se ha completado; o bien
- Una carta de colocación de una agencia de adopción, un abogado o el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur que verifique que la adopción está en curso.

La fecha de entrada en vigor de la cobertura de salud, odontológica y oftalmológica es la fecha de nacimiento del hijo, si éste es colocado dentro de los 31 días siguientes a su nacimiento. En caso contrario, se trata de la fecha de adopción o colocación. Para obtener información sobre las adopciones internacionales, consulte a su administrador de beneficios.

Para añadir un hijo de acogida, presente una copia de la orden judicial u otro documento legal que coloque al hijo con usted, el suscriptor. Un hijo adoptivo no tiene derecho a la cobertura de Vida para dependientes

Para añadir otros hijos de los que tenga la custodia legal, presente una copia de una orden judicial u otro documento legal del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur o de una agencia de colocación que le conceda la custodia o la tutela. Los documentos deben verificar que el suscriptor tiene la responsabilidad de la tutela del hijo y no solo la responsabilidad económica.

Si se emite una orden judicial que le obliga a cubrir a su hijo, debe notificarlo a su empleador y a la PEBA y elegir la cobertura en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que la orden judicial fue sellada por el tribunal. Tenga en cuenta que si la orden judicial era para la cobertura de salud o dental, o para ambas, debe inscribirse usted mismo si no está ya cubierto. Una copia íntegra de la orden judicial o de la sentencia de divorcio sellada por el tribunal debe adjuntarse al *Aviso de elección*. Debe enumerar los nombres de los hijos que deben estar cubiertos y el tipo de cobertura que debe proporcionarse.

Si usted y su cónyuge tienen derecho a la cobertura, solo uno de ustedes puede cubrir a sus hijos en cualquier plan. Por ejemplo, uno de los padres puede cubrir a los hijos en el ámbito de salud y el otro en el dental. solo uno de los progenitores puede tener cobertura de Vida Dependiente para los hijos dependientes que reúnan los requisitos.

También puede optar por realizar cambios en su Cuenta de gastos médicos o en su Cuenta de gastos para cuidado de dependientes.

Dejar al cónyuge o a los hijos

Si un cónyuge o un hijo cubierto deja de ser elegible, debe darse de baja de la cobertura de salud, dental, de visión y de vida de los dependientes. Esto puede ocurrir debido al divorcio. Para dar de baja a un cónyuge o a un hijo de su cobertura, inicie sesión en [MyBenefits](#) y seleccione el motivo de cambio apropiado en los 31 días siguientes a la fecha en que deja de ser elegible y cargue la documentación.

Cuando un hijo pierde su derecho a la cobertura de salud, dental o de la vista por haber cumplido 26 años, se le dará de baja automáticamente el primer día del mes siguiente a su cumplimiento. Si el hijo es su último hijo cubierto que abandona la cobertura, su nivel de cobertura se modificará.

La elegibilidad para la cobertura de Vida-Hijo Dependiente finaliza a los 19 años, a menos que el hijo sea un estudiante a tiempo completo o un hijo incapacitado. El suscriptor es responsable de retirar a un hijo no elegible de la cobertura de Vida-Hijo Dependiente.

Si su hijo tiene derecho a un seguro colectivo de salud, dental, de visión o de vida patrocinado por un empleador, ya sea como empleado o como cónyuge, tiene la opción de excluirlo de su cobertura médica, dental o de visión. Está obligado a darle de baja de la cobertura de Vida-Hijo Dependiente. Dentro de los 31 días siguientes a la fecha de elegibilidad, debe proporcionar a su administrador de beneficios una carta del empleador en la que se indique la fecha en la que el hijo tuvo derecho a la cobertura. Su hijo quedará excluido de la cobertura el primer día del mes siguiente al aviso.

Obtención de otras coberturas

Si su cónyuge adquiere el derecho a la cobertura como empleado de un grupo que también ofrece beneficios de seguro a través de PEBA, debe dar de baja a su cónyuge en un plazo de 31 días rellenando un *Aviso de elección*. No se necesita más documentación.

Si usted, su cónyuge o sus hijos obtienen una cobertura al margen de los beneficios del seguro a través de PEBA, y desea

renunciar a la cobertura del seguro de PEBA para usted o cualquiera de sus dependientes, dispone de 31 días para cancelar el tipo de cobertura obtenida. Tiene que rellenar un *Aviso de elección* y devolverlo a su oficina de beneficios con una prueba de la otra cobertura. Para documentar la obtención de cobertura, debe presentar documentación que incluya la fecha de efectividad de la cobertura, los nombres de todas las personas cubiertas y los tipos de cobertura obtenidos (por ejemplo, una carta con membrete, un correo electrónico de la oficina de beneficios, una copia de la tarjeta de seguro, etc.). Solo los que obtuvieron cobertura pueden ser dados de baja. Si no cancela la cobertura en un plazo de 31 días, deberá esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta. Para más información, póngase en contacto con su administrador de beneficios o con PEBA.

Si usted, su cónyuge o sus hijos son encarcelados, la persona encarcelada obtiene otra cobertura y puede abandonar la cobertura del seguro PEBA en un plazo de 31 días. Debe cumplimentar un *Aviso de elección* y devolverlo a su oficina de beneficios junto con el justificante de la otra cobertura.

Obtención de la cobertura de Medicare

Si usted, su cónyuge o su hijo obtienen la cobertura de Medicare, el miembro de la familia que obtuvo la cobertura puede darse de baja en la cobertura de salud a través de PEBA o inscribirse en el Plan Suplementario de Medicare en un plazo de 31 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la Parte A.⁸

Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare al *Aviso de elección* y entréguela a su administrador de beneficios en un plazo de 31 días a partir de la fecha que figura en la carta de confirmación de la Administración de la Seguridad Social. La cobertura se cancelará en la fecha de entrada en vigor de la cobertura de la Parte A de Medicare o, en algunas circunstancias, el primer día del mes siguiente a la obtención de Medicare.

Un jubilado, cónyuge o superviviente que obtenga la cobertura de la Parte A de Medicare puede inscribirse en el Plan Complementario de Medicare presentando un *Aviso de elección* dentro de los 31 días siguientes a la obtención de la cobertura de la Parte A de Medicare. Si usted es un jubilado que no tiene derecho a Medicare, pero su cónyuge o hijo sí, tiene la opción de inscribirse en el Plan Complementario de Medicare. Los miembros de la familia que no tengan derecho a Medicare estarán cubiertos por las disposiciones del Plan Estándar. Un suscriptor de COBRA que adquiere la cobertura de Medicare no tiene derecho a continuar con la cobertura de COBRA.

La obtención de la cobertura de Medicare no permite al afiliado

cambiar de cobertura dental u oftalmológica.

Si desea más información, consulte el manual *Cobertura del seguro para el miembro elegible para Medicare*, disponible en peba.sc.gov/publications en la sección Salud.

Pérdida de otras coberturas

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles debido a otra cobertura, es posible que más adelante pueda inscribirse a sí mismo y a 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 es usted empleado o jubilado y pierde otra cobertura de salud colectivo, y no está ya cubierto por un seguro médico a través de la PEBA, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en la cobertura de salud, dental y de visión. Si ya está cubierto por salud, no puede hacer cambios.
- Si sus horas se redujeron y perdió la cobertura mientras no estaba en un periodo de estabilidad, y por lo demás tiene derecho a estar cubierto como cónyuge o hijo en el plan de su cónyuge o de sus padres, puede inscribirse en la cobertura de salud, dental y oftalmológica.
- Si usted es el empleado o el jubilado y tiene un cónyuge o un hijo que pierde otra cobertura de salud colectiva, puede inscribir al cónyuge y a los hijos que reúnan los requisitos en la cobertura de salud, dental y oftalmológica. Si aún no está cubierto, debe inscribirse con la persona que perdió la cobertura. Otros dependientes que no perdieron la cobertura del seguro de salud no pueden ser inscritos. Si ya está cubierto como empleado o jubilado, puede cambiar de plan de salud (por ejemplo, del Plan de Ahorro al Plan Estándar) cuando añada al cónyuge o a los hijos que han perdido la cobertura del seguro de salud. Las contribuciones para su deducible comenzarán de nuevo.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos pierden la cobertura dental, la de la vista o ambas, pero no pierden la cobertura de salud, entonces usted, su cónyuge o sus hijos que perdieron la cobertura dental o la de la vista pueden inscribirse en el tipo de cobertura que se perdió. Si aún no está cubierto, debe inscribirse con la persona que perdió la cobertura.
- Si ha rechazado la cobertura porque estaba cubierto por el plan de sus padres y pierde dicha cobertura, puede inscribirse a sí mismo y a los miembros de su familia que reúnan los requisitos necesarios en la cobertura de salud, dental y oftalmológica.

⁸ Los empleados en activo o sus dependientes que adquieran el derecho a Medicare no pueden inscribirse en el Plan Complementario de Medicare.

Los seguros Vida Opcional, Vida-Cónyuge Dependiente y o de Discapacidad Complementaria a Largo Plazo requieren pruebas médicas. El Vida-Hijo Dependiente puede añadirse a lo largo del año sin necesidad de pruebas médicas. Para inscribirse, póngase en contacto con su administrador de beneficios.

- La pérdida de la cobertura de TRICARE es una situación especial de elegibilidad que permite a un empleado o jubilado elegible y a sus dependientes elegibles inscribirse en la cobertura de salud, dental y de visión.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos son puestos en libertad, la persona liberada ha sufrido una pérdida de cobertura y puede elegirla en un plazo de 31 días.

Debe cumplimentar un *Aviso de elección* en los 31 días siguientes a la fecha de finalización de la otra cobertura. Para inscribirse debido a una pérdida de cobertura, debe facilitar a la oficina de beneficios la documentación que incluya los nombres de las personas cubiertas y la fecha en que se perdió la cobertura (por ejemplo, una carta con membrete, un correo electrónico de la oficina de beneficios, una copia de la tarjeta del seguro, etc.). También debe presentar un *Aviso de elección* cumplimentada y copias de los documentos apropiados que demuestren el parentesco de cualquier miembro de la familia añadido. Si un suscriptor, cónyuge o hijo pierde la cobertura de salud, también puede inscribirse en la cobertura oftalmológica o dental, aunque no haya perdido dicha cobertura.

Cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, en inglés)

Obtención de la cobertura de Medicaid o CHIP

Si usted o los miembros de su familia cubiertos reúnen los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid o CHIP, tiene 60 días a partir de la fecha de notificación para abandonar la cobertura a través de PEBA. Un empleado puede cancelar la cobertura de salud, dental o de la vista si obtiene la cobertura de Medicaid. Si un cónyuge o un hijo obtienen Medicaid, solo el miembro de la familia que ha obtenido la cobertura puede ser dado de baja. Debe adjuntarse una copia de la carta de aprobación de Medicaid al *Aviso de elección*.

Requisitos para la ayuda a la prima a través de Medicaid o CHIP

Si usted o su cónyuge y/o hijos cumplen los requisitos para

recibir asistencia para el pago de las primas de Medicaid o a través de CHIP, es posible que puedan inscribirse usted y su cónyuge y/o hijos en un seguro médico patrocinado por PEBA. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que se determina la elegibilidad para la ayuda a la prima.

Pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP

Si rechazó la cobertura de un seguro médico, dental y de visión 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 de PEBA. Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la fecha de notificación de la pérdida de la cobertura. Entregue a su administrador de beneficios una copia del aviso.

Permisos para ausentarse

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

Primas durante un permiso sin sueldo

Si está inscrito en los beneficios y sigue teniendo derecho a la cobertura, ésta continuará. Debe ponerse en contacto con su administrador de beneficios para discutir los acuerdos de pago.

Si está de permiso no retribuido y en periodo de estabilidad puede continuar con su seguro. Si no realiza el pago del plan de salud en el que está inscrito a través de PEBA, su empleador puede dar por terminada toda su cobertura con PEBA como una terminación voluntaria. Dado que abandona voluntariamente la cobertura, ni usted ni ninguno de sus dependientes podrán optar a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Si abandona la cobertura, solo podrá volver a inscribirse durante el periodo de inscripción abierta o en los 31 días siguientes a la obtención del derecho a la cobertura en virtud de una disposición del plan, como una situación especial de elegibilidad. Debe consultar con su empleador para confirmar su situación de estabilidad.

Si se cancela su cobertura por falta de pago de las primas, no será elegible para la continuación de la cobertura COBRA, y no será elegible para volver a inscribirse en los beneficios con su empleador hasta el próximo periodo de inscripción abierta, si es elegible, o dentro de los 31 días de obtener la elegibilidad bajo una disposición del plan. Para más información sobre la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, consulte la página 25.

Un período de licencia no remunerada también puede afectar a su derecho a la cobertura del seguro médico para jubilados si no está acumulando créditos de servicio para la jubilación en cualquier momento durante la licencia. El crédito de servicio de jubilación adquirido para un permiso de ausencia aprobado no se considera servicio ganado en un plan de jubilación administrado por PEBA, excepto en ciertas circunstancias. Si tiene preguntas sobre cómo un periodo de permiso no remunerado puede afectar a su derecho a la cobertura del seguro médico para jubilados, póngase en contacto con PEBA. Para obtener más información sobre el derecho al seguro colectivo de los jubilados, consulte la página 132.

Seguro de vida durante un permiso sin sueldo

Puede continuar con su seguro de Vida Opcional, Vida-Cónyuge Dependiente y Vida-Hijo Dependiente hasta 12 meses desde su último día de trabajo. Si decide no continuar con su seguro de vida mientras está de baja laboral, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida entera o de vida temporal poniéndose en contacto con MetLife en un plazo de 31 días a partir de la finalización de su cobertura.

Seguro de Discapacidad a largo plazo complementaria durante una licencia remunerada o no remunerada

Su seguro de Discapacidad a Largo Plazo Complementaria (SLTD, por sus siglas en inglés) finalizará a los 31 días de su último día de trabajo. No existe la opción de continuar con el SLTD; sin embargo, puede convertir su cobertura de SLTD. Obtenga más información en la página 108 o póngase en contacto con su administrador de beneficios.

Ley de Permiso Médico y Familiar (FMLA, en inglés)

Ley de Permiso Médico y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) obliga a los empleadores a conceder licencias protegidas por el trabajo, a mantener ciertos beneficios y a restablecerlas al regreso de la licencia por determinados motivos familiares y médicos. Si va a tomar una licencia FMLA o regresa de una licencia FMLA, póngase en contacto con su administrador de beneficios para obtener información.

Permiso militar

En virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés), los empleadores están obligados a proporcionar ciertos derechos de reempleo y beneficios a los empleados que sirven o han

servido en los servicios uniformados. Si va a disfrutar de un permiso militar o regresa de un permiso militar, póngase en contacto con su administrador de beneficios para obtener información.

Indemnización por accidente laboral

Si está de baja laboral aprobada y recibe beneficios de compensación laboral según la ley estatal, puede continuar con su cobertura siempre que pague la prima requerida. El seguro ofrecido a través de PEBA no pretende sustituir a la indemnización de los trabajadores y no afecta a ningún requisito de cobertura del seguro de indemnización por Compensación laboral. No pretende proporcionar o duplicar los beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo que están dentro de la Ley de Compensación Laboral. Si necesita más información, póngase en contacto con su oficina de beneficios.

Cuando finaliza la cobertura

Su cobertura terminará:

- El último día del mes en el que haya ejercido un empleo activo, a menos que se traslade a otro grupo participante;
- El último día del mes en el que deja de ser elegible para la cobertura (por ejemplo, su horario de trabajo se reduce de tiempo completo a tiempo parcial);
- El día después de su muerte;
- La fecha de finalización de la cobertura para todos los suscriptores.
- El último día del mes en el que sus primas fueron pagadas en su totalidad. Debe pagar la totalidad de la prima, incluida la prima por consumo de tabaco, si se aplica.

La cobertura de su cónyuge e hijos finalizará:

- La fecha de finalización de su cobertura;
- La fecha en que deja de ofrecerse cobertura para cónyuges e hijos.
- El último día del mes en que finaliza el derecho a la cobertura de su cónyuge o hijo.

Si su cobertura o la de su cónyuge o hijo finaliza, puede tener derecho a la continuación de la cobertura como jubilado, como superviviente o en virtud de COBRA. Para dar de baja a un cónyuge o a un hijo de la cobertura, rellene un *Aviso de elección* en el plazo de 31 días a partir de la fecha en que el cónyuge o el hijo deje de tener derecho a la cobertura.

Continuación de la cobertura (COBRA)

Elegibilidad

COBRA, la Ley sobre Reconciliación Consolidada de Diversos Presupuestos (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) exige que se le ofrezca a usted y a su cónyuge e hijos cubiertos la continuación de la cobertura de salud colectiva, visión, dental o de la Cuenta de gastos médicos⁹ si deja de tener derecho a la cobertura debido a un acontecimiento que reúna los requisitos necesarios. Los eventos de calificación incluyen:

- La jornada laboral del trabajador cubierto se reduce de tiempo completo a tiempo parcial (fuera de un periodo de estabilidad);
- El trabajador cubierto abandona voluntariamente el trabajo, se jubila, es despedido o se le despide (a menos que el despido se deba a una falta grave determinada por el empleador);
- Un cónyuge cubierto pierde la elegibilidad debido a un cambio de estado civil; o
- Un hijo deja de tener derecho a la cobertura.

La PEBA actúa como administradora de los beneficios de los suscriptores de COBRA de los organismos estatales, las instituciones públicas de enseñanza superior, los distritos escolares públicos y las escuelas concertadas que participan tanto en el seguro como en la jubilación. Los suscriptores de COBRA de los empleadores facultativos participantes o de los colegios concertados que participan en el seguro solo conservan el mismo administrador de beneficios.

Cuando no se ofrecerá la cobertura continuada

No se ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de COBRA a una persona que pierda la cobertura:

- Por falta de pago de las primas
- Cuando la cobertura se canceló a petición del suscriptor; o
- Cuando un afiliado es considerado inelegible de otra manera.

Cómo continuar con la cobertura bajo COBRA

Su administrador de beneficios le proporcionará información sobre la continuación de la cobertura COBRA. Para que el cónyuge o

⁹ Las personas que reúnan los requisitos para continuar la cobertura en virtud de COBRA pueden seguir participando en una Cuenta de Ahorro para la Salud siempre que sigan estando cubiertas por el Plan de Ahorro y cumplan otros requisitos de elegibilidad.

los hijos cubiertos, o ambos, puedan seguir cubiertos por COBRA, el afiliado debe notificarlo a su oficina de beneficios dentro de los 60 días siguientes al hecho causante o a la fecha en que se habría perdido la cobertura debido al hecho causante, si ésta fuera posterior. De lo contrario, el individuo perderá su derecho a continuar con su cobertura.

Para continuar con la cobertura en virtud de COBRA, es necesario presentar un *Aviso de elección de COBRA* y las primas. Las primas deben pagarse en un plazo de 45 días a partir de la fecha de elección de la cobertura. El primer pago de la prima debe incluir las primas hasta la fecha de la pérdida de la cobertura.

La cobertura continua comienza cuando se paga la primera prima. Entra en vigor el día siguiente a la finalización de su cobertura anterior. La cobertura solo está vigente mientras las primas estén al día. La prima se considera pagada en la fecha del matasellos o de la entrega en mano, no en la fecha del cheque.

Ejemplo de escenario COBRA

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

Cómo puede terminar la cobertura continuada bajo COBRA

La cobertura continuada finalizará antes de que concluya el periodo máximo de beneficio si:

1. Un suscriptor no paga la totalidad de la prima a tiempo;
2. Un beneficiario cualificado pasa a tener derecho a Medicare;
3. Se produce un evento que haría que PEBA terminara la cobertura de cualquier suscriptor, como por ejemplo que el suscriptor cometa un fraude;
4. Un beneficiario cualificado obtiene la cobertura de otro plan de salud colectivo;
5. Durante una prórroga por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario cualificado ya no está discapacitado; o
6. La PEBA ya no ofrece cobertura de salud colectiva.

El beneficiario cualificado, su representante personal o su tutor son responsables de notificar a la PEBA cuando deje de ser elegible para la continuidad de la cobertura. La continuación de la cobertura será cancelada automáticamente por PEBA en las situaciones arriba mencionadas numeradas 1, 2 y 3. El beneficiario cualificado es responsable de presentar un *Aviso de Finalización de la Cobertura de Continuación COBRA*, junto con los documentos acreditativos, en las situaciones 4 y 5.

Si decide terminar su cobertura COBRA antes de tiempo, generalmente no podrá obtener un plan del Mercado de Seguros Médicos fuera del período de inscripción abierta. Además, si vence el plazo de elección y usted decide rescindir la cobertura COBRA antes de tiempo, no podrá cambiar de opinión y obtener la cobertura COBRA en una fecha posterior. Un beneficiario cualificado puede cancelar la cobertura de COBRA presentando un formulario de *Aviso de finalización de la cobertura de continuación de COBRA* cumplimentado.

Cuando se agotan los beneficios de COBRA

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 continuada en virtud de COBRA y no son elegibles para la cobertura de otro plan de salud de grupo tengan acceso a un seguro médico sin estar sujetos a un período de exclusión por condición preexistente. No obstante, deben cumplirse determinadas condiciones. En Carolina del Sur, el Fondo Común de Seguro Médico de Carolina del Sur ofrece esta garantía de cobertura de seguro médico. Para obtener información, llame al 803.788.0500, ext. 46401 o al 800.868.2500, ext. 46401.

Ampliación de la cobertura continua

Si se inscribe en la cobertura continuada en virtud de COBRA, podrá disponer de una prórroga del periodo máximo de cobertura si usted, como beneficiario cualificado, está discapacitado o se produce un segundo evento cualificado. Debe notificar a su administrador de COBRA, dentro de determinados plazos, una discapacidad o un segundo evento calificador para ampliar el periodo de cobertura continuada. El hecho de no notificar a tiempo una discapacidad o un segundo acontecimiento que reúna las condiciones necesarias puede afectar al derecho a prorrogar el periodo de cobertura continuada en virtud de COBRA.

Otras opciones de cobertura

En virtud de la Ley federal de Asistencia Asequible, puede adquirir 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 de bolsillo está disponible antes de la afiliación. La elegibilidad para COBRA no limita su elegibilidad para un crédito fiscal a través del Mercado.

Fallecimiento de un suscriptor o de un cónyuge o hijo cubierto

Si fallece un empleado en activo o un jubilado de un empleador facultativo participante o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, un miembro de la familia debe ponerse en contacto con el empleador del fallecido para comunicar el fallecimiento, interrumpir la cobertura del empleado e iniciar la cobertura de supervivencia para su cónyuge e hijos cubiertos. Si un jubilado de un organismo estatal, institución pública de enseñanza superior, distrito escolar público o escuela subvencionada que participa tanto en el seguro como en la jubilación fallece, un familiar debe ponerse en contacto con la PEBA.

Para continuar con la cobertura, se debe rellenar un *Aviso de Elección de Superviviente* en el plazo de 31 días a partir de la fecha de fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo Número de Identificación de Beneficios y los proveedores de los programas en los que están cubiertos los supervivientes emitirán tarjetas de identificación.

Si su cónyuge o hijo cubierto fallece, póngase en contacto con su administrador de beneficios. La PEBA actúa como administradora de los beneficios de los jubilados de los organismos estatales, las instituciones públicas de enseñanza superior, los distritos escolares públicos y las escuelas concertadas que participan tanto en el seguro como en la jubilación.

Los suscriptores jubilados de los empleadores facultativos participantes y las escuelas subvencionadas que participan en el seguro solo conservan el mismo administrador de beneficios de su antiguo empleador.

Supervivientes

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

Cuando fallece un trabajador cubierto, su cónyuge e hijos cubiertos por el Plan de Salud Estatal tienen derecho, en calidad de supervivientes, a recibir una exención de un año de las primas de su seguro de enfermedad, incluida la prima por consumo de tabaco, si procede.

En caso de fallecimiento de un jubilado de un organismo estatal, institución pública de enseñanza superior, distrito escolar público o escuela subvencionada que participe tanto en el seguro como en la jubilación y que estuviera recibiendo la financiación total o parcial de la parte de la prima que corresponde al empleador para la cobertura de los jubilados, se eximirá a sus supervivientes cualificados de la parte de la prima que corresponde al empleado y de la parte financiada de la prima que corresponde al empleador durante un año. Este no es necesariamente el caso de un jubilado de un empleador facultativo participante o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, ya que los empleadores facultativos participantes pueden optar por renunciar a las primas de los supervivientes de los jubilados, pero no están obligados a hacerlo. El superviviente de un jubilado de un empleador facultativo participante o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro debe consultar con el administrador de los beneficios del jubilado para determinar si se aplica la exención.

Una vez que se ha renunciado a la prima durante un año, el superviviente debe pagar la parte de la prima correspondiente al suscriptor y al empleador para continuar con la cobertura. Si el cónyuge superviviente está cubierto como empleado o jubilado en el momento del fallecimiento, el cónyuge superviviente no tiene derecho a la exención de la prima.

Las primas dentales y oftalmológicas no se eximen, aunque los sobrevivientes, incluidos los sobrevivientes de un suscriptor cubierto por el Plan Complementario TRICARE, pueden continuar con la cobertura dental y oftalmológica pagando la prima completa.

Cobertura para los supervivientes de empleados que murieron en el cumplimiento del deber

Si un empleado cubierto, contratado por un grupo participante, muere en acto de servicio mientras trabaja para un grupo participante, su cónyuge e hijos cubiertos quedarán exentos de las primas del seguro médico y dental durante el primer año posterior al fallecimiento. Los supervivientes deben presentar la comprobación de que el fallecimiento se produjo en acto de servicio.

En los casos en que un empleado cubierto por el Plan Complementario TRICARE fallezca en acto de servicio mientras trabaja para un grupo participante, cualquier cónyuge o hijo cubierto quedará exento de las primas dentales durante el primer año posterior al fallecimiento. También en este caso, los supervivientes deben presentar la verificación del fallecimiento en acto de servicio.

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

subvencionada que participa tanto en el seguro como en la jubilación, el cónyuge superviviente cubierto y los hijos supervivientes cubiertos pueden optar por continuar con la cobertura pagando la tarifa financiada por el empleador una vez finalizada esta exención de un año. Pueden continuar con este ritmo hasta que dejen de ser elegibles. La tarifa de la prima de la cobertura de supervivencia puede diferir en los casos en que el fallecido trabajaba para un empleador opcional participante o una escuela subvencionada que solo participa en el seguro. El empleador facultativo participante o la escuela subvencionada pueden optar por contribuir a la prima del seguro de supervivencia, pero no están obligados a hacerlo. Incluso cuando los empleadores no cotizan, los supervivientes pueden continuar con la cobertura pagando la tarifa completa mientras sigan teniendo derecho a ella.

Elegibilidad continua e inscripción abierta para los supervivientes

El cónyuge superviviente puede continuar con la cobertura hasta que se vuelva a casar. Un hijo puede continuar con la cobertura hasta que deje de tener derecho a ella. Ver la sección de hijos elegibles en la página 14 para más información. Por favor, notifique a PEBA dentro de los 31 días de la pérdida de elegibilidad para la cobertura. Una persona que ya no tiene derecho a la cobertura como superviviente puede tener derecho a continuar la cobertura en virtud de COBRA. Póngase en contacto con el PEBA para obtener más información.

Siempre que un superviviente siga estando cubierto por un seguro de salud, de visión o dental, puede añadir el seguro de salud y de visión durante el periodo anual de inscripción abierta de octubre, o en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. La cobertura dental puede añadirse o retirarse, pero solo durante la inscripción abierta en un año impar o dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad.

Si un superviviente se da de baja del seguro médico, oftalmológico y dental, deja de ser elegible como superviviente y no puede volver a inscribirse en la cobertura, ni siquiera durante la inscripción abierta.

Si el cónyuge superviviente pasa a ser empleado activo de un empleador participante, puede pasar a la cobertura activa. Cuando deja el empleo activo, puede volver a la cobertura de supervivencia en un plazo de 31 días si no se ha vuelto a casar.

Apelación de las decisiones de elegibilidad

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

Este capítulo resume las normas 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 decisión

de elegibilidad, puede pedir 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 presentar una solicitud de revisión en línea.
- Los jubilados, los supervivientes y los suscriptores de COBRA de los organismos estatales, las instituciones públicas de enseñanza superior, los distritos escolares públicos y las escuelas subvencionadas que participan tanto en el seguro como en la jubilación pueden presentar solicitudes de revisión directamente a la PEBA, que actúa como administradora de sus beneficios.
- Los jubilados, los supervivientes o los suscriptores de COBRA de los empleadores facultativos participantes o de las escuelas subvencionadas que solo participan en el seguro pueden presentar solicitudes de revisión a través de la oficina de beneficios de su antiguo empleador, que actúa como administrador de sus beneficios.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA en un plazo de 90 días a partir del aviso de la decisión. Por favor, incluya una copia de la carta de decisión con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA
Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Si su apelación se refiere a un embarazo, a un recién nacido o a la autorización previa de un tratamiento o medicamento que salva la vida, envíe por correo electrónico su [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA a urgentappeals@peba.sc.gov o envíela por fax al 803.740.1376.

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o un administrador de beneficios no pueden recurrir a la PEBA en su nombre. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede 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

información de recurso. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, En su versión modificada.

Seguro de salud

Sus opciones en el Plan de Salud Estatal

El Plan de Salud Estatal ofrece el Plan Estándar, el Plan de Ahorro y, si está jubilado e inscrito en Medicare, el Plan Complementario de Medicare. Los miembros de la comunidad militar que reúnan los requisitos pueden inscribirse en el plan complementario GEA TRICARE (página 63).

En este capítulo puede obtener más información sobre cómo se determinan los gastos de su bolsillo, las redes de proveedores, los servicios que están cubiertos y otras características comunes a los programas de seguro médico ofrecidos a través de PEBA.

Plan estándar

El Plan Estándar tiene primas más altas pero deducibles anuales más bajos que el Plan de Ahorro. Cuando uno de los miembros de la familia alcance su deducible, el Plan Estándar empezará a pagar los beneficios por él, aunque no se haya alcanzado el deducible familiar. Cuando adquiere un medicamento recetado con el Plan Estándar, solo paga el copago requerido en lugar de pagar el monto total permitido. Se entiende por monto permitido el máximo que un plan de salud permite por un servicio o producto cubierto, tanto si se presta dentro como fuera de la red. Cuando los proveedores se adhieren a la red, se comprometen a suministrar recetas cuando los afiliados solo aportan un copago.

Plan de ahorro

Como suscriptor del Plan de Ahorro, ahorra dinero gracias a las primas más bajas y asume una mayor responsabilidad por los costos de la atención de salud mediante un deducible anual más alto. Usted paga la totalidad del monto permitido para los beneficios médicos cubiertos, incluidas las beneficios de salud del comportamiento, como las de salud mental y consumo de sustancias, así como las de medicamentos recetados, hasta que alcance el deducible. En el caso del Plan de Ahorro, el deducible familiar debe cumplirse antes de que cualquier miembro reciba el pago de los beneficios. La condición del Plan de Ahorro como plan de salud con desgravación fiscal y deducibilidad elevada significa que ofrece la ventaja de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés). Las HSA solo están disponibles cuando se cumplen varios criterios:

- Está inscrito en el Plan de Ahorro;
- No está inscrito en ningún otro plan, salvo en los casos en que el otro plan sea también un plan de deducible alto (Medicare no es un plan de deducible alto); y
- No figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Los fondos de una HSA pueden utilizarse para pagar gastos médicos cualificados del suscriptor y sus dependientes, y se pueden transferir los fondos de un año a otro.

Plan complementario de Medicare

Para saber cómo funciona el Plan Complementario de Medicare con Medicare, consulte el manual *Cobertura de seguro para el afiliado elegible de Medicare* en peba.sc.gov/publications en la sección Salud (Health).

Comparación de los planes

El cuadro de la página 31 ilustra el funcionamiento conjunto del deducible, los copagos y el coseguro, así como otras características del Plan Estándar y del Plan de Ahorro. Este resumen es solo para comparar. El *Plan de Beneficios*, que incluye una descripción completa del Plan, rige los planes Estándar, de Ahorro y Complementario de Medicare ofrecidos por PEBA. Está disponible en peba.sc.gov/publications.

Tenga en cuenta que el copago de \$15 por visita al consultorio médico del Plan Estándar no se cobra por los servicios en persona recibidos en un hogar médico centrado en el paciente afiliado a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross) (PCMH, por sus siglas en inglés). Además, los afiliados al Plan de Ahorro y al Plan Estándar pagan un coseguro del 10% en lugar del 20% en los proveedores del PCMH una vez que han alcanzado sus deducibles. Para más información, consulte la página 56.

Comparación de los planes de salud¹

	Plan estándar ²	Plan de ahorro
Deducción anual	Usted paga hasta \$515 por persona o \$1,030 por familia.	Usted paga hasta \$4,000 por persona o \$8,000 por familia. ³
Coseguro ⁴ El máximo excluye copagos y deducible.	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia. Fuera de la red, usted paga el 40% hasta \$6,000 por persona o \$12,000 por familia.	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia.
Visita al consultorio médico ⁵	Usted paga un copago de \$15 más la cantidad restante permitida hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga la totalidad del monto permitido hasta que alcance el deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Centro ambulatorio/ atención de urgencia ^{6,7}	Usted paga un copago de \$115 (servicios ambulatorios) o \$193 (atención de urgencia) más el resto de la cantidad permitida hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga la totalidad del monto permitido hasta que alcance el deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Hospitalización ⁷	Usted paga la totalidad del monto permitido hasta que alcance el deducible. Luego, usted paga su coseguro.	Usted paga la totalidad del monto permitido hasta que alcance el deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Quiropráctico	Límite de \$2,000 por persona cubierta	Límite de \$500 por persona cubierta
Medicamentos con receta ^{8,9} Suministro para 30 días/90 días en una farmacia de la red	Nivel 1 (genérico): \$13/\$32 Nivel 2 (marca preferida): \$46/\$115 Nivel 3 (marca no preferida): \$77/\$192 Usted paga hasta \$3,000 dólares en copagos de medicamentos recetados. Luego, usted no paga nada.	Usted paga la totalidad del monto permitido hasta que alcance el deducible anual. Luego, usted paga su coseguro. Los costos de los medicamentos se aplican al máximo de su coseguro. Cuando se llega al máximo, no se paga nada.
Cuentas con ventajas fiscales	Cuenta de Gastos Médicos	Cuenta de Ahorros para la Salud Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado

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

² Consulte el manual *Cobertura del seguro para el afiliado elegible para Medicare*, que se encuentra en peba.sc.gov/publications, para obtener información sobre cómo se coordina este plan con Medicare.

³ Si más de un miembro de la familia está cubierto, ningún miembro de la familia recibirá beneficios, salvo los beneficios preventivos, hasta que se alcance el deducible familiar anual de \$8,000.

⁴ Un proveedor fuera de la red puede facturarle por una cantidad superior a la permitida por el Plan de Salud Estatal.

⁵ El copago de \$15 no se aplica a las mamografías de rutina, a las visitas de cuidado preventivo para adultos y a las visitas de cuidado preventivo infantil. A los afiliados del Plan Estándar que reciban atención en persona en un proveedor del hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) afiliado a BlueCross no se les cobrará el copago de \$15 por una visita al consultorio médico. Una vez que los afiliados al Plan Estándar y al Plan de Ahorro alcancen su deducible, pagarán un coseguro del 10%, en lugar del 20%, por la atención en un PCMH.

⁶ El copago de \$115 por servicios en centros ambulatorios no se aplica a la fisioterapia, la logopedia, la terapia ocupacional, los servicios de diálisis, las hospitalizaciones parciales, los servicios ambulatorios intensivos, la terapia electroconvulsiva y la gestión de la medicación psiquiátrica.

⁷ El copago de \$193 por atención de urgencia queda exento si es ingresado.

⁸ Los medicamentos recetados no están cubiertos en las farmacias fuera de la red.

⁹ Con el programa Patient Assurance de Express Scripts, los afiliados de los planes Estándar y de Ahorros no pagarán más de \$25 por un suministro de 30 días de productos de insulina preferidos y participantes en 2023. Este programa es anual y puede no estar disponible en el año siguiente. No se aplica a los afiliados a Medicare, que seguirán pagando los copagos habituales por la insulina.

Plan complementario de Medicare

Disponibilidad

Igual que Medicare y disponible para los jubilados y los dependientes/supervivientes cubiertos que tienen derecho a Medicare.

Deducción anual

El plan paga los deducibles de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Coseguro

El plan paga el coseguro de la Parte B sin máximo.

Visita a la consulta del médico

El plan paga el coseguro de la Parte B en un 20%.

Estancia en el hospital

El plan paga el deducible de Medicare y el coseguro de los días 61-150 (los beneficios de Medicare pueden finalizar antes si el afiliado ha utilizado previamente alguno de sus 60 días de reserva vitalicia); el plan paga el 100 % más allá de los 150 días (se requiere la aprobación de Medi-Call).

Hospitalización/ atención en un centro de enfermería

Atención en un centro de enfermería especializada

El plan paga el coseguro de los días 21-100; el plan paga el 100 % de los días aprobados más allá de los 100 días, hasta 60 días al año.

Medicamentos recetados¹⁰

Suministro para 30 días/90 días en una farmacia de la red

Nivel 1 (genérico): **\$13/\$32**

Nivel 2 (marca preferida): **\$46/\$115**

Nivel 3 (marca no preferida): **\$77/\$192**

Usted paga hasta **\$3,000 dólares** en copagos de medicamentos recetados. Luego, usted no paga nada.

¹⁰ Los medicamentos recetados no están cubiertos en las farmacias fuera de la red.

Sus herramientas en línea del Plan de Salud Estatal

Estos sitios web contienen información específica sobre sus beneficios de salud y dentales. Obtenga más información sobre las herramientas en línea para sus beneficios de prescripción en la página 66 y los beneficios del Plan de Visión Estatal en la página 83.

StateSC.SouthCarolinaBlues.com

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

- Información sobre la cobertura;
- Formularios y documentos;
- Información sobre los beneficios de salud preventiva, como el programa "No Pay Copay", los exámenes preventivos, las vacunas y el abandono del tabaco.
- El inicio de sesión en My Health Toolkit® para acceder a la información específica de los afiliados.

My Health Toolkit®

Regístrese e inicie sesión para que pueda:

- Ver qué parte del deducible y del coseguro máximo ha cumplido;
- La herramienta Find Care (Buscar atención) para localizar proveedores de la red, incluyendo a los proveedores de salud mental y dental;
- Comprobar el estado de las reclamaciones, autorizaciones previas y facturas de los proveedores de servicios de salud y dental;
- Ver su Explicación de Beneficios en línea en lugar de una copia en papel enviada por correo;
- Solicitar una tarjeta de identificación de beneficios;
- Realizar una evaluación de salud personal Strive (anteriormente Rally);
- Ponerse en contacto con un asesor de salud y acceder a información sobre bienestar;
- Enviar sus preguntas al Servicio de Atención al Cliente de BlueCross.

También puede descargar la aplicación móvil My Health Toolkit para acceder a sus beneficios desde cualquier lugar.

Strive®

Como afiliado del Plan de Salud Estatal, tiene acceso a Strive, una solución integral para el compromiso con la salud y el bienestar. Strive está diseñado para ayudarle a adoptar cambios de comportamiento fáciles de mantener que puedan

reducir los riesgos para la salud. Cada persona tiene objetivos y necesidades de salud diferentes. Usted se merece algo mejor que una plataforma única. Tanto si solo quiere mantenerse sano como si necesita controlar ciertos problemas de salud, Strive le ayuda a ponerse en el camino del éxito. Strive es un producto de Virgin Pulse, una empresa independiente que ofrece una plataforma digital de salud y bienestar en nombre del Plan de Salud Estatal.

Con Strive, usted puede:

- Realizar una evaluación rápida de su salud personal para conocer su puntuación de salud, una instantánea de su estado de salud general.
- Leer las tarjetas de contenido diarias basadas en sus objetivos e intereses.
- Monitorear y registrar las estadísticas de salud, incluyendo los pasos, el sueño y los valores biométricos.
- Sincronizar su dispositivo personal de fitness y unirse a los retos de grupo. Compita con otros mientras explora destinos de todo el mundo utilizando sus propios pasos en un recorrido virtual junto con desafíos de pasos diarios y semanales para mantenerse comprometido con sus amigos y familiares.

Alternativas al beneficio de acompañante

En la sección de afiliados del sitio web de Companion Benefit Alternatives, www.CompanionBenefitAlternatives.com, puede encontrar:

- La herramienta Buscar un proveedor para localizar proveedores de salud del comportamiento de la red;
- Información sobre el programa de gestión de casos de Companion Benefit Alternatives y los programas de asesoría de salud del comportamiento;
- El boletín electrónico mensual para afiliados de Balanced Living, que trata temas de actualidad sobre la salud del comportamiento con consejos útiles; y
- Recursos para gestionar los problemas de salud mental.

Blue CareOnDemandSM

Los afiliados del Plan de Salud Estatal inscritos en el Plan Estándar o en el Plan de Ahorros tienen acceso a Blue CareOnDemand, una opción de telesalud (visita por video) ofrecida a través del administrador externo del Plan de Salud Estatal, BlueCross. Esta plataforma se centra en las visitas por video en directo a través de una computadora o

dispositivo portátil, y utiliza tecnología a la carta en la que se puede solicitar una visita y conectar con un proveedor en menos de dos minutos. Las visitas por video están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año, y ofrecen una alternativa asequible y más cómoda que las salas de urgencias y los centros de atención urgente.

Blue CareOnDemand no está disponible para los afiliados principales de Medicare, por lo que los afiliados inscritos en el Plan Complementario de Medicare no pueden optar a este servicio.

Visitas médicas

Los médicos participantes en Blue CareOnDemand están formados para tratar a los pacientes a través de la tecnología virtual, siguiendo estrictos protocolos específicos para las visitas por vídeo y utilizando las mejores prácticas para la forma de la página web. Como parte de estos protocolos, el panel de proveedores trata diagnósticos comunes de atención urgente, como sinusitis, infecciones respiratorias, bronquitis, conjuntivitis y tos, en lugar de afecciones más graves que requieren una atención integral. Si una visita por video no es el tipo de servicio adecuado para usted, se le remitirá a un punto de servicio más apropiado y se le ayudará para garantizar que reciba la atención necesaria. Blue CareOnDemand permite a los médicos ver la información de fondo suministrada por el paciente antes de las consultas, y se conecta con el sistema de afiliación de BlueCross para confirmar su elegibilidad y determinar la cantidad correcta de su costo compartido por el paciente.

Esta opción de visita por video está cubierta como una visita tradicional a la consulta en cada Plan. Por ejemplo, si tiene el Plan Estándar, una visita antes de que alcance su deducible puede ascender a \$59, y después de que alcance su deducible puede ascender a \$23.80. Si tiene el Plan de Ahorro, una visita antes de cumplir con el deducible puede ascender a \$59, y después de cumplir con el deducible puede ascender a \$11.80.

Consultas de lactancia

A través de Blue CareOnDemand, puede chatear por video con un asesor de lactancia sin costo alguno para el afiliado. Hay ayuda disponible para muchos de los problemas comunes asociados a la lactancia materna desde la comodidad y la privacidad de su propio hogar. Y no tiene por qué terminar después de la primera visita. Puedo programar citas de seguimiento en el momento y con la frecuencia adecuada para usted. Las citas están disponibles los siete días de la semana.

Visitas de salud del comportamiento

No deje que las dificultades emocionales afecten a su bienestar. Converse por video con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra autorizado desde la comodidad de su

casa. Y, la ayuda no tiene por qué terminar después de la primera consulta. Continúe con las visitas de seguimiento todo el tiempo que necesite. Las citas están disponibles en el momento y con la frecuencia que le convenga.

Usted paga un copago de \$15¹¹, más la cantidad restante permitida hasta que alcance su deducible. Visite www.BlueCareOnDemandSC.com, o descargue la aplicación gratuita hoy para programar su primera cita.

Atención virtual de MUSC Health

MUSC Health Virtual Care es una manera fácil de ser tratado para condiciones comunes tales como alergias, conjuntivitis, infecciones sinusales, erupciones cutáneas, dolor de garganta, infecciones del tracto urinario y la gripe. Está disponible las 24 horas del día, pero no pretende sustituir a su médico de cabecera. Este servicio está disponible sin costo alguno para todos los afiliados del Plan de Salud Estatal, incluidos los afiliados primarios de Medicare. Además, no hay ningún costo para el Plan cuando se utiliza este servicio.

Los afiliados mayores de 18 años pueden crear una cuenta. Las visitas de los hijos menores de 18 años a cargo deben ser realizadas por uno de los padres. No es necesario que sea residente de Carolina del Sur; sin embargo, debe estar en el estado en el momento de la visita.

Obtenga más información sobre MUSC Health Virtual Care en peba.sc.gov/telehealth.

Cómo paga el Plan de Salud Estatal los beneficios cubiertos

PEBA contrata a varias empresas para tramitar sus reclamaciones de forma rentable y puntual. La información relativa a algunas de estas compañías, como los beneficios por prescripción o por visión, se encuentra en capítulos separados. Estas administradoras de terceros cubren los tratamientos de salud, dentales y de salud mental:

- BlueCross actúa como tramitador de reclamaciones médicas, gestionando las reclamaciones de salud, salud del comportamiento y dentales. Medi-Call, una división de BlueCross, ofrece servicios de autorización médica previa y gestión de casos. Para más información sobre Medi-Call, consulte la página 43.
- Companion Benefit Alternatives, filial al 100% de BlueCross, es el gestor de la salud del comportamiento y se encarga de la

¹¹ Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan copagos por ninguna visita, pero pagarán la totalidad del monto permitido hasta alcanzar su deducible.

autorización previa para el tratamiento de la salud mental y el consumo de sustancias, la gestión de casos y las redes de proveedores. Para más información, consulte la página 44.

Los suscriptores comparten el costo de sus beneficios pagando deducibles, copagos y coseguros por las beneficios cubiertos.

Monto permitido

La cantidad permitida es el monto máximo que el plan pagará por un servicio cubierto. Los proveedores de la red aceptan la cantidad permitida como su tarifa total, dejándole a usted la responsabilidad de pagar solo los copagos y cualquier coseguro después de haber alcanzado su deducible anual. Los suscriptores del Plan de Ahorro no pagan copagos, sino que pagan la totalidad del monto permitido hasta alcanzar el deducible. En el caso de los servicios fuera de la red, usted paga más en concepto de coseguro y el proveedor puede cobrar más de la cantidad permitida. Ver la facturación de saldos en la página 41.

Pagar los gastos de asistencia de salud con el Plan Estándar

Deducción anual

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

- \$515 para la cobertura individual; y
- \$1,030 para la cobertura familiar.

Las familias inscritas en el Plan Estándar tienen el mismo deducible, independientemente del número de miembros que estén cubiertos. El deducible familiar puede cubrirse con cualquier combinación de gastos médicos cubiertos de dos o más miembros de la familia, siempre que sumen \$1,030. Por ejemplo, si cuatro personas tienen cada una \$257.50 de gastos cubiertos, se ha alcanzado el deducible familiar, aunque ninguna persona haya alcanzado el deducible individual de \$515. Si solo una persona ha alcanzado el deducible individual de \$515, el Plan comenzará a pagar un porcentaje del costo de los beneficios de esa persona, pero no un porcentaje del costo de los beneficios del resto de la familia hasta que se haya alcanzado el deducible familiar. Ningún miembro de la familia puede contribuir con más de \$515 al deducible familiar.

Si el afiliado y el cónyuge del afiliado, que también está

cubierto en su propio plan como empleado o jubilado, seleccionan el mismo plan de salud, comparten el deducible familiar. En este caso, ambos cónyuges deberán figurar en el mismo *Aviso de elección*.

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

Copagos

El copago es un monto fijo que se paga por un servicio, además del deducible y el coseguro. Los copagos no se aplican a su deducible anual ni a su coseguro máximo. Después de alcanzar su deducible anual, e incluso después de llegar a su máximo de coseguro, sigue pagando copagos.

Los suscriptores del Plan Estándar pagan estos copagos:

- Servicios en la consulta de un profesional; visitas por video; servicios ambulatorios, que pueden prestarse en un departamento ambulatorio de un hospital o en un centro independiente; y atención en un servicio de urgencias.
- Medicamentos con receta

El copago por cada visita a la consulta de un profesional es de \$15. Este copago no se aplica a las pruebas rutinarias de Papanicolaou, a las mamografías rutinarias, a las visitas de cuidado preventivo para adultos y a las visitas de cuidado preventivo infantil. El copago de \$15 del Plan Estándar por servicios recibidos en el consultorio de un proveedor no se cobra por servicios en persona en un hogar médico centrado en el paciente afiliado a BlueCross. Ver página 56.

En el ejemplo de la página 36 se utiliza una visita al consultorio médico que tiene un monto permitido de \$56 en el Plan Estándar.

El copago por los servicios de los centros ambulatorios, que incluyen los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que no sean visitas a la sala de urgencias y los servicios de los centros quirúrgicos ambulatorios, es de \$115. Este copago no se aplica a la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional, los servicios de diálisis, la hospitalización parcial, los servicios ambulatorios intensivos, la terapia electroconvulsiva y la gestión de la medicación psiquiátrica. El copago por cada visita a urgencias es de \$193. Este copago no se aplica si está ingresado en el hospital.

El copago de medicamentos recetados es un monto total fijo que paga el afiliado al Plan Estándar cada vez que adquiere un medicamento recetado en una farmacia de la red.

El copago máximo de los medicamentos recetados por cada miembro de la familia cubierto es de \$3,000. Los copagos de los medicamentos recetados no se aplican al deducible anual ni al coseguro máximo. Para más información, consulte la página 67.

No se ha alcanzado el deducible anual	
Monto permitido	\$56.00
Copago	- \$15.00
Monto permitido restante Se aplica al deducible anual	\$41.00
Copago	\$15.00
Monto aplicado al deducible	+ \$41.00
Su pago total	\$56.00

Se ha alcanzado el deducible anual	
Monto permitido	\$56.00
Copago	- \$15.00
Monto permitido restante Se aplica al deducible anual	\$41.00
	$\times 20\%^{12}$
Coseguro	\$8.20
Copago	\$15.00
Coseguro	+ \$8.20
Su pago total	\$23.20

Coseguro

Una vez que haya alcanzado su deducible anual, el Plan Estándar paga el 80 % del monto permitido para sus beneficios médicos y de salud mental cubiertos, si utiliza proveedores de red. Usted paga el 20 % del monto permitido en concepto de coseguro, que se aplica a su máximo de coseguro.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el Plan paga el 60 % del monto permitido por el plan para sus beneficios médicos y de salud mental cubiertos. Usted paga el 40 % del monto permitido en concepto de coseguro, que se aplica a su máximo de coseguro fuera de la red. Un proveedor fuera de la red

puede facturarle un monto superior al permitido. Cualquier cargo que supere el monto permitido por el plan para un beneficio médico o de salud del comportamiento cubierto es responsabilidad suya. Consulte la página 41 para obtener más información sobre la facturación de saldos y el diferencial por fuera de la red.

Los afiliados del Plan Estándar pagan un coseguro del 10 %, en lugar del 20 %, por los servicios en persona recibidos en un hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) afiliado a BlueCross.

Se aplica una tarifa de coseguro diferente para los tratamientos de infertilidad y los medicamentos recetados asociados a la infertilidad. Ver página 55.

Máximo del coseguro

El coseguro máximo es el monto en concepto de coseguro que un afiliado debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que deje de estar obligado a pagar el coseguro. En el caso del Plan Estándar, es de \$3,000 para la cobertura individual y de \$6,000 para la cobertura familiar para los servicios dentro de la red, y de \$6,000 para la cobertura individual y de \$12,000 para la cobertura familiar para los servicios fuera de la red.

Tenga en cuenta que el coseguro de los servicios dentro de la red no se aplica al coseguro máximo fuera de la red. El coseguro de los servicios fuera de la red no se aplica al máximo de coseguro dentro de la red. Por ejemplo, si tiene una cobertura individual, el coseguro máximo de la red es de \$3,000 y ha pagado \$2,000 de coseguro dentro de la red y \$1,000 de coseguro fuera de la red, no ha alcanzado el máximo de coseguro dentro de la red.

Los suscriptores del Plan Estándar siguen pagando los copagos incluso después de haber alcanzado su deducible anual y el coseguro máximo. Los copagos por servicios prestados en un consultorio de un proveedor, una visita de video, un centro ambulatorio y una sala de urgencias no se aplican al deducible anual ni al coseguro máximo. Los copagos para medicamentos recetados se aplican al máximo de \$3,000 de copago para medicamentos recetados, pero no se aplican al deducible anual ni al máximo de coseguro.

Los pagos por servicios no cubiertos, así como los deducibles y las sanciones en que se incurre cuando no se llama a Medi-Call, National Imaging Associates o Companion Benefit Alternatives para obtener la autorización previa correspondiente, no cuentan para el máximo de coseguro.

¹² En este ejemplo, el Plan Estándar pagó el 80 %, es decir, \$32.80, de los \$41 permitidos que quedaban después del copago.

Pagar los gastos de asistencia de salud con el Plan de Ahorro

Deducción anual

El deducible anual es el monto que deberá pagar cada año por los beneficios médicos, de salud del comportamiento y de medicamentos recetados cubiertos antes de que el Plan de Ahorro comience a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios cubiertos. Los deducibles anuales son:

- \$4,000 para la cobertura individual; y
- \$8,000 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 está cubierto como empleado o jubilado, seleccionan el mismo plan de salud, compartirán el deducible familiar. El deducible no se alcanza para ningún individuo cubierto hasta que el monto total permitido pagado por los beneficios cubiertos supere los \$8,000. Por ejemplo, aunque un familiar haya pagado \$4,001 por los beneficios médicos cubiertos, el Plan no empezará a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios cubiertos hasta que su familia haya pagado \$8,000 por los beneficios cubiertos. No obstante, si el suscriptor ha pagado \$3,999 por beneficios cubiertos, el cónyuge ha pagado \$3,001 por beneficios cubiertos y un hijo ha pagado \$1,000 por beneficios cubiertos, el Plan comenzará a pagar un porcentaje del costo de los beneficios cubiertos para todos los miembros de la familia.

Si está cubierto por el Plan de Ahorro, también paga la totalidad del monto permitido para los medicamentos recetados cubiertos, que se aplica a su deducible anual.

Copagos

El Plan de Ahorro no tiene copagos. Hasta que no alcance el deducible, pagará la totalidad del monto permitido por los servicios, que se aplicará al deducible anual.

Coseguro

Una vez alcanzado el deducible anual, el Plan de Ahorro paga el 80 % del monto permitido para los beneficios médicos, de medicamentos recetados y de salud del comportamiento cubiertos, si acude a los proveedores de la red. Usted paga el 20 % del monto permitido en concepto de coseguro. Una vez alcanzado el monto máximo de coseguro, el Plan pagará el 100% del monto permitido.

Los afiliados del Plan de Ahorro pagan un coseguro del 10 %, en lugar de un coseguro del 20 %, de la cantidad permitida para los servicios en persona recibidos en un PCMH afiliado a BlueCross.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el Plan paga el 60 % del monto permitido por el plan para sus beneficios médicos y de salud mental cubiertos. Usted paga el 40 % del monto permitido en concepto de coseguro. Un proveedor fuera de la red puede facturarle un monto superior al permitido. Cualquier cargo que supere el monto permitido por el Plan para un beneficio médico o de salud del comportamiento cubierto es su responsabilidad. Consulte la página 41 para obtener más información sobre la facturación de saldos y el diferencial por fuera de la red. Los beneficios de los medicamentos recetados se pagan solo si utiliza una farmacia de la red.

Se aplica una tarifa de coseguro diferente para los tratamientos de infertilidad y los medicamentos recetados asociados a la infertilidad. Ver página 55.

Máximo del coseguro

El coseguro máximo es el monto en concepto de coseguro que un afiliado debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que deje de estar obligado a pagar el coseguro. En el Plan de Ahorro, es de \$3,000 para la cobertura individual o \$6,000 para la cobertura familiar para los servicios dentro de la red, y de \$6,000 para la cobertura individual o \$12,000 para la cobertura familiar para los servicios fuera de la red.

Tenga en cuenta que el coseguro de los servicios dentro de la red no se aplica al coseguro máximo fuera de la red. El coseguro de los servicios fuera de la red no se aplica al máximo de coseguro dentro de la red. Por ejemplo, si tiene cobertura individual y ha pagado \$2,000 de coseguro dentro de la red y \$1,000 de coseguro fuera de la red, no ha alcanzado el máximo de coseguro dentro de la red.

Los pagos por servicios no cubiertos, los deducibles y las sanciones por no llamar a Medi-Call, National Imaging Associates o Companion Benefit Alternatives no cuentan para el máximo de coseguro.

Pagar los gastos de asistencia de salud si tiene derecho a Medicare

Si desea obtener más información sobre cómo funcionan el Plan de Disociación y el Plan Complementario de Medicare con Medicare, consulte el manual *Cobertura de seguro para el afiliado elegible de Medicare*, en peba.sc.gov/publications, en la sección Salud.

Coordinación de los beneficios

Algunas familias, como aquellas en las que uno de los cónyuges trabaja para un empleador participante y el otro trabaja para un empleador que no está cubierto por los beneficios del seguro de PEBA, pueden tener derecho a estar cubiertos por dos planes de salud. Aunque la cobertura adicional puede significar que una mayor parte de sus gastos médicos sean pagados por el seguro, probablemente pagarán las primas de ambos planes. Sopesa las ventajas y los inconvenientes antes de adquirir una cobertura adicional.

Todos los beneficios del Plan Estatal de Salud están sujetas a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que una persona cubierta por más de un plan de seguro no será reembolsada más de una vez por los mismos gastos.

Con la coordinación de beneficios, el plan principal paga primero. El plan secundario paga después del plan primario. He aquí algunos ejemplos de cómo funciona:

- El plan que cubre a una persona como empleado suele pagar antes que el plan que la cubre como dependiente.
- Cuando ambos padres cubren a un hijo, paga primero el plan del padre/madre que cumple años antes. Tenga en cuenta que pueden aplicarse otras normas en situaciones especiales, como cuando los padres del hijo están divorciados.
- Si tiene derecho a Medicare y está cubierto como empleado activo, su cobertura del Plan de Salud Estatal paga antes que Medicare.
- Pueden aplicarse excepciones en el caso de la cobertura de Medicare debido a una enfermedad renal. Póngase en contacto con su oficina local de la Administración del Seguro Social para obtener más detalles.
- Si una persona está cubierta por un plan porque el suscriptor es un empleado activo y por otro plan porque el suscriptor está jubilado, el plan que le cubre como empleado activo suele pagar primero. Puede haber excepciones a esta regla.

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

Cuestionario de coordinación de los beneficios

Como parte de la coordinación de beneficios con el Plan Estándar y el Plan de Ahorro, BlueCross puede enviarle un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. Complete este formulario y devuélvalo a BlueCross tan pronto como pueda, ya que las reclamaciones no se procesarán ni se pagarán hasta que BlueCross reciba su información. También puede actualizar esta información a través de My Health Toolkit o llamando a BlueCross al 803.736.1576 o 800.868.2520.

Así funciona el Plan de Salud Estatal como seguro secundario:

- Para una reclamación médica o de salud del comportamiento, usted o su proveedor presenta la *Explicación de Beneficios* de su plan principal a BlueCross.
- El Plan de Salud Estatal pagará el menor de los siguientes montos:
 - 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.
- La prohibición del Plan de Salud Estatal de facturar el saldo no se aplica. Por ello, considere la posibilidad de recurrir a un proveedor de la red de su plan principal.
- También deberá pagar los copagos, el deducible y el coseguro del plan de salud estatal (si no se ha alcanzado el máximo de coseguro).

Tenga en cuenta que si su cobertura con cualquier otro programa de seguro de salud se cancela, es necesario solicitar una carta de terminación y presentar esta carta a BlueCross con prontitud, ya que las reclamaciones no pueden ser procesadas o pagadas hasta que BlueCross reciba su información.

Enfermedad renal en fase terminal

Al final del periodo de coordinación de la enfermedad renal en fase terminal de 30 meses, Medicare se convertirá en su seguro principal independientemente de su situación laboral. Si está cubierto como jubilado, debe ponerse en contacto con PEBA en un plazo de 31 días para cambiar del Plan de Disociación al Plan Complementario de Medicare. Para más información, consulte el manual *Cobertura de seguro para el afiliado elegible de Medicare*.

Utilización de las redes de proveedores del Plan de Salud Estatal

Dado que el Plan de Salud Estatal funciona como una organización de proveedores preferentes, cuenta con redes de médicos y hospitales, centros de cirugía ambulatoria y centros de pruebas de mamografía. Observará que las letras "PPO" están impresas en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal. El Plan también pone a disposición de los suscriptores redes de equipos médicos duraderos, laboratorios, radiología y rayos X, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, centros de enfermería especializada, centros de cuidados agudos a largo plazo, hospicios y centros de diálisis. Al adherirse a la red, estos proveedores se comprometen a aceptar el monto permitido por el Plan para los beneficios cubiertos como pago total. Los proveedores de la red le cobrarán el deducible, los copagos y el coseguro cuando se presten los servicios. También presentarán sus reclamaciones.

Si recurre a un proveedor de servicios médicos o de salud del comportamiento fuera de la red, o si su médico envía sus pruebas de laboratorio a un proveedor fuera de la red, pagará más por su atención.

Tenga en cuenta que, aunque se encuentre en un hospital de la red o en el consultorio de un proveedor de la red, éste puede emplear a proveedores o técnicos contratados fuera de la red. Si un proveedor fuera de la red presta servicios, aunque sea en un centro de la red, puede seguir facturándole el saldo y usted seguirá pagando el diferencial de fuera de la red. Para más información, consulte la página 41.

Encontrar un proveedor de la red médica o de salud del comportamiento

Para ver el directorio de proveedores en línea, vaya al sitio web específico del estado de BlueCross, StateSC.SouthCarolinaBlues.com, inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit, seleccione Resources (Recursos), y luego Find Care (Buscar atención). Aquí puede:

- Buscar un proveedor por nombre, ubicación y especialidad;
- Buscar alternativas a las salas de urgencias, es decir, lugares a los que se puede acudir para recibir atención que no sea una sala de urgencias, como centros de atención urgente y clínicas sin cita previa.
- Si no tiene una cuenta de My Health Toolkit, es fácil registrarse para obtener una. Busque My Health Toolkit en su tienda de aplicaciones. En la aplicación, seleccione Sign Up (Registrarse). O puede visitar StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccionar Create An Account (Crear una cuenta). A continuación, introduzca el número de identificación de beneficios que figura en su

tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal y su fecha de nacimiento. Siga los pasos para completar la configuración de su cuenta.

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

Companion Benefit Alternatives actúa como gestor de los beneficios de la salud del comportamiento, incluyendo los beneficios de la salud mental y el uso de sustancias. Para los proveedores de salud del comportamiento, puede utilizar la herramienta Find Care (Buscar atención) en Resources (Recursos) en su cuenta de My Health Toolkit en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Si necesita ayuda para seleccionar un proveedor, llame a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032.

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

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

Los afiliados del Plan de Salud Estatal 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 del plan de salud y de los medicamentos recetados cuando viaje, ya que puede seguir utilizándolas fuera del estado. Si está cubierto por el Plan de Salud Estatal y necesita atención de salud del comportamiento 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 explicamos cómo utilizar su cobertura de salud cuando esté fuera de casa pero dentro de Estados Unidos:

1. Localice los médicos y hospitales cercanos visitando StateSC.SouthCarolinaBlues.com.
2. Inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit, seleccione Resources (Recursos) y luego Find Care (Buscar atención) o llame a BlueCard Access al 800.810.2583.
3. Llame a Medi-Call en un plazo de 48 horas después de recibir la atención de urgencia. El número de teléfono gratuito figura en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal.

El proveedor debe presentar las reclamaciones ante la filial de BlueCross del estado en el que se prestaron los servicios.

No debe rellenar ningún formulario de reclamación ni pagar por adelantado los servicios médicos, salvo los gastos habituales de bolsillo (deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos). BlueCross le enviará por correo una Explicación de Beneficios.

Para obtener información sobre los beneficios fuera de la red, consulte la página 41.

Fuera de los Estados Unidos

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

Tenga en cuenta que Medicare no ofrece beneficios fuera de Estados Unidos. Dado que el plan complementario de Medicare del Plan de Salud Estatal no permite recibir beneficios por servicios no cubiertos por Medicare, los suscriptores del plan complementario de Medicare no tienen cobertura fuera de Estados Unidos. Para más información, consulte el manual *Cobertura de seguro para el afiliado elegible de Medicare* de PEBA, que se encuentra en peba.sc.gov/publications.

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

1. Si tiene alguna duda antes de su viaje, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal para comprobar sus beneficios y obtener una autorización previa, si es necesario. Sus beneficios de salud pueden ser diferentes fuera de Estados Unidos.
2. El Centro de Servicios de BlueCross BlueShield Global Core puede ayudarle a encontrar proveedores en la zona a la que viaja. También puede proporcionar otra información útil sobre la asistencia de salud en el extranjero. Visite bcbsglobalcore.com. Debe aceptar las condiciones e iniciar sesión con las tres primeras letras de su BIN. Luego, puede seleccionar un Tipo de Proveedor. También puede elegir una especialidad, una ciudad, una nación y una distancia de la ciudad. También puede llamar gratis al 800.810.2583 o por cobrar al 804.673.1177, ya que los números gratuitos no siempre funcionan en el extranjero.
3. Si está ingresado en el hospital, llame al Centro de Servicios de BlueCross BlueShield Global Core al número gratuito 800.810.2583 o por cobrar al 804.673.1177 lo antes posible.
4. El Centro de Servicios de BlueCross BlueShield Global Core colaborará con su plan para gestionar la facturación

directa con el hospital de su hospitalización. Cuando se organiza la facturación directa, usted es responsable de los gastos de bolsillo (servicios no cubiertos, deducibles, copagos y coseguros) que normalmente paga. El hospital presentará su reclamación en su nombre.

5. Tenga en cuenta que si la facturación directa no está acordada entre el hospital y su plan, deberá pagar la factura por adelantado y presentar una reclamación. Para la atención ambulatoria y las visitas al médico, pague al proveedor cuando reciba la atención y presente una reclamación.
6. Para presentar una reclamación por los servicios que pagó cuando recibió atención o pagó a proveedores que no forman parte de la red BlueCross BlueShield Global Core, complete un Formulario de Reclamación Internacional de BlueCross BlueShield Global Core y envíelo al Centro de Servicios BlueCross BlueShield Global Core con esta información: el cargo por cada servicio; la fecha de cada servicio y el nombre y la dirección de cada proveedor; una factura completa y detallada, que incluya descripciones de los artículos de la línea; y descripciones y fechas de todos los procedimientos y cirugías. Esta información no tiene por qué estar en inglés. Asegúrese de obtener toda esta información antes de salir de la oficina del proveedor.
7. El formulario de reclamación se encuentra en el sitio web de BlueCross, StateSC.SouthCarolinaBlues.com en Resources (Recursos), luego Forms and Documents (Formularios y documentos). A continuación, seleccione el formulario de reclamación internacional. También puede llamar al centro de servicios al número gratuito 800.810.2583 o por cobrar al 804.673.1177. La dirección del centro de servicio está en el formulario de reclamación. BlueCross BlueShield Global Core se encargará de la facturación a BlueCross.

Si necesita una prueba de seguro para viajes al extranjero, solicítela a PEBA por escrito. Puede hacerlo a través de peba.sc.gov/contact o en una carta. La solicitud debe hacerse con un mínimo de 10 días laborables de antelación para garantizar que la reciba en el momento deseado.

Red de proveedores de medicamentos con receta

Para más información sobre la red de proveedores de medicamentos, consulte la página 67.

Beneficios fuera de la red

Puede seguir recibiendo cierta cobertura cuando recurra a proveedores de atención médica y del comportamiento que no formen parte de la red.

Antes de que el Plan de Salud Estatal pague el 100 % del monto permitido por el Plan para los beneficios fuera de la red, los suscriptores del Plan Estándar tendrán que cumplir con su deducible anual y luego cumplir con el máximo de \$6,000 de coseguro individual fuera de la red o \$12,000 de coseguro familiar fuera de la red. Los suscriptores del Plan de Ahorro tendrán que cumplir con su deducible anual y luego cumplir con el coseguro máximo individual de \$6,000 o el coseguro máximo familiar de \$12,000. Los suscriptores de ambos planes también pueden tener que rellenar formularios de reclamación.

Tenga en cuenta que no se pueden pagar beneficios por servicios de radiología avanzada (tomografía computarizada, resonancia magnética, resonancia magnética o tomografía por emisión de positrones) que no estén preautorizados por National Imaging Associates.

No hay cobertura disponible para los medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos. Se ofrece una cobertura limitada de medicamentos a los afiliados al Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal que se enferman mientras viajan al extranjero. Para más información, consulte la página 68.

Facturación de saldos

Si recurre a 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 cubiertos, excepto los copagos, el coseguro y el deducible. Sin embargo, un proveedor fuera de la red puede facturarle una cantidad superior a la permitida por el plan para el beneficio cubierto (hasta los gastos del proveedor), lo que aumentará los gastos de su bolsillo.¹³

La diferencia entre lo que cobra el proveedor fuera de la red y el monto permitido se denomina factura de saldo. La factura del saldo no contribuye a alcanzar su deducible anual o el máximo de coseguro.

Diferencial fuera de la red

Además de la facturación del saldo, si recibe servicios de un proveedor que no participa en las redes del Plan de Salud Estatal, Companion Benefit Alternatives o BlueCard®, pagará el 40 % del monto permitido en lugar del 20 % de coseguro. Estos ejemplos muestran cómo le costará más recurrir a un proveedor fuera de la red.

En los dos ejemplos de la página siguiente, usted tiene una cobertura solo para suscriptores del Plan de Salud Estatal y no ha alcanzado su deducible. El monto permitido es de \$5,000. El proveedor cobró \$6,000 por el servicio.

¹³ La Ley federal "Sin sorpresas" (No Surprises Act) limita el momento en que un proveedor fuera de la red puede facturar el saldo. Más información en peba.sc.gov/sites/default/files/surprise_billing.pdf.

Plan estándar

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido ¹⁴	\$5,000.00
Deducción anual	<u>- \$515.00</u>
Monto permitido restante	\$4,485.00
	<u>× 20 %¹⁵</u>
Coseguro	\$897.00
Se aplica al coseguro máximo	
Copago ¹⁶	\$15.00
Deducción anual	+ \$515.00
Coseguro	+ \$897.00
Su pago total	\$1,427.00

Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido	<u>- \$5,000.00</u>
Factura de saldo ¹⁷	\$1,000.00
Monto permitido	\$5,000.00
Deducción anual	<u>- \$515.00</u>
Monto permitido restante	\$4,485.00
	<u>× 40 %¹⁸</u>
Coseguro	\$1,794.00
Se aplica al coseguro máximo	
Copago	\$15.00
Deducción anual	+ \$515.00
Coseguro	+ \$1,794.00
Factura del saldo	+ \$1,000.00
Su pago total	\$3,324.00

Plan de ahorro

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido ¹⁹	\$5,000.00
Deducción anual	<u>- \$4,000.00</u>
Monto permitido restante	\$1,000.00
	<u>× 20 %²⁰</u>
Coseguro	\$200.00
Se aplica al coseguro máximo	
Deducción anual	\$4,000.00
Coseguro	+ \$200.00
Su pago total	\$4,200.00

Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido	<u>- \$5,000.00</u>
Factura de saldo ²¹	\$1,000.00
Monto permitido	\$5,000.00
Deducción anual	<u>- \$4,000.00</u>
Monto permitido restante	\$1,000.00
	<u>× 40 %²²</u>
Coseguro	\$400.00
Se aplica al coseguro máximo	
Deducción anual	\$4,000.00
Coseguro	+ \$400.00
Factura del saldo	+ \$1,000.00
Su pago total	\$5,400.00

¹⁴ Los proveedores de la red no pueden cobrar más del monto permitido.

¹⁵ El Plan Estándar pagó el 80 % de los \$4,485 permitidos después del deducible, lo que supone un total de \$4,485.

¹⁶ El ejemplo supone que el servicio es una visita al consultorio.

¹⁷ Los proveedores que no pertenecen a la red pueden cobrarle cualquier monto que deseen por encima del monto permitido y facturarle el saldo por encima del monto permitido.

¹⁸ El Plan Estándar pagó el 60 % de los \$4,485 permitidos después del deducible, lo que supone un total de \$2,691.

¹⁹ Los proveedores de la red no pueden cobrar más del monto permitido. ²⁰ El Plan de Ahorro pagó el 80 % del monto permitido de \$1,000 después del deducible, lo que supone un total de \$800.

²¹ Los proveedores que no pertenecen a la red pueden cobrarle cualquier monto que deseen por encima del monto permitido y facturarle el saldo por encima del monto permitido.

²² El Plan de Ahorro pagó el 60 % de los \$1,000 permitidos después del deducible, lo que supone un total de \$600.

Obtener autorización previa para su atención médica

Autorización previa de asistencia de salud

Con el Plan de Salud Estatal, algunos servicios cubiertos requieren 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 haga. Para preautorizar su tratamiento médico, llame a Medi-Call al 800.925.9724.

Tenga en cuenta que, además de la cobertura de salud ordinaria, algunos servicios de atención a la salud del comportamiento, así como la radiología (servicio de diagnóstico por imagen) y los beneficios de medicamentos recetados también requieren autorización previa.

Consulte la página 44 para la salud del comportamiento, la página 45 para la radiología y la página 70 para los medicamentos con receta.

Autorización previa de los trabajos de laboratorio

Algunos servicios de laboratorio requieren autorización previa y exigen que su proveedor solicite a Avalon Healthcare Solutions (Avalon)²³ la revisión de estos servicios antes de realizarlos. Las solicitudes de autorización previa pueden enviarse a Avalon por fax al 888.791.2181 o por teléfono al 844.227.5769, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Una vez que Avalon reciba la solicitud, ésta será revisada por el personal clínico de Avalon y éste notificará a su proveedor la determinación. Una autorización para un trabajo de laboratorio no garantiza el pago.

Sanciones por no llamar

Si no autoriza previamente el tratamiento cuando es necesario, pagará una multa de \$515 por cada ingreso en un hospital, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada o centro de salud del comportamiento.

El monto de la sanción no se aplica a su deducible o coaseguro máximo.

Cómo autorizar previamente su tratamiento

Los números de Medi-Call son:

- 803.699.3337 o 800.925.9724.
- 803.264.0183 (fax).

²³ Avalon es una empresa independiente que presta servicios de laboratorio ambulatorios en nombre de BlueCross. Avalon no revisa las solicitudes de servicios prestados en un servicio de urgencias, centro quirúrgico o lugar de hospitalización.

Puede ponerse en contacto con Medi-Call por teléfono de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos. También puede enviar información por fax a Medi-Call las 24 horas del día; Medi-Call le responderá en un plazo de dos días laborables. 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 en el que se le pueda localizar en horario laboral.

Medi-Call promueve una atención de alta calidad y rentable para usted y los miembros de su familia cubiertos mediante revisiones que valoran, planifican, aplican, coordinan, supervisan y evalúan las opciones de atención de salud y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de una persona. Deberá ponerse en contacto con Medi-Call al menos 48 horas o dos días laborables, lo que sea más largo, antes de recibir cualquiera de estos servicios médicos no urgentes en cualquier hospital de Estados Unidos o Canadá:

- Cualquier tipo de atención en un hospital, incluido el ingreso en un hospital para dar a luz;²⁴
- Un servicio ambulatorio preautorizado que da lugar a un ingreso en el hospital: debe llamar de nuevo para el ingreso en el hospital;
- Cirugía ambulatoria para una septo plastia (cirugía del tabique de la nariz);
- Cirugía ambulatoria o con hospitalización para una histerectomía;
- Escleroterapia (cirugía de las venas) realizada en un entorno hospitalario, ambulatorio o un consultorio;
- Un nuevo curso de quimioterapia o radioterapia (una única notificación por curso);
- Un procedimiento de radiología (imagen) (Ver página 45 para más información)
- Embarazo: se le recomienda notificar a Medi-Call dentro de los tres primeros meses de su embarazo (ver la página 43 para más información);
- Nacimiento de un hijo (si tiene previsto reclamar algún gasto relacionado con el nacimiento);²⁵
- El bebé tiene complicaciones al nacer;

²⁴ Para los servicios de salud del comportamiento, debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032. Para más información, consulte la página 44.

- Va a ser, o ha sido, ingresado en un centro de cuidados agudos de larga duración, en un centro de enfermería especializada o necesita atención de salud a domicilio, cuidados paliativos o un plan de tratamiento alternativo;
- Necesita equipo médico duradero;
- Sometidos a fecundación in vitro, GIFT, ZIFT o cualquier otro procedimiento de infertilidad - esto incluye a usted y a su cónyuge cubierto;
- Necesita ser evaluado para un trasplante - le incluye a usted o su cónyuge o familiar cubierto; y
- Necesita servicios de rehabilitación en régimen de hospitalización y terapia física, del habla u ocupacional en régimen ambulatorio.

El ingreso en un hospital en caso de urgencia, incluida la atención de urgencia relacionada con el nacimiento de un hijo, debe notificarse en un plazo de 48 horas o al siguiente día laborable tras un ingreso en fin de semana o festivo.

La 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 de esta categoría incluyen, entre otros, la blefaroplastia, la mamoplastia de reducción, la mamoplastia de aumento, la mastopexia, la cirugía de la ATM u otra cirugía de la mandíbula, la paniclectomía, la abdominoplastia, la rinoplastia u otra cirugía de la nariz, etc. Su médico debe incluir fotografías si es necesario.

La determinación por parte de Medi-Call de que un tratamiento propuesto está dentro de las normas y procedimientos médicos generalmente reconocidos no garantiza el pago de la reclamación. Antes de que BlueCross efectúe el pago en nombre del Plan de Salud Estatal, deben cumplirse otras condiciones, como los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones o exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan. Recuerde, si recurre a un proveedor fuera de la red, pagará más.

25 Ponerse en contacto con Medi-Call para dar a luz a su bebé no supone añadirlo a su seguro médico. Para ello,

debe acceder a MyBenefits, solicitar el cambio y adjuntar la documentación requerida (certificado de nacimiento extendido) en un plazo de 31 días a partir del nacimiento.

Autorización previa de servicios de salud del comportamiento

La autorización previa y la gestión de casos de los beneficios de salud del comportamiento, como los beneficios de salud mental y de uso de sustancias, son gestionados por Companion Benefit Alternatives, el gestor de beneficios de salud del comportamiento del Plan de Salud Estatal.

Servicios que necesitan autorización previa²⁶

Las visitas al consultorio de un proveedor de servicios de salud del comportamiento, como un psicólogo, un trabajador social clínico o un consejero profesional, no requieren autorización previa a menos que se trate de uno de los servicios indicados a continuación. Estos servicios deben ser preautorizados por Companion Benefit Alternatives:

- Atención hospitalaria no urgente;
- Atención hospitalaria intensiva ambulatoria;
- Atención de hospitalización parcial;
- Terapia electroconvulsiva ambulatoria - hospital y servicios médicos;
- Terapia magnética transcraneal repetitiva;
- Terapia de análisis del comportamiento aplicado; y
- Pruebas psicológicas/neuropsicológicas.

Para preautorizar servicios, su proveedor debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032 antes de que de ser ingresado. En una situación de emergencia, su proveedor debe llamar en un plazo de 48 horas o al siguiente día laborable. En el caso de los servicios profesionales mencionados, su proveedor debe llamar antes de la prestación de los servicios. Para evaluar la necesidad médica, Companion Benefit Alternatives requerirá información clínica del proveedor de salud del comportamiento que lo atiende. 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 Companion Benefit Alternatives por usted, es su responsabilidad asegurarse de que se realiza la llamada y se concede la autorización previa. La determinación de Companion Benefit Alternatives no garantiza el pago. Antes de que BlueCross efectúe el pago, deberán cumplirse otras condiciones, incluidos los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones y exclusiones, el pago de los deducibles y otras disposiciones del plan.

26 Para los servicios de salud del comportamiento, debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032.

Sanciones por no solicitar las autorizaciones previas de los servicios de salud del comportamiento necesarios

Si los servicios ambulatorios de salud del comportamiento que requieren autorización previa (es decir, terapia de análisis del comportamiento aplicado y pruebas psicológicas/neuropsicológicas) no están autorizados previamente, no estarán cubiertos.

Sanciones por no solicitar las autorizaciones previas de los servicios del centro necesarios

Si su proveedor no llama a Companion Benefit Alternatives cuando es necesario, usted pagará una sanción de \$515 por cada ingreso en el hospital. El monto de la sanción no se aplica a su deducible o coaseguro máximo.

Autorización previa de radiología avanzada: National Imaging Associates

El Plan de Salud Estatal cuenta con un proceso para obtener la autorización previa para las exploraciones de TAC, RMN, ARM y PET. Los médicos de la red de Carolina del Sur, los centros de radiología (imágenes) y los centros de radiología hospitalaria para pacientes externos son responsables de solicitar la autorización previa de radiología avanzada a National Imaging Associates antes de realizar una prueba.

Los médicos pueden obtener más 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 al 866.500.7664, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si un suscriptor o un familiar cubierto tiene programado recibir un CT, MRI, MRA o PET de un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o de cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur, el suscriptor tiene la responsabilidad de asegurarse de que su proveedor solicite la autorización previa. Puede iniciar el proceso llamando al 866.500. 7664. Debe proporcionar a National Imaging Associates el nombre y el número de teléfono del médico que solicita el servicio y el nombre y el número de teléfono del centro de diagnóstico por imagen o del médico que proporcionará el servicio de radiología.

National Imaging Associates tomará una decisión sobre las solicitudes de autorización previa que no sean de emergencia dentro de los dos días laborables siguientes a la recepción de la solicitud del proveedor. Si la situación es urgente, se tomará una decisión en el plazo de un día laborable tras recibir la solicitud del proveedor.

Sin embargo, el proceso puede alargarse si se necesita información clínica adicional para tomar una decisión.

Puede comprobar el estado de una solicitud de autorización previa de National Imaging Associates en línea a través de su cuenta de My Health Toolkit® en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.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 los servicios de radiología avanzada, el proveedor no cobrará por el servicio y no podrá facturarle al suscriptor. Si un suscriptor o un familiar cubierto recibe servicios de radiología avanzada de un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o de cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur sin autorización previa, el proveedor no será pagado por BlueCross y el suscriptor será responsable de la totalidad de la factura.

Gestión de la salud

Visitas de cuidado preventivo para adultos

Los afiliados de primaria del Plan de Salud Estatal tienen derecho a una visita de control al año sin costo alguno para el afiliado. Las visitas al hospital pueden ser una parte fundamental de la atención preventiva. Pueden asegurar a los afiliados que están tan sanos como se sienten, o hacerles preguntas sobre su salud. Los servicios basados en la evidencia, con una recomendación A o B por parte de los [Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations) (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations> (USPSTF, por sus siglas en inglés), se incluyen como parte de una visita de bienestar para adultos en el marco del Plan de Salud Estatal (Planes Estándar y de Ahorro).

Este beneficio está disponible para todos los adultos de 19 años o más que no sean beneficiarios de Medicare y que estén cubiertos por el Plan Estándar o el Plan de Ahorro. Los afiliados adultos pueden beneficiarse de este beneficio en un proveedor de la red especializado en medicina general, medicina de familia, pediatría o medicina interna, gerontología, y obstetricia y ginecología. Las mujeres afiliadas que reúnan los requisitos necesarios pueden utilizar su visita de bienestar en su ginecólogo o en su médico de cabecera, pero no en ambos. Si una mujer acude a ambos médicos para una visita de control, solo se cubrirá la primera visita rutinaria recibida. Las mujeres de entre 18 y 65 años también pueden recibir una prueba de Papanicolaou cada año calendario sin costo para los afiliados a través de PEBA Perks. Consulte la sección de ventajas de la PEBA en la página 46 para obtener más detalles.

Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El Plan de Salud Estatal ofrece muchos beneficios basados en el valor sin costo alguno para sus afiliados principales a través

de PEBA Perks. Aprenda a coordinar sus beneficios PEBA Perks con su visita al médico de cabecera.

1. **Hágase los exámenes preventivos.** Puede recibir un examen biométrico sin costo alguno, lo que minimizará el costo para el Plan en su visita de bienestar para adultos. Más información sobre lo que incluye una revisión en la página 48.
2. **Realice su visita de bienestar para adultos después de su examen preventivo.** Las recomendaciones A y B del USPSTF se incluyen como parte de una visita de rutina para adultos. Tras hablar con su médico durante una visita, éste puede decidir qué servicios necesita y elaborar un plan de atención personal para usted.
3. **Comparta con su médico los resultados de sus exámenes preventivos.** Recibirá un informe confidencial con los resultados de su examen, y le recomendamos que lo comparta con su médico para evitar la necesidad de volver a realizar la prueba en una visita de control. Compartir sus resultados minimizará el costo de su visita de bienestar para adultos al Plan.
4. **Siga las recomendaciones de su médico y manténgase comprometido con su salud.** Le animamos a que aproveche las demás ventajas de la PEBA que tiene a su disposición. Si cumple con los requisitos, inscribese en el programa "No-Pay Copay" (Copago Cero) para recibir algunos medicamentos genéricos sin costo alguno. Más información en la página 48.

Los servicios que no se incluyen como parte de la visita de cuidado preventivo para adultos son los que no tienen una recomendación A o B del USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en www.uspreventiveservicestaskforce.org. Otros servicios, como un recuento sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés), un electrocardiograma, una prueba de PSA y un panel metabólico básico, están cubiertos solo si los ordena su médico para tratar una enfermedad específica y están sujetos al copago, al deducible y al coseguro, así como a las disposiciones normales del Plan. Visitas de seguimiento y los servicios derivados de la visita de control también están sujetos a las disposiciones habituales del Plan.

Más información sobre los servicios incluidos en la visita de bienestar de los adultos en peba.sc.gov/well-visits.

Ventajas de la PEBA (PEBA Perks)

Si el Plan de Salud Estatal es su principal cobertura de seguro médico, PEBA le ofrece beneficios basados en el valor sin costo alguno para usted en los proveedores y farmacias de la red. Estas ventajas pueden facilitar que usted y su familia se

mantengan sanos. Para obtener más información sobre las ventajas de la PEBA, incluida la elegibilidad, visite www.PEBAPERKS.com.

Vacunas para adultos

Las vacunas para adultos en los intervalos recomendados por los Centros de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) están cubiertas sin costo alguno para los afiliados al Plan de Ahorro, al Plan Estándar y al Plan Complementario de Medicare en los proveedores participantes. La cobertura incluye el costo de la vacuna y los gastos de administración si el afiliado recibe la vacuna en la consulta de un médico de la red. Los gastos asociados a las visitas al consultorio seguirán las normas habituales de cobertura del Plan. Póngase en contacto con su médico de la red o vaya a www.cdc.gov/vaccines y seleccione Adultos (mayores de 19 años) para saber qué vacunas están cubiertas.

Extractor de leche

Este beneficio proporciona a los afiliados determinados extractores de leche eléctricos o manuales sin costo alguno. Las afiliadas pueden aprender a conseguir un extractor de leche inscribiéndose en el programa de gestión de la maternidad de PEBA, Coming Attractions. Más información sobre Coming Attractions en la página 50.

Examen del cáncer de cuello de útero

El Plan de Salud Estatal solo cubre el costo de las pruebas de laboratorio asociadas a la 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 visita al consultorio asociada a la prueba de Papanicolaou.
- No se cubren los costos de las partes de la visita a la consulta que no estén relacionadas con la prueba de Papanicolaou. Los gastos asociados a otros exámenes, pruebas de laboratorio y procedimientos corren a cargo del afiliado (por ejemplo, examen pélvico, examen de mamas o examen físico).
- Las mujeres afiliadas al Plan Estándar y al Plan de Ahorro pueden recibir una visita de control al año sin costo alguno para ellas. Pueden utilizar su visita de bienestar en su ginecólogo o en su médico de cabecera, pero no en ambos. Si una mujer visita a ambos médicos en el mismo año, solo se cubrirá la primera visita rutinaria recibida en la consulta.

Antes de programar una visita al consultorio, debe ponerse en contacto con el proveedor para determinar el costo del examen y los servicios relacionados. El monto que el afiliado paga por los servicios adicionales no cubiertos no cuenta para su deducible anual.

De acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos, el Plan pagará un beneficio para la prueba del virus del papiloma humano una vez cada cinco años para las mujeres de 30 a 65 años, o según lo recomendado por Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos.

Exámenes de cáncer colorrectal

Las pruebas de detección del cáncer colorrectal, tanto de diagnóstico como de rutina, se ofrecen sin costo alguno a los afiliados en los proveedores de la red para los afiliados principales del Plan de Salud Estatal. Las pruebas de detección cubiertas incluyen colonoscopias y una prueba de sangre oculta en heces.

Las colonoscopias de rutina y algunas pruebas de sangre oculta en heces están cubiertas dentro de 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 precoz para llevar a casa a los afiliados que reúnen los requisitos sin costo alguno para las colonoscopias de rutina y de diagnóstico. La cobertura incluye la consulta, el kit genérico de preparación, el procedimiento y la anestesia asociada. Tenga en cuenta que si elige un kit de preparación no genérico, se aplicarán cargos adicionales. Cualquier gasto asociado a las instalaciones o a los trabajos de laboratorio como resultado de la revisión puede estar sujeto a la responsabilidad del paciente. Visite a un proveedor de la red cualificado para averiguar qué opción de revisión es la mejor para usted. También debe ponerse en contacto con su proveedor para conocer el costo de los servicios relacionados.

Educación sobre la diabetes

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

Vacuna contra la gripe

La vacuna antigripal es gratuita para todos los afiliados cuya cobertura principal sea el Plan Estándar o el Plan de Ahorro. Los afiliados pueden recibir la vacuna en una farmacia de la red por un copago de \$0. Si un miembro recibe la vacuna en la consulta de un médico de la red, la vacuna contra la gripe y los gastos de administración se pagarán en su totalidad; sin embargo, cualquier gasto asociado a la visita a la consulta se tramitará de acuerdo con las normas habituales de cobertura del Plan.

Mamografía

El Plan de Salud Estatal utiliza la red de mamografías BlueCross

para las mamografías rutinarias. Las mamografías de rutina están cubiertas al 100 % siempre que utilice un proveedor de la red de mamografías de BlueCross y cumpla con los requisitos de elegibilidad. No se requiere una orden del médico para que el plan cubra una mamografía de rutina, pero algunos centros pueden pedirla. Los beneficios de la mamografía incluyen:

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

Considere la posibilidad de programar su mamografía después de su cumpleaños para ayudarlo a recordarlo cada año. Puede encontrar un proveedor de la red de mamografías en la herramienta Find Care (Buscar atención), situada en la pestaña Resources (Recursos) de su cuenta de My Health Toolkit. También puede llamar a BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520 para obtener ayuda. El Plan también cubre cualquier mamografía de diagnóstico.

Los cargos por mamografías de rutina realizadas por proveedores de Carolina del Sur no están cubiertos a menos que el proveedor participe en la red de mamografías de BlueCross, incluso si el proveedor participa en la red del Plan de Salud Estatal. Las mamografías de rutina realizadas fuera de Carolina del Sur no están cubiertas a menos que el proveedor participe en una red de BlueCross en el estado en el que se encuentra el proveedor. Los proveedores fuera de la red son libres de cobrarle cualquier precio por sus servicios, por lo que puede pagar más.

Los beneficios de mamografía rutinaria y preventiva se suman a los beneficios de mamografía de diagnóstico. Cualquier cambio por mamografías adicionales más allá de la mamografía preventiva está sujeto a copagos, deducibles y coseguros.

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

No-Pay Copay (Copago Cero)

El programa "No-Pay Copay" (Copago Cero) ofrece a los afiliados del Plan de Salud Estatal que reúnen los requisitos²⁷ con presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades cardiovasculares, enfermedades de las arterias coronarias o diabetes una exención de copago para los medicamentos genéricos que tratan estas afecciones.²⁸ El programa anima a los afiliados a comprometerse más con su salud y a ahorrar dinero. Los participantes se califican para el programa sobre una base anual. Al completar determinadas actividades durante el año, pueden recibir ciertos medicamentos genéricos sin costo alguno durante el resto del año en curso y el año siguiente.

Los afiliados son identificados automáticamente para una de las condiciones de cualificación mientras participan en la plataforma Strive. Después de registrarse en Strive, los afiliados se inscribirán en el No- Pay Copay, ya sea atestiguando su condición en la evaluación de salud, teniendo un reclamo específico de la condición o actualizando sus Situaciones de Salud a través de la My Care Checklist (Lista de control de mi cuidado) en Strive.

Strive es fácil de usar, con opciones digitales similares a las que los afiliados ya utilizan y disfrutan en su vida diaria. Incluye una evaluación personal de la salud, tarjetas diarias, viajes de salud, hábitos saludables, retos y mucho más. La tecnología inteligente de Strive ofrece consejos y programas personalizados que ayudan a los afiliados a crear hábitos saludables. Las actividades de cumplimiento están orientadas a la condición y los riesgos de salud del afiliado.

Una vez que el afiliado que participa en el copago sin pago se inscribe en Medicare como su seguro principal, su exención de copago deja de estar vigente. Este es el caso independientemente de si el afiliado está inscrito en la cobertura del Plan de Exención para Grupo de Empleador.

Para obtener información detallada sobre el programa No-Pay Copay (Copago Cero),

visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com o llame al Servicio de Atención al Cliente de BlueCross al 800.868.2520. Si cree que puede acogerse al programa pero no se le ha notificado su derecho, llame al 855.838.5897. BlueCross administra el programa, pero puede llamar a Express Scripts, el gestor de beneficios de farmacia, al 855.612.3128 para obtener más información sobre las recetas genéricas elegibles.

Exámenes preventivos

Este beneficio es gratuito para los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA y sus cónyuges cubiertos, así como para los ex cónyuges si su cobertura principal es el Plan Estándar o el Plan de Ahorro. Este tipo de examen suele costar \$300 o más. El examen incluye análisis de sangre, una evaluación del riesgo para la salud, mediciones de altura y peso, presión arterial y paneles de lípidos.

Tras el examen, recibirá un informe confidencial con sus resultados y recomendaciones para mejorar su salud. Llevar este informe a su médico puede eliminar la necesidad de realizar pruebas. Además de participar en un examen en su lugar de trabajo, existen otras opciones para beneficiarse de este beneficio. También se le anima a que comparta sus resultados con BlueCross para que se carguen automáticamente en la Evaluación Personal de Salud de Strive. Más información sobre Strive en la página 33.

Asistir a un examen preventivo regional

Si su centro de trabajo no ofrece un examen, o si se la perdió, puede inscribirse en una proyección regional en la página de próximos eventos de PEBA en peba.sc.gov/events.

Acudir a un proveedor de exámenes de detección participante

Acuda a uno de nuestros proveedores de exámenes participantes para someterse a un examen preventivo. En www.PEBAperks.com encontrará una lista de proveedores y un cupón que podrá llevar cuando acuda a hacerse un examen de detección.

Independientemente de cómo se acoja a este beneficio, hay pruebas y valoraciones necesarias que se incluirán en su informe confidencial. Sin embargo, algunos proveedores de exámenes pueden proporcionar resultados adicionales por encima de los requisitos mínimos.

Además de las pruebas y valoraciones obligatorias, los proveedores de cribado participantes pueden ofrecer pruebas opcionales por una tarifa adicional. Puede ponerse en contacto con el proveedor de la prueba para informarse sobre los gastos de bolsillo asociados a estas pruebas. Tenga en cuenta que las pruebas opcionales pueden variar según el proveedor del examen.

²⁷ Los empleados, los jubilados, los suscriptores de COBRA, los supervivientes y sus cónyuges cubiertos, así como los ex cónyuges, pueden optar a la ayuda si el Plan de Salud Estatal es su seguro principal. Si un suscriptor está inscrito en el plan complementario de Medicare, pero cubre a un cónyuge que no tiene derecho a Medicare, el cónyuge tiene derecho al programa. Los hijos dependientes no son elegibles, independientemente de la edad. Si un afiliado reúne los requisitos para no pagar el copago y luego pasa a tener derecho a Medicare, la exención terminará al final del trimestre. Estas fechas de finalización de la exención no se aplican a los afiliados que se inscriben en Express Scripts Medicare, el programa de la Parte D de Medicare del Plan de Salud Estatal. La inscripción en Express Scripts Medicare significa que la exención finaliza inmediatamente.

²⁸ Los suministros para pruebas de diabetes (tiras reactivas, solución de control, lancetas, jeringas, agujas para plumas, etc.) adquiridos en una farmacia de la red también están cubiertos sin costo alguno. El fabricante proporcionará un glucómetro por separado.

Dejar de fumar

El programa Quit For Life®, basado en la investigación, combina lo último en investigación sobre el tratamiento de la dependencia de la nicotina con una atractiva experiencia en línea, entrenamiento personalizado uno a uno, sesiones de entrenamiento en grupo en línea y sólidas herramientas digitales para crear un programa fácil de usar, relevante y clínicamente válido. Un experto de Quit Coach® le apoyará por teléfono, en línea y a través de mensajes de texto mientras sigue un plan para dejar de fumar adaptado a sus necesidades.

Quit For Life se ofrece de forma gratuita a los suscriptores de Plan de Salud Estatal, a sus cónyuges cubiertos y a los hijos dependientes cubiertos mayores de 13 años. Para los afiliados de 18 años o más que reúnan los requisitos, el programa también ofrece terapia de sustitución de nicotina gratuita, como parches, chicles o pastillas, si procede.

Su Quit Coach también puede recomendarle que un médico le recete un medicamento para dejar de fumar, como el bupropión o Chantix, que está disponible a través de la cobertura de medicamentos con receta del Plan de Salud Estatal. Los medicamentos recetados para dejar de fumar, incluidos Chantix y bupropión, se proporcionan a los afiliados del Plan de Ahorro y del Plan Estándar sin costo alguno para el afiliado cuando los obtiene de un proveedor de la red.

Para inscribirse, llame al 800.652.7230 o al 866.QUIT.4.LIFE (866.784.8454). También puede visitar www.quitnow.net/SCStateHealthPlan. Una vez verificada su elegibilidad, se le transferirá a un Quit Coach para su primera llamada.

Beneficios para el cuidado del hijo sano

Los beneficios del cuidado preventivo infantil, incluyendo chequeos y vacunas, tienen como objetivo promover la buena salud y tanto la detección temprana como la prevención de enfermedades en los hijos inscritos en el Plan de Salud Estatal. Los hijos cubiertos tienen derecho a los exámenes de cuidado preventivo infantil hasta que cumplan 19 años.

El Plan paga el 100 % de la cantidad permitida para los exámenes de rutina aprobados, las vacunas recomendadas por los Centros de Control de Enfermedades, los servicios recomendados por la Academia Americana de Pediatría específicos para ciertas edades y las pruebas de laboratorio cuando un médico de la red proporciona estos chequeos:

- Menores de 1 año (hasta seis visitas);
- 1 año (hasta tres visitas);
- 2 años (hasta dos visitas);
- 3 años hasta que cumpla 19 años (una visita al año).

El examen de cuidado al niño debe realizarse después del cumpleaños del niño, pero no es necesario que pasen 365 días desde la visita del año anterior.

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

Algunos servicios pueden no considerarse parte del cuidado del preventivo infantil. Por ejemplo, si durante una visita de cuidado preventivo infantil se descubriera que tiene fiebre y dolor de garganta, los análisis para verificar el diagnóstico no formarían parte de la visita rutinaria. Estos gastos, en caso de estar cubiertos, estarían sujetos al copago, el deducible y el coseguro, como cualquier otro gasto médico.

Wondr Health

Wondr Health es un programa clínico de control de peso centrado en la pérdida de peso y la prevención de la diabetes. Los afiliados al Plan de Salud Estatal, incluidos los cónyuges y los hijos dependientes mayores de 18 años, pueden solicitarlo. Los afiliados a Medicare-principal también pueden solicitarlo. Algunas condiciones médicas o índices de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) pueden impedirle participar en el programa.

Wondr Health le enseñará que no es lo que come, sino cuándo y cómo come lo que le ayudará a perder peso. Además, reducirá el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes y las cardiopatías, al tiempo que aumentará las posibilidades de tener una vida más larga y saludable. El programa ofrece un sitio web fácil de usar, un kit de bienvenida y videos de asesoramiento de expertos clínicos. Se trata de un programa en línea de 10 semanas de duración que utiliza lecciones semanales en video y herramientas interactivas para enseñar las habilidades conductuales necesarias para perder peso y mantenerlo a largo plazo. Cada semana, verá las lecciones cuando le convenga en su computadora, o en su teléfono inteligente y tableta a través de las aplicaciones para iPhone o Android.

Después de las primeras 10 semanas, recibirá siete sesiones quincenales y seis meses de apoyo continuo, según sea necesario. Este programa se ajusta a sus necesidades con sencillez, comodidad y una experiencia atractiva para los afiliados que los lleva a mejorar su salud de forma sostenible. Más información en www.wondrhealth.com/PEBA.

Asesoramiento de salud

Los programas de asesoramiento sanitario disponibles están diseñados para ayudar a los afiliados al Plan Estándar y al Plan de Ahorro y a los miembros adultos de su familia

cubiertos que padecen determinadas enfermedades del comportamiento o crónicas a controlar sus síntomas y retrasar o incluso prevenir muchas de las complicaciones de estas enfermedades.

BlueCross identifica a los participantes revisando las reclamaciones médicas, de farmacia y de laboratorio. Si se le identifica como alguien que podría beneficiarse de uno de los programas de entrenamiento de salud disponibles, ya sea a través de sus reclamaciones o de sus respuestas a la Evaluación Personal de Salud Strive, se le inscribe automáticamente, pero los programas son voluntarios y puede optar por no participar en ellos en cualquier momento. También puede inscribirse por su cuenta en uno o varios de los programas de asesoramiento de salud disponibles. Si tiene la presión arterial alta, el colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad de las arterias coronarias o diabetes, BlueCross puede enviarle una notificación indicando que usted también puede acogerse al programa de No- Pay Copay (Copago Cero).

Como participante en el(los) programa(s) de coaching de salud, recibirá materiales educativos y una carta de bienvenida que le proporcionará el nombre y la información de contacto de su asesoramiento de salud de BlueCross. Su asesor de salud será un profesional de la salud que le ayudará a saber más sobre su enfermedad y cómo controlarla. Su asesor de salud también le ayudará a colaborar con su médico en la elaboración de un plan para hacerse cargo de su enfermedad, poniéndose en contacto con usted por teléfono. Puede ponerse en contacto con su asesor de salud tan a menudo como quiera con preguntas o para pedirle consejo. Para ponerse en contacto con un asesor, llame al 855.838.5897 y seleccione la opción 2.

Como afiliado del Plan de Salud Estatal, puede utilizar My Health PlannerSM, la aplicación gratuita que le pone en contacto con un equipo de enfermeras, terapeutas y otros trabajadores de salud para la gestión de la atención.

Cuando necesite ayuda, esta aplicación:

- Le permite controlar su salud;
- Le ayuda a comprender lo que necesita para sentirse mejor;
- Lleva un registro de lo que tiene que hacer entre las visitas al médico; y
- Le permite estar en contacto con su equipo de gestión de la asistencia.

Para acceder a My Health Planner, busca My Health Planner en la App Store o en Google Play y utiliza el código de acceso

SCStartVisit. Después de descargar la aplicación My Health Planner y seleccionar Create New Account (Crear nueva cuenta).

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

Servicios de salud del comportamiento

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

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

Enfermedades crónicas

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

- Asma;
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC);
- Insuficiencia cardíaca congestiva;
- Enfermedad arterial coronaria;
- Diabetes;
- Colesterol alto;
- Hipertensión (presión arterial alta); y
- Migrañas.

Estilos de vida saludables

Si está listo para ponerse en marcha con su salud pero no está seguro de por dónde empezar, un asesor de salud puede ayudarle. Su asesor puede ayudarle a conseguir un estilo de vida más saludable con un plan de acción personalizado para alcanzar sus objetivos.

- Salud de la espalda;
- Salud metabólica;
- Gestión del estrés; y

- Control del peso para adultos y niños.

Para ponerse en contacto con un asesor, llame al 855.838.5897 y seleccione la opción 3.

Maternidad

Tanto si está esperando su primer bebé como si es una madre experimentada, le animamos a que se inscriba y participe en los servicios gratuitos de gestión de la maternidad. Medi-Call administra el programa integral de gestión de la maternidad de PEBA, Coming Attractions. Este programa apoya a las madres a lo largo de todo el embarazo y la atención posparto. También asiste a 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 Coming Attractions, las futuras madres recibirán un correo de bienvenida y material educativo durante todo el embarazo y el posparto. No tiene que esperar a ser atendido por su médico para inscribirse en Coming Attractions, y la inscripción es fácil.

Hay tres formas sencillas de inscribirse:

1. Descargue la aplicación My Health Planner en la App Store o en Google Play, seleccione Create New Account (Crear una nueva cuenta) e introduzca el código de acceso SCBEGIN para empezar.
2. Visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com e ingrese a su cuenta de My Health Toolkit. Seleccione Wellness(Bienestar) y, a continuación, haga clic en Health Coaching (Asesoría de Salud). Desde My Activity Center (Mi Centro de Actividades), haga clic en Assessments (Evaluaciones) y complete el examen de salud de maternidad disponible, que aparece como Inscripción en el Maternity Program (Programa de Maternidad).
3. Llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724 para hablar con una enfermera de maternidad o un asesor de salud y realizar un breve examen de salud de maternidad.

Una vez inscrita, tendrá acceso a material educativo durante todo el embarazo y el posparto. Además, como parte de su beneficio tiene acceso a la aplicación My Health Planner. Esta aplicación ofrece un programa interactivo adaptado al momento en que se encuentra su embarazo. Le permitirá comunicarse de forma segura con su equipo de maternidad entre las llamadas y las citas médicas.

Si no se identifican riesgos durante el embarazo, se le anima a que llame para comunicar cualquier cambio en su estado o a que se ponga en contacto a través de un texto seguro en My Health Planner. Si se identifican factores de riesgo, recibirá llamadas periódicas de una enfermera de maternidad. Nuestro equipo especializado en maternidad

está aquí para ayudarle a navegar por sus beneficios, ayudar a coordinar la atención con su proveedor de atención médica, y ofrecer apoyo durante su viaje de embarazo.

Coming Attractions estará ahí para ayudarte tanto con las necesidades rutinarias como con las especiales a lo largo de su embarazo y más allá.

Tenga en cuenta que si no autoriza previamente un ingreso hospitalario relacionado con su embarazo o para tener a su bebé, pagará una sanción de \$515 por cada ingreso, al igual que lo haría con cualquier ingreso, esté o no relacionado con la maternidad.

Para obtener más información sobre los beneficios de maternidad, incluida la cobertura de algunos extractores de leche, consulte Embarazo y atención pediátrica en la página 57.

Programas de gestión de casos médicos

Los programas de gestión de casos disponibles para los afiliados del Plan de Salud Estatal que se enfrentan a enfermedades o lesiones graves tienen como objetivo ayudarles a localizar información de apoyo y tratamiento. Cada programa incluye equipos de enfermeras y médicos especialmente formados. Su objetivo es ayudar a los participantes a coordinar, evaluar y planificar la atención médica, y lo hacen dando al paciente el control sobre su atención y respetando su derecho al conocimiento, la elección, la relación directa con su médico, la intimidad y la dignidad. Ninguno de los programas proporciona tratamiento médico.

Para más información sobre cualquiera de estos programas, llame al 800.925.9724 y pida que le pongan en contacto con un gestor de casos.

Programa de gestión de casos de BlueCross Medi-Call

Este programa está destinado a los afiliados al Plan de Salud Estatal que padecen trastornos específicos catastróficos o crónicos, enfermedades agudas o lesiones graves. El programa facilita la continuidad de la atención y el apoyo a estos pacientes, al tiempo que gestiona los beneficios del plan de salud de forma que se promuevan resultados de alta calidad y rentables.

Los gestores de casos hablan con los pacientes, los familiares y los proveedores para establecer objetivos de salud, coordinar la atención y apoyar al paciente durante una crisis o con una enfermedad crónica. La participación en la gestión de casos es voluntaria y puede ser a corto o largo plazo. Los gestores de casos combinan los servicios estándar de autorización previa con enfoques innovadores para los pacientes que requieren altos niveles de atención y beneficios médicos. A menudo, los gestores de casos pueden organizar

servicios o identificar recursos comunitarios disponibles para satisfacer las necesidades del paciente.

El gestor de casos trabaja con el paciente y los proveedores para valorar, planificar, aplicar, coordinar, supervisar y evaluar formas de satisfacer las necesidades del paciente, reducir los reingresos y mejorar la calidad de vida.

Una enfermera de Medi-Call se mantiene en contacto con el paciente, los cuidadores y los proveedores para evaluar y reevaluar el plan de tratamiento y la evolución del paciente. Toda la comunicación entre BlueCross y el paciente, los familiares o los proveedores cumple con los requisitos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Si un paciente rechaza la gestión de casos médicos, Medi-Call seguirá preautorizando el tratamiento adecuado.

Para más información, llame al 800.925.9724 y pida que le pongan en contacto con un gestor de casos.

Programa de gestión de cuidados complejos

Algunos afiliados son derivados a gestión de cuidados complejos, un programa diseñado para ayudar a los pacientes más gravemente enfermos. Puede tratarse de afiliados con enfermedades complejas y hospitalizaciones frecuentes o barreras críticas para su atención.

El programa de gestión de cuidados complejos le proporciona información y apoyo a través de un gestor de casos, que es una enfermera titulada.

Esta enfermera coordinadora puede ayudarle a identificar las opciones de tratamiento, a localizar los suministros y equipos recomendados por su médico, a coordinar los cuidados y a investigar la disponibilidad de transporte y alojamiento para el tratamiento fuera de la ciudad. La enfermera se mantiene en contacto con los pacientes y los cuidadores para evaluar y reevaluar el plan de tratamiento y la evolución del paciente. Este programa le ayuda a tomar decisiones informadas sobre su salud cuando está gravemente enfermo o lesionado. La participación es voluntaria y se 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 puede beneficiarse de él. Recibirá una carta explicando el programa y un representante se pondrá en contacto con usted. A continuación, un equipo de enfermeras y médicos especialmente formados revisará su información médica y su plan de tratamiento. Su historial médico y su información se mantendrán siempre confidenciales entre sus cuidadores y el equipo de gestión de cuidados complejos. Su enfermera gestora del caso será su

principal contacto. Sin embargo, usted y su médico siempre tomarán la decisión final sobre su tratamiento. Asegúrese de consultar siempre a su médico antes de seguir cualquier consejo médico.

Programa de gestión de casos de enfermedad renal

La gestión de casos de enfermedad renal está disponible para determinados afiliados del Plan de Salud Estatal que reciben diálisis renal. Las enfermeras de este programa proporcionan educación y coordinación de cuidados que pueden ayudar a prevenir enfermedades agudas y hospitalizaciones.

Cuando un afiliado que recibe diálisis renal es remitido al programa, una enfermera se pone en contacto con él para confirmar que es un buen candidato para la gestión de casos renales. La enfermera, que tiene muchos años de experiencia en diálisis renal, proporciona educación y ayuda a coordinar la atención.

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

Blue365® y descuentos para afiliados

Blue365 es un programa de descuentos disponible para los suscriptores del Plan de Salud Estatal y ofrecido por BlueCross. El programa cuenta con una red de acupuntores, masajistas y gimnasios autorizados a los que se puede recurrir con tarifas más bajas, a menudo con hasta un 25 % de descuento. Blue365 también ofrece descuentos en centros de salud, programas de pérdida de peso y nutrición, rastreadores de salud portátiles y mucho más.

Para obtener más información sobre Blue365 o los descuentos para afiliados, inicie sesión en la aplicación My Health Toolkit o vaya a StateSC.SouthCarolinaBlues.com, inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit, seleccione Resources (Recursos) y, a continuación, seleccione Discounts Blue 365 (Descuentos Blue 365), o llame al Servicio de atención al cliente de BlueCross al 800.868.2520.

Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal

El Plan Estándar y el Plan de Ahorro pagan los beneficios para el tratamiento de enfermedades y lesiones si el *Plan de Beneficios* define el tratamiento como médicamente necesario. Aunque esta sección ofrece una descripción general de muchas de estos beneficios, el *Plan de Beneficios* en peba.sc.gov/publications,

contiene una descripción completa de todos los beneficios. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud ofrecidos por PEBA.

En este capítulo, los beneficios basados en el valor, incluidas los beneficios preventivos como las vacunas y los beneficios específicos para mujeres y niños, se tratan en su propia sección. Los beneficios de salud del comportamiento también figuran 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 autorización previa de Medi-Call, National Imaging Associates, Companion Benefit Alternatives o Express Scripts. Para más detalles, lea la sección de Medi-Call que comienza en la página 43, la sección de salud del comportamiento en la página 44 y la sección de National Imaging Associates en la página 45.

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

- Médicamente apropiado para identificar o tratar una condición, enfermedad, dolencia o lesión; y
- Suministrado para el cuidado y tratamiento directo de la condición, enfermedad, dolencia o lesión; y
- Prescritos u ordenados por un médico; y
- Prestado de acuerdo con las prácticas médicas y quirúrgicas reconocidas y apropiadas que prevalecen en la especialidad médica o el campo de la medicina en el momento en que se prestan; y
- No es principalmente para la conveniencia del paciente, la familia del paciente o el proveedor del paciente; y
- No tiene fines experimentales, de investigación o cosméticos

El hecho de que un procedimiento, servicio o suministro sea prescrito por 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 una enfermera registrada, independiente y de práctica avanzada están cubiertos incluso si estos servicios no se realizan bajo la dirección inmediata de un médico. Una enfermera registrada de práctica avanzada es una enfermera practicante, una enfermera partera certificada, una enfermera anestesista certificada o una enfermera clínica especialista. Todos los servicios recibidos deben estar dentro del ámbito de la licencia de la enfermera y ser necesarios debido a un ser su servicio

permitido por el Plan.

Plan de tratamiento alternativo

Un plan de tratamiento alternativo es un programa individual que permite un tratamiento más rentable y menos intensivo. Un plan de tratamiento alternativo requiere la aprobación del médico tratante, de Medi-Call y del paciente. Se cubrirán los servicios y suministros autorizados por Medi-Call como medicamento necesarios debido al plan de tratamiento alternativo aprobado.

Servicio de ambulancia

El servicio de ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea, está cubierto hasta el hospital más cercano para obtener atención de urgencia médicamente necesaria. El servicio de ambulancia también puede estar cubierto para transportar a un afiliado al hospital más cercano que pueda proporcionarle los servicios de hospitalización médicamente necesarios cuando dichos servicios no estén disponibles en el centro actual, si está preautorizado. Todos los servicios de ambulancia que no sean de urgencia deben ser autorizados previamente. Todas las solicitudes de servicio de ambulancia están sujetas a revisión médica.

Los servicios de ambulancia se reembolsan al 80 % del monto permitido; sin embargo, los proveedores no participantes pueden facturar el saldo hasta el total de lo que cobran por el servicio. Tenga en cuenta que todos los servicios de ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea, pueden no estar dentro de la red. Si tiene alguna duda sobre si un servicio de ambulancia está dentro de la red, póngase en contacto con BlueCross. Para obtener información sobre la facturación de saldos, consulte la página 41.

Beneficios del trastorno del espectro autista

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

Beneficios de salud del comportamiento

No hay límite en el número de visitas permitidas a un proveedor de atención de salud del comportamiento, como el servicio de salud mental y uso de sustancias, siempre que la atención sea médicamente necesaria según los términos del Plan. No existe un máximo anual ni vitalicio para los beneficios de salud del comportamiento.

Algunos servicios requieren una autorización previa por parte de Companion Benefit Alternatives, el gestor de salud del comportamiento. Para más información, consulte la página 44. Su proveedor de salud del

comportamiento deberá realizar revisiones periódicas de la necesidad médica, de forma similar a Medi-Call para los beneficios médicos.

Para el servicio de atención al cliente y la información sobre las reclamaciones de los cuidados de salud del comportamiento, llame a BlueCross al 800.868.2520.

Gestión de casos de salud del comportamiento

La gestión de casos está diseñada para apoyar a los afiliados con enfermedades catastróficas o crónicas. A los participantes se les asigna un gestor de casos, que les ayudará a informarse sobre las opciones y servicios disponibles para satisfacer sus necesidades de salud mental y les ayudará a coordinar los servicios.

Los gestores de casos son enfermeros y trabajadores sociales licenciados. Pueden asistirle respondiendo a sus preguntas y ayudándole a sacar el máximo provecho de sus beneficios de salud mental, médicos y de farmacia. Esto puede incluir la planificación de los cuidados, la educación del paciente/la familia, la revisión de los beneficios y la coordinación de otros servicios y recursos comunitarios. Cuando se inscribe 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 cómo manejar mejor su condición. La participación es voluntaria y confidencial.

Para más información, llame al 800.868.1032, ext. 25835.

Trasplantes de huesos, 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, Blue Distinction Centers for Transplants. Todos los centros de Blue Distinction Centers for Transplants cumplen criterios específicos que tienen en cuenta las cualificaciones de los proveedores, los programas y los resultados de los pacientes.

Todos los servicios de trasplante deben ser aprobados por Medi-Call (ver la página 43). Debe llamar a Medi-Call, incluso antes de que usted o un familiar cubierto sea evaluado para un trasplante.

A través de la red Blue Distinction Centers for Transplants, los afiliados al Plan de Salud Estatal tienen acceso a los principales centros de trasplante de órganos del país. También están en vigor contratos con proveedores locales de servicios de trasplante para que los afiliados puedan recibir trasplantes en

esos centros.

Ahorrá una cantidad significativa de dinero si recibe los servicios de trasplante en un centro de la red Blue Distinction Centers for Transplants o en un centro de trasplantes de la red de Carolina del Sur. Si recibe servicios de trasplante en uno de estos centros de la red, no se le facturará el saldo. Usted será responsable únicamente de su deducible, coaseguro y de cualquier gasto no cubierto por el Plan. Además, estos centros de la red presentarán todas las reclamaciones por usted.

Los servicios de trasplante en centros no participantes están cubiertos por el Plan; sin embargo, el Plan de Salud Estatal solo paga la cantidad permitida por el Plan de Salud Estatal para los trasplantes realizados fuera de la red. Si no recibe los servicios de trasplante en un centro de la red, es posible que pague bastante más. Además del deducible y el coaseguro, los afiliados que utilicen centros fuera de la red son responsables de cualquier cantidad que supere el monto permitido, o factura de saldo, y pagan el 40 % de coseguro. Los costos del trasplante pueden variar en cientos de miles de dólares. Para obtener información sobre la facturación de saldos, consulte la página 41. También puede llamar a Medi-Call para obtener más información.

Atención quiropráctica

Están cubiertos los servicios específicos prestados en consulta por un quiropráctico, incluida la detección y corrección por medios manuales o mecánicos del desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo para eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de dicha interferencia nerviosa, cuando dicha interferencia sea el resultado de, o esté relacionada con, la distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral. Las radiografías de diagnóstico están cubiertas si son médicamente necesarias. Tanto el Plan Estándar como el Plan de Ahorro están limitados a una terapia manual por visita, que está sujeta al máximo del Plan.

Para los afiliados al Plan Estándar, los beneficios quiroprácticos están limitados a \$2,000 por persona y año. Con el Plan de Ahorro, los beneficios quiroprácticos se limitan a \$500 al año por cada persona cubierta, una vez satisfecho el deducible anual. Los servicios de un masajista no están cubiertos.

Anticonceptivos

Las recetas de anticonceptivos de rutina, incluidas las píldoras anticonceptivas y los inyectables, surtidas en una farmacia participante o a través de la farmacia de pedidos por correo del Plan, están cubiertas sin coste alguno para los suscriptores principales del Plan de Salud Estatal y los cónyuges cubiertos. Los implantes e inyectables anticonceptivos administrados en un consultorio del médico están cubiertos como un beneficio médico, no de farmacia, de farmacia. Las visitas al consultorio para implantes anticonceptivos

se tramitarán con los copagos, coseguros y deducibles aplicables. Los anticonceptivos están cubiertos para los hijos cubiertos únicamente para tratar una condición médica y deben ser autorizados previamente por Express Scripts o Medi-Call. En estos casos, el afiliado sigue pagando la cuota de gastos.

Atención dental

Por lo general, la atención dental se presta en el marco de Dental Plus o Dental Básico, y no del Plan de Salud Estatal. Para más información, consulte el capítulo sobre el seguro dental en la página 74.

Los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas para reparar los daños causados por un accidente (hasta un año después de la fecha del accidente), causados por un tratamiento contra el cáncer o debidos a un defecto congénito de nacimiento constituyen una excepción y están cubiertos por el Plan de Salud Estatal. También se cubre la cirugía dental de los dientes óseos impactados, cuando está respaldada por radiografías.

Suministros para diabéticos

La insulina está permitida en el programa de medicamentos recetados o en el plan médico, pero no en ambos. Los suministros para diabéticos, incluyendo jeringuillas, lancetas y tiras reactivas, están cubiertos en las farmacias participantes por un copago genérico de \$13 por artículo para cada suministro de hasta 30 días. Consulte la página 69 para obtener más información sobre la cobertura de suministros para diabéticos y el Formulario Nacional Preferido de Express Scripts. Los medicamentos genéricos para el tratamiento de la diabetes y los suministros para las pruebas de diabetes están cubiertos sin costo alguno para los afiliados al Plan Estándar y al Plan de Ahorro inscritos en el programa de No-Pay Copay (Copago Cero). Como la insulina no es un medicamento genérico, no puede acogerse a la exención. Para más información, consulte la página 48. Las reclamaciones por equipos médicos duraderos para diabéticos deben presentarse a través de su cobertura médica.

Tenga en cuenta que los servicios de educación sobre la diabetes ofrecidos por los proveedores de la red están cubiertos sin costo alguno para los afiliados principales del Plan de Salud Estatal. Ver página 47.

Visitas al médico

Los tratamientos o consultas por una lesión o enfermedad están cubiertos cuando son médicamente necesarios dentro de los términos del Plan y no están asociados a un servicio excluido por el Plan. Algunas visitas ambulatorias para la atención de la salud del comportamiento, como la atención de la salud mental y el uso de sustancias, siguen requiriendo

autorización previa. Para más detalles sobre los beneficios de salud del comportamiento, consulte la página 53.

Equipo médico duradero

En general, el equipo médico duradero debe ser preautorizado por Medi-Call. Algunos ejemplos son:

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

Las redes de proveedores de equipos médicos duraderos están disponibles para los afiliados al Plan de Salud Estatal. Ofrecen descuentos a la vez que proporcionan productos y cuidados de alta calidad.

Asistencia de salud a domicilio

La asistencia de salud a domicilio incluye los cuidados de enfermería a tiempo parcial, el servicio de asistencia de salud o la fisioterapia, la terapia ocupacional o la terapia del habla proporcionadas por una agencia de asistencia de salud a domicilio autorizada y que se prestan en el domicilio del paciente. No puede recibir al mismo tiempo beneficios de asistencia de salud a domicilio y de hospital o centro de enfermería especializada. Estos servicios no incluyen los cuidados de custodia ni los cuidados prestados por una persona que viva habitualmente en el domicilio o sea miembro de la familia del paciente o del cónyuge del paciente. Los beneficios están limitados a 100 visitas al año. Estos servicios deben ser preautorizados por Medi-Call y el afiliado debe estar confinado en su domicilio.

Cuidados paliativos

El Plan pagará hasta 80 días por persona de cuidados paliativos para un paciente certificado por su médico como enfermo terminal. El beneficio también incluye el asesoramiento en caso de duelo, y los servicios deben ser autorizados previamente por Medi-Call.

Infertilidad

Para tener derecho a los beneficios para tratar la infertilidad, el suscriptor o el cónyuge cubierto deben tener un diagnóstico de infertilidad. La cobertura está limitada a un pago máximo de

por vida de \$15,000. Tenga en cuenta que el límite se aplica a todos los beneficios médicos cubiertos y a los beneficios de medicamentos recetados cubiertos en los que incurra el suscriptor o el cónyuge cubierto, ya sea que esté cubierto como cónyuge o como empleado. El límite para el individuo se aplica incluso si el afiliado estaba casado con otra persona en ese momento.

Si el suscriptor o el cónyuge se han sometido a una ligadura de trompas o a una vasectomía, el Plan no pagará el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad de ninguno de los dos miembros.

En el máximo de \$15,000 se incluyen las pruebas diagnósticas, los medicamentos recetados y hasta seis ciclos de inseminación intrauterina (IIU), y un máximo de tres ciclos completos de transferencia intrafalopiana de cigotos o gametos (ZIFT o GIFT) o de fecundación in vitro (FIV) de por vida. Un ciclo refleja los cambios cíclicos de la fertilidad, y el ciclo comienza con cada nueva inseminación o transferencia de tecnología de reproducción asistida (TRA) o intento de implantación. No se cubren los procedimientos de TRA no mencionados específicamente, incluidos, entre otros, los siguientes: transferencia tubárica de embriones (TET, por sus siglas en inglés) y transferencia tubárica de embriones en fase pronuclear (PROUST, por sus siglas en inglés) donación de ovocitos.

Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad están sujetos al pago de un coseguro del 30 % tanto en el Plan Estándar como en el Plan de Ahorro. Este gasto no se aplica al máximo de copago de medicamentos recetados de \$3,000 por persona para el Plan Estándar. Sí se aplica al deducible del Plan de Ahorro. El pago del 70 % del plan por los medicamentos recetados para tratamientos de infertilidad se aplica al pago máximo vitalicio de \$15.000 por tratamientos de infertilidad. Llame a Express Scripts al 855.612.3128 para obtener más información sobre los medicamentos recetados.

Los beneficios se pagan al 70 % del monto permitido.

La parte de los gastos que le corresponde no se tiene en cuenta para el coseguro máximo. Todos los procedimientos relacionados con la infertilidad deben ser preautorizados por Medi-Call. Para más información, llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724.

Tenga en cuenta que, cuando se quede embarazada, le recomendamos que se inscriba en el programa de gestión de la maternidad de Coming Attractions. Para más información, consulte la página 50.

Servicios de hospitalización

La atención hospitalaria, incluida la habitación semiprivada y la comida, está cubierta. Además de las visitas normales de su médico mientras esté en el hospital, tiene cubierta una

consulta por médico consultor por cada estancia en el hospital. La atención hospitalaria debe ser aprobada por Medi-Call (página 43) o por Companion Benefit Alternatives. Para más información, consulte la página 44.

Servicios del centro ambulatorio

Los servicios ambulatorios pueden prestarse en el departamento de consultas externas de un hospital o en un centro independiente. Los servicios y suministros para pacientes ambulatorios incluyen:

- Servicios de laboratorio;
- Servicios de rayos X y otros servicios radiológicos;
- Servicios de urgencias;
- Radioterapia;
- Servicios de patología;
- Cirugía ambulatoria;
- Servicios de la sala de infusión; y
- Pruebas de diagnóstico.

Si está cubierto por el Plan Estándar, se le cobrará un copago de \$115 por los servicios ambulatorios. Se le cobrará un copago de \$193 por los servicios de urgencias. Estos copagos no se aplican a su deducible anual ni a su coseguro máximo. El copago de los servicios de urgencias queda exento si se ingresa en el hospital.

El copago de los servicios ambulatorios no se aplica a la diálisis, a las mamografías de rutina, a las pruebas de Papanicolaou de rutina, a la fisioterapia, a la terapias del habla, a la terapia ocupacional, a las visitas a la clínica, a los servicios de oncología, a la terapia electroconvulsiva, a la gestión de la medicación psiquiátrica y a los servicios de hospitalización parcial y de salud intensiva del comportamiento en régimen ambulatorio.

Tenga en cuenta que, cuando se solicitan 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 rentable, ya que le permitiría evitar el pago del copago de \$115 por los servicios de un centro ambulatorio o el copago de \$15 por una visita al consultorio médico.

Además, recuerde que puede haber una alternativa más conveniente y asequible para usted, dependiendo de sus circunstancias. Considere si una visita por video, una visita a un centro de atención urgente o una visita a la consulta del médico sería igual de eficaz, ya que podría evitar los copagos del centro por completo.

Hogares médicos centrados en el paciente

Un hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) es una consulta médica de atención primaria en la que el

paciente cuenta con un equipo de salud que suele estar dirigido por un médico. El equipo puede incluir enfermeras, un nutricionista, educadores de salud, farmacéuticos y especialistas en salud mental, y estos profesionales derivan 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 la coordinación de la atención y la prevención de enfermedades, en lugar de esperar a que se produzca una enfermedad y tratarla. El equipo ayuda al paciente a mejorar su salud trabajando con él para establecer objetivos y elaborar un plan para alcanzarlos. Este enfoque puede ser especialmente beneficioso para los afiliados con enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión.

Para animar a los afiliados a buscar atención en un PCMH, el Plan de Salud Estatal no cobra a los afiliados del Plan Estándar el copago de \$15 por una visita al consultorio médico en persona. Después de que los suscriptores del Plan de Ahorro y del Plan Estándar alcancen su deducible, pagarán un coseguro del 10 %, en lugar del 20 %, por los servicios en persona en un PCMH afiliado a BlueCross.

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

Embarazo y atención pediátrica

Los beneficios de maternidad se conceden a los suscriptores y a sus cónyuges cubiertos. Los hijos cubiertos no tienen beneficios de maternidad. Los beneficios de maternidad incluyen los cuidados prenatales y posparto necesarios, incluidos el parto, el aborto y las complicaciones relacionadas con el embarazo. Cuando se quede embarazada, le recomendamos que se inscriba en el programa de gestión de la maternidad de Coming Attractions. Para obtener información, consulte la página 51.

Extractores de leche

Los modelos específicos de sacaleches están cubiertos y disponibles sin costo alguno para las suscriptoras y las cónyuges de los afiliados. Para utilizar esta cobertura, tendrá que obtener la bomba a través de un proveedor contratado por BlueCross. Aunque no es necesaria una receta médica, es preferible tenerla y ayudará a que el pedido se procese más rápidamente. Para más información, visite [StateSC. SouthCarolinaBlues.com](https://www.state.sc.gov/southcarolinablues.com), luego Medical, luego PEBA Perks, luego Breast Pump (Extractor de leche).

Duración de la estancia hospitalaria

Según la ley federal, los planes de salud de grupo no pueden restringir los beneficios por la duración de cualquier estancia hospitalaria en relación con el parto de 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. No obstante, el Plan puede pagar una estancia más corta si el médico que atiende al paciente, tras consultar con la madre, da el alta a la madre o al recién nacido antes.

Asimismo, según la ley federal, los planes de salud colectivos no pueden establecer el nivel de beneficios o los gastos de bolsillo de forma que cualquier parte posterior de la estancia de 48 horas (o 96 horas) se trate de forma menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estancia. Además, un plan no puede exigir que un médico u otro proveedor de asistencia de salud obtenga una autorización para prescribir una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas). El afiliado puede estar obligado a obtener una precertificación para utilizar determinados proveedores o instalaciones o para reducir los gastos de bolsillo.

Servicios de partera

El Plan de Salud Estatal solo reconoce a las enfermeras parteras certificadas como proveedoras de servicios cubiertos por las parteras. Una enfermera partera certificada es una enfermera registrada de práctica avanzada que está autorizada por la Junta Estatal de Enfermería, o por un estado hermano que tenga normas de licencia sustancialmente equivalentes, como partera. Los servicios de una enfermera titulada activa están cubiertos aunque no se realicen bajo la dirección inmediata de un médico. No se reembolsan los servicios de las parteras legas y de las parteras con licencia del Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur.

Medicamentos con receta

Si desea más información, consulte el capítulo sobre **Beneficios por prescripción médica**, en la página 66.

Cirugía reconstructiva tras una mastectomía médicamente necesaria

El Plan cubrirá, tal y como exige la Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998, los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen:

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;

- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos servicios solo se aplican en los casos de pos-mastectomía. Todos los servicios deben ser aprobados por Medi-Call.

Cuidados de rehabilitación

El Plan proporciona beneficios para la rehabilitación física destinada a restablecer una función corporal que se ha perdido a causa de un traumatismo 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 en régimen de internado, independientemente del motivo del ingreso.
- La terapia de rehabilitación debe realizarse en el entorno más rentable y adecuado a la enfermedad.
- El proveedor debe presentar un plan de tratamiento a Medi-Call.
- Debe haber una expectativa razonable de que se pueda restablecer una función suficiente para que el paciente pueda vivir en su casa.
- Hay que seguir mejorando significativamente.
- El ingreso en un centro de rehabilitación debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones d Salud o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación.

Los beneficios de rehabilitación no se pagan por:

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

Rehabilitación - aguda

La rehabilitación en fase aguda suele realizarse en un entorno ambulatorio. En los casos complejos, la rehabilitación puede realizarse en un centro de agudos y luego en un centro de rehabilitación de subagudos o en un centro ambulatorio. La rehabilitación aguda comienza poco después del inicio de la enfermedad o lesión y puede prolongarse durante días, semanas o varios meses.

La rehabilitación cardíaca y pulmonar requiere autorización previa.

Rehabilitación - a largo plazo

La rehabilitación a largo plazo se refiere al punto en el que es posible, en teoría, una mayor mejora, 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 no está cubierta.

Segundas opiniones

Si Medi-Call le aconseja que busque una segunda opinión antes de un procedimiento médico, el Plan pagará el 100 % del costo de dicha opinión. Estos procedimientos incluyen la cirugía y el tratamiento (incluida la hospitalización).

Centro de enfermería especializada

El Plan pagará beneficios limitados por servicios de hospitalización médicamente necesarios en un centro de enfermería especializada durante un máximo de 60 días. Las visitas al médico se limitan a una al día. Estos servicios requieren la aprobación de Medi-Call.

Terapia del habla

Rehabilitación

El Plan cubre la terapia del habla de corta duración para restablecer la función del habla o de la deglución que se ha perdido como consecuencia de una enfermedad, un traumatismo, una lesión o un defecto congénito, como el labio leporino o el paladar hendido. El terapeuta del habla debe ser prescrita por un médico y proporcionada por un terapeuta del habla autorizado. La terapia del habla, tanto si se ofrece como servicio de hospitalización como en el domicilio del afiliado, requiere la autorización previa de Medi-Call. La terapia del habla ambulatoria no requiere autorización previa. Para más información, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de BlueCross en el 803.736.1576 o en el 800.868.2520.

Mantenimiento

La terapia de mantenimiento comienza cuando se han alcanzado los objetivos terapéuticos de un plan de tratamiento o cuando no se documentan ni se espera que se produzcan más progresos funcionales. La terapia de mantenimiento no está cubierta.

Habilitación

El Plan de Salud Estatal cubre los servicios de terapia del habla de habilitación para los dependientes cubiertos de 6 años o menos.

La terapia del habla ofrecida en el domicilio del afiliado requiere autorización previa de Medi-Call.

Exclusiones

La terapia del habla no está cubierta cuando está asociada a alguno de los siguientes aspectos:

- Retraso psicológico del habla a partir de los 7 años;
- Balbuceo/tartamudeo a partir de 7 años;
- Problemas del comportamiento;
- Trastornos de la atención;
- Discapacidad mental;
- Reentrenamiento cognitivo (mental);
- Programas comunitarios de reinserción; o
- Rehabilitación a largo plazo tras la fase aguda del tratamiento de la lesión o enfermedad.

Tenga en cuenta que BlueCross puede seguir revisando los servicios de terapia del habla después de que se haya pagado una reclamación para determinar si los servicios son realmente un beneficio cubierto por el Plan.

Cirugía

Los gastos del médico por una intervención quirúrgica médicamente necesaria en régimen de hospitalización, una intervención quirúrgica en régimen ambulatorio y el uso de instalaciones quirúrgicas están cubiertos si la atención está asociada a un servicio permitido por el Plan.

Otros beneficios cubiertos

Estos beneficios están cubiertos si se determina que son médicamente necesarias y están asociadas a un servicio permitido por el Plan:

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

Los cuidados prolongados están cubiertos como alternativa a la atención hospitalaria solo si son aprobados por Medi-Call.

Exclusiones: servicios no cubiertos

Hay algunos gastos médicos que el Plan de Salud Estatal no cubre. El *Plan de Beneficios* en peba.sc.gov/publications contiene una lista completa de las exclusiones.

- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios dentro de los términos del Plan.

- Procedimientos de rutina no relacionados con el tratamiento de una lesión o enfermedad, excepto los que se enumeran específicamente en la sección de beneficios preventivos.
- Exámenes físicos de rutina, chequeos (excepto las visitas de rutina de adultos, beneficios de cuidado preventivo infantil y beneficios preventivos según las directrices), servicios, cirugía (incluida la cirugía estética) o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Los exámenes de rutina de la próstata, los exámenes de detección o los servicios relacionados no están cubiertos por el Plan. El examen de diagnóstico de la próstata, los exámenes de detección y los análisis de laboratorio estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios, pero no como parte de una visita de control para adultos. El examen de diagnóstico estará sujeto a los deducibles y coseguros habituales del Plan de Salud Estatal.
- Pruebas rutinarias de antígeno prostático específico.
- Lentes.²⁹
- Lentes de contacto²⁹, salvo que sean médicamente necesarias después de una operación de cataratas y para el tratamiento del queratocono, una enfermedad de la córnea que afecta a la visión.
- Exámenes de la vista rutinarios.²⁹
- Cirugía refractiva²⁹, como la queratotomía radial, la corrección de la visión mediante queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK, por sus siglas en inglés) y otros procedimientos para modificar las propiedades refractivas de la córnea.
- Audífonos y exámenes para su adaptación.
- Servicios dentales³⁰, excepto la extracción de dientes impactados, el tratamiento en el plazo de un año de una condición derivada de un accidente, el tratamiento necesario por la pérdida de dientes debido a un tratamiento contra el cáncer y el tratamiento necesario como consecuencia de un defecto congénito.
- Férulas para la ATM, aparatos dentales, protectores, etc. La intervención quirúrgica necesaria por razones médicas para la articulación temporomandibular está cubierta si la autoriza Medi-Call. El síndrome de la articulación temporomandibular (ATM) suele caracterizarse por dolor de cabeza, dolor facial y sensibilidad en la mandíbula, causados por irregularidades en el funcionamiento de las articulaciones, los ligamentos y los músculos de los maxilares.

²⁹ Aunque los beneficios de visión no suelen estar cubiertos por el Plan de Salud Estatal, el Plan de Visión Estatal ofrece cobertura y descuentos. Consulte el capítulo sobre el cuidado de la Visión en la página 83.

³⁰ Los beneficios dentales están disponibles a través de Dental Plus y Dental Básico. Consulte el capítulo sobre el **Seguro dental** en la página 74.

- Cuidados de custodia, incluyendo niñeras y acompañantes o amas de casa/cuidadoras.
- Admisiones o partes de las mismas para cuidados de custodia o de larga duración, incluyendo:
- Cuidado de relevo;
- Atención psiquiátrica aguda o crónica de larga duración;
- Cuidados para ayudar al afiliado a realizar las actividades de la vida diaria (es decir, cuidados de custodia, incluidos, entre otros, los siguientes: caminar, moverse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, mantener la continencia, comer, preparar la comida y tomar la medicación); y
- Cuidados psiquiátricos o por consumo de sustancias a largo plazo, incluyendo: escuelas terapéuticas, campamentos de verano/de entrenamiento, internados terapéuticos, centros de reinserción social y hogares de grupo terapéuticos.
- Cualquier artículo que pueda comprarse sin receta, incluidos, entre otros, los medicamentos y los dispositivos anticonceptivos.
- Cirugía para revertir una vasectomía o ligadura de trompas si es electiva y no es médicamente necesaria para tratar una condición preexistente.
- Diagnóstico o tratamiento de la infertilidad del afiliado o de su cónyuge si alguno de ellos se ha sometido a una ligadura de trompas o a una vasectomía.
- Tecnologías de reproducción asistida (tratamiento de la fertilidad), salvo lo descrito en la página 55.
- Tratamientos de pérdida de peso y toda la cirugía de pérdida de peso, incluyendo, pero no limitado a: 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 dichos procedimientos o tratamiento.
- Equipos que tienen un uso no terapéutico (como humidificadores, acondicionadores de aire, bañeras de hidromasaje, pelucas, prótesis capilares, aspiradoras, modificaciones en el hogar y en el vehículo, aparatos de gimnasia, dispositivos de aumento del habla o de comunicación, incluidos los ordenadores, etc.), independientemente de que el equipo esté relacionado con una condición médica o haya sido prescrito 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), incluyendo, pero sin limitarse a, férulas o aparatos ortopédicos.
- Los gastos del médico por medicamentos, fármacos, aparatos, suministros, sangre y derivados de la sangre, a menos que sean beneficios médicos cubiertos por el Plan.
- Atención médica por parte de un médico el mismo día o durante la misma estancia en el hospital en el que le operan, a menos que se necesite un especialista médico para una afección que el cirujano no haya podido tratar.
- Gastos del médico por patología clínica, definidos como servicios de lectura de cualquier informe generado por máquina o pruebas de laboratorio mecánicas. La interpretación de estas pruebas está incluida en el beneficio del servicio de laboratorio.
- Tarifas por expedientes médicos y presentación de reclamaciones.
- Complementos alimenticios, incluidos, entre otros, los preparados para lactantes, la nutrición enteral, Boost/Ensure o complementos afines.
- Servicios prestados por miembros de la familia inmediata del asegurado.
- Acupuntura.
- Programas de gestión 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.
- Biorretroalimentación.
- Complicaciones derivadas de la recepción de servicios no cubiertos.
- Pruebas psicológicas para determinar la colocación laboral, ocupacional o escolar, o con fines educativos; terapia de entorno; o para determinar la discapacidad de aprendizaje.
- Cualquier servicio o suministro por el que una persona cubierta tenga derecho a un pago o a beneficios en virtud de la legislación federal o estatal (excepto Medicaid), como los beneficios pagaderos en virtud de las leyes de compensación de los trabajadores.
- Gastos de tratamiento de enfermedades o lesiones o complicaciones causadas por actos de guerra o del servicio militar.
- Productos cosméticos, procedimientos, cirugía o complicaciones derivadas de dichos procedimientos o servicios.
- Productos o servicios para dejar de fumar o de disuasión, excepto los cubiertos por el Programa de medicamentos

con receta o los autorizados por el programa de cesación del tabaquismo para los participantes elegibles en su programa de cesación del tabaquismo.

- Escleroterapia (tratamiento de venas varicosas), incluidas las inyecciones de soluciones esclerosantes para venas varicosas.
- de la pierna, a menos que se haya realizado un procedimiento de ligadura (ligadura de un vaso sanguíneo) o extirpación aprobado previamente en un plazo de tres años y la documentación presentada a Medi-Call con una solicitud de autorización previa establezca que quedaron algunas varices (venas retorcidas) después del procedimiento.
- Servicios prestados por animales de servicio o de terapia o por sus cuidadores.
- Abortos, excepto un aborto legal realizado de acuerdo con las directrices federales de Medicaid.
- El tratamiento de infertilidad de un hijo cubierto, el embarazo o las complicaciones del embarazo o el parto.
- Almacenamiento de sangre o plasma sanguíneo.
- Procedimientos quirúrgicos o médicos experimentales o de investigación, suministros, dispositivos o medicamentos. Cualquier procedimiento quirúrgico o médico que el personal médico del tramitador de reclamaciones de terceros, con la consulta adecuada, determine que es experimental o de investigación
- o la práctica médica no aceptada. Los procedimientos experimentales o de investigación son aquellos procedimientos médicos o quirúrgicos, suministros, dispositivos o fármacos que, en el momento en que se proporcionan o se pretenden proporcionar:
 - No se reconocen como conformes a la práctica médica aceptada en la especialidad médica correspondiente o en el campo de la medicina; o
 - Los procedimientos, fármacos o dispositivos no han recibido la aprobación final para su comercialización por parte de los organismos gubernamentales correspondientes; o
 - Son aquellos sobre los que la literatura médica revisada por pares no permite sacar conclusiones sobre su efecto en los resultados de salud; o
 - No se ha demostrado que sean tan beneficiosas como las alternativas establecidas; o
 - No se ha demostrado, a un nivel estadísticamente significativo, que mejoren los resultados netos de salud; o

- Son aquellos en los que no se ha demostrado que la mejora reclamada pueda obtenerse fuera del ámbito de la investigación o la experimentación.

Límites adicionales en el Plan Estándar

- Los beneficios quiroprácticos del Plan Estándar son limitados a \$2,000 por persona y año.
- Los beneficios quiroprácticos de la terapia manual se limitan a uno por visita y por persona.

Límites y exclusiones adicionales en el Plan de Ahorro

- Los beneficios quiroprácticos del Plan Estándar son limitados a \$500 por persona cubierta y año.
- Los beneficios quiroprácticos de la terapia manual se limitan a uno por visita y por persona.
- Los antihistamínicos no sedantes y los medicamentos para tratar la disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan de Ahorro.

Cómo presentar una reclamación al Plan de Salud Estatal

Servicios en Carolina del Sur

Si ha recibido servicios de un proveedor que participa en una red del Plan de Salud Estatal, no tiene que presentar una reclamación; su proveedor la presentará por usted. Usted es responsable de los gastos de bolsillo habituales, como deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos.

Si no utilizó un proveedor de la red, o si tiene una reclamación por un servicio fuera de la red, es posible que tenga que presentar la reclamación usted mismo. Puede obtener formularios de reclamación en peba.sc.gov/forms y en BlueCross. Necesitará un formulario de reclamación distinto para cada persona que haya recibido atención.

Para presentar una reclamación:

- Rellene el formulario de reclamación.
- Adjunte sus facturas detalladas, en las que debe figurar el monto cobrado, el nombre del paciente, la fecha y el lugar del servicio, y el diagnóstico, si procede; los códigos de procedimiento; y el nombre del proveedor, el número de identificación fiscal federal o el identificador nacional de proveedores, si están disponibles.

Presente sus reclamaciones dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que recibió los servicios o tan pronto como sea razonablemente posible.

Para que se paguen las reclamaciones, BlueCross debe recibir su formulario antes de que finalice el año calendario posterior al año en que se produjeron los gastos.

Envíe las reclamaciones por correo a:

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

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

Servicios fuera de Carolina del Sur

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

Los proveedores de la red presentarán las reclamaciones a la filial de BlueCross del estado en el que se haya prestado el servicio. Fuera de los Estados Unidos, deberá rellenar un formulario de reclamación de BlueCross BlueShield Global Core y enviarlo al Centro de Servicios de 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 un proveedor fuera de la red, es posible que se le pida que pague por adelantado el costo total de los servicios recibidos y que también se le pida que presente la reclamación a BlueCross usted mismo.

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

Apelaciones

Reclamaciones y apelaciones de autorizaciones previas a procesadores de reclamaciones de terceros

Los suscriptores tienen derecho a apelar las decisiones tomadas por los procesadores de reclamaciones de terceros contratados por PEBA para administrar los beneficios. Lo siguiente cubre las apelaciones iniciales a BlueCross para las reclamaciones de seguros de salud, así como Medi-Call para la autorización previa médica y Companion Benefit Alternatives (CBA, por sus siglas en inglés) para las autorizaciones previas de los beneficios de salud del comportamiento. Las apelaciones de autorizaciones previas de radiología para National Imaging Associates se manejan

de manera diferente a otros procedimientos de apelación y también se cubren en esta sección.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, puede apelar una reclamación inicial o una denegación de autorización previa en los seis meses siguientes a la decisión. Si desea que alguien

más apele en su nombre, puede hacer esta solicitud a BlueCross, Medi-Call o CBA por escrito. Tenga en cuenta que los proveedores médicos no pueden apelar en su nombre. A continuación se ofrece información de contacto si tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación.

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

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

Medi-Call

- 803.699.3337 o 800.925.9724.

Alternativas al beneficio de acompañante

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

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

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

National Imaging Associates

- www.RadMD.com.
- 866.500.7664.

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

Apelaciones ante la PEBA: autorizaciones previas y servicios prestados

Si sigue insatisfecho después de que se haya reexaminado la decisión, puede solicitar una apelación de segundo nivel enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la denegación. Por favor, incluya una copia de las dos denegaciones anteriores con su recurso a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA
Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

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

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o un administrador de beneficios no pueden apelar a la PEBA en su nombre, aunque hayan apelado la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamación de BlueCross, Medi-Call o CBA, como se indica en el Plan.

No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, En su versión modificada.

Plan complementario 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 Estándar, un plan de pago por servicio.

El Plan Complementario TRICARE es una cobertura secundaria a TRICARE. Paga la parte correspondiente al suscriptor de los gastos médicos cubiertos en las opciones TRICARE Prime (dentro de la red), Selecto y Reserva Retirada de TRICARE Extra y Estándar. Los participantes elegibles tienen una cobertura de casi el 100 %. Suscrito por The Hartford Life and Accident Insurance Company, el Plan es administrado por Selman & Company. La ley federal exige que el plan esté patrocinado por una asociación, no por un empleador. El patrocinador del plan es la Asociación de Empleados del Gobierno.

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

Elegibilidad

La PEBA no confirma la elegibilidad para el Plan Complementario TRICARE. Las personas elegibles deben estar inscritas en el Sistema de Informes de Elegibilidad de la Defensa (DEERS, por sus siglas en inglés) y no deben ser elegibles para Medicare. Debe abandonar la cobertura del Plan Médico Estatal para inscribirse en el Plan Complementario de TRICARE.

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

- Militares jubilados que reciban la jubilación, la retención o el salario equivalente;
- Cónyuge/cónyuge superviviente de un militar jubilado;
- Reservistas jubilados de entre 60 y 65 años y cónyuges/cónyuges supervivientes de reservistas jubilados;
- Reservistas jubilados menores de 60 años e inscritos en la Reserva Retirada de TRICARE (jubilados de la Zona Gris) y cónyuges/cónyuges supervivientes de reservistas jubilados inscritos en la Reserva Jubilada TRICARE;

- Militares jubilados y sus cónyuges o cónyuges supervivientes que residan fuera de los EE.UU. o de sus territorios (todos los que tengan derecho a Medicare deben estar afiliados a éste); y
- Guardia Nacional y Reserva cualificada
- Miembros (TRICARE Reserve Select).

Existen excepciones limitadas a la regla de elegibilidad de los 65 años. Póngase en contacto con Selman & Company para obtener más información.

Como suscriptor, usted puede cubrir a sus hijos dependientes elegibles; sin embargo, la elegibilidad de los dependientes para el Plan Complementario 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

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

Cómo inscribirse

Si es elegible para TRICARE y tiene derecho a la cobertura del programa de seguro médico del estado de Carolina del Sur, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que fue contratado o se hizo elegible para TRICARE. También puede inscribirse durante la inscripción abierta anual. Si se inscribe durante la inscripción abierta, la cobertura entra en vigor el 1 de enero.

Para inscribirse

1. La afiliación a la Asociación de Empleados del Gobierno es necesaria para inscribirse en el Plan Complementario TRICARE. La información sobre la Asociación de Empleados del Gobierno se proporciona en el

Paquete de bienvenida del Plan Complementario TRICARE. Las cuotas están incluidas en la prima mensual del Plan. Para más información, póngase en contacto con la Asociación de Empleados del Gobierno en el 800.446.7600 o en www.geausa.org.

2. Complete un *Aviso de Elección* y marque "Plan Complementario 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 inscribirlo en línea. Como suscriptor, puede inscribirse a través de MyBenefits.sc.gov durante la inscripción abierta. Para más información, consulte la página 18. Si usted es un empleado jubilado de un organismo estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público, presente un *Aviso de Elección de Jubilado a PEBA*. Si usted es un jubilado de un empleador opcional participante, presente un *Aviso de Elección de Jubilado* a la oficina de beneficios de su antiguo empleador. Para más información, consulte la página 136. La cobertura no es automática.
3. Si es un suscriptor elegible, complete el formulario Otro Seguro Médico de TRICARE si estaba inscrito previamente en el Plan Médico Estatal. El formulario Otro Seguro Médico de TRICARE para cada región se encuentra en el sitio web de TRICARE, www.tricare.mil. Envíe por fax los formularios cumplimentados a TRICARE al número que aparece en el formulario. Recuerde que el Plan Complementario 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 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. Para más información, consulte la página 18.

Características del plan

El Plan Complementario de TRICARE le proporciona una cobertura adicional que, cuando se combina con la otra cobertura de TRICARE, suele pagar el 100% de sus gastos de bolsillo. Algunas de las características del plan son:

- Sin deducibles, coseguros ni gastos de bolsillo por los servicios cubiertos;

- Elección de cualquier proveedor autorizado por TRICARE, incluidos los proveedores de la red, los que no pertenecen a la red y los participantes (consulte *el Manual del Afiliado al Plan Complementario de TRICARE*);
- Reembolso de los copagos de medicamentos recetados; y
- Portabilidad que le permite continuar con la cobertura pagando las primas directamente a Selman & Company si deja su trabajo.

Presentación de reclamaciones

La mayoría de los proveedores presentan las reclamaciones del Plan Complementario TRICARE. Si un proveedor no lo hace, puede presentar las reclamaciones a Selman & Company. La información y los formularios para presentar las reclamaciones de médico/hospital y farmacia se incluyen en el paquete de bienvenida y en info.selmanco.com/peba.

Elegibilidad para Medicare y el Plan Suplementario TRICARE

Si, como empleado activo, superviviente 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 de por vida y su cobertura del Plan Complementario de TRICARE termina. Puede continuar con la cobertura del plan complementario para sus dependientes elegibles haciendo los pagos de las primas directamente a Selman & Company. Póngase en contacto con Selman & Company en el 800.638.2610, opción 1, para obtener más detalles.

Si un dependiente es elegible para Medicare antes que el empleado activo, sobreviviente o jubilado, el dependiente ya no es elegible para el Plan Complementario TRICARE.

Pérdida de la elegibilidad de TRICARE

El Plan Complementario TRICARE paga después de que TRICARE pague. Por lo tanto, si un empleado, cónyuge o hijo dependiente pierde la elegibilidad para TRICARE, la cobertura del Plan Complementario de TRICARE termina. Los dependientes que pierden la elegibilidad para TRICARE no son elegibles para continuar la cobertura del Plan Complementario de TRICARE a través de COBRA o de la portabilidad. La pérdida de elegibilidad para TRICARE es una situación de elegibilidad especial que permite a un empleado o jubilado elegible y a sus dependientes, si éstos son elegibles de otro modo para la cobertura de seguro PEBA, inscribirse en la cobertura de salud, dental y de visión. El seguro de Vida Básico y el seguro de Discapacidad a Largo Plazo Básico se proporcionan sin costo alguno a los empleados activos que se inscriben en el Plan de Salud Estatal.

Pérdida de la elegibilidad del cónyuge para TRICARE

Un cónyuge puede perder la elegibilidad para TRICARE debido a un divorcio. Cuando esto ocurre, también pierden la elegibilidad para continuar con la cobertura del Plan Complementario de TRICARE.

Pérdida de la elegibilidad para TRICARE de un hijo dependiente

Un hijo dependiente pierde la elegibilidad de TRICARE a los 21 años si no está inscrito en la escuela a tiempo completo. Los dependientes también pierden el derecho al beneficio a medianoche de su 23º cumpleaños, independientemente de si son estudiantes a tiempo completo, o en la fecha en que se gradúan de la universidad, lo que ocurra primero.

Un hijo dependiente adulto inscrito en TRICARE Jóvenes Adultos pierde la elegibilidad a la medianoche de su 26º cumpleaños o en la fecha en que no pague la totalidad de las primas a su contratista regional de TRICARE.

Más información

Para obtener más información sobre el Plan Complementario TRICARE de la Asociación de Empleados del Gobierno, póngase en contacto con Selman & Company en info.selmanco.com/peba o al 800.638.2610, opción 1.

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

Beneficios de las recetas



Los medicamentos recetados son una parte importante de los beneficios disponibles para usted y una parte importante del costo del plan de salud auto asegurado de los suscriptores del seguro PEBA. El Plan de Salud Estatal contrata a un gestor de beneficios de farmacia para administrar los beneficios de medicamentos recetados del Plan. Express Scripts es el gestor de beneficios farmacéuticos del Plan.

El uso de medicamentos genéricos ahorra dinero para usted y para el Plan. También puede ahorrar dinero y recibir los mismos Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés) cuando reponga las recetas a través de la Red de Mantenimiento de Minoristas del Plan o del servicio de recetas por correo. Los beneficios se pagan únicamente por las recetas rellenas en las farmacias de la red o a través de la farmacia de pedidos por correo de Express Scripts en los Estados Unidos. Se ofrece una cobertura limitada fuera de los Estados Unidos. Para más información sobre cómo presentar una reclamación, consulte la página 72.

Utilización de los beneficios por receta médica

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

Recursos de los afiliados

Puede encontrar información útil sobre los beneficios de los medicamentos recetados de su Plan de Salud Estatal con solo un clic en www.Express-Scripts.com y en la aplicación móvil de Express Scripts. La aplicación puede descargarse gratuitamente en las tiendas de aplicaciones de iTunes, Google Play, Windows Phone y Amazon. Le animamos a crear una cuenta para sacar el máximo partido a estos recursos. Asegúrese de tener a mano su tarjeta de medicamentos recetados cuando se inscriba. El sitio web y la aplicación móvil ofrecen una gran variedad de información y herramientas:

- Relleno y renovación de recetas;
- Vea el estado de su orden, las reclamaciones y el historial de pagos;
- Encuentre las farmacias de la red más cercanas a usted;
- Encuentre y compare precios con Price a Medication;
- Compruebe las interacciones y alertas de los medicamentos;
- Vea la información actualizada de la cobertura;
- Contactar con un farmacéutico las 24 horas del día; y

- Obtenga acceso instantáneo a su tarjeta de identificación digital de afiliado.

Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal

Plan estándar

Los afiliados al Plan Estándar pagan un copago cuando rellenan las recetas en una farmacia de la red. Los copagos para un suministro de hasta 30 días son:

- Nivel 1 (genérico): \$13
- Nivel 2 (marca - preferida): \$46
- Nivel 3 (marca - no preferida): \$77

El copago de medicamentos recetados es un monto total fijo que el afiliado debe pagar por un medicamento cubierto. Si el cargo de la farmacia es inferior al copago, el afiliado paga el monto menor. El Plan paga el costo más allá del copago, hasta la cantidad permitida. Los beneficios de medicamentos recetados se pagan sin deducible anual y no hay que presentar reclamaciones.

El beneficio de medicamentos con receta tiene un copago máximo anual independiente de \$3,000 por persona. Esto significa que después de gastar \$3,000 en copagos de medicamentos recetados, el Plan pagará el 100 % del monto permitido para sus medicamentos recetados cubiertos durante el resto del año. Los gastos de medicamentos no cuentan para el deducible anual médico ni para el coseguro máximo médico.

Plan de ahorro

Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan un copago cuando surten las recetas en una farmacia de la red. Usted paga el monto total permitido para sus medicamentos recetados, y un registro de su pago se transmite electrónicamente a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross). Si no ha alcanzado su deducible anual, el monto total permitido para el medicamento se acreditará a su deducible anual. Si ha alcanzado su deducible anual, pagará el 20 % del monto permitido por el medicamento. Este monto se acreditará a su coseguro máximo.

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

Express Scripts Medicare®

Si está inscrito en el Plan Complementario de Medicare y Medicare es su pagador principal, PEBA inscribe automáticamente al afiliado en Express Scripts Medicare®, el programa de la Parte D de Medicare del Plan de Salud Estatal. Para obtener información sobre Express Scripts Medicare®, consulte el manual *Cobertura de seguro para el afiliado elegible para Medicare*, que está disponible en peba.sc.gov/publications 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 de Express Scripts, iniciando sesión en su cuenta y seleccionando Locate a Pharmacy (Localizar una farmacia). Dado que el Plan de Salud Estatal no ofrece cobertura fuera de la red para medicamentos recetados en Estados Unidos, debe considerar la posibilidad de utilizar un proveedor de la red siempre que sea posible.

También puede llamar a Express Scripts al 855.612.3128 para obtener una lista de las farmacias de la red más cercanas.

Farmacias minoristas

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

Red de Smart90 y Red de Preferred90

Puede comprar suministros de medicamentos recetados para hasta 90 días a precios reducidos en su farmacia local de la red que participe en la Red Smart90 (Plan Comercial) o en la Red Preferred90 (Express Scripts Medicare). Pagará un copago menor que si comprara este medicamento un mes cada vez. Asegúrese de pedir a su médico que le recete un suministro para 90 días. El descuento se aplica solo a las recetas que se surten para un suministro de 61 a 90 días. Los copagos de las recetas para un suministro de 1 a 60 días se ajustarán a los precios normales de venta al público. Puede buscar una farmacia de la Red Smart90 o de la Red Preferred90 ingresando a su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts.

Pedido por correo a través de la farmacia Express Scripts

El Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal y Express Scripts Medicare® ofrecen la entrega a domicilio de medicamentos recetados para 90 días a través de Express Scripts Pharmacy. Cuando utiliza este servicio, recibe el mismo descuento en los mismos medicamentos recetados aprobados por la FDA que recibiría en las redes Smart90 o Preferred90.

Algunas sustancias controladas pueden no estar disponibles por correo; llame a Express Scripts al 855.612.3128 antes de enviar su receta para determinar si está disponible. Asegúrese de pedir a su médico que le recete un suministro para 90 días.

Para hacer un pedido, ingrese a su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts. Su compra por correo será entregada en su casa normalmente en un plazo de 10 a 14 días laborables.

Plan Estándar y Plan Complementario de Medicare

Los copagos para un suministro de hasta 90 días son:

- Nivel 1 (genérico): \$32
- Nivel 2 (marca - preferida): \$115
- Nivel 3 (marca - no preferida): \$192

Plan de ahorro

Usted paga el monto total permitido cuando pide medicamentos recetados por correo; sin embargo, el costo de un suministro para 90 días será generalmente menor si utiliza la red Smart90 o la farmacia de servicio por correo Express Scripts.

Cómo ordenar medicamentos por correo

1. Pídale a su médico que le haga una nueva receta o que le envíe una receta electrónica para un suministro de 90 días del medicamento, con rellenos según corresponda. También puede pedirles que le hagan una receta para un suministro de 30 días del medicamento, que puede rellenar en una farmacia minorista y utilizar hasta que reciba los medicamentos por correo.
2. Complete un formulario de orden de entrega a domicilio, disponible en peba.sc.gov/forms bajo Prescription benefits (Beneficios de recetas), o haga que su médico prescriba electrónicamente la receta a orden por correo de Express Scripts. Puede pagar con cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Si desea pagar con tarjeta de crédito, puede inscribirse en el programa de pago automático de Express Scripts. Si usted es

ya ha creado una cuenta de Express Scripts, el método de pago puede ser seleccionado por adelantado, y Express Scripts le enviará un correo electrónico cuando reciba su nueva receta y pueda comenzar a dispensar.

3. Envíe la receta, el formulario de la orden y el pago a Express Scripts a la dirección indicada en el formulario.

Cómo rellenar una receta por fax

1. Pídale a su médico que le haga una nueva receta o que le envíe una receta electrónica para un suministro de 90 días del medicamento, con rellenos según corresponda. Dé a su médico su número de identificación de afiliado, que puede encontrar en el anverso de su tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal.
2. Pida a su médico que le envíe por fax su receta al 800.837.0959.

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

Copagos de medicamentos y formulario

Los afiliados al Plan Estándar y a Express Scripts Medicare pagan copagos por los medicamentos; todos los medicamentos están clasificados por un nivel que determina el copago del afiliado. Express Scripts elabora el formulario, o lista de medicamentos cubiertos y preferidos. La ubicación del medicamento en el formulario determina el nivel de copago de los medicamentos y, en algunos casos, si una marca concreta de producto está cubierta. El comité independiente de médicos y farmacéuticos de Express Scripts revisa continuamente los medicamentos con el objetivo de garantizar el acceso de los afiliados a las terapias necesarias, al tiempo que se consigue el menor costo neto para el Plan.

Nivel 1: genérico

\$13 de copago

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la FDA exige que los ingredientes activos sean el equivalente químico de la alternativa de marca y tengan la misma potencia, pureza y calidad. Como los medicamentos genéricos tienen un copago más bajo, suele obtener los mismos beneficios de salud por menos dinero. Puede pedir a su médico que marque la sustitución permitida en su receta. Si no lo hacen, el farmacéutico tendrá que proporcionarle el medicamento de marca si es el que su médico escribió en la receta.

Nivel 2: marca preferida

\$46 de copago

Estos medicamentos preferidos de marca cuestan más que los genéricos. Los medicamentos clasificados en el nivel 2 pueden actualizarse a lo largo del año.

Nivel 3: marca no preferida

\$77 de copago

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

La lista de medicamentos por niveles está disponible ingresando a su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts.

Medicamentos del formulario no cubiertos

PEBA adopta el Formulario Nacional Preferido de Express Scripts. Únicamente en el Programa de Medicamentos de Venta con Receta del Plan de Salud Estatal, hay ciertas marcas de productos en categorías terapéuticas altamente intercambiables que no están cubiertas. Esto no se aplica a los afiliados inscritos en Express Scripts Medicare. Hay productos preferidos cubiertos y disponibles en cada una de estas categorías. Si le recetan un medicamento no cubierto o no preferido, le animamos a que hable con su médico sobre la prescripción de medicamentos preferidos. Como afiliado del Plan de Salud Estatal, usted sigue teniendo acceso a medicamentos comparables que estén cubiertos por el Plan.

Programa Patient Assurance de Express Scripts

Con el programa Patient Assurance de Express Scripts, los afiliados principales del Plan de Salud Estatal no pagarán más de \$25 por un suministro de 30 días de productos de insulina preferidos y participantes en 2023. Este programa es anual y puede no estar disponible en el año siguiente. No se aplica a los afiliados a Express Scripts Medicare, que seguirán pagando los copagos habituales por la insulina.

Política de pago por diferencia

Si adquiere un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico aprobado por la FDA, el Plan pagará solo la cantidad permitida para el equivalente genérico. Esta política de pago de la diferencia se aplica incluso si su médico prescribe el medicamento como Dispense as Written (Dispensar como está escrito) o Do Not Substitute (No sustituir).

Como afiliado al Plan Estándar o al Plan Complementario de Medicare¹, si adquiere un medicamento de Nivel 2 o 3 (de marca) en lugar de un medicamento de Nivel 1 (genérico), se le cobrará el copago del genérico más la diferencia entre los montos permitidos para el medicamento de marca y el genérico. Si el monto total es inferior al copago del nivel 2 o del nivel 3 (marca), pagará el copago de la marca. Solo el copago del medicamento de nivel 1 (genérico) se aplicará al máximo anual de copago de medicamentos recetados del afiliado.

Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan copagos; sin embargo, suelen ahorrar dinero comprando medicamentos genéricos, ya que éstos suelen costar menos. Con el Plan de Ahorro, si adquiere un medicamento de nivel 2 o 3 (de marca) en lugar de un medicamento de nivel 1 (genérico), solo se aplicará el monto permitido para el medicamento genérico a su deducible. Una vez deducible, solo el 20 % del monto permitido para el medicamento genérico medicamento genérico se aplicará a su coseguro máximo.

Los siguientes ejemplos muestran cómo funciona la política de pago de la diferencia en los planes Estándar y Complementario de Medicare.

Es lo que se paga por un medicamento de nivel 2 (de marca) cuando no se dispone de un medicamento de nivel 1 (genérico).

	Nivel 1 (genérico)	Nivel 2 (marca)
Monto permitido para el medicamento		\$125
Copago de genéricos		N/A
Su pago total²		\$46

Es lo que se paga por un medicamento de nivel 2 (de marca) cuando se dispone de un medicamento de nivel 1 (genérico).

		Nivel 2 (marca)
Monto permitido para el medicamento	\$65	\$125
Copago de genéricos	\$13	N/A
Monto que paga si elige el medicamento genérico	\$13	
Su pago total³		\$73

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

² Usted solo paga el copago de la marca.

³ Usted paga el copago de los medicamentos genéricos más la diferencia entre el monto permitido para los medicamentos genéricos y los de marca.

Programas de farmacia especializada

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

- Su costo es extremadamente elevado y lo necesita un porcentaje relativamente pequeño de la población;
- Su fabricación es compleja; y
- Requiere un manejo y una administración especiales.

Los afiliados que adquieran medicamentos especializados deben utilizar la red de especialidades acreditadas personalizada del Plan.⁴ La red incluye farmacias acreditadas de especialidades de Carolina del Sur de propiedad independiente y Accreddo, la farmacia de especialidades de Express Scripts. Los pacientes que deseen medicamentos especializados deben ponerse en contacto con Express Scripts en 855.612.3128 para obtener más información.

Reseñas sobre la cobertura

A veces, una receta no es suficiente para determinar si el Plan de Salud Estatal proporcionará beneficios. Cuando se necesite más información para determinar la cobertura de un medicamento, Express Scripts iniciará una revisión de la cobertura para obtener más información. Si se decide cubrir el medicamento, usted pagará el copago correspondiente. El Plan de Salud Estatal utiliza las revisiones de cobertura para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y fomentar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible. Existen tres tipos básicos de revisiones de cobertura.

Autorización previa

Algunos medicamentos estarán cubiertos por el Plan de Salud Estatal solo si se recetan para determinados usos. Estos medicamentos deben ser autorizados previamente, o no estarán cubiertos por el Plan. Otros medicamentos pueden no estar cubiertos por el Plan si existen alternativas seguras y eficaces de menor costo. Usted puede investigar si un medicamento requiere una autorización previa u otro tipo de revisión de cobertura ingresando a su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts. Si el medicamento recetado requiere autorización previa, usted, su médico o su farmacéutico pueden iniciar el proceso de revisión poniéndose en contacto con Express Scripts en el 855.612.3128.

⁴ Algunos medicamentos especiales que se administran en la consulta de un proveedor pueden requerir autorización previa.

Gestión de la cantidad de medicamentos

La FDA tiene directrices de seguridad y eficacia que incluyen límites de cantidad para ciertos medicamentos. Si le recetan una cantidad de medicamento que no entra dentro de estas directrices, el Plan puede cubrir una cantidad menor del medicamento. Usted, su médico o su farmacéutico también pueden iniciar el proceso de revisión de la cobertura para ver si se puede permitir la cobertura de una cantidad mayor poniéndose en contacto con Express Scripts en el 855.612.3128.

Terapia escalonada

El proceso de terapia escalonada está diseñado para fomentar el uso de medicamentos genéricos y de venta libre que son alternativas a algunos medicamentos de marca de gran volumen y precio. Si usted o su médico consideran que no debe utilizar el medicamento de menor costo, es posible que su receta requiera autorización previa o que se cubra con la tarifa del nivel 3.

Usted o su médico pueden solicitar una revisión de la cobertura llamando a Express Scripts al 855.612.3128. Como parte del proceso puede exigírsele que haya probado y fracasado en el uso del medicamento de menor costo. Si, como resultado de la revisión, el medicamento se aprueba, se cubrirá en el nivel correspondiente. Si se deniega la aprobación, el Plan no cubrirá el medicamento. Para más información, llame a Express Scripts al 855.612.3128.

Recetas compuestas

Un medicamento que requiere que el farmacéutico mezcle dos o más fármacos, basándose en la prescripción de un médico, cuando dicho medicamento no está disponible en un fabricante, se conoce como prescripción compuesta. Para que se cubra, la prescripción debe ser médicamente necesaria y estar estudiada para el uso de este tipo de preparados. También debe adquirirse en una farmacia de la red participante.

Para asegurarse de que su medicamento compuesto está cubierto por su plan, su farmacéutico debe enviar la receta a Express Scripts electrónicamente. Si un ingrediente del compuesto no está cubierto, el medicamento compuesto no estará cubierto por el Plan. El farmacéutico recibirá información sobre la cobertura de los ingredientes y, en algunas situaciones, puede sustituir otros ingredientes cubiertos para crear su compuesto. Si su compuesto no está cubierto, le recomendamos que hable con su médico sobre los medicamentos disponibles en el mercado.

Coordinación de los beneficios

Todos los beneficios del Plan de Salud Estatal, incluidos los de los medicamentos recetados, están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que a una persona cubierta por más de un plan de seguros no se le reembolsen más de una vez los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan que paga primero es el plan principal. El plan secundario paga después del plan primario. Consulte la página 38 para obtener más información sobre la coordinación de beneficios.

La cobertura de Medicare para los medicamentos autoadministrados durante una estancia de observación hospitalaria ambulatoria

Los servicios de observación hospitalaria ambulatoria son servicios que se reciben en un hospital mientras el médico decide si admite a un paciente como paciente interno o le da el alta. Los pacientes pueden recibir servicios de observación en el servicio de urgencias o en otra área del hospital. La observación puede durar hasta 72 horas. Medicare cubre los servicios de observación en el marco de la Parte B de Medicare. Por razones de seguridad, muchos hospitales tienen políticas que no permiten a los pacientes traer medicamentos recetados u otros fármacos de casa. Estos medicamentos se consideran medicamentos autoadministrados y Medicare define estos medicamentos como los que un paciente tomaría por vía oral o se administraría a sí mismo e incluyen, pero no se limitan a: medicamentos orales, insulina, gotas para los ojos y tratamientos tópicos. Los medicamentos autoadministrados no están cubiertos por la Parte B de Medicare.

A un afiliado con derecho a Medicare que haya estado en observación en un hospital se le pueden denegar los gastos de medicación autoadministrada en virtud de la Parte B de Medicare. Los medicamentos autoadministrados pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos para los afiliados al Plan Complementario de Medicare y los jubilados primarios de Medicare cubiertos por el Plan de Disociación. Si los medicamentos autoadministrados son denegados por Medicare por no estar cubiertos por la Parte B de Medicare durante una estancia de observación en el hospital, los afiliados pueden presentar una reclamación en papel para que se les reembolse el beneficio por prescripción. La reclamación se pagará según la tarifa de la red de farmacias (monto permitido) y puede que no cubra el monto total facturado al afiliado.

Exclusiones

Algunos medicamentos recetados, como los que no aparecen en el listado del Formulario Nacional Preferido de medicamentos cubiertos y preferidos, no están cubiertos por el Plan.

Algunos medicamentos cubiertos, como la insulina y otros medicamentos autoinyectables que se administran en casa, están sujetos a las exclusiones y limitaciones del plan cuando se utiliza una farmacia de la red.

Los medicamentos recetados asociados a los tratamientos de infertilidad tienen una tarifa de coseguro diferente. Consulte la página 55 para obtener más información sobre los tratamientos de infertilidad.

Algunos ejemplos de otros medicamentos que no están cubiertos son:

- Medicamentos en fase I, II o III de la FDA; y
- Medicamentos de prescripción utilizados para la pérdida de peso.
- Los medicamentos que no están cubiertos por el Plan de Ahorro pero sí por el Plan Estándar son:
- Antihistamínicos no sedantes; y
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil.

Beneficios de prescripción basados en el valor sin costo alguno para usted

Los siguientes artículos están cubiertos por el Plan de Salud Estatal si se obtienen en una farmacia de la red y se proporcionan sin costo alguno a los afiliados principales del Plan de Salud Estatal:

- Anticonceptivos para los suscriptores y los cónyuges cubiertos.
- Algunos medicamentos con receta específicos para dejar de fumar.
- Vacunas para adultos, incluida la vacuna contra la gripe, según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consulte la página 46 para obtener más información sobre las vacunas para adultos.

Los afiliados principales del Plan de Salud Estatal también pueden solicitar el reembolso de las pruebas COVID-19 de venta libre autorizadas por la [Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos](#). Los reembolsos se limitan a ocho pruebas por afiliado cubierto en un periodo de 30 días. Las reclamaciones se tramitan en el marco del beneficio farmacéutico del Plan a través de Express Scripts. Más información en peba.sc.gov/covid-19.

Presentar una reclamación de medicamentos recetados

Si no muestra su tarjeta de medicamentos recetados en una farmacia participante en los Estados Unidos, o si está inscrito en el Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal o en Express Scripts Medicare® y tiene gastos de medicamentos recetados mientras viaja fuera de los Estados Unidos, usted pagará el precio total de venta al público de su receta. A continuación, puede presentar una reclamación a Express Scripts para su reembolso. Una vez que haya alcanzado su deducible, si procede, su reembolso se limitará al monto permitido por el Plan, menos el copago o el coseguro, si lo hubiera. Su reembolso puede ser inferior al monto que pagó de su bolsillo. Las reclamaciones deben presentarse a Express Scripts en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio.

Para presentar una solicitud de reembolso de gastos de medicamentos recetados incurridos en una farmacia participante o fuera de los Estados Unidos complete el *Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados de Express Scripts*. El formulario está disponible en línea en peba.sc.gov/forms. También puede solicitar una copia llamando a Express Scripts al 855.612.3128.

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

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

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

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

Recuerde que no se pagarán beneficios si utiliza una farmacia no participante en los Estados Unidos.

Apelaciones

Si Express Scripts deniega la autorización previa para su medicamento, se le informará de inmediato. Si tiene dudas sobre la decisión, consulte la información de este capítulo. Usted o su prescriptor también pueden llamar a Express Scripts para obtener una explicación. Si cree que la decisión es incorrecta, puede pedir a Express Scripts que vuelva a examinar su decisión.

La solicitud de revisión debe presentarse por escrito en un plazo de seis meses a partir del aviso de decisión a:

Express Scripts

Attn: Benefit Coverage Review Department

P.O. Box 66587

St. Louis, MO 63166-6587

Si sigue insatisfecho después de que se reexamine la decisión, puede pedir a PEBA que revise el asunto enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días siguientes al aviso de la denegación definitiva de su apelación por parte de Express Scripts. Por favor, incluya una copia de la(s) anterior(es) denegación(es) con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se refiere a un embarazo, a un recién nacido o a la preautorización de un tratamiento o medicamento que salva vidas, puede enviar un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA por correo electrónico a urgentappeals@peba.sc.gov.

Apelaciones ante la PEBA

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o un administrador de beneficios no pueden apelar a la PEBA en su nombre, aunque hayan apelado la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamación de Express Scripts, como se indica en el Plan. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Seguro dental

Tiene dos opciones de cobertura dental: Dental Plus o Dental Básico (antes conocido como Plan Dental Estatal). Usted elige el plan que más le convenga. Cuando haga su elección, elegirá entre Dental Plus o Dental Básico, no ambos. Si elige Dental Plus, le inscribiremos automáticamente en ambos planes.

Dental Plus paga más y tiene primas más altas y menores gastos de bolsillo. El Dental Básico paga menos y tiene primas más bajas y gastos de bolsillo más elevados. Los afiliados pueden inscribirse o abandonar Dental Plus y Dental Básico:

- Durante la inscripción inicial en los programas de seguro de PEBA.
- Durante un periodo de inscripción abierta en un año impar. Las dos próximas oportunidades serán en octubre de 2023 y en octubre de 2025.
- En un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Las situaciones especiales de elegibilidad se explican en la página 19.

Recursos en línea

La información sobre Dental Plus y Dental Básico está incluida en el sitio web de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross), StateSC.SouthCarolinaBlues.com, y está diseñada para los suscriptores de la PEBA. En el sitio web y en la sección de inicio de sesión de los afiliados de My Health Toolkit, usted puede:

- Inscribirse para recibir las *Explicaciones de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) sin papel;
- Encuentre proveedores de la red Dental Plus a través de la sección Find a Dentist (Encuentre un dentista);
- Visite el Centro de Recursos Dentales (haga clic en Dental en la pestaña Coverage Information (Información de cobertura) de la página de inicio);
- Revisar su elegibilidad y beneficios;
- Comprobar las reclamaciones y ver las órdenes de pago;
- Comprobar las estimaciones de pretratamiento; y
- Informar de otras coberturas dentales.

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 77.

- **Clase I: Exámenes diagnósticos y preventivos** ; limpieza y raspado de dientes; tratamiento con flúor; mantenedores de espacio (niño); radiografías.
- **Clase II: Básicos**; empastes; extracciones; cirugía oral;

endodoncia (conductos radiculares); procedimientos periodontales.

- **Clase III: Prótesis** ; recubrimientos; coronas; puentes; prótesis; implantes; reparación de aparatos de prótesis.
- **Clase IV: Ortodoncia**; Limitada a los hijos cubiertos de 18 años o menos. Corrección de la maloclusión consistente en servicios de diagnóstico (incluyendo modelos, radiografías) y tratamiento activo (incluyendo los aparatos necesarios).

Dental Plus

Dental Plus tiene montos permitidos más altos, que son los montos máximos permitidos por el plan para un servicio cubierto. Los proveedores de la red no pueden cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido. El beneficio máximo anual para una persona cubierta por Dental Plus es de \$2,000. No todos los procedimientos dentales están cubiertos. Usted será responsable de cualquier gasto relacionado con los servicios no cubiertos. Para más información, consulte la página 78.

Consulte el cuadro de la página 77 para obtener más información.

Red Dental Plus

BlueCross ofrece a los dentistas de Carolina del Sur acuerdos para participar en la red Dental Plus y aceptar la menor de sus tarifas habituales o al monto negociado permitido.

Los montos permitidos pueden variar según el dentista de la red y/o la ubicación física del dentista. Usted solo es responsable de los deducibles y el coseguro, además de los servicios no cubiertos prestados por un dentista de la red que haya aceptado el acuerdo de BlueCross. Para obtener una lista de dentistas de la red, vaya a

StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione Find a Dentist (Buscar un dentista) en la sección Find a Doctor (Buscar un médico).

Si su dentista está fuera de la red, sus beneficios bajo Dental Plus no se reducirán. Deberá pagar los deducibles y el coseguro, además de la diferencia entre el pago y el cargo por todos los servicios prestados por un dentista fuera de la red.

Dental Básico

Dental Básico tiene montos permitidos más bajos, que son los montos máximos permitidos por el plan para un servicio cubierto. No existe una red para Dental Básico; por lo tanto, los proveedores pueden cobrarle la diferencia entre su costo y la cantidad permitida.

Los beneficios dentales básicos se pagan sobre la base de los montos permitidos para cada procedimiento dental que figuran en el Programa de Procedimientos Dentales y Montos Permitidos del Plan, que se encuentra en

StateSC.SouthCarolinaBlues.com en Información de cobertura, luego en Dental y en Programa de tarifas dentales. El beneficio máximo anual para una persona cubierta por Dental Básico es de \$1,000. No todos los procedimientos dentales están cubiertos. Usted será responsable de cualquier gasto relacionado con los servicios no cubiertos. Para más información, consulte la página 78.

Consulte el cuadro de la página 77 para obtener más información.

Disposiciones especiales de Dental Básico

Formas alternativas de tratamiento

Si usted o su dentista seleccionan un tratamiento más caro o personalizado, el Plan cubrirá el procedimiento menos costoso que sea coherente con las normas profesionales sólidas de cuidado dental. BlueCross utiliza directrices basadas en los servicios usuales y habituales y en los estándares de cuidado dental para determinar los beneficios o las denegaciones. Su dentista puede facturarle la diferencia entre lo que cobra por el procedimiento más costoso y lo que el Plan permite por el procedimiento alternativo. No se puede aplicar el pago por el procedimiento alternativo al costo del procedimiento más caro si el procedimiento más caro no es un beneficio cubierto.

Ejemplos de cuándo puede aplicarse un procedimiento menos costoso son:

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

Estimaciones de pretratamiento

Aunque no es obligatorio, PEBA le sugiere que obtenga un presupuesto previo a su tratamiento no urgente para los procedimientos dentales mayores. Para ello, usted y su dentista deben rellenar un *Formulario de reclamación dental* antes de realizar cualquier trabajo. El formulario se encuentra en peba.sc.gov/forms. En el formulario cumplimentado deben figurar los servicios que se van a realizar y el precio de cada uno de ellos.

Envíe el formulario de reclamación a:

BlueCross BlueShield of South Carolina Attn:
State Dental Unit
P.O. Box 100300

Columbia, SC 29202

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

Usted y su dentista recibirán un presupuesto previo al tratamiento, que muestra una estimación de los gastos que cubrirá su plan dental. Este formulario se puede utilizar para solicitar el pago a medida que se vayan realizando los trabajos. Solo tiene que rellenar la(s) fecha(s) del servicio, pedir a su dentista que firme el formulario y enviarlo a BlueCross. Su presupuesto de pretratamiento es válido durante 90 días a partir de la fecha del formulario. La fecha real del servicio puede afectar al pago permitido. Por ejemplo, si ha alcanzado su pago máximo anual cuando se realiza el servicio o si ya no tiene cobertura dental, no recibirá el monto que se aprobó en el presupuesto previo al tratamiento.

Si Dental Básico es su seguro secundario, la estimación previa al tratamiento no reflejará el pago coordinado estimado, porque BlueCross no sabrá lo que pagará su seguro primario.

Para determinar el monto permitido para un procedimiento, pida a su dentista el código del procedimiento. Entonces llame al Servicio de Atención al Cliente Dental de BlueCross al 888.214.6230 o al 803.264.7323.

Comparación de Dental Plus y Dental Básico

	Dental Plus	Dental Básico
Diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, Rayos X	Usted no paga un deducible. El Plan pagará el 100% de un monto permitido superior . Dentro de la red, un proveedor no puede cobrarle por la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted no paga un deducible. El Plan pagará el 100% de un monto permitido inferior . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.
Básico Empastes, cirugía oral, endodoncias	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 80% de un monto permitido superior . Dentro de la red, un proveedor no puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 80% de un monto permitido inferior . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.
Prostodoncia Coronas, puentes, prótesis, implantes	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 60% de un monto permitido superior . Dentro de la red, un proveedor no puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 60% de un monto permitido inferior . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.
Ortodoncia² Limitada a los hijos de 18 años o menos cubiertos	Usted no paga un deducible. Existe un beneficio de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto.	Usted no paga un deducible. Existe un beneficio de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto.
Pago máximo	\$2,000 por persona y año para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prótesis.	\$1,000 por persona y año para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y de prótesis.

Ejemplos de comparación de planes

Escenario 1: Revisión de rutina

Incluye examen, cuatro radiografías de mordida y limpieza de adultos

	Dental Plus (dentro de la red)	Dental Plus (fuera de la red)	Dental Básico
Cargo inicial del dentista	\$191.00	\$191.00	\$191.00
Monto permitido³	\$135.00	\$171.00	\$67.60
Monto pagado por el Plan (100%)	\$135.00	\$171.00	\$67.60
Su coseguro (0%)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Diferencia entre el monto permitido y el cargo	\$56.00 El dentista lo anula	\$20.00	\$123.40
Usted paga	\$0.00	\$20.00 Diferencia entre el monto autorizado y el cargo	\$123.40 Diferencia entre el monto autorizado y el cargo

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

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

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

Escenario 2: Empastes de amalgama de dos superficies

	Dental Plus (dentro de la red)	Dental Plus (fuera de la red)	Dental Básico
Cargo inicial del dentista	\$190.00	\$190.00	\$190.00
Monto permitido ^{4,5}	\$145.00	\$177.00	\$44.80
Monto pagado por el Plan (80 %)	\$116.00	\$141.6	\$35.84
Su coseguro (20 %)	\$29.00	\$35.40	\$8.96
Diferencia entre el monto permitido y el cargo	\$45.00 El dentista lo anula	\$13.00	\$145.20
Usted paga	\$29.00	\$48.40 20 % de coseguro más la diferencia	\$154.16 20 % de coseguro más la diferencia

⁴ Los montos permitidos pueden variar según el dentista de la red y/o la ubicación física del dentista. ⁵ El ejemplo supone que se ha alcanzado el deducible anual de \$25.

Exclusiones: servicios dentales no cubiertos

El documento del *Plan de Beneficios del Seguro Dental Colectivo* enumera todas las exclusiones y se encuentra en peba.sc.gov/publications en Dental. La siguiente lista incluye muchas de las exclusiones.

Beneficios generales no ofrecidos

- Tratamiento recibido de un proveedor que no sea un dentista autorizado. La limpieza o el raspado de los dientes por parte de un higienista dental autorizado están cubiertos cuando se realizan bajo la supervisión y dirección de un dentista.
- Servicios más allá del ámbito de la licencia del dentista.
- Los servicios prestados por un dentista que sea miembro de la familia de la persona cubierta o por los que la persona cubierta no haya cobrado previamente o no haya pagado al dentista.
- Los servicios o suministros dentales prestados antes de la fecha en que usted tiene derecho a la cobertura de este plan.
- Los gastos efectuados directamente a una persona cubierta por un dentista en concepto de suministros dentales (es decir, cepillo de dientes, cepillo de dientes mecánico, enjuague bucal o hilo dental).
- Servicios no odontológicos, como citas rotas y cumplimiento de hojas de reclamaciones.
- Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales, instrucción de higiene bucal o formación en cuidados dentales preventivos.

- Servicios y suministros por los que no se cobra o no se exigiría ningún pago si la persona no tuviera este beneficio, incluidos los gastos no facturables del plan de seguro principal de la persona.
- Servicios o suministros no reconocidos como prácticas dentales aceptables por la Asociación Dental Americana.

Beneficios cubiertos por otro plan

- Tratamiento al que tiene derecho la persona cubierta en virtud de cualquier ley de compensación de los trabajadores.
- Servicios o suministros cubiertos por los servicios armados de un gobierno.
- Los servicios dentales para el tratamiento de lesiones como consecuencia de un accidente que se reciben durante los primeros 12 meses desde la fecha del accidente. Estos servicios están cubiertos por el plan de salud del afiliado.
- Los beneficios adicionales para los servicios dentales de dientes naturales y artificiales, prótesis, puentes, etc., que sean necesarios por la pérdida de dientes debido a un tratamiento contra el cáncer o como resultado de un defecto congénito de nacimiento, están cubiertas por el plan de salud del afiliado.

Procedimientos específicos no cubiertos

- Mantenedores de espacio para la pérdida de dientes de leche (primarios) si la persona cubierta tiene 19 años o más.
- Servicios o suministros de investigación o experimentales.

- Cualquier servicio o cargo por un servicio que no sea médicamente necesario.
- Recubrimiento o 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, incluidos los cargos por la personalización o caracterización de las prótesis dentales, excepto el tratamiento de ortodoncia previsto en este Plan.
- Terapia miofuncional (es decir, corrección de la interposición lingual).
- Aparatos o terapia para la corrección o el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (ATM).
- Servicios para alterar la dimensión vertical.
- Entablillado, incluidos los pilares adicionales para los puentes.
- Servicios de pruebas y exámenes de laboratorio, que incluyen, entre otros, cultivos bacterianos para determinar agentes patológicos, pruebas de susceptibilidad a la caries (destrucción de dientes o huesos), cultivos virales, muestras de saliva, pruebas genéticas, fotografías de diagnóstico y exámenes histopatológicos.
- Tapón de pulpa, directo o indirecto (excluyendo la restauración final).
- Férula provisional intracoronal y extracoronal (corona).
- Trasplante de dientes o reposición quirúrgica de los mismos.
- Ajuste oclusal (completo). Los protectores oclusales están cubiertos para determinadas condiciones. El proveedor debe presentar los registros del consultorio y una foto de las superficies oclusales que muestren patrones de desgaste junto con la reclamación para que la revise el asesor dental.
- Procedimientos temporales, como empastes temporales o coronas temporales.
- Procedimientos de rebase.
- Desestresantes.
- Accesorios de precisión.
- Procedimientos que se realizan el mismo día y que se consideran parte de un tratamiento más definitivo (es decir, una radiografía realizada el mismo día).
- Incrustaciones (metal fundido, compuesto, resina, porcelana,

cerámica). Los beneficios para las incrustaciones se basan en el subsidio de una restauración alternativa de amalgama.

- Gingivectomía/gingivoplastia junto con la colocación de restauraciones o con el propósito de hacerlo.
- Aplicación tópica de sellantes por diente para pacientes de 16 años o más.
- Tomografías computarizadas, TAC, resonancias magnéticas o cualquier servicio relacionado.

Beneficios limitados

- Más de dos de estos procedimientos durante cualquier año del plan: examen bucodental, consultas (deben ser realizadas por un especialista) y profilaxis (limpieza de los dientes).
- Más de dos profilaxis periodontales. (Las profilaxis periodontales, el raspado o el alisado radicular solo están disponibles para pacientes con antecedentes de tratamiento/cirugía periodontal). Se permiten cuatro limpiezas al año (una combinación de profilaxis y profilaxis periodontal) para pacientes con antecedentes de tratamiento/cirugía periodontal.
- Radiografías de mordida más de dos veces durante cualquier año del plan o más de una serie de radiografías de toda la boca o una radiografía panorámica en cualquier período de 36 meses, a menos que una necesidad especial de estos servicios a intervalos más frecuentes sea documentada como médicamente dentista y aprobada por BlueCross.
- Más de dos aplicaciones tópicas de flúor o barniz de flúor durante cualquier año del plan.
- Aplicación tópica de sellantes para pacientes de 15 años o menos; el pago se limita a un tratamiento cada tres años y se aplica solo a los molares permanentes no restaurados.
- Más de un tratamiento de conductos en el mismo diente. El tratamiento adicional (retratamiento) debe con el código de procedimiento correspondiente 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 o raspado y alisado radicular.
- Injertos de reemplazo óseo realizados en el mismo sitio más de una vez en cualquier período de 36 meses.

- Desbridamiento de toda la boca para el tratamiento de la inflamación gingival si se realiza más de una vez en la vida.
- El acondicionamiento de los tejidos de las prótesis dentales superiores e inferiores está limitado a dos veces por prótesis en un período de 36 meses.
- La aplicación de medicamentos desensibilizantes está limitada a dos veces por cuadrante al año, y la única finalidad del medicamento utilizado debe ser la desensibilización.
- No más de una restauración de compuesto o amalgama por superficie en un periodo de 12 meses.
- Sustitución de restauraciones de yeso (coronas, puentes, implantes) o prostodoncia (dentaduras completas y parciales) dentro de los cinco años siguientes a la colocación original, a menos que se presenten pruebas y éstas sean satisfactorias para el administrador de reclamaciones de terceros de que: 1) la restauración o dentadura postiza de yeso existente no se puede volver útil; o 2) la dentadura postiza existente es una dentadura postiza temporal inmediata y se requiere su reemplazo por una dentadura postiza permanente, y que dicho reemplazo se entrega o asienta dentro de los 12 meses de la fecha de entrega o asentamiento de la dentadura postiza temporal inmediata.
- La adición de dientes a un puente parcial removible o fijo existente, a menos que se presenten pruebas, que sean satisfactorias para el procesador de reclamaciones de terceros, de que la adición de dientes es necesaria para la colocación inicial de uno o más dientes naturales.

Beneficios de prótesis y ortodoncia

- Los beneficios no se pagan por prótesis (es decir, coronas, coronas asentadas sobre implantes, puentes, dentaduras parciales o completas) hasta que se asienten o se entreguen. Otras exclusiones y limitaciones para estos servicios son:
- Prótesis (incluidos puentes, coronas e implantes) y su colocación que se hayan pedido mientras la persona estaba cubierta por el Plan, pero que se hayan entregado o colocado más de 90 días después de la finalización de la cobertura.
- Sustitución de prótesis, mantenedores de espacio o aparatos de ortodoncia perdidos o robados, o gastos por prótesis o aparatos de repuesto o duplicados.
- Sustitución de aparatos de ortodoncia o protectores oclusales

rotos o perdidos.

- Sustitución de prótesis coladas existentes, salvo que se especifique lo contrario en el documento del plan dental.
- Tratamiento de ortodoncia para empleados, jubilados, cónyuges o hijos cubiertos de 19 años o más.
- Pago del tratamiento de ortodoncia por encima del máximo de por vida.
- Servicios de ortodoncia después del mes en que un hijo cubierto deja de ser elegible para la cobertura de ortodoncia.
- El único beneficio de servicios de ortodoncia es el pago de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto de 18 años o menos.

Coordinación de los beneficios

Si está cubierto por más de un plan dental, usted puede presentar una solicitud de reembolso de ambos planes. La coordinación de los beneficios permite a los administradores de ambos planes colaborar para ofrecerle el beneficio máximo permitido. Sin embargo, la suma de los pagos combinados nunca superará el monto permitido para sus procedimientos dentales cubiertos. El monto permitido es el que Dental Básico indica para cada procedimiento odontológico en la Lista de procedimientos odontológicos y montos permitidos, que se encuentra en [StateSC. SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.gov/SouthCarolinaBlues.com). Dental Plus tiene montos permitidos más elevados. Cuando su cobertura dental estatal es secundaria, paga hasta el monto permitido de su cobertura dental estatal menos lo que pagó el plan principal.

Algunos procedimientos quirúrgicos orales están cubiertos por el Plan de Salud Estatal y los planes dentales. La más común de ellas es la extracción quirúrgica de los dientes impactados. Los beneficios se aplican en el marco del Plan de Salud Estatal y luego se coordinan en Dental Plus y Dental Básico, si el afiliado está cubierto por un plan dental. El monto pagado por el plan dental puede reducirse en función del pago del Plan de Salud Estatal, como se explica en la última frase del párrafo anterior.

Nunca recibirá más de su cobertura dental estatal que el beneficio máximo anual, que es de \$2,000 para una persona cubierta por Dental Plus y de \$1,000 para una persona cubierta por Dental Básico. El beneficio máximo de por vida para servicios de ortodoncia es de \$1,000, independientemente de si está cubierta por Dental Plus o Dental Básico, y se limita a los hijos cubiertos de 18 años o menos. Consulte el cuadro de la página 77 para obtener más información.

Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, incluido el modo de determinar qué plan paga primero, consulte la página 38. Si su cobertura dental estatal es secundaria, debe enviar la Explicación de Beneficios que recibe de su plan primario con su reclamación a BlueCross.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con BlueCross llamando al número gratuito al 888.214.6230 o 803.264.7323 o PEBA.

Cómo presentar una reclamación dental

La forma más fácil de presentar una reclamación es asignar los beneficios a su dentista. Asignar beneficios significa que usted autoriza a su dentista a presentar sus reclamaciones y a recibir el pago del plan por su tratamiento. Para ello, muestre a un miembro del personal de la consulta de su dentista su tarjeta de identificación dental y pida que se presente la reclamación en su nombre. Asegúrese de firmar las autorizaciones de pago en los bloques 36 y 37 del formulario de solicitud. BlueCross pagará entonces directamente a su dentista. Si está cubierto por Dental Plus y acude a un proveedor de la red, deberá pagar el coseguro. Si está cubierto por Dental Básico, usted es responsable de la diferencia entre el monto permitido y el cargo real, más su coseguro.

Si su dentista no presenta sus reclamaciones, puede hacerlo a BlueCross. El formulario de reclamación está disponible en peba.sc.gov/forms o <http://peba.sc.gov/forms> o StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Complete las casillas 4-23 del formulario de solicitud y pida a su dentista que rellene las casillas 1-2, 24-35 y 48-58.

Si su dentista no completa sus secciones del formulario, obtenga una factura detallada que muestre esta información:

- El nombre y la dirección del dentista y el número de identificación fiscal federal o el identificador nacional de proveedores (NPI, por sus siglas en inglés);
- El nombre del paciente;
- La fecha de cada servicio;
- El nombre o el código de procedimiento de cada servicio; y
- La tarifa de cada servicio.

Adjunte la factura al formulario de reclamación cumplimentado y envíelo por correo a la dirección que figura en el formulario:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Attn: State Dental Unit
P.O. Box 100300

Columbia, SC 29202

Es posible que se necesiten registros de la consulta, radiografías y otros medios de diagnóstico para determinar el beneficio de algunos procedimientos dentales. Es posible que su dentista le pida esta documentación para que la revise el asesor dental de BlueCross. El plan no pagará una cuota a su dentista por proporcionar esta información. BlueCross debe recibir un formulario de reclamación completo dentro de los 90 días posteriores al inicio de la atención o tan pronto como sea razonablemente posible. Debe presentarse a más tardar 24 meses después de que se hayan producido los gastos, salvo en caso de ausencia de capacidad jurídica, o no se pagarán los beneficios.

¿Y si necesito ayuda?

Puede llamar a BlueCross al 888.214.6230, visitar StateSC.SouthCarolinaBlues.com o escriba a BlueCross a la dirección anterior.

Apelaciones

Si BlueCross rechaza total o parcialmente su reclamación o el tratamiento propuesto, se le informará de inmediato. Si tiene dudas sobre la decisión, consulte la información de este capítulo o llame para que le expliquen. Si cree que la decisión es incorrecta, puede pedir a BlueCross que vuelva a examinar su decisión. La solicitud de una segunda revisión debe hacerse por escrito en un plazo de seis meses tras la notificación de la decisión a:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Attn: State Dental Appeals
AX-B15
P.O. Box 100300
Columbia, SC 29202-3300

Si sigue insatisfecho después de que se reexamine la decisión, puede pedir a PEBA que revise el asunto enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días siguientes al aviso de la denegación definitiva de su apelación por parte de BlueCross. Por favor, incluya una copia de las dos denegaciones anteriores con su recurso a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA
Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Si su apelación se refiere a un embarazo, a un recién nacido o a la preautorización de un tratamiento o medicamento que salva vidas, puede enviar su solicitud a PEBA por correo electrónico a urgentappeals@peba.sc.gov.

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o un administrador de beneficios no pueden apelar a la PEBA en su nombre, aunque hayan apelado la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el afiliado, o su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamación de BlueCross, como se indica en el Plan. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Cuidado de la visión

La PEBA ofrece beneficios de atención oftalmológica a través del Plan de Visión Estatal, un producto totalmente asegurado que se ofrece a través de EyeMed Vision Care®.

Información en línea sobre los beneficios de la vista

Acceda al sitio de EyeMed, www.eyemedvisioncare.com/pebaoe, para:

- La función Find a Provider (Buscar un proveedor);
- La función View Your Benefits (Ver sus beneficios), que incluye qué miembros de la familia están cubiertos y cuándo serán elegibles todos para determinados servicios a continuación;
Debido a las directrices de privacidad, EyeMed solo muestra a los miembros de la familia que son menores de 18 años. Los mayores de 18 años deberán registrarse para obtener 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 ir sin papel para sus Explicación de beneficios;
- Pedir lentes de contacto a través de ContactsDirect; y
- La sección de Vision Wellness (Bienestar visual), donde puede obtener más información sobre los exámenes oculares, las enfermedades oculares y la selección de lentes.

Plan de Visión Estatal

El Plan de Visión Estatal está disponible para los empleados que reúnan los requisitos; los jubilados; los supervivientes; los profesores permanentes a tiempo parcial; los suscriptores de COBRA; los excónyuges y sus familiares cubiertos. Los suscriptores pagan la prima sin contribución del empleador.

El programa cubre exámenes oculares completos, monturas, lentes y opciones de lentes, y servicios y materiales para lentes de contacto. También ofrece descuentos en pares adicionales de lentes y lentes de contacto convencionales. A través de la U.S. Laser Network se ofrece un descuento del 15 % sobre el precio de venta al público y del 5 % sobre un precio promocional en la corrección visual LASIK y PRK. El tratamiento médico de sus ojos, como enfermedades oculares o cirugía, está cubierto por su plan de salud. Los descuentos en los servicios pueden no estar disponibles en todos los proveedores participantes. Antes de su cita, consulte con su proveedor para determinar si se ofrecen descuentos.

Un beneficio no puede combinarse con ningún descuento, oferta promocional u otro plan de beneficios colectivos.

El impuesto sobre las ventas de cualquier beneficio, como lentes o lentes de contacto, no está cubierto por el Plan de Visión Estatal. Hay descuentos adicionales disponibles en Ofertas Especiales para afiliados registrados en www.eyemedvisioncare.com/pebaoe. Los descuentos de la oferta especial pueden combinarse con los beneficios de visión de los afiliados.

Exámenes de la vista

Un examen de vista completo no solo detecta la necesidad de corregir la vista, sino que también puede revelar signos tempranos de muchas condiciones médicas, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas. Un examen completo está cubierto como parte de su beneficio EyeMed una vez al año con un copago de \$10.

Para asegurarse de que solo se le cobre el copago de \$10 por examen de la vista, dígame a su proveedor que solo quiere los servicios que el Plan de Visión Estatal define como un examen completo de la vista.

Algunos proveedores pueden ofrecer un examen opcional de imágenes de la retina por un precio de hasta \$39. Proporciona imágenes de alta resolución del interior del ojo. Se trata de un descuento, no de un beneficio cubierto.

Frecuencia de los beneficios

El Plan de Visión Estatal abarca:

- Un examen de la vista completo una vez al año;
- Lentes de plástico estándar para lentes o lentes de contacto una vez al año;
- Montura una vez al año; y
- Los afiliados con diabetes de tipo 1 o de tipo 2 tienen derecho a las visitas al consultorio y a las pruebas de diagnóstico una vez cada seis meses para controlar los signos de cambios diabéticos en el ojo.

Los beneficios de la visión en un vistazo^{1,2}

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Examen integral con dilatación si es necesario Limitado a una vez al año	Un copago de \$10 .	Hasta \$35.
Imágenes de la retina Cubierto solo para los afiliados con diabetes de tipo 1 o 2	Hasta \$39 .	No hay reembolso.
Descuento en imágenes de la retina Opcional; no es un beneficio cubierto	Hasta \$39 .	No aplica.

Lentes de sol

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Montura Disponible todos los años; se aplica a cualquier montura disponible en la sede del proveedor	Un copago de \$0 y el 80% del saldo que supere los \$150 de subsidio. Este beneficio no puede utilizarse con ninguna promoción.	Hasta \$75.

Lentes de plástico estándar³ (limitados a una vez al año)

Visión simple	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.

Complementos para las lentes

Tratamiento UV, tinte Sólido, degradado; revestimiento anti rayaduras estándar; y lente estándar de policarbonato (menores de 19 años)	Un copago de \$0 por cada opción.	Hasta \$5 por cada opción.
Lentes de policarbonato estándar (adultos)	Un copago de \$30 .	Hasta \$5.
Revestimiento antirreflejos estándar	\$45 .	No aplica.
Revestimiento antirreflejos	Ver el cuadro siguiente.	No aplica.
Polarizado	20 % de descuento en el precio de venta al público.	No aplica.
Lentes de plástico de transición	Un copago de \$60 .	Hasta \$5.
Otros complementos	20 % de descuento en el precio de venta al público.	No aplica.

Ahorros adicionales

Pares adicionales de lentes	40 % de descuento en pares completos de lentes recetados tras utilizar el beneficio financiado.	No aplica.
------------------------------------	--	------------

¹ Pueden aplicarse las exclusiones y limitaciones del Plan de Visión Estatal. Consulte la página 88 para más detalles.

² Los beneficios que se indican a continuación solo están disponibles en el marco del Plan de la Visión Estatal. Los lentes, los lentes de contacto y los exámenes para su adaptación están excluidos del Plan de Salud Estatal. Consulte la página 88 para más detalles.

³ Los lentes de cristal no están cubiertos por el Plan. Como artículo no cubierto, las lentes de cristal se ofrecen con un 20 % de descuento.

Lentes progresivos y revestimiento antirreflejos⁴

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Lentes progresivos		
Lentes progresivos estándar	Un copago de \$35 .	Hasta \$55.
Progresivos premium (programados)	\$55-\$80 .	Hasta \$55.
Otras primas progresivas (no programados)	Un copago de \$35 y 80 % del costo menos \$120 de subsidio.	Hasta \$55
Revestimiento antirreflejos		
Revestimiento antirreflejos estándar	\$45 .	No aplica.
Revestimientos antirreflejos premium (programado)	\$57-\$68 .	No aplica.
Otros revestimientos antirreflejos de alta calidad (no programados)	80 % del cargo.	No aplica.
Otros complementos y servicios	20 % de descuento en el precio de venta al público.	No aplica.

Lentes de contacto⁵

Disponible en lugar del beneficio para lentes; limitado a una vez al año.

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto estándar⁶ Disponible después de un examen de la vista completo	Un copago de \$0 y servicio pagado en su totalidad, incluyendo dos visitas de seguimiento.	Hasta \$40.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto premium⁷ Disponible después de un examen de la vista completo	Un copago de \$0 y reciba un 10 % de descuento sobre el precio de venta al público menos \$40 de subsidio.	Hasta \$40.
Convencional	Un copago de \$0 y el 85 % del saldo que supere los \$130 de subsidio.	Hasta \$104.
Desechable	Un copago de \$0 y el saldo que supere los \$130 de subsidio.	Hasta \$104.
Lentes de contacto médicamente necesarias	Un copago de \$0 .	Hasta \$200.
Lentes de contacto adicionales	15 % de descuento en lentes de contacto convencionales tras utilizar el beneficio financiado.	No aplica.

⁴ Los productos catalogados como progresivos premium y antirreflejos premium están sujetos a una revisión anual por parte del director médico de EyeMed y pueden cambiar en función de las condiciones del mercado. El copago indicado se aplica a determinadas marcas de lentes. Los proveedores no están obligados a ofrecer todas las marcas en todos los niveles. Los proveedores pueden dar a los afiliados nombres y precios de productos específicos si lo solicitan. La lista completa de marcas está disponible en www.eyemedvisioncare.com/theme/pdf/microsite-template/eyemedlenslist.pdf.

⁵ El beneficio para lentes de contacto incluye únicamente los materiales. El subsidio para lentes de contacto desechables es de \$130, y no tiene que utilizar este subsidio de una sola vez. Por ejemplo, puede utilizar \$50 del subsidio cuando compre su primer suministro de lentes de contacto desechables y el resto del subsidio más adelante.

⁶ Una adaptación de lentes de contacto estándar incluye lentes de contacto transparentes, blandas, esféricas y de uso diario para prescripciones de visión única. No incluye lentes de uso prolongado/ nocturno.

⁷ Una adaptación de lentes de contacto premium es más compleja y puede incluir la adaptación de lentes bifocales/multifocales, cosméticas de color, postquirúrgicas y permeables al gas. También incluye lentes de uso prolongado o nocturno.

Lentes de contacto médicamente necesarias

El beneficio proporciona cobertura para lentes de contacto médicamente necesarias cuando se da una de las siguientes condiciones:

- Anisometropía de 3D en potencias meridianas;
- Ametropía elevada superior a -10D o +10D en potencias meridianas;
- Queratocono, cuando la visión del afiliado no pueda corregirse hasta 20/30 en uno o ambos ojos utilizando

lentes oftálmicos estándar; o

- Mejora de la visión para los afiliados cuya visión puede corregirse dos líneas de mejora en la tabla de agudeza visual en comparación con las lentes oftálmicas estándar mejor corregidas.

El beneficio no puede ampliarse para otras condiciones oculares aunque usted o sus proveedores consideren que los lentes de contacto son necesarias para otras condiciones oculares o para la mejora visual.

Los beneficios de la visión para diabéticos en un vistazo

Frecuencia de los diabéticos de tipo 1 y 2: hasta dos servicios por año de beneficio.

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Visita de servicio al consultorio Examen médico de seguimiento	Un copago de \$0 ; cubierto al 100 %.	Hasta \$77 por servicio.
Imágenes de la retina	Un copago de \$0 ; cubierto al 100 %.	Hasta \$50 por servicio.
Oftalmoscopia ampliada	Un copago de \$0 ; cubierto al 100 %.	Hasta \$15 por servicio.
Gonioscopía	Un copago de \$0 ; cubierto al 100 %.	Hasta \$15 por servicio.
Láser de escaneo	Un copago de \$0 ; cubierto al 100 %.	Hasta \$33 por servicio.

Uso de la red de proveedores de EyeMed

El Plan utiliza la Red Selecta de EyeMed, que incluye a los médicos privados y a los minoristas de óptica en Carolina del Sur y en todo el país. Entre los minoristas se encuentran LensCrafters®, Target Optical® y los centros Pearle Vision® participantes. Cuando utiliza un proveedor de la red, solo es responsable de los copagos y de los cargos que queden después de que se hayan aplicado los subsidios y descuentos a su factura. Además, el proveedor de la red presentará su reclamación.

Para encontrar un proveedor de la red

- Compruebe los proveedores de la red en su código postal o cerca de él en la lista que viene con su tarjeta de afiliación.
- Vaya a www.eyemedvisioncare.com/pebaoc para ver el directorio más actual. A continuación, introduzca su código postal o su dirección.
- Utilice el sistema de Respuesta de Voz Interactiva o hable con un representante del Centro de Atención al Cliente llamando al 877.735.9314. Para hablar con un representante del servicio de atención al cliente, elija su idioma (1 es para el inglés)

y luego diga Provider Locator (Localizador de proveedores).

- También puede preguntar a su proveedor si acepta la cobertura de EyeMed.

Cuando pida una cita, comunique al proveedor que está cubierto por EyeMed. No es necesario que traiga su tarjeta de identificación del Plan de Visión Estatal a su cita, pero puede ser útil hacerlo.

Cómo pedir lentes de contacto en línea

Por lo general, puede ahorrar dinero si utiliza su beneficio de la red del Plan de Visión Estatal para pedir lentes de contacto a través de ContactsDirect.com. Haga clic en Insurance (Seguros) 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 de visión. Sus contactos serán enviados a su casa sin cargo alguno.

Beneficios fuera de la red

Sus beneficios son menores si acude a un proveedor fuera de la red. Para saber lo que se le reembolsará si recurre a un proveedor fuera de la red para los servicios y suministros cubiertos, consulte los cuadros de las páginas 85-87.

Para recibir servicios fuera de la red:

- Puede presentar una reclamación fuera de la red por vía electrónica. El formulario electrónico de reclamación se encuentra en el sitio web para afiliados de EyeMed Vision Care, www.eyemed.com. También puede imprimir uno en peba.sc.gov/forms.
- Cuando reciba los servicios, páguelos y pida a su proveedor un recibo detallado.
- Envíe el formulario de reclamación y una copia de su recibo a First American Administrators/EyeMed Vision Care Attn: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

Se le enviará el 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 necesite tener a mano su tarjeta de identificación del Plan de la Visión Estatal.

Exclusiones y limitaciones

Algunos servicios y productos no están cubiertos por los beneficios de atención oftalmológica. Entre ellos se encuentran:

- Ortóptica (problemas con el uso de los músculos oculares) o entrenamiento de la visión, ayudas para la visión subnormal y cualquier prueba complementaria asociada;
- Lentes aniseikónicas (lentes para corregir una condición en la que la imagen de un objeto en un ojo difiere de la imagen del mismo en el otro ojo);
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte;
- Cualquier examen de los ojos o de la vista o los lentes correctores exigidos por un empleador como condición para el empleo;
- Lentes de seguridad;
- Servicios que serían proporcionados por el gobierno en virtud de cualquier ley de compensación de trabajadores o legislación similar, ya sea federal, estatal o local;

- Lentes planas (sin prescripción) o lentes de contacto;
- Lentes de sol sin receta;
- Dos pares de lentes en lugar de bifocales;
- Servicios prestados por cualquier otro plan de beneficios colectivos que ofrezca atención oftalmológica;
- Servicios prestados después de la fecha en que el afiliado deja de estar cubierto por la póliza, excepto cuando se entregan materiales para la visión solicitados antes de que finalizara la cobertura y los servicios se prestan al afiliado en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se solicitaron los materiales;
- Los cristales, monturas, lentes o lentes de contacto perdidos o rotos no se repondrán hasta que se programe su próxima sustitución según la frecuencia de los beneficios;
- Un beneficio no puede combinarse con ningún descuento, oferta promocional u otros planes de beneficios colectivos.

Contacte con EyeMed

Puede contactar con el Centro de Atención al Cliente de EyeMed en 877.735.9314 o entrando en la página de inicio de EyeMed y seleccionando Contacto en Ayuda y Recursos. Asegúrese de tener preparada la siguiente información:

- El nombre y los apellidos del suscriptor;
- El número de identificación de Beneficios o el número del Seguro Social del suscriptor;
- El número de grupo del Plan de la Visión Estatal (9925991); y
- Un número de fax o una dirección, si se pide información por fax o por correo.

EyeMed tiene una aplicación que proporciona el mismo acceso que el sitio web para afiliados 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 el Centro de Atención al Cliente de EyeMed no puede resolver una reclamación,

Puede escribir a:

EyeMed Vision Care
Attn: Quality Assurance Department
4000 Luxottica Place
Mason, OH 45040

La información también puede enviarse por fax al 513.492.3259. Este equipo trabajará con usted para resolver su problema en un plazo de 30 días. Si no está satisfecho con la decisión del equipo, puede apelar a un subcomité de apelación de EyeMed, cuyos afiliados no participaron en la decisión original. Todas las apelaciones son resueltas por

EyeMed en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el subcomité los recibe.

Dado que el plan de atención oftalmológica está asegurado en su totalidad, usted no puede apelar las determinaciones de EyeMed ante la PEBA.

Ejemplos de Planes de Visión Estatal

Ejemplo 1

Examen de la visión	Precio promedio de venta al público ⁸	Beneficio del Plan de la Visión Estatal	Su costo dentro de la red
	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Montura	\$200.00	\$0 de copago y 20 % de descuento del saldo de más de \$150 de subsidio	\$40.00
Lentes			
Visión simple	\$90.00	Copago de \$10	\$10.00
Polycarbonato (adulto)	\$64.00	Copago de \$30	\$30.00
Antirreflejos premium (Crizal Alize)	\$123.00	Copago de \$68	\$68.00
Usted paga	\$607.00		\$158.00

Ejemplo 2

Examen de la visión	Precio promedio de venta al público ⁸	Beneficio del Plan de la Visión Estatal	Su costo dentro de la red
	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Montura	\$150.00	\$0 de copago y 20 % de descuento del saldo de más de \$150 de subsidio	\$0.00
Lentes			
Progresivo premium (Nivel 2)	\$323.00	Copago de \$65	\$65.00
Antirreflejos premium (Crizal Alize)	\$123.00	Copago de \$68	\$68.00
Usted paga	\$726.00		\$143.00

Ejemplo 3

Examen de la visión	Precio promedio de venta al público ⁸	Beneficio del Plan de la Visión Estatal	Su costo dentro de la red
	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto estándar	\$71.00	Copago de \$0	\$0.00
Lentes de contacto desechables	\$130	Subsidio de \$130	\$0.00
Usted paga	\$328.00		\$10.00

⁸ Basado en los promedios de la industria. Los precios y costos varían según el mercado y el tipo de proveedor. Las primas no están incluidas.

Seguro de vida



El programa de seguro de vida de PEBA está suscrito por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). El seguro que se ofrece es un seguro de vida a plazo, lo que significa que la cobertura se ofrece durante un periodo de tiempo determinado. La póliza no tiene valor en efectivo.

El contrato del programa de seguro de vida está compuesto por la póliza, que se emite a favor de PEBA, la solicitud de PEBA y su solicitud de inscripción. La póliza la tiene PEBA. El contrato de seguro puede modificarse en cualquier momento siempre que MetLife y PEBA estén de acuerdo con el cambio. Nadie más tiene autoridad para cambiar el contrato. Todos los cambios deben hacerse por escrito, formar parte de la póliza y ser firmados por un funcionario de MetLife y de PEBA.

Elegibilidad

Por lo general, para inscribirse en el programa de seguro de vida, debe ser un empleado a tiempo completo que reciba una remuneración de un departamento, agencia, consejo, comisión o institución del Estado; distrito escolar público; gobierno del condado, incluidos los miembros del consejo del condado; empleador opcional participante; u otro empleador elegible que esté aprobado por la ley estatal y que participe 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 tienen derecho a la cobertura del seguro de vida.

A efectos del seguro, un empleado se considera a tiempo completo si trabaja al menos 30 horas semanales. Si trabaja al menos 20 horas semanales, también puede tener derecho al beneficio en los casos en los que su empleador cubierto haya definido la jornada completa como un empleado que trabaja al menos 20 horas semanales. La PEBA también debe aprobar esta decisión. Además, se exige que los empleados sean ciudadanos o residentes legales de Estados Unidos, sus territorios y sus protectorados. Los empleados temporales, alquilados o de temporada no son elegibles.

Requisito de trabajar activamente

Para asegurarse o recibir un aumento del monto de su cobertura de seguro de vida, debe estar "Activo en el trabajo". Esto significa que está desempeñando plenamente sus funciones habituales durante el número de horas programadas regularmente en el lugar habitual de trabajo del empleador, o en otros lugares a los que la actividad del empleador le obliga a desplazarse.

Si no trabaja debido a una enfermedad o lesión,

usted no cumple los requisitos de Activo en el trabajo. Si está recibiendo un subsidio por enfermedad, un beneficio por incapacidad de corta duración o un beneficio por incapacidad de larga duración, tampoco cumple los requisitos.

Si no está en Activo en el trabajo en la fecha en que comenzaría la cobertura o en la fecha en que entraría en vigor un aumento de la cuantía de su seguro de vida, no tendrá derecho a la cobertura o al aumento hasta que vuelva al trabajo activo. Si la ausencia se produce en un día no laborable, la cobertura no se retrasará siempre que haya estado Activo en el trabajo el día laborable inmediatamente anterior al día no laborable. Salvo que se estipule lo contrario en el certificado de seguro de vida, usted tiene derecho a seguir estando asegurado solo mientras siga Activo en el trabajo.

Cualquier selección de cobertura de seguro de vida o aumento de cobertura que se haga mientras no se esté Activo en el trabajo no será elegible para reclamaciones. Recibirá el reembolso de la prima de cualquier seguro de vida que haya pagado y al que no haya tenido derecho.

Aplicaciones

El *Aviso de Elección y la Declaración de Salud* electrónica que usted completa para estar cubierto por este Plan se consideran su solicitud de cobertura de seguro de vida. MetLife puede utilizar declaraciones erróneas u omisiones en su solicitud para impugnar la validez del seguro o rechazar una reclamación.

Después de que la cobertura del seguro del asegurado haya estado en vigor durante toda su vida durante dos años a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura, MetLife no puede impugnar la cobertura del asegurado salvo por fraude o por falta de pago de las primas.

Sin embargo, si se ha producido un aumento en el monto del seguro que el asegurado debía solicitar o para el que MetLife exigía pruebas médicas, entonces, en la medida del aumento, cualquier siniestro que se produzca en los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor del aumento será impugnado.

Todas las declaraciones que el asegurado haga en su solicitud se considerarán, en ausencia de fraude, declaraciones (verdaderas en el momento) y no garantías (verdaderas en el momento y que seguirán siendo verdaderas en el futuro). Asimismo, cualquier declaración que haga un asegurado no se utilizará para anular su seguro, ni para defenderse de una reclamación, a menos que la declaración figure en la solicitud.

¿Cuál es el monto mínimo de seguro de vida que debe tener? Para ayudarle a hacerse una idea del monto tener en cuenta, pruebe

Seguro de vida básico

Los empleados que reúnen los requisitos necesarios y que están inscritos en el Plan de Salud Estatal o en el Plan Complementario TRICARE se inscriben automáticamente en el beneficio del seguro de vida básico, incluida la cobertura por muerte accidental y desmembramiento. No hay que rellenar ningún formulario específico para participar, y este beneficio es gratuito. La cobertura del seguro de vida básico proporciona:

- \$3,000 en seguro de vida a término para los empleados elegibles de la edad de 69 años o menos; y
- \$1,500 a los empleados de 70 años o más que reúnan los requisitos necesarios.

Los montos de la cobertura por Muerte accidental y desmembramiento son los mismos que los del seguro de vida básico.

Su cobertura comienza el primer día del mes en el que trabaja activamente como empleado a tiempo completo. Si cumple los requisitos en un día distinto al primer día calendario o al primer día laborable del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas al requisito de Activo en el trabajo (ver la página 91).

Seguro de vida opcional

Para muchas personas, la compra de un seguro de vida adicional a la cobertura proporcionada por el empleador, puede ayudar a proporcionar una mayor seguridad financiera. El beneficio de seguro de vida opcional, con cobertura de Muerte accidental y desmembramiento, es un beneficio voluntario en la que el afiliado paga la totalidad de la prima sin contribución alguna por parte de PEBA o de su empleador.

Inscripción inicial - empleados activos

Si es un empleado con derecho a ello, puede inscribirse en el seguro de vida opcional en los 31 días siguientes a la fecha de su contratación.

Deberá rellenar los formularios necesarios. Puede elegir una cobertura, en incrementos de \$10,000, hasta tres veces su salario básico anual (redondeado por defecto \$10,000), o hasta \$500,000, lo que sea menor, sin aportar pruebas médicas. Puede solicitar un nivel de beneficios superior, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$500,000, rellenando una *Declaración de Salud* electrónica para aportar pruebas médicas. Recibirá un correo electrónico de MetLife para completar una

Declaración de Salud.

Su cobertura comienza el primer día del mes en el que trabaja activamente como empleado a tiempo completo. Si reúne los requisitos un día que no sea el primer día calendario o el primer día laborable del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se inscribe en un monto de cobertura que requiere pruebas médicas, la fecha de entrada en vigor de su cobertura para el monto que requiere pruebas médicas será el primer día del mes siguiente a la aprobación.

Todas las fechas de efectividad de la cobertura están sujetas al requisito de Activo en el trabajo (consulte la página 91).

Entrada tardía

Con la característica de la prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si participa en la función de Prima de Seguro Colectivo MoneyPlus antes de impuestos y no se inscribe en la cobertura de Vida Opcional dentro de los 31 días siguientes a la fecha de inicio de la relación laboral, podrá inscribirse únicamente dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad (ver la página 19) o durante el período anual de inscripción abierta cada mes de octubre. En determinadas situaciones especiales de elegibilidad, puede adquirir una cobertura de Vida Opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$50,000 sin aportar pruebas médicas. La cobertura elegida como resultado de una situación especial de elegibilidad entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que usted complete y presente el *Aviso de Elección*. De lo contrario, tendrá que rellenar un *Aviso de Elección* y una *Declaración de Salud* electrónica durante el periodo de inscripción abierta. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigor el primer día de enero después del periodo de inscripción o, si se aprueba después del 1 de enero, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas a la disposición de Activo en el trabajo (ver la página 91).

Sin la función Prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si no participa en la función Prima de seguro colectivo antes de impuestos de MoneyPlus y no se inscribe en la cobertura de vida opcional en un plazo de 31 días a partir de la fecha de inicio de la relación laboral, puede inscribirse a lo largo del año siempre que aporte pruebas médicas y MetLife lo apruebe. Para inscribirse, deberá cumplimentar un *Aviso de Elección* y una *Declaración Electrónica de Salud*. Su cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su aprobación. En determinadas situaciones especiales de elegibilidad, puede adquirir una cobertura de Vida Opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$50,000

sin proporcionar evidencia médica. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que haya rellenado y presentado el *Aviso de Elección*.

Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Activo en el trabajo (ver la página 91).

Primas

Las primas de Vida Opcional se determinan en función de su edad al 31 de diciembre anterior y del monto de la cobertura que seleccione. Los empleados activos pueden pagar primas hasta \$50,000 de cobertura antes de impuestos a través de MoneyPlus (ver página 114). Los empleados jubilados no pueden 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 su categoría de edad cambia, su prima aumentará el 1 de enero del siguiente año calendario. Su cobertura se reducirá a los 70, 75 y 80. La cobertura reducida tiene lugar el 1 de enero del siguiente año calendario.

Modificación del monto de su cobertura

Con la característica de la prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si participa en la función Prima de seguro colectivo antes de impuestos de MoneyPlus, podrá aumentar, reducir o cancelar su cobertura de Vida Opcional únicamente durante el periodo anual de inscripción abierta en octubre o en un plazo de 31 días en caso de que se produzca una situación especial (ver página 19).

Para aumentar su cobertura durante el periodo de inscripción abierta, deberá presentar pruebas médicas y ser aprobado por MetLife. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente al periodo de inscripción. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Activo en el trabajo (ver la página 91). Si está aumentando su cobertura de Vida Opcional debido a una situación especial de elegibilidad, puede aumentar, en incrementos de \$10,000 hasta \$50,000 (\$500,000 sirve como monto máximo de cobertura) sin proporcionar evidencia médica.

Sin la función Prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si no participa en la función de prima de seguro colectivo antes de impuestos de MoneyPlus, puede solicitar un aumento del monto de la cobertura de vida opcional en cualquier momento del año, aportando pruebas médicas y siendo aprobado por MetLife. Su cobertura en el nuevo nivel

entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede adquirir una cobertura de Vida Opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$50,000, sin necesidad de presentar pruebas médicas. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que haya rellenado y presentado el *Aviso de Elección*.

Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Activo en el trabajo (ver la página 91). Puede reducir o cancelar su cobertura en cualquier momento. Sin embargo, si desea volver a inscribirse o aumentar la cobertura en una fecha posterior, deberá presentar pruebas médicas y ser aprobado por MetLife.

Seguro de vida para dependientes

Dependientes elegibles

Si tiene derecho a la cobertura del seguro de vida, puede inscribir a sus dependientes en el seguro de Vida para Dependientes aunque no se haya inscrito en el programa de Vida Opcional o en la cobertura del seguro de salud estatal.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legítimo:
 - No puede tener derecho a la cobertura como empleado de un empleador participante.
- Hijos:
 - Incluye a los hijos naturales, a los hijos adoptados legalmente, a los hijos dados en adopción (desde la fecha de entrega a los padres adoptantes hasta la adopción legal), a los hijastros o a los hijos de los que tiene la tutela legal.
 - Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad, o un hijo de al menos 19 años pero menor de 25 años que asiste a la escuela a tiempo completo (según la definición de la institución) como su actividad principal y depende principalmente de usted para su apoyo financiero.

Los cambios en la elegibilidad del seguro realizados por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible, enmendada por la Ley de Reconciliación de Salud y Educación de 2010, no se aplican al seguro de Vida-Hijos Dependientes.

Los hijos de cualquier edad son elegibles si son física o mentalmente incapaces de mantenerse por sí mismos, si son incapaces de mantenerse por sí mismos antes de los 25 años y si dependen económicamente de usted para más de la mitad de su apoyo y mantenimiento.

Para más información sobre la cobertura de un hijo incapacitado, consulte la página 14.

Una persona que tiene derecho a la póliza como empleado o jubilado, o a un seguro de continuación, no tiene derecho a ser dependiente. Solo una persona puede asegurar a un hijo dependiente con derecho a ello.

La PEBA puede realizar una auditoría de la elegibilidad de un dependiente asegurado. Si se comprueba que el dependiente no cumple los requisitos, no se pagarán los beneficios.

Si ambos cónyuges trabajan para un empleador participante, solo uno de ellos puede tener cobertura para los hijos dependientes que reúnan los requisitos, y los cónyuges no pueden cubrirse mutuamente.

Para presentar una reclamación bajo Vida-Hijo Dependiente para un hijo de 19 a 24 años, deberá demostrar que el hijo era estudiante a tiempo completo en el momento de la inscripción y en el momento de la reclamación. Necesitará una declaración con membrete de la institución educativa que verifique que el hijo era un estudiante a tiempo completo y proporcione las fechas de inscripción del hijo. La declaración debe entregarse a su administrador de beneficios, que la enviará a MetLife junto con el *Formulario de reclamación del seguro de vida*.

Para presentar una reclamación por un hijo incapacitado mayor de 25 años, debe entregar un certificado de incapacidad a su administrador de beneficios, que lo enviará a MetLife junto con el *Formulario de reclamación del seguro de vida*.

Dependientes excluidos

- No se considerará dependiente a cualquier persona que, como empleado, tenga derecho a la cobertura del seguro de vida, o que preste servicio militar a tiempo completo.
- El ex cónyuge y los ex hijastros no pueden estar cubiertos por el seguro de vida para dependientes a través de PEBA, ni siquiera con una orden judicial.
- Un hijo adoptivo no tiene derecho a la cobertura de Vida para dependientes.

Cobertura de Vida-Cónyuge Dependiente

Si está inscrito en el programa de Vida Opcional, puede cubrir a su cónyuge en incrementos de \$10,000 hasta el 50 % de su cobertura de Vida Opcional o \$100,000, lo que sea menor.

Sin embargo, si no está inscrito en la cobertura de Vida Opcional, puede inscribir a su cónyuge por solo \$10,000 o \$20,000.

Se requieren pruebas médicas para todos los montos de cobertura superiores a \$20,000, los aumentos de monto de cobertura superiores a \$20,000 y para la cobertura que no se eligió cuando su cónyuge cumplió los requisitos por primera vez o debido a una situación especial de elegibilidad.

La cobertura de su cónyuge se reducirá a los 70, 75 y 80 años en función de su edad.

Los cónyuges inscritos en la cobertura de Vida para dependientes también están cubiertos por los beneficios de muerte accidental y desmembramiento. Tienen derecho al beneficio por cinturón de seguridad, al beneficio por bolsas de aire, al beneficio por cuidado infantil y al beneficio por educación infantil (ver las páginas 97-98).

Cobertura de Vida-Hijo Dependiente

El beneficio de Vida-Hijo Dependiente es de \$15,000 por hijo y la cobertura está garantizada. Los hijos tienen derecho a la ayuda desde su nacimiento hasta los 19 o 25 años si son estudiantes a tiempo completo. Un hijo solo puede estar cubierto por uno de los padres en este Plan.

Inscripción

En un plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación, puede inscribirse en el seguro de Vida-Cónyuge Dependiente hasta \$20,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. La inscripción en el seguro de vida opcional es necesaria para inscribirse en la cobertura de Vida-Cónyuge Dependiente por más de \$20,000. No puede cubrir a un ex cónyuge.

Los hijos que reúnan los requisitos necesarios pueden ser añadidos en la inscripción inicial y a lo largo del año sin necesidad de presentar pruebas médicas.

Para inscribirse en el seguro de Vida para dependientes, debe rellenar un *Aviso de Elección* y devolverlo a su administrador de beneficios. Cada uno de los dependientes que desee cubrir debe figurar en el *Aviso de Elección*.

La cobertura de su dependiente comienza el primer día del mes si ese día está trabajando activamente como empleado a tiempo completo. Si cumple los requisitos el primer día laborable del mes (el primer día que no es sábado, domingo o festivo), 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 al primer día calendario o al primer día laborable del mes, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente.

En cualquier momento del año, puede inscribirse o añadir

una cobertura adicional de Vida-Cónyuge Dependiente cumplimentando una *Declaración de Salud* electrónica para aportar pruebas médicas. La cobertura adicional entra en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación de las pruebas médicas.

Todas las fechas de entrada en vigor están sujetas al requisito de trabajar activamente (ver página 91) y a la disposición de no confinamiento de los dependientes, que se encuentra más adelante en esta sección.

Añadir un nuevo cónyuge

Si desea añadir a un cónyuge porque se casa, puede inscribirse en la cobertura de cónyuge dependiente de \$10,000 o \$20,000 sin aportar pruebas médicas. Para ello, rellene un *Aviso de Elección* en el plazo de 31 días a partir de la fecha de su matrimonio. La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que haya rellenado y presentado el *Aviso de Elección*. No puede cubrir a su cónyuge como dependiente si éste es o pasa a ser empleado de un empleador que participa en el plan.

Si se divorcia, debe dar de baja a su cónyuge de la cobertura de Vida Dependiente. Deberá cumplimentar un *Aviso de Elección* en el plazo de 31 días a partir de la fecha de su divorcio. La cobertura finaliza en la fecha del divorcio.

Pérdida de empleo del cónyuge

Si el empleo de su cónyuge en un empleador participante finaliza, puede inscribir a su cónyuge en la cobertura de Vida para dependientes por un monto máximo de \$20,000 en los 31 días siguientes a su cese, sin necesidad de presentar pruebas médicas. Si su cónyuge pierde el seguro de vida a través de un empleador que no participa en el seguro PEBA, puede inscribirse a lo largo del año rellenando una *Declaración de Salud* electrónica para aportar pruebas médicas.

Entrada tardía

Si no se inscribe dentro de los 31 días siguientes a la fecha de inicio de la actividad laboral o del matrimonio, puede inscribir a su cónyuge a lo largo del año siempre que aporte un justificante médico y éste sea aprobado por MetLife. Para ello, debe rellenar un *Aviso de Elección* y una *Declaración de Salud* electrónica.

La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas al requisito de trabajar activamente y a la disposición de no confinamiento del dependiente.

Añadir hijos

Los hijos que reúnan las condiciones necesarias pueden ser añadidos a lo largo del año sin necesidad de presentar pruebas médicas, rellenando un *Aviso de Elección* y devolución

a su administrador de beneficios. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que haya rellenado y presentado el formulario.

Su hijo elegible está cubierto automáticamente durante 30 días a partir del nacimiento vivo del hijo. Para continuar con la cobertura de su hijo,

tendrá que incluir a cada hijo en su *Aviso de Elección* dentro de los 31 días siguientes al nacimiento; de lo contrario, la cobertura del hijo terminará al final del periodo de 30 días.

Debe incluir a cada hijo en su *Aviso de Elección* en los 31 días siguientes al nacimiento, incluso si tiene cobertura de seguro de Vida para Dependientes cuando tenga un nuevo hijo que reúna los requisitos.

Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas a la cláusula de no-confinamiento de los dependientes, tal y como se describe a continuación.

Si un dependiente está hospitalizado o recluido por enfermedad o dolencia en la fecha en que su seguro entraría en vigor, su fecha de entrada en vigor se retrasará hasta que sea dado de alta de dicha hospitalización o reclusión. Esto no se aplica a un hijo recién nacido. Sin embargo, en ningún caso el seguro de un dependiente será efectivo antes que su seguro de vida.

Primas

La cobertura de Vida-Cónyuge Dependiente y la cobertura de Vida-Hijo Dependiente son beneficios separados por las que se pagan primas separadas. Las primas son pagadas en su totalidad por usted, sin contribución de su empleador, y pueden ser pagadas a través de la deducción de la nómina.

Las primas para el Vida-Cónyuge Dependiente se determinan en función de la edad del cónyuge.

La prima de la cobertura de Vida-Hijo Dependiente es de \$1.26, independientemente del número de hijos cubiertos.

Beneficiarios

Un beneficiario es la persona o personas que recibirán los pagos del seguro si usted fallece. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya renunciado a este derecho. Si no ha nombrado a ningún beneficiario, los beneficios por fallecimiento se pagarán a:

1. Su patrimonio;
2. Su cónyuge legítimo, si vive; en caso contrario:
3. Su hijo o hijos naturales o legalmente adoptados, en partes iguales, si están vivos; en caso contrario:

4. Sus padres, a partes iguales, si viven; en caso contrario:
5. Sus hermanos, a partes iguales, si viven.

Cambio de beneficiarios

Puede cambiar sus beneficiarios en línea a través de [MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov), o notificando a su administrador de beneficios y completando un *Aviso de Elección*. El cambio será efectivo en la fecha en que se firme la solicitud. Tenga en cuenta que MetLife solo permitirá el cambio de beneficiario por medio de un poder notarial si los documentos establecen específicamente que un apoderado tiene la facultad de cambiar la designación de beneficiarios.

Asignación

Puede transferir los derechos de propiedad de su seguro a un tercero, lo que se conoce como cesión de su seguro de vida.

MetLife no estará obligada por una asignación del certificado o de cualquier interés en el mismo a menos que se realice como una declaración por escrito, usted presente el instrumento original o una copia certificada en la oficina central de MetLife y MetLife le envíe una copia con acuse de recibo.

MetLife no se hace responsable de la validez de ninguna asignación. Tendrá que asegurarse de que la asignación es legal en su estado y de que cumple los objetivos previstos. Si una reclamación se basa en una asignación, MetLife puede exigir una prueba de interés del reclamante. Una asignación válida tendrá prioridad sobre cualquier reclamación de un beneficiario.

Muerte accidental y desmembramiento

Esta sección no se aplica a los jubilados ni a los hijos dependientes.

Cuadro de pérdidas y beneficios por accidente

Además de cualquier beneficios del seguro de vida, MetLife pagará beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento iguales al monto del seguro de vida básico y opcional para el que el empleado está asegurado y un monto igual al monto del Seguro de Vida-Cónyuge Dependiente para el cual el cónyuge está asegurado, según el calendario que se indica a continuación, si:

1. Sufre una lesión corporal accidental mientras su seguro está en vigor;
2. Una pérdida resulta directamente de dicho perjuicio, independientemente de todas las demás causas, y es involuntaria, inesperada e imprevista; y

3. Dicho siniestro se produce dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente causante de la lesión.

La pérdida de una mano o un pie se refiere a la separación real y permanente del cuerpo a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o el tobillo. La pérdida de la vista, del habla o del oído significa una pérdida total e irrecuperable. La pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano significa la separación real y permanente del cuerpo a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas o por encima de ellas.

El monto del beneficios será un porcentaje del monto del seguro Básico, Opcional y de Vida-Cónyuge Dependiente. El porcentaje viene determinado por el tipo de siniestro, como se indica en el siguiente cuadro.

Descripción de la pérdida	Porcentaje del monto del seguro de vida
Vida	100 %
Las dos manos, los dos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
El habla y la audición en ambos oídos	100 %
Una mano o un pie, y la vista de un ojo	100 %
Movimiento de ambos miembros superiores e inferiores (tetraplejía)	100 %
Movimiento de ambos miembros inferiores (paraplejía)	75 %
Movimiento de las dos piernas y un brazo, o de los dos brazos y una pierna	75 %
Movimiento de los miembros superiores e inferiores de un lado del cuerpo (hemiplejía)	50 %
Cualquiera de las dos manos o pies	50 %
Visión de un ojo	50 %
El habla o la audición en ambos oídos	50 %
Movimiento de una extremidad (uniplejía)	25 %
Pulgar e índice de la misma mano	25 %

¿Qué no está cubierto?

MetLife no pagará los beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento bajo esta sección por cualquier pérdida causada o contribuida por:

- Lesión autoinfligida intencionadamente.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Cometer o intentar cometer un delito grave.
- Entorno físico o mental, enfermedad o dolencia.
- El alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- El uso voluntario de drogas con receta, drogas sin receta, drogas ilegales, medicamentos, venenos, gases, humos u otras sustancias tomadas, absorbidas, inhaladas, ingeridas o inyectadas, a menos que se tome por consejo de un médico autorizado en la forma y dosis prescritas verificables.
- Colisión o accidente de vehículo de motor en el que usted es el operador del vehículo de motor y su nivel de alcohol en sangre alcanza o supera el nivel en el que se define la intoxicación en el estado en el que se produjo la colisión o el accidente, independientemente de cualquier procedimiento legal al respecto.
- La infección, distinta de la que se produce simultáneamente y como resultado directo e independiente de la lesión accidental.
- Tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos de diagnóstico o cualquier complicación resultante, incluidas las complicaciones derivadas de un contratiempo médico. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada.
- Servicio en el ejército de cualquier nación, excepto la Guardia Nacional de EE.UU.

Muerte accidental y desmembramiento beneficios

Beneficio de cinturón de seguridad y bolsa de aire (básica, opcional y vida-cónyuge dependiente, muerte accidental y desmembramiento solamente)

El beneficio de cinturón de seguridad es un 10 % adicional de su beneficio por muerte accidental. No obstante, el monto que MetLife pagará por este beneficio no será inferior a \$1,000 ni superior a \$25,000. Por ejemplo, si el monto de su seguro de Vida Opcional es de \$20,000 y fallece en un accidente, se le pagará un

beneficio adicional por muerte accidental de \$20,000. El beneficio de cinturón de seguridad aumenta este beneficio por muerte accidental en un 10 %, es decir, \$2,000. El beneficio total por muerte accidental será entonces de \$22,000, lo que significa que el beneficio total por fallecimiento 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 inferior a \$1,000 ni superior a \$10,000 de su beneficio por muerte accidental. Por ejemplo, si el monto de su seguro de vida es de \$20,000 y fallece en un accidente, se pagará un beneficio adicional de \$20,000 por muerte accidental. El beneficio por cinturón de seguridad aumenta el beneficio por muerte accidental en \$2,000, y el beneficio por bolsa de aire aumenta el beneficio por muerte accidental en \$1,000 (5 % de \$20,000), lo que significa que el beneficio por muerte completa será de \$43,000.

Para tener derecho a estos beneficios, hay que cumplir los siguientes requisitos:

1. El asiento en el que estaba sentado el asegurado estaba equipado con una bolsa de aire correctamente instalado en el momento del accidente.
2. El coche privado de pasajeros está equipado con cinturones de seguridad.
3. El cinturón de seguridad estaba en uso correcto por parte del asegurado en el momento del accidente, tal y como se certifica en el informe oficial del accidente o por el agente investigador.
4. En el momento del accidente, el conductor del turismo particular tenía permiso de conducir y no se encontraba en estado de embriaguez, deterioro o bajo la influencia del alcohol o las drogas.

Beneficio de guardería (solo opcional y muerte accidental y Desmembramiento, vida-cónyuge dependiente)

Se pagará un beneficio por cuidado de hijos a cada dependiente que sea menor de 7 años (en el momento del fallecimiento del asegurado) y que esté inscrito en un programa de guardería. El beneficio por cada hijo al año será la menor de las siguientes:

1. El doce por ciento del monto de su seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento Accidental; o
2. \$5,000; o
3. Gastos reales de cuidado infantil.

Se pagará por cada dependiente que cumpla los requisitos durante un máximo de dos años. Si este beneficio está en vigor en la fecha del fallecimiento del empleado o del cónyuge y no hay ningún hijo dependiente que pueda tener derecho a este beneficio, MetLife pagará \$1,000 al beneficiario.

Beneficio de educación para hijos dependientes (Solo opcional y vida-cónyuge dependiente por muerte accidental y desmembramiento)

Se paga un beneficio de educación por cada persona dependiente que reúna los requisitos para ser estudiante. Un dependiente que reúna los requisitos debe ser un estudiante de enseñanza postsecundaria que asista a una escuela de enseñanza superior a tiempo completo en el momento del fallecimiento del asegurado o estar cursando el duodécimo grado y pasar a ser

estudiante de enseñanza postsecundaria a tiempo completo en una escuela de enseñanza superior en los 365 días siguientes al fallecimiento del asegurado. El beneficio asciende a un máximo de \$10,000 por año académico, con un beneficio global máxima del 25 % del monto de la cobertura. El beneficio se pagará al inicio de cada curso escolar durante un máximo de cuatro años consecutivos, pero no más allá de la fecha en que el hijo cumpla 25 años.

Si este beneficio está en vigor en la fecha de su fallecimiento o del de su cónyuge y no tiene ningún hijo que pueda optar a ella, MetLife pagará \$1,000 a su beneficiario.

Beneficio por agresión grave (opcional por muerte accidental y desmembramiento, solo para empleados)

El beneficio por asalto grave se paga si usted resulta herido en un asalto grave y la lesión provoca una pérdida por la que se pagan beneficios en virtud del beneficio por muerte accidental y desmembramiento. El beneficio es la menor de sus ganancias anuales, \$25,000 o el monto de la cobertura del seguro opcional de muerte accidental y desmembramiento.

Una agresión grave es una agresión física por parte de otra persona que resulta en daños corporales para usted. La agresión debe implicar el uso de la fuerza o la violencia con la intención de causar daño y debe ser un delito grave según las leyes de la jurisdicción en la que se cometió el acto.

Beneficio de repatriación (Vida básico, Vida opcional y Vida-Cónyuge Dependiente, Muerte accidental y desmembramiento)

Se pagará un beneficio de repatriación si usted o su cónyuge con cobertura de Vida-Cónyuge Dependiente fallecen de una forma que estaría cubierta por el beneficio de Muerte Accidental y Desmembramiento y si el fallecimiento se produce a más de 100 millas de su residencia principal.

El beneficio de repatriación será la menor de las siguientes:

- Los gastos reales incurridos para:
 - Preparación del cuerpo para su entierro o cremación, y
 - Transporte del cuerpo hasta el lugar de entierro o cremación;

o

- \$5,000, el monto máximo de este beneficio.

Beneficio de transporte público (Transportista común) (Básica, Opcional Muerte Accidental y Desmembramiento, solo para empleados)

Si fallece como consecuencia de un accidente cubierto que se produce mientras es pasajero que paga la tarifa en un vehículo de transporte público, MetLife pagará un beneficio adicional igual al monto total de su seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento.

Por vehículo de transporte público se entiende cualquier vehículo aéreo, terrestre o acuático operado con una licencia para el transporte de pasajeros que pagan una tarifa.

Ventajas de MetLifeSM

Su seguro de vida opcional incluye el acceso a MetLife AdvantagesSM, un conjunto completo de valiosos servicios de apoyo, planificación y protección cuando más lo necesita, sin costo alguno para usted.

Preparación del testamento

Le ofrece a usted y a su cónyuge un número ilimitado de reuniones presenciales o telefónicas con un abogado, de la red de más de 18,000 abogados participantes de MetLife Legal Plans, para preparar o actualizar un testamento, un testamento vital y un poder notarial.

Para más información, llame a MetLife Legal Plans al 800.821.6400, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Indique al representante del servicio de atención al cliente que está en PEBA (número de grupo 200879) y facilite los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguro Social.

Servicios de resolución patrimonial

Los representantes de la sucesión y los beneficiarios pueden recibir asistencia jurídica presencial ilimitada para la legalización de su sucesión y la de su cónyuge. Los beneficiarios también pueden consultar un abogado,

de la red de más de 18,000 abogados participantes de MetLife Legal Plans, para preguntas generales sobre el proceso de sucesión.

Para más información, llame a MetLife Legal Plans al 800.821.6400, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Indique al representante del servicio de atención al cliente que está en PEBA (número de grupo 200879) y facilite los cuatro últimos 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 HIPAA por su cuenta, a su propio ritmo, 24 horas al día, siete días a 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 usted aunque solo tenga un seguro de vida básico.

Asistencia en la planificación de funerales

Servicios diseñados para simplificar el proceso de planificación funeraria para sus seres queridos y beneficiarios, con el fin de ayudarles a organizar un evento que honre la vida de un ser querido, desde una guía de planificación funeraria para el autocontrol hasta servicios como la localización de funerarias, floristas y grupos de apoyo locales.

Llame a Dignity Memorial las 24 horas del día al 866.853.0954 o visite finalwishesplanning.com. También puede utilizar este número de teléfono para localizar funerarias y otros proveedores de servicios importantes.

Asesoramiento sobre el duelo

Le proporciona a usted y a las personas a su cargo hasta cinco sesiones de asesoramiento privado en persona por evento con un asesor profesional en materia de duelo para ayudarle a superar una pérdida, independientemente de las circunstancias, ya sea una muerte, una enfermedad o un divorcio. Las sesiones también pueden celebrarse por teléfono.

Llame a LifeWorks US, Inc. 24 horas al día, 7 días a la semana al 888.319.7819.

Cuenta de liquidación activa

La Cuenta de Control Total (TCA, por sus siglas en inglés)[®] es una opción de liquidación que ofrece a sus seres queridos una forma segura y cómoda de gestionar los ingresos del seguro de vida. Tendrán la comodidad de acceder inmediatamente a la totalidad o parte de sus ingresos a través de una cuenta remunerada

con privilegios ilimitados de emisión de cheques. La Cuenta de Control Total también permite que los beneficiarios tengan tiempo para decidir qué hacer con sus ingresos.

Llame a MetLife al 800 .638 .7283, de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.

Soluciones de transición

Se centra en la orientación y los servicios en torno a los seguros y otros productos financieros para ayudarle a usted y a su familia a prepararse mejor para su futuro en respuesta a los acontecimientos que cambian los beneficios.

Llame a MetLife para que le pongan en contacto con los profesionales financieros de Barnum Financial Group en el teléfono 877.275.6387, de 9 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.

Delivering the Promise[®]

Ayuda a los beneficiarios a resolver los detalles y las preguntas serias sobre las reclamaciones y las necesidades financieras en un momento difícil. MetLife ha dispuesto que los profesionales financieros de Barnum Financial Group estén disponibles para prestar asistencia en persona o por teléfono para ayudar a presentar reclamaciones de seguros de vida, beneficios gubernamentales y ayuda con preguntas financieras.

Para que le remitan a un especialista de Delivering the Promise, que se pondrá en contacto con usted directamente, llame al 877.275.6387, pregunta 2.

Reclamaciones

Para pagar los beneficios, hay que entregar a MetLife una prueba de siniestro por escrito. Esto significa que se debe presentar una reclamación como se describe a continuación.

Su beneficio acelerado

Si un médico le diagnostica a usted o a su dependiente cubierto una enfermedad terminal, puede solicitar que MetLife pague hasta el 80 % de su seguro de vida antes de su fallecimiento. Los beneficios restantes se pagarán a su beneficiario en caso de fallecimiento. Una enfermedad terminal significa que tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos.

Para presentar una reclamación, notifique a su empleador. A continuación, usted, su empleador y el médico que le atiende rellenarán cada uno una sección del formulario de la *Opción de Beneficio Acelerado* de MetLife.

Cómo presentar una reclamación

Cuando usted o su dependiente fallecen, su empleador debe ser notificado. Esto debe hacerse tan pronto como sea razonablemente posible. El administrador de beneficios lo notificará a PEBA y

PEBA enviará la información para iniciar una reclamación de seguro de vida a MetLife. MetLife enviará al beneficiario una declaración de beneficiario y una carta de pésame, en la que se solicita un certificado de defunción original. El beneficiario debe enviar por correo o por fax la declaración del beneficiario y el certificado de defunción original a MetLife.

Cuando MetLife reciba una prueba aceptable del fallecimiento de su dependiente cubierto, le pagará el beneficio del seguro de vida. Si ya no vive, se pagará a su beneficiario.

Cuando un jubilado fallece, el beneficiario, o el empleador en su nombre, debe notificar el fallecimiento a MetLife llamando al 800.638.6420.

Disposición sobre el suicidio

No se pagará ningún beneficio de Vida Opcional, Vida-Cónyuge Dependiente o Vida-Hijo Dependiente si el fallecimiento es consecuencia de un suicidio, tanto si la persona cubierta está cuerda como si está loca, dentro de los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor. Si el suicidio se produce en los dos años siguientes a un aumento de la cobertura, el beneficio por fallecimiento se limita al monto de la cobertura en vigor antes del aumento.

Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento

En caso de muerte accidental, se debe notificar a su empleador. El administrador de beneficios lo notificará a PEBA y PEBA enviará cierta información para iniciar una reclamación de seguro de vida a MetLife. El administrador de beneficios rellenará y enviará el *Formulario de reclamación del seguro de vida* de MetLife con la información y la documentación acreditativa para validar la muerte accidental. MetLife pagará el beneficio por muerte accidental a sus beneficiarios.

Si ha sufrido otras pérdidas cubiertas por el seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento, usted, su empleador y su médico deben rellenar 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. En caso contrario, se pagará a su beneficiario.

El beneficio por muerte accidental y desmembramiento de un dependiente se le pagará a usted, si está vivo. En caso contrario, se pagará a su beneficiario.

Exámenes y autopsias

MetLife se reserva el derecho de someterle a un examen médico a su cargo cuando y con la frecuencia que razonablemente pueda requerir siempre que esté pendiente una reclamación y, cuando no lo prohíba la ley, MetLife se reserva el derecho de realizar una autopsia en caso de fallecimiento.

Cuando finaliza su cobertura

Finalización de la cobertura

Su seguro finalizará a medianoche en la fecha más temprana de:

- El último día del mes en el que se da de baja del empleo;
- El último día del mes del permiso de ausencia no aprobado.
- El último día del mes en que se ingresa en una clase de empleados no elegibles para la cobertura (por ejemplo, un cambio de la condición de tiempo completo a tiempo parcial);
- La fecha de finalización de la póliza de PEBA; o
- El último día del mes en que no pague la prima exigida para ese mes.

La cobertura de los jubilados finalizará el 1 de enero siguiente:

- Alcanza los 70 años, si continúa con la cobertura y se jubila antes del 1 de enero de 1999; o
- Si cumple 75 años, si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 y después.

Los siniestros ocurridos antes de la fecha de finalización de la cobertura del seguro

no se verán afectados por la finalización de la cobertura.

Finalización de la cobertura del seguro de vida de los dependientes

La cobertura de su dependiente finalizará a medianoche de la primera de las siguientes fechas:

- El día en que termina la política de la PEBA;
- El día que usted, el empleado, muera;
- El último día del mes en el que el dependiente deja de cumplir la definición de dependiente.
- El día en que las primas de la cobertura del seguro de vida de los dependientes hayan vencido y no hayan sido pagadas durante un período de 30 días.

Los siniestros ocurridos antes de la fecha de finalización de la cobertura del seguro no se verán afectados por la finalización de la cobertura.

Ampliación de los beneficios

La ampliación de los beneficios se realiza de acuerdo con los requisitos que se indican a continuación. MetLife no está obligada por contrato a proporcionar estos beneficios a menos que usted cumpla estos requisitos.

Permiso de ausencia

Si se encuentra en un permiso de ausencia aprobado por el empleador y sigue teniendo derecho a los beneficios activos, puede continuar con su seguro de Vida Opcional hasta 12 meses a partir del primer día del mes siguiente al último día trabajado, siempre que pague las primas requeridas. MetLife puede exigir una prueba escrita de la aprobación de su excedencia antes de que se pague cualquier reclamación.

Permiso de ausencia militar

Si entra en el servicio militar activo y se le concede un permiso de ausencia militar por escrito, su cobertura de seguro de vida (incluida la cobertura de Vida para dependientes) puede continuar durante un máximo de 12 meses a partir del primer día del mes siguiente al último día trabajado, siempre que pague las primas requeridas. Si el permiso finaliza antes de la fecha acordada, esta continuación terminará inmediatamente. Si regresa del servicio militar activo después de haber sido dado de baja y cumple los requisitos para volver al trabajo según la legislación federal o estatal aplicable, puede tener derecho a la cobertura del seguro de vida que tenía antes de que comenzara el permiso de ausencia, siempre que vuelva a ser contratado por el mismo empleador y solicite la reincorporación en los 31 días siguientes a su regreso al trabajo.

Discapacidad

Si queda discapacitado, la cobertura de su seguro de vida puede continuar durante un máximo de 12 meses a partir de su último día de trabajo, siempre que siga teniendo derecho a beneficios activos y:

- Usted sigue pagando las primas; y
- La póliza de seguro de Vida Opcional no termina.

Cuando pierde el derecho a los beneficios activos por discapacidad

- Si tiene derecho a 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. Conozca sus opciones de seguro de vida en la página 138.

- Si no tiene derecho a un seguro de jubilación, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida entera. Debe presentar una solicitud de conversión dentro de los 31 días siguientes a la finalización de su cobertura de empleado activo.
- Si posteriormente se le aprueba del beneficio de jubilación por discapacidad y, por tanto, tiene derecho a un seguro de jubilación, puede inscribirse hasta el mismo monto de la cobertura de vida opcional que tenía cuando terminó su derecho a los beneficios activos. Para ello, póngase en contacto con MetLife en un plazo de 31 días a partir de la fecha de aprobación de su jubilación por discapacidad. La cobertura comenzaría el primer día del mes siguiente a la aprobación de su jubilación por invalidez.

Para más información sobre el derecho al seguro de los jubilados, ver la página 133.

Continuación o conversión de su seguro de vida

Tenga en cuenta que la cobertura por muerte accidental y desmembramiento no puede continuar ni convertirse.

Continuación

Si tiene derecho a un seguro para jubilados, puede continuar con su cobertura de seguro y pagar las primas directamente a MetLife. MetLife le enviará por correo un paquete de conversión/continuación. Los paquetes se envían por correo de EE.UU. entre tres y cinco días laborables después de que MetLife reciba el expediente 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 una jubilación aprobada o a una jubilación por invalidez aprobada.

Si tiene preguntas sobre sus opciones para continuar su cobertura de seguro o desea solicitar formularios de continuación, póngase en contacto con MetLife en el 888.507.3767, de 8 a. m. a 11 p. m., de lunes a viernes. Debe recibirse una solicitud completa en el plazo de 31 días a partir de la finalización del beneficio.

Si continúa con su cobertura, recibirá una factura de MetLife por las primas. Usted pagará sus primas directamente a MetLife. Póngase en contacto con MetLife llamando al 888.507.3767 si desea realizar cambios en su cobertura.

Conversión

Si su seguro de Vida Básico, Opcional o de Vida para dependientes finaliza porque su empleo o su derecho a la

cobertura terminan, puede solicitar la conversión de su cobertura en una póliza de seguro de vida entera individual, una forma de seguro de vida permanente, sin tener que presentar pruebas médicas. MetLife le enviará por correo un paquete de conversión. Los paquetes se envían por correo de EE.UU. entre tres y 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 pruebas médicas si solicita y paga la prima en un plazo de 31 días.

Cuando solicite cobertura, recuerde estas reglas:

1. No puede solicitar más del monto del seguro de vida que tenía en su seguro de vida colectivo extinguido.
2. La nueva prima de la póliza de conversión se fijará según la tarifa estándar de MetLife para la cantidad de cobertura que desee convertir y su edad.

Debe ponerse en contacto con MetLife en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura del seguro.

La política de grupo se termina

Si su seguro de vida colectivo finaliza debido a la terminación por parte del estado de la póliza o la terminación como clase, puede ser elegible para una póliza de conversión. Para más información, consulte el certificado de MetLife en la sección de la opción de conversión.

Beneficio por fallecimiento durante el periodo de conversión

Si fallece dentro de los 31 días siguientes a la fecha de finalización de su seguro colectivo y cumple los requisitos de conversión, MetLife pagará un beneficio por fallecimiento independientemente de que se haya presentado una solicitud de cobertura en una póliza individual. El beneficio por fallecimiento será el monto del seguro que hubiera podido convertir según los términos de la sección Derecho de Conversión.

Discapacidad a largo plazo

Discapacidad a largo plazo básico

El Plan de Discapacidad a Largo Plazo Básico (BLTD, por sus siglas en inglés), administrado por Standard Insurance Company (The Standard), es un plan de discapacidad financiado por el empleador y proporcionado por el Estado. Ayuda a proteger una parte de sus ingresos si queda discapacitado según la definición del Plan. Este beneficio se ofrece sin costo alguno para usted.

Si tiene preguntas o necesita más información, póngase en contacto con The Standard en el 800.628.9696 o en www.standard.com/mybenefits/scpeba.

Resumen de los beneficios del plan BLTD

	Beneficio
Periodo de espera del beneficio	90 días
Porcentaje mensual del beneficio de BLTD	Hasta el 62.5 % de sus ganancias antes de la discapacidad, reducidas por los ingresos deducibles.
Beneficio máximo	\$800 por mes
Periodo máximo de beneficio	Hasta los 65 años en caso de discapacidad antes de los 62 años. En caso de discapacidad a los 62 años o más, el periodo máximo de beneficio se basa en su edad en el momento de la discapacidad. El periodo máximo de beneficio para los mayores de 69 años es de un año.

Elegibilidad

Tiene derecho a BLTD si está cubierto por el Plan de Salud Estatal o el Plan Suplementario de TRICARE y es un empleado activo a tiempo completo según la definición del Plan o un empleado académico a tiempo completo y está empleado por: un departamento, agencia, consejo, comisión o institución del Estado; un distrito escolar público; un gobierno de condado (incluidos los miembros del consejo del condado); u otro grupo que participe en el programa de seguros del Estado. Miembro de la Asamblea General y los jueces de los tribunales estatales también tienen derecho a la cobertura.

Para percibir los beneficios, debe tener un empleo activo cuando se produzca su discapacidad.

Si queda discapacitado, puede tener derecho a beneficios adicionales a través de la PEBA que son independientes de los beneficios aquí descritos. Llame al 803.737.6800 para más información.

Periodo de espera del beneficio

El periodo de espera del beneficio es el tiempo que debe estar discapacitado para que se le paguen los beneficios. El plan BLTD tiene un periodo de espera de 90 días para recibir beneficios, y éstas no se pagan durante este periodo.

Certificado

El certificado BLTD está disponible en peba.sc.gov/publications bajo Discapacidad a largo plazo. El documento del plan BLTD es un contrato que contenga 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 le considera discapacitado?

Se le considera discapacitado y con derecho a beneficios si no puede cumplir los requisitos de su ocupación debido a debido a una lesión cubierta, enfermedad física, trastorno mental o embarazo. Asimismo, deberá cumplir el periodo de carencia del beneficio y cumplir las definiciones de discapacidad que se indican a continuación durante el periodo al que se aplican.

Discapacidad por ocupación propia

No puede realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales¹ de su propia ocupación durante el periodo de espera del beneficio y los primeros 24 meses de discapacidad.

“Ocupación propia”: cualquier empleo, negocio, comercio, profesión, vocación o vocación que implique tareas materiales¹ del mismo carácter general que su empleo regular y ordinario con el empleador. Su ocupación propia no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuando su trabajo está disponible.

Discapacidad por cualquier ocupación

Es incapaz de realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales¹ de cualquier ocupación.

“Cualquier ocupación” significa cualquier ocupación o empleo

¹ “Tareas materiales”: las tareas, funciones y operaciones esenciales, así como las habilidades, destrezas, conocimientos, formación y experiencia generalmente exigidos por los empleadores a quienes ejercen una determinada ocupación.

que pueda desempeñar, debido a su educación, formación o experiencia, que esté disponible en uno o más lugares de la economía nacional y en el que quepa esperar que gane al menos el 65 % de sus ingresos antes de la discapacidad (ajustados a la inflación) en los 12 meses siguientes a su reincorporación al trabajo, independientemente de que esté trabajando en esa o en cualquier otra ocupación. El período de cualquier ocupación comienza al final del período de ocupación propia y continúa hasta el final del período de beneficio máximo.

Discapacidad parcial

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el periodo de espera del beneficio y el periodo de ocupación propia, trabaja mientras está incapacitado, pero no puede ganar más del 80 % de sus ingresos antes de la discapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en su ocupación propia.

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el periodo de cualquier ocupación, trabaja mientras está incapacitado, pero no puede ganar más del 65 % de sus ingresos antes de la discapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación.

Condiciones preexistentes

“Condición preexistente” significa cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluidas las condiciones secundarias y complicaciones) que se documentó médicamente como existente, o por la que se haya incurrido en tratamiento médico, servicio médico recetas u otros gastos médicos en cualquier momento durante el período de enfermedad preexistente indicado en las Características de la cobertura del *Certificado de Cobertura*.

No se pagarán beneficios por una discapacidad causada o contribuida por una enfermedad preexistente a menos que en la fecha en que se produzca la discapacidad:

- Ha estado cubierto de forma ininterrumpida por el plan durante al menos 12 meses (éste es el periodo de exclusión); o
- Su fecha de discapacidad cae dentro de los 12 meses posteriores a la entrada en vigor de su cobertura BLTD, y ha cumplido todo el periodo sin tratamiento sin haber consultado a un médico, ni haber recibido tratamiento médico, ni servicios médicos, ni haber tomado medicamentos recetados, ni haber incurrido en ningún otro gasto médico en relación con la enfermedad preexistente; durante el periodo de seis meses anterior a la fecha de entrada en vigor de su cobertura (éste es el periodo de condición preexistente).

Reclamaciones

Una vez que parezca que va a estar discapacitado durante 90 días o más, o que su empleador va a modificar sus funciones debido a un problema de salud, hable con su administrador de beneficios y revise el documento [Preguntas frecuentes sobre la cobertura LTD proporcionado por The Standard](#) para obtener información detallada sobre cómo presentar una solicitud y qué esperar una vez presentada la solicitud.

Para presentar una reclamación por teléfono, póngase en contacto con el Centro de Atención de Reclamaciones de The Standard llamando al 800.628.9696.

Para presentar una reclamación en línea, vaya a www.standard.com/misbeneficios/scpeba para iniciar el proceso de reclamación. Se proporcionarán instrucciones a lo largo de todo el proceso de presentación de reclamaciones.

Para presentar una reclamación en papel, descargue un paquete de formularios 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 sean completados y devueltos a The Standard. 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 preguntas, póngase en contacto con The Standard en el teléfono 800.628.9696.

Debe presentar su solicitud a The Standard en un plazo de 90 días a partir de la finalización del periodo de espera del beneficio. Si no puede cumplir este plazo, debe presentar su reclamación tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese periodo de 90 días. Si no presenta su solicitud dentro de este plazo, salvo que The Standard determine la incapacidad legal, The Standard puede rechazar su solicitud.

Requisito de trabajo activo

Si una enfermedad física, un trastorno mental, una lesión o un embarazo le impiden trabajar el día anterior a la fecha prevista de entrada en vigor de su cobertura, ésta no entrará en vigor hasta el día siguiente al que esté trabajando activamente durante un día completo.

Ganancias antes de la discapacidad

Los ingresos antes de la discapacidad son los ingresos mensuales,

incluidos los incrementos por mérito y longevidad, percibidos de su empleador cubierto a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que se afilió si no estaba afiliado el 1 de enero. No incluye sus primas, comisiones, horas extraordinarias o pagos de incentivos. Si es profesor, no incluye su remuneración por los cursos de verano, pero sí la remuneración obtenida durante las sesiones regulares de verano por el personal de la universidad.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de BLTD se verán reducidos por sus ingresos deducibles, es decir, los ingresos que recibe o puede recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad u otra continuación salarial (incluido el fondo de baja por enfermedad);
- Beneficios principales del Seguro Social;
- Indemnización por accidente laboral;
- Otros beneficios colectivos de discapacidad (excepto los beneficios Discapacidad de larga duración complementaria descritos en la página 108);
- Beneficios máximos de jubilación del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que la paga de vacaciones está excluida de los ingresos deducibles. El seguro BLTD sirve como seguro de sustitución de ingresos. El Plan BLTD no tiene beneficio mínimo, por lo que si tiene suficientes ingresos deducibles, su beneficio se reducirá a \$0.

Primer ejemplo: no hay ingresos deducibles	
Ganancias antes de la discapacidad	\$1,280.00
	× 62.5 %
Beneficio máximo	\$800.00
Ingresos deducibles	- \$0.00
Su beneficio BLTD	\$800.00

Segundo ejemplo: todas las demás fuentes de ingresos deducibles	
Ganancias antes de la discapacidad	\$1,280.00
	× 62.5 %
Beneficio máximo	\$800.00
Ingresos deducibles	- \$800.00
Su beneficio BLTD	\$0.00

En otro ejemplo, supongamos que el 62.5 % de sus ingresos antes de la discapacidad es de \$1,200 y que trabaja a tiempo parcial. The Standard pagará el beneficio máximo de \$800 y su beneficio de BLTD se reducirá cuando sus ingresos laborales (ingresos deducibles) superen los \$400. En otras palabras, su beneficio se reducirá cuando el beneficio máximo de \$800 sumado a sus ingresos de trabajo (ingresos deducibles) totalice un monto que supere el 62.5 % de sus ingresos antes de la discapacidad. En este ejemplo, no se pagaría ningún beneficio si sus ingresos laborales (ingresos deducibles) fueran \$1,200 o más.

Debe cumplir los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles a los que tenga derecho. La PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Para más información, póngase en contacto con el PEBA en el 803.737.6800 o en el 888.260.9430.

Cuando se conceden otros beneficios, éstas pueden incluir los pagos que se le debían mientras recibía los beneficios BLTD. Si la indemnización incluye beneficios anteriores, o si recibe otros ingresos antes de notificarlo a The Standard, es posible que su solicitud de BLTD se pague en exceso. Esto se debe a que ha recibido beneficios del Plan e ingresos de otra fuente durante el mismo periodo de tiempo. Tendrá que reembolsar al Plan este exceso de pago.

Cuando finaliza la cobertura del BLTD

Su cobertura BLTD finaliza automáticamente en la fecha más temprana de:

- La fecha de finalización del plan;
- La fecha en la que deja de cumplir los requisitos señalados en la sección de Requisitos de este capítulo;
- La fecha de su cobertura de salud como empleado activo finaliza; o
- La fecha de finalización de su empleo.

Cuando finalizan los beneficios

Sus beneficios finalizarán automáticamente en la primera de estas fechas:

- La fecha en que deja de estar discapacitado según las condiciones del plan BLTD;
- La fecha de finalización de su periodo máximo de beneficios (consulte las Exclusiones y limitaciones);
- La fecha en que se devenguen los beneficios en virtud de cualquier otra póliza de seguro colectivo de discapacidad a largo plazo en virtud de la cual haya estado asegurado durante un periodo de recuperación temporal; o
- La fecha de su muerte.

Si es un empleado de un empleador opcional, su empleador pasa a ser responsable del pago de sus beneficios BLTD si su empleador deja de participar en el programa estatal de seguros.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de la guerra o de cualquier acto de guerra no están cubiertas.
- Las lesiones autoinfligidas intencionadamente no están cubiertas.
- Los beneficios no se pagan cuando no se está bajo el cuidado continuo de un médico de la especialidad correspondiente.
- Los beneficios no se pagan durante ningún periodo en el que no esté participando, de buena fe, en un curso de tratamiento médico, formación profesional o educación aprobado por The Standard, a menos que su discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no se pagan por ningún periodo de discapacidad cuando esté recluido por cualquier motivo en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no se pagan después de haber estado discapacitado según los términos del plan BLTD durante 24 meses en toda su vida, excluyendo el periodo de espera del beneficio, por una incapacidad causada o contribuida por:
 - Un trastorno mental, a menos que esté internado de forma continuada en un hospital únicamente a causa de un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - Su consumo de alcohol, alcoholismo, consumo de cualquier droga ilícita, incluidos los alucinógenos o drogadicción;
 - Dolor crónico, condiciones musculoesqueléticas o del tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o condiciones relacionadas; o
 - Sensibilidad química y ambiental.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, una vez transcurrido el periodo de espera de 90 días para percibir los beneficios, no se pagarán los beneficios BLTD por ningún periodo de discapacidad cuando pueda trabajar en su ocupación propia y pueda ganar al menos

el 20 % de los ingresos que percibía antes de la discapacidad, ajustados a la inflación, pero decida no trabajar.

- Cuando se vive fuera de Estados Unidos o Canadá, el pago de los beneficios se limita a 12 meses por cada periodo de discapacidad continua.

Apelaciones

Si The Standard deniega su solicitud de beneficios por Discapacidad a Largo Plazo Básico, puede apelar la decisión a The Standard enviando su apelación por correo electrónico a su analista de reclamaciones asignado o enviando una notificación por escrito en un plazo de seis meses desde la recepción de la carta de denegación.

Envíe la apelación a:

Standard Insurance Company
P.O. Box -5031
White Plains, NY 10602

Si The Standard mantiene su decisión después de una revisión por parte de su Unidad de Revisión Administrativa, usted puede apelar esa decisión enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días siguientes a la denegación de la Unidad de Revisión Administrativa. Por favor, incluya una copia de las dos denegaciones anteriores con su recurso a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA
Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o un administrador de beneficios no pueden apelar a la PEBA en su nombre, aunque hayan apelado la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación de BLTD en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamación de The Standard, como se indica en el Plan. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide 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.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Discapacidad de larga duración complementaria

El Seguro de Discapacidad a Largo Plazo Complementaria (SLTD, por sus siglas en inglés), asegurado en su totalidad por Standard Insurance Company (The Standard), está diseñado para proporcionar asistencia financiera adicional al plan básico de discapacidad a largo plazo en caso de discapacidad. Su beneficio se basará en un porcentaje de sus ingresos antes de la discapacidad. Este programa está personalizado para usted. El resumen de los beneficios del plan SLTD que figura en la página siguiente proporciona más información sobre su plan, entre otras cosas:

- Su nivel de cobertura;
- La duración de los beneficios si usted permanece discapacitado;
- El monto máximo del beneficio;
- Su elección de los periodos de espera de los beneficios; y
- Su programa de primas.

Qué proporciona el seguro SLTD

- Tarifas competitivas para grupos;
- Un beneficio de supervivencia para los dependientes que reúnan los requisitos;
- Cobertura por lesión, enfermedad física, trastorno mental o embarazo;
- Un incentivo para la vuelta al trabajo;
- Seguro de conversión SLTD;
- Un ajuste del costo de la vida; y
- Beneficio de seguridad de por vida.

Resumen de los beneficios del Plan SLTD

	Beneficio
Periodo de espera del beneficio	Plan 1: 90 días Plan 2: 180 días
Ingresos máximos de SLTD cubiertos antes de la discapacidad	\$12,307 por mes
Porcentaje mensual de beneficios de SLTD²	Hasta el 65 % de los primeros \$12,307 de sus ingresos mensuales antes de la discapacidad, reducidos por los ingresos deducibles.
Beneficio mínimo	\$100 por mes
Beneficio máximo	\$8,000 por mes
Ajuste del costo de la vida	Tras 12 meses consecutivos de percepción de los beneficios SLTD, a partir del 1 de abril de cada año; basado en el Índice de Precios al consumidor del año anterior hasta el 4 %. Este ajuste por el costo de la vida no se aplica cuando percibe el beneficio mensual mínima o un beneficio mensual de \$25,000 como consecuencia de estos ajustes. Hasta los 65 años en caso de discapacidad antes de los 62 años.
Periodo máximo de beneficio	Si se discapacita a los 62 años o más, el periodo máximo del beneficio se basa en su edad en el momento de la discapacidad. El periodo máximo de beneficio para los mayores de 69 años es de un año. En determinadas circunstancias, los beneficios pueden continuar después del periodo máximo de beneficios. Consulte el Beneficio de seguridad vitalicia en la página 111 para obtener más información.
Tarifa mensual de la prima³	Multiplique el factor de la prima correspondiente a su edad y al plan elegido por sus ingresos mensuales cubiertos.

² Estos beneficios no están sujetos a impuestos siempre que pague la prima después de impuestos.

³ La prima debe ser un monto par (el monto se redondea al siguiente número par). Visite peba.sc.gov/monthly-premiums.

Elegibilidad

Puede acogerse al seguro de SLTD si es:

- Un empleado activo, a tiempo completo y remunerado según la definición del Plan;
- Un empleado académico remunerado a tiempo completo; o
- Un miembro de la Asamblea General, o un juez de los tribunales estatales.

No tiene derecho a esta cobertura si es empleado de un empleador que está cubierta por cualquier otro plan colectivo de incapacidad a largo plazo que asegure cualquier parte de sus ingresos anteriores a la incapacidad (que no sea el Plan BLTD); si recibe beneficios de jubilación de PEBA y no se inscribió en la cobertura de empleado activo; si es 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 en un plazo de 31 días desde que cumple los requisitos. Puede elegir uno de los dos periodos de espera de los beneficios que se describen a continuación. Si no se inscribe en el plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación, deberá rellenar una declaración de antecedentes médicos. The Standard puede exigirle que se someta a un examen físico y a un análisis de sangre. También se le puede pedir que proporcione cualquier información adicional sobre su asegurabilidad que The Standard pueda requerir razonablemente a su cargo. A lo largo del año, puede inscribirse con una prueba médica de buena salud.

Periodo de espera del beneficio

El periodo de espera del beneficio es el tiempo que debe estar discapacitado para que se le paguen los beneficios. Puede elegir un periodo de espera de 90 o 180 días para los beneficios, y puede cambiar de un periodo de espera de 90 días a uno de 180 días en cualquier momento rellenando un *Aviso de Elección* y devolviéndola a su administrador de beneficios.

Para pasar de un periodo de espera de 180 días a uno de 90 días, debe rellenar un *Aviso de Elección* y aportar pruebas médicas de buena salud, que The Standard determinará si se aprueba su solicitud.

Certificado

El certificado SLTD está disponible en peba.sc.gov/publications en Long term disability (Discapacidad a largo plazo). La póliza de grupo contiene las disposiciones de control de este plan de seguro. Ni el certificado ni ningún otro material, incluida esta publicación, pueden modificar esas disposiciones.

¿Cuándo se le considera discapacitado?

Se le considera discapacitado y con derecho a beneficios si no puede trabajar debido a una lesión cubierta, una enfermedad física, un trastorno mental o un embarazo. También tendrá que cumplir con el periodo de espera del beneficio que le corresponda y cumplir con las siguientes definiciones de discapacidad durante el periodo al que se apliquen.

Discapacidad por ocupación propia

No puede realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales⁴ de su propia ocupación durante el periodo de espera del beneficio y los primeros 24 meses en que se paguen los beneficios de SLTD.

“Ocupación propia” significa cualquier empleo, negocio, comercio, profesión, vocación o vocación que implique tareas materiales⁴ del mismo carácter general que su empleo regular y ordinario con el empleador. Su ocupación propia no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuando su trabajo está disponible.

Discapacidad por cualquier ocupación

Es incapaz de realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales⁴ de cualquier ocupación.

“Cualquier ocupación” significa cualquier ocupación o empleo que pueda desempeñar, debido a su educación, formación o experiencia, que esté disponible en uno o más lugares de la economía nacional y en el que quepa esperar que gane al menos el 65 % de sus ingresos antes de la discapacidad (ajustados a la inflación) en los 12 meses siguientes a su reincorporación al trabajo, independientemente de que esté trabajando en esa o en cualquier otra ocupación. El periodo de cualquier ocupación comienza al final del periodo de ocupación propia y continúa hasta el final del periodo de beneficio máximo.

⁴ “Tareas materiales”: las tareas, funciones y operaciones esenciales, así como las habilidades, destrezas, conocimientos, formación y experiencia generalmente exigidos por los empleadores a quienes ejercen una determinada ocupación.

Discapacidad parcial

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el periodo de espera del beneficio y el periodo de ocupación propia, trabaja mientras está incapacitado, pero no puede ganar más del 80 % de sus ingresos antes de la discapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en su ocupación propia.

Se considera que está parcialmente discapacitado si, durante el periodo de cualquier ocupación, trabaja mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65 % de sus ingresos antes de la discapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación.

Condiciones preexistentes

Por condición preexistente significa cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluidas las condiciones secundarias y complicaciones) cuya existencia haya sido documentada médicamente, o por la que se haya incurrido en tratamiento médico, servicio médico, recetas u otros gastos médicos, en cualquier momento durante el periodo de condición preexistente indicado en las Características de Cobertura del *Certificado de Cobertura*.

No se pagarán beneficios por una discapacidad causada o contribuida por una enfermedad preexistente a menos que en la fecha en que se produzca la discapacidad:

- Ha estado cubierto de forma ininterrumpida por el plan durante al menos 12 meses (éste es el periodo de exclusión); o
- Su fecha de discapacidad cae dentro de los 12 meses posteriores a la entrada en vigor de su cobertura SLTD, y ha cumplido todo el periodo sin tratamiento sin haber consultado a un médico, ni haber recibido tratamiento médico, ni servicio médico, ni haber tomado medicamentos recetados, ni haber incurrido en ningún otro gasto médico en relación con la enfermedad preexistente; durante el periodo de seis meses anterior a la fecha de entrada en vigor de su cobertura (éste es el periodo de condición preexistente).

La exclusión por enfermedad preexistente también se aplica cuando se cambia del plan con el periodo de espera de beneficios de 180 días al plan con el periodo de espera de beneficios de 90 días. El periodo de condición preexistente, el periodo sin tratamiento y el periodo de exclusión del nuevo plan se basarán en la fecha de entrada en vigor de su cobertura en el plan de 90 días. Sin embargo, si los beneficios no son pagaderos con el plan de 90 días debido a la exclusión por enfermedad preexistente, su reclamación se tramitará con el plan de 180 días como si no hubiera cambiado de plan.

Reclamaciones

Una vez que parezca que va a estar discapacitado durante 90 días o más, o que su empleador va a modificar sus funciones debido a un problema de salud, hable con su administrador de beneficios y revise el documento [Preguntas frecuentes sobre la cobertura LTD proporcionado por The Standard](#) para obtener información detallada sobre cómo presentar una solicitud y qué esperar una vez presentada la solicitud.

Para presentar una reclamación por teléfono, póngase en contacto con el Centro de Atención de Reclamaciones de The Standard llamando al 800.628.9696.

Para presentar una reclamación en línea, vaya a www.standard.com/mybenefits/scpeba para iniciar el proceso. Se proporcionarán instrucciones a lo largo de todo el proceso de presentación de reclamaciones.

Presente una reclamación en papel, o descargue un paquete de formularios 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 sean completados y devueltos a The Standard. 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 preguntas, póngase en contacto con The Standard en el teléfono 800.628.9696.

Debe presentar su solicitud a The Standard en un plazo de 90 días a partir de la finalización del periodo de espera del beneficio. Si no puede cumplir este plazo, debe presentar su reclamación tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese periodo de 90 días. Si no presenta su solicitud dentro de este plazo, salvo que The Standard determine la incapacidad legal, The Standard puede rechazar su solicitud.

Requisito de trabajo activo

Si una enfermedad física, un trastorno mental, una lesión o un embarazo le impiden trabajar el día anterior a la fecha prevista de entrada en vigor de su cobertura de seguro, ésta no entrará en vigor hasta el día siguiente al que esté trabajando activamente durante un día completo.

Cambio de salario

La prima de SLTD se recalcula en función de su edad a partir del 1 de enero anterior. Cualquier cambio en los ingresos antes de la incapacidad después de quedar discapacitado no afectará el

monto de su beneficio SLTD.

Ganancias antes de la discapacidad

Los ingresos antes de la discapacidad son los ingresos mensuales, incluidos los aumentos por méritos y longevidad, de su empleador cubierto a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que se afilió si no estaba afiliado el 1 de enero. No incluye sus primas, comisiones, pago por horas extraordinarias o pagos de incentivos.

Si es profesor, no incluye su remuneración por los cursos de verano, pero sí la remuneración obtenida durante las sesiones regulares de verano por el personal de la universidad.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de SLTD se verán reducidos por sus ingresos deducibles, es decir, los ingresos que recibe o puede recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad u otra continuación salarial (incluido el fondo de baja por enfermedad);
- Beneficios principales y dependientes del Seguro Social;
- Indemnización por accidente laboral;
- Beneficios del BLTD;
- Otras beneficios colectivos de discapacidad;
- Beneficio máximo de jubilación del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que la paga de vacaciones está excluida de los ingresos deducibles.

Por ejemplo, su beneficio de SLTD antes de ser reducida por los ingresos deducibles es el 65 % de su salario antes de la discapacidad cubierto. El beneficio se reducirá entonces en el monto de cualquier ingreso deducible que reciba o pueda recibir. El total del beneficio reducido del SLTD más los ingresos deducibles proporcionarán al menos el 65 % de su salario de antes de la discapacidad cubierta. El beneficio mínimo garantizado de SLTD es de \$100, independientemente del monto de los ingresos deducibles.

Está obligado a cumplir los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles a los que tenga derecho. La PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Para más información, póngase en contacto con el PEBA en el 803.737.6800 o en el 888.260.9430.

Cuando se conceden otros beneficios, éstas pueden incluir los pagos que se le debían mientras recibía los beneficios SLTD. Si la indemnización incluye beneficios anteriores, o si recibe otros ingresos antes de notificarlo a The Standard, es posible que su solicitud de SLTD se pague en exceso. Esto se debe a que ha recibido beneficios del The Standard e ingresos de otra fuente durante el mismo periodo de tiempo. Tendrá que reembolsar al The Standard este exceso de pago.

Beneficio de seguridad de por vida

La cobertura SLTD proporciona beneficios de por vida por discapacidad a largo plazo si, en el último día del periodo de beneficio máximo regular, usted es incapaz de realizar dos o más actividades de la vida diaria o sufre un deterioro cognitivo grave que se espera que dure 90 días o más, según lo certifique un médico de la especialidad adecuada según lo determine The Standard. El beneficio de por vida será igual al beneficio que se estaba pagando el último día del periodo regular de discapacidad de largo plazo.

Beneficios por fallecimiento

Si fallece mientras se le pagan los beneficios SLTD, The Standard pagará una suma global a su superviviente que reúna los requisitos. Este beneficio será igual a tres meses de su beneficio SLTD, no reducida por los ingresos deducibles. Los supervivientes elegibles son:

- Su cónyuge superviviente;
- Hijos supervivientes solteros menores de 25 años; y
- Cualquier persona que proporcione cuidados y apoyo a cualquier hijo con derecho a ello.

Este beneficio no está disponible para ningún superviviente que reúna los requisitos necesarios si sus beneficios SLTD y su reclamación han alcanzado el periodo máximo de beneficio antes de su fallecimiento. Además, este beneficio no está disponible si se le ha aprobado o está recibiendo el beneficio de seguridad de por vida.

Cuando finaliza la cobertura del SLTD

Su cobertura SLTD finaliza automáticamente en la fecha más temprana de:

- El último día del mes por el que pagó una prima
- La fecha de finalización de la póliza colectiva; o
- La fecha en que deja de cumplir los requisitos señalados en la sección de Elegibilidad de este capítulo.

Cuando finalizan los beneficios

Sus beneficios finalizarán automáticamente en la primera de estas fechas:

- La fecha en que deja de estar discapacitado;
- La fecha en la que finaliza su periodo máximo de beneficio, a menos que los beneficios SLTD continúen con el beneficio de seguridad de por vida;
- La fecha en la que se pagan los beneficios de cualquier otra póliza de seguro colectivo de discapacidad a largo plazo para la que esté asegurado durante un periodo de recuperación temporal.
- La fecha de su muerte.

Conversión

Cuando su seguro SLTD finalice, podrá contratar un seguro de conversión SLTD si cumple todos estos criterios:

- Su seguro finaliza por un motivo distinto:
 - Finalización o modificación de la póliza de grupo;
 - Su falta de pago de una prima requerida; o
 - Su jubilación.
- Ha estado asegurado en el plan de seguro de discapacidad a largo plazo de su empleador durante al menos un año a partir de la fecha de finalización de su seguro.
- No está discapacitado en la fecha de finalización de su seguro.
- Es usted ciudadano o residente de Estados Unidos o Canadá.
- Debe rellenar y devolver a The Standard un paquete de *Materiales de solicitud de conversión de la discapacidad a largo plazo* y pagar la primera prima del seguro de conversión de SLTD dentro de los 31 días siguientes a la finalización de su seguro.

Si tiene preguntas sobre la conversión de su póliza de SLTD, llame a The Standard al 800.378.4668. Deberá hacer referencia al número de grupo del estado de Carolina del Sur, 621144.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de la guerra o de cualquier acto de guerra no están cubiertas.
- Las lesiones autoinfligidas intencionadamente no están cubiertas.
- Los beneficios no se pagan cuando no se está bajo el cuidado continuo de un médico de la especialidad correspondiente.
- Los beneficios no se pagan durante ningún periodo en el que no esté participando, de buena fe, en un curso de tratamiento médico, formación profesional o educación aprobado por The Standard, a menos que su discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no se pagan por ningún periodo de discapacidad cuando esté recluido por cualquier motivo en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no se pagan después de haber estado discapacitado según los términos del plan SLTD durante 24 meses en toda su vida, excluyendo el periodo de espera del beneficio, por una incapacidad causada o contribuida por:
 - Un trastorno mental, a menos que esté internado de forma continuada en un hospital únicamente a causa de un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - Su consumo de alcohol, alcoholismo, consumo de cualquier droga ilícita, incluidos los alucinógenos o drogadicción;
 - Dolor crónico, condiciones musculoesqueléticas o del tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o condiciones relacionadas; o
 - Sensibilidad química y ambiental.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, una vez transcurrido el periodo de espera, no se pagarán los beneficios SLTD por ningún periodo de discapacidad cuando pueda trabajar en su ocupación propia y pueda ganar al menos el 20 % de su salario antes de la discapacidad, ajustado a la inflación, pero decide no trabajar. A partir de ese momento, no se le pagará ningún beneficio SLTD por ningún periodo de discapacidad cuando pueda trabajar en cualquier ocupación y pueda ganar al menos el 20 % de sus ingresos antes de la discapacidad ajustados a la inflación, pero decida no trabajar.
- Por lo general, no se pagan los beneficios por ningún periodo

de discapacidad cuando no está recibiendo beneficios de discapacidad bajo el plan BLTD. No obstante, esto puede no aplicarse si:

- Recibe o tiene derecho a recibir otros ingresos que son deducibles en el plan BLTD, y el monto de esos ingresos es igual o superior al monto de los beneficios que, de otro modo, le corresponderían en ese plan;
 - Los beneficios que de otro modo le corresponderían en virtud del plan BLTD se están utilizando para reembolsar un pago excesivo de cualquier reclamación; o
 - No estaba asegurado en el plan BLTD cuando quedó discapacitado.
- Cuando se vive fuera de Estados Unidos o Canadá, el pago de los beneficios se limita a 12 meses por cada periodo de discapacidad continua.

Apelaciones

Si The Standard deniega su solicitud de beneficios por Discapacidad a largo plazo complementaria, puede apelar la decisión mediante un aviso por escrito en un plazo de 180 días a partir de la recepción de la carta de denegación. El aviso por escrito puede enviarse por correo electrónico a su analista de reclamaciones asignado o por correo ordinario a:

Standard Insurance Company
P.O. Box 5031
White Plains, NY 10602

Si The Standard mantiene su decisión, la reclamación recibirá una revisión independiente por parte de la Unidad de Revisión Administrativa de The Standard.

Dado que la Discapacidad a largo plazo complementaria está totalmente asegurada por The Standard, no podrá apelar las decisiones de SLTD ante la PEBA.

MoneyPlus



MoneyPlus le permite ahorrar dinero en los gastos médicos y de atención a las personas dependientes elegibles. Con MoneyPlus, usted elige aportar una cantidad anual a una cuenta de gastos flexible aprobada por el IRS. Sus contribuciones se deducen de su sueldo, antes de impuestos. Puede utilizar estos fondos para pagar sus gastos médicos y de atención a los dependientes que cumplan los requisitos. A medida que incurre en gastos admisibles durante el año del plan, solicita el reembolso. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. Puede obtener más información en peba.sc.gov/moneyplus.

Cómo puede ahorrar dinero con MoneyPlus

Con MoneyPlus, se beneficia de tener menos ingresos imponibles en cada una de sus nóminas, lo que significa más ingresos disponibles para utilizar en sus gastos médicos y de atención a dependientes. El ejemplo de ahorro mensual que aparece en esta página muestra cómo el pago de los gastos subvencionables con una deducción de la nómina antes de impuestos puede aumentar su renta disponible. El escenario es para una persona casada que cubre a dos hijos inscritos en el Plan Estándar y que también es miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, o SCRS.

	Con MoneyPlus	Sin MoneyPlus	Ventaja de MoneyPlus
Pago mensual bruto¹	\$3,750.00	\$3,750.00	
Contribución del Estado a la jubilación (9 %)	- \$337.50	-\$337.50	
Tarifa de la cuenta de gastos médicos	- \$2.32	- \$0.00	
Tarifa de la Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	- \$2.32	- \$0.00	
Retenciones salariales MoneyPlus antes de impuestos			
Cuenta de Gastos Médicos	- \$56.00	- \$0.00	
Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	- \$400.00	- \$0.00	
Primas del Plan estándar, Dental básico Pagadas con la función antes de impuestos con nivel de cobertura empleado/hijos	- <u>\$157.58</u>	- <u>\$0.00</u>	
Ingresos brutos imponibles	\$2,794.28	\$3,412.50	\$618.22
Impuestos de la nómina estimados (27 %)²	- \$754.46	- \$921.38	\$166.92
Gastos			
Gastos médicos	- \$0.00	- \$56.00	
Gastos de atención a dependientes	- \$0.00	- \$400.00	
Primas del Plan estándar, Dental básico Nivel de cobertura empleado/hijos	\$0.00	\$157.58	
Su salario neto	\$2,039.82	\$1,877.54	\$162.28

¹ Supone un salario anual de \$45,000.

² Incluye los impuestos estatales y federales; casados, declaran conjuntamente.

Tarifas administrativas

Las cuentas MoneyPlus tienen una comisión administrativa, que se establece para que tenga un impacto mínimo en relación con el ahorro fiscal que proporcionan las cuentas. Usted pagará una tarifa administrativa por cada cuenta en la que se inscriba. Dado que MoneyPlus se rige por el Código de Impuestos Internos, existen requisitos y restricciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) para los participantes en el programa.

Tarifas administrativas mensuales del 2023

Cuenta	Tarifa
Cuenta de Gastos Médicos	\$2.32
Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado	\$2.32
Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	\$2.32

La función de primas de seguro colectivo antes de impuestos le permite pagar sus primas con dinero antes de impuestos y no hay ninguna tarifa administrativa.

Recursos de los afiliados

Página web de ASIFlex

El sitio web, www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, le permite:

- Revisar su cuenta, estado de cuenta en línea, información sobre reclamaciones y transacciones con tarjeta;
- Presentar reclamaciones;
- Configurar el depósito directo;
- Configurar las notificaciones de alertas por correo electrónico y/o texto para su cuenta;
- Informarse sobre las ventajas fiscales específicas de las que dispone; y
- Acceder a los recursos, incluidos los gastos subvencionables, las descripciones de los programas, la información sobre la tarjeta de débito, los formularios administrativos y de reclamación en línea, y un calculador de gastos y una herramienta de ahorro de costos.

Aplicación móvil ASIFlex

La aplicación móvil ASIFlex 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 utilizando la cámara

del dispositivo móvil y presentar dicha documentación con su reclamación. La aplicación móvil también permite utilizar la función de micrófono para introducir una reclamación. Esto significa que puede elegir hablar, en lugar de escribir, parte de la información de la reclamación. Además de presentar 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 la App Store.

Responsabilidades para el uso de una cuenta

Cuando se inscribe en cualquier cuenta de gastos MoneyPlus, certifica que:

- Pedirá y guardará copias de la documentación que necesitará para sus solicitudes de reembolso, incluidos los extractos detallados de los servicios y las explicaciones de los beneficios del plan de seguros (EOB);
- Utilizará la cuenta para pagar únicamente los gastos calificados por el IRS para usted y sus dependientes elegibles por el IRS;
- Utilizará primero todas las demás fuentes de reembolso, incluidas las proporcionadas por su plan o planes de seguros, antes de solicitar el reembolso de su cuenta de gastos.
- No solicitará el reembolso a través de ninguna fuente adicional después de haberlo solicitado en su cuenta.

Crédito del impuesto sobre la renta

Las aportaciones realizadas antes de impuestos a una Cuenta de Gastos de Atención a Personas Dependientes o a una Cuenta de Gastos Médicos reducen sus ingresos imponibles. Cuanto más bajos sean sus ingresos, mayor será la bonificación fiscal por ingresos. Consulte la *publicación 596 del IRS* o hable con un profesional de los impuestos para obtener más información.

Normas del IRS para las cuentas de gastos

- Puede inscribirse cada año durante la inscripción abierta para hacer una nueva elección, ya que las elecciones para las Cuentas de Gastos Médicos (MSA, por sus siglas en inglés), las MSA de uso limitado y las Cuentas de Gastos de Atención a Personas Dependientes (DCSA, por sus siglas en inglés) no se renuevan automáticamente.
- Es posible que pueda cambiar su elección si experimenta un evento de cambio de estatus calificado, tal como se indica en el plan.

- No es necesario estar inscrito en los planes médicos, dentales o de visión de PEBA para participar. Por ejemplo, puede tener un seguro a través del empleador de su cónyuge, y aun así puede inscribirse en las cuentas de gastos a través de PEBA (sujeto a los límites del plan y del IRS).
- Tiene acceso a la totalidad del monto de su elección de la MSA en la fecha de entrada en vigor de su elección. Por lo tanto, se le puede reembolsar hasta esta cantidad, menos los reembolsos anteriores, en cualquier momento del 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 Primas de seguro colectivo antes de impuestos.
- No puede pagar un gasto de cuidado de dependientes con su MSA, ni un gasto médico con su DCSA.
- El MSA incluye una disposición de remanente. Puede trasladar hasta \$610 de fondos no utilizados al nuevo año del plan en su cuenta de gastos médicos. Perderá los fondos no utilizados que superen los \$610.
- La DCSA incluye un periodo de gracia. Esto significa que puede seguir gastando los fondos de 2023 hasta el 15 de marzo de 2024. Los gastos incurridos desde el 1 de enero de 2023 hasta el 15 de marzo de 2024 pueden ser considerados para el reembolso de su cuenta 2023.³
- No se le puede reembolsar 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 pueden reembolsar los servicios recibidos. No se puede reembolsar un servicio futuro, ni se puede hacer un pago anticipado por un servicio futuro.

³ El Proyecto de ley de ayuda contra el COVID-19 permite a los participantes en la DCSA de 2021 incurrir en gastos hasta el 31 de diciembre de 2022 y presentar solicitudes de reembolso con sus fondos de 2021 antes del 31 de marzo de 2023. Los participantes perderán los 2021 fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Característica de la prima de seguro colectivo antes de impuestos

La función antes de impuestos le permite pagar sus primas de salud, incluida la prima por consumo de tabaco, con el dinero de su nómina antes de que se le retengan los impuestos. También puede utilizar sus ingresos antes de impuestos para pagar las primas de Dental Plus, Dental Básico, el Plan de Visión Estatal, la cobertura de Vida Opcional hasta \$50,000 y el Plan Suplementario TRICARE.

Requisitos e inscripciones

Los empleados activos que pagan las primas del plan de salud, dental, oftalmológico, de Vida Opcional o del Plan Complementario TRICARE se inscriben automáticamente en la función de Primas de seguro colectivo antes de impuestos; sin embargo, puede rechazarla cuando se inscribe por primera vez.

Si rechaza el beneficio, puede inscribirse en ella durante la inscripción abierta, que tiene lugar en octubre, o en un plazo de 31 días de una situación especial de elegibilidad. Para ello, consulte Modificar su cobertura de MoneyPlus en la página 124. Para conocer situaciones especiales, consulte la página 19.

Cuenta de Gastos Médicos

Una cuenta de gastos médicos (MSA) le permite pagar los gastos médicos elegibles no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos y el coseguro, con los ingresos antes de impuestos. Las MSA ofrecen la tarjeta ASIFlex, que funciona como una tarjeta de débito.

Puede utilizar esta tarjeta para gastar fondos como alternativa a la presentación de solicitudes de reembolso. Puede trasladar hasta \$610 de los fondos depositados en su MSA que no haya utilizado durante el año del plan. Usted perderá los fondos de más de \$610 que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Para participar en una MSA, debe tener derecho a los beneficios del seguro colectivo estatal. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguros para participar, ni tampoco tiene que inscribirse en la función de Prima de seguro colectivo antes de impuestos. Se anima a los afiliados al Plan Estándar a participar en una MSA.

Inscripción

Puede inscribirse en una MSA en los 31 días siguientes a su fecha de contratación a través de su empleador. Si no se inscribe entonces, puede hacerlo durante el próximo periodo de inscripción abierta en octubre a través de

MyBenefits en [MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov).

También puede inscribirse o realizar cambios en esta cuenta en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Para ello, consulte Modificar su cobertura MoneyPlus en la página 124. Para conocer situaciones especiales, consulte la página 19.

Tendrá que volver a inscribirse cada año durante la inscripción abierta para continuar con su cuenta al año siguiente.

Decidir la cantidad a reservar

Calcule la cantidad que usted y su familia gastarán en gastos médicos rutinarios, recurrentes y predecibles a lo largo del año. Se le permite trasladar \$610 de fondos cada año al siguiente año del plan. Tiene hasta el 31 de marzo de 2024 para presentar solicitudes de reembolso y presentar la documentación de los gastos subvencionables realizados durante el año 2023. Usted perderá los fondos de más de \$610 que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

La cantidad anual que elija para contribuir a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá de cada cheque de pago antes de impuestos.

Una vez que se inscriba en una MSA y decida la cantidad que va a aportar, la totalidad del monto estará disponible en la fecha de entrada en vigor. No tiene que esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta para que se le reembolsen los gastos médicos admisibles.

Límites de contribución

El límite de contribución para 2023 es de \$3,050. Si está casado(a) y su cónyuge tiene derecho a la cobertura del seguro patrocinado por PEBA como empleado, cada uno puede aportar hasta \$3,050 anuales.

Personas que pueden estar cubiertas por una MSA

Una MSA puede utilizarse para reembolsar los gastos elegibles para:

- Usted;
- Su cónyuge (aunque tenga una MSA independiente);
- Su hijo admisible; y
- Su familiar admisible.

Un individuo es un hijo admisible si no es hijo admisible de otra persona, aunque un hijo admisible de padres divorciados es tratado como dependiente de ambos, por lo que cualquiera de los progenitores o ambos pueden establecer una MSA. Además, un hijo admisible si: Además, un hijo es admisible si:

- No alcanza la edad de 27 años durante el ejercicio fiscal (si un hijo admisible es incapaz física o mentalmente de cuidarse a sí mismo, no hay limitación de edad);
- Tiene una relación de parentesco específica con usted: hijo/a, hijastro/a, hijo de acogida elegible, hijo adoptado legalmente o hijo dado en adopción legal; y
- Es ciudadano de EE.UU., nacional de EE.UU. o residente en EE.UU., México o Canadá.

Un individuo es admisible si es ciudadano de EE.UU., nacional de EE.UU. o residente de EE.UU., México o Canadá y:

- Tiene una relación de parentesco específica con usted, no es hijo admisible de otra persona y recibe más de la mitad de su manutención de usted durante el año fiscal; o
- Si no existe una relación de tipo familiar específica con usted, es miembro y vive en su hogar (sin infringir la legislación local) durante todo el ejercicio fiscal y recibe más de la mitad de su manutención de usted durante el ejercicio fiscal.

Para más información, póngase en contacto con su empleador o con su asesor fiscal. También puede ponerse en contacto con el IRS en www.irs.gov o al 800.829.1040, o consultar las publicaciones 501 y 502 del IRS.

Gastos elegibles

Los gastos que se pueden reembolsar son los copagos, los deducibles y el coseguro. También puede utilizar su MSA para pagar:

- Exámenes de control para adultos
- Cuidado de la vista, incluyendo lentes graduadas/de sol, lentes de contacto, soluciones de limpieza, gotas para los ojos de los usuarios de lentes de contacto, lentes de lectura sin receta y cirugía de corrección de la vista;
- Gastos odontológicos de bolsillo, como deducibles o coseguros, incluyendo empastes, coronas, puentes, prótesis y adhesivos, protectores oclusales, implantes y ortodoncia;
- Exámenes auditivos, audífonos y pilas;
- Gastos de kilometraje incurridos en desplazamientos para obtener asistencia de salud (sujetos al límite del IRS);

- Artículos de salud de venta libre, como vendas adhesivas, anticonceptivos, productos de higiene femenina, kits para el embarazo y la fertilidad, vitaminas prenatales, sacaleches, protectores solares o bálsamos labiales (15 SPF y de amplio espectro), suministros/kits de primeros auxilios, aparatos ortopédicos y soportes para las articulaciones, tensiómetros, suministros para diabéticos, termómetros, bastones, muletas, pastilleros/distribuidores y miles de otros artículos;
- Medicamentos de venta libre (analgésicos, antialérgicos, antigripales, estomacales y digestivos, etc.); y
- Cualquier otro gasto médico de bolsillo deducible según la legislación fiscal vigente, incluidos los desplazamientos hacia y desde los centros médicos (con sujeción a los límites del IRS).

Gastos no elegibles

- Primas de los seguros;
- Garantías y contratos de servicio de visión;
- Gastos por un servicio aún no prestado o por estimaciones previas al tratamiento;
- Gastos para la salud y el bienestar general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente;
- Cuotas de afiliación a gimnasios o clubes de salud; y
- Cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una enfermedad.

Utilización de los fondos de la MSA

Tiene varias formas de acceder a sus fondos de la MSA. Puede utilizar una tarjeta de débito especial, conocida como la tarjeta ASIFlex, para pagar los gastos directamente, o puede hacer que le reembolsen los gastos a través de un depósito directo presentando una reclamación en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, o a través de la aplicación móvil ASIFlex, el fax gratuito o el correo.

Tarjeta ASIFlex

La tarjeta ASIFlex, una tarjeta de débito emitida sin costo alguno para los participantes en la MSA, puede utilizarse para pagar los gastos médicos elegibles y no asegurados para usted y los miembros de su familia cubiertos. Al inscribirse en una MSA, recibirá dos tarjetas para que pueda dar una a su cónyuge o hijo.

Activación de la tarjeta

Para activar su tarjeta ASIFlex y poder empezar a utilizarla, llame al número gratuito que aparece en la pegatina de la tarjeta. Puede establecer un PIN que solo usted conozca.

Uso de la tarjeta

Puede firmar para las transacciones de crédito o introducir su PIN para las transacciones de débito.

La tarjeta es de uso limitado y puede utilizarse en proveedores de servicios de salud y comercios que acepten VISA®. También puede utilizarse en los comercios minoristas que utilizan el Sistema de Aprobación de Información de Inventario, conocido como IIAS (por sus siglas en inglés), e identifican qué productos son aptos para la MSA. Para encontrar una lista actual de los comerciantes de IIAS disponibles, visite www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

El uso de la tarjeta no es en papel. Cada vez que pase la tarjeta, pida al proveedor un extracto detallado del servicio que incluya el nombre del proveedor, el nombre del paciente, la fecha del servicio, la descripción del servicio y el monto en dólares. ASIFlex aceptará y procesará automáticamente el mayor número posible de transacciones; sin embargo, la normativa del IRS exige que se proporcione documentación de apoyo para justificar determinadas transacciones.

Puede solicitar la documentación y conservar la copia en papel; o, simplemente, hacer una foto de la documentación y guardarla en la galería de su dispositivo. Para más información, consulte la sección de autovalidación de transacciones.

Documentación de las transacciones de la tarjeta ASIFlex

Según Hacienda, no es necesario presentar documentación para:

- Copagos conocidos por servicios prestados a través del Plan de Salud Estatal en el que está inscrito;
- Recetas elegibles adquiridas a través de la farmacia de pedidos por correo de su plan de salud;
- Gastos recurrentes en el mismo proveedor por el mismo monto en dólares (como los pagos mensuales de ortodoncia); o
- Productos de salud sin receta médica aprobados por el IRS.

Autovalidación de transacciones

Para otros gastos de salud, se necesita documentación. ASIFlex recibirá datos de reclamaciones de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur y EyeMed. ASIFlex auto validará las transacciones con tarjeta de débito que puedan coincidir con las reclamaciones recibidas de otros vendedores. Si ASIFlex

no puede validar una reclamación, tendrá que aportar la documentación correspondiente a esa transacción.

Las solicitudes de documentación se envían por correo electrónico y se publican en línea en su cuenta. Tiene 52 días para responder o su tarjeta será desactivada.

- Aviso inicial: se envía 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: se envía 21 días después del aviso de recordatorio. Su tarjeta será desactivada y los futuros envíos de reclamaciones se verán compensados por el monto pendiente.

Cuando se presente la documentación, su tarjeta se restablecerá automáticamente. Cualquier cantidad del año del plan que no esté documentada antes del 31 de marzo de 2024, no cumplirá con las directrices del IRS y será gravada como ingreso.

Debe conservar todos los documentos que justifiquen sus reclamaciones durante al menos un año y presentarlos a ASIFlex cuando se los solicite.

Tarjetas perdidas

En caso de pérdida o robo de su tarjeta ASIFlex, llame inmediatamente a ASIFlex al 833.726.7587.

Solicitar el reembolso de los gastos elegibles

Antes de presentar las solicitudes de reembolso, debe presentar primero las solicitudes del seguro por los beneficios que ha recibido. Los gastos de bolsillo que queden después podrán ser presentados a ASIFlex para su reembolso con cargo a su MSA. El reembolso mínimo de los cheques es de \$25, excepto el último reembolso, que deja el saldo de la cuenta a cero. Asegúrese de inscribirse en el depósito directo, ya que no hay un mínimo para las transacciones electrónicas.

Si no utiliza su tarjeta ASIFlex, puede presentar un *Formulario de reclamación de MoneyPlus* en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o a través de la aplicación móvil ASIFlex. También puede presentar un formulario de reclamación en papel, junto con una copia de la documentación de los gastos o la *Explicación de Beneficios*. En Además, debe tener en cuenta los plazos descritos en la sección de restricciones del IRS en la página 116.

A la hora de recopilar documentación, tenga en cuenta estos requisitos:

- La documentación puede consistir en una factura o recibo de su proveedor de atención de

salud en el que figure la fecha del servicio, el costo del servicio, el tipo de servicio, el proveedor del servicio y la persona a la que se prestó el servicio. Nota: los recibos de copago deben mostrar una descripción, como "copago de visita al consultorio".

- La documentación también puede ser una *Explicación de 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 productos de salud, fármacos o medicamentos de venta libre, proporcione el recibo comercial desglosado.
- En el caso de las recetas, proporcione el recibo de la farmacia con el número de la receta y el nombre del medicamento. También puede solicitar a la farmacia una copia impresa con el detalle de sus recetas, u obtener esta información de otro modo en el sitio web de la farmacia. En el caso de las recetas por correo, basta con presentar el recibo detallado de la compra por correo.
- En algunas circunstancias, puede ser necesaria una declaración por escrito de su proveedor de atención médica de que el servicio era médicamente necesario. Puede encontrar un modelo de carta de necesidad médica en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus en la pestaña Resources (Recursos).

ASIFlex tramitará su reclamación en un plazo de tres días laborables a partir de su recepción. Su reembolso puede ingresarse directamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día tras la tramitación de sus reclamaciones. Este servicio no tiene ningún costo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, acceda a su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe inscribirse para recibir alertas por correo electrónico o por mensaje de texto.

Comparación entre la MSA y la declaración de gastos en el formulario 1040 del IRS

Puede reclamar gastos médicos y dentales detallados en su formulario 1040 del IRS solo si superan el 10 % 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. La MSA libre de impuestos le ofrece una forma alternativa de ahorrar impuestos en sus gastos médicos de bolsillo no asegurados. Consulte el cuadro de la página 115 para ver un ejemplo.

Para más información sobre el crédito fiscal, consulte la *publicación 502 del IRS* o recurra a los servicios de un profesional fiscal.

¿Qué pasa con su cuenta de ahorros cuando deja su trabajo?

Si tiene una MSA y deja su trabajo, puede seguir contribuyendo a su MSA hasta el final del año del plan.

La cobertura de COBRA consistirá en la cantidad que tenga en su MSA en el momento del evento calificado, más las contribuciones adicionales hasta la cantidad anual que eligió para contribuir. Pagará el 102% de su costo normal, que es el monto de su cotización más la tasa administrativa de \$2.32, por la cobertura COBRA. Si le quedan fondos al final del año del plan, se trasladarán hasta \$610 y estarán a su disposición hasta el final del periodo de cobertura de COBRA. ASIFlex se pondrá en contacto con usted para informarle sobre la continuación de la cobertura.

Si no continúa con su MSA según lo permitido por COBRA, tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra antes, para presentar los gastos elegibles de la MSA incurridos antes del primero del mes siguiente al último día trabajado. No se le devolverán los fondos que aún tenga en su cuenta.

Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA en un plazo de 30 días, sus elecciones originales de la MSA se restablecerán automáticamente. Si vuelve a trabajar en un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA después de 30 días, no podrá participar en una MSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, puede volver a inscribirse durante la inscripción abierta para el próximo año del plan.

Ley de Permiso Médico y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) puede afectar a sus derechos de continuar la cobertura mientras está de permiso. Póngase en contacto con su empleador para obtener más información.

¿Qué pasa con su cuenta de ahorros después de su muerte?

Su MSA finaliza en la fecha de su fallecimiento y el saldo no se reembolsa a sus supervivientes. Un dependiente o beneficiario calificado por el IRS puede continuar con una MSA hasta el final del año del plan bajo COBRA. Póngase en contacto con ASIFlex para obtener más información. Si la MSA no continúa a través de COBRA, su beneficiario dispone de 90 días a partir de la fecha de su fallecimiento o del final del periodo de agotamiento, lo que ocurra antes, para presentar reclamaciones por los gastos admisibles incurridos hasta la fecha de su fallecimiento.

El fallecimiento de un cónyuge o de un hijo genera un cambio de estatus. En ese momento podrá interrumpir, iniciar o modificar la cantidad aportada a su MSA. Dispone de 31 días a

partir de la fecha de su fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 124 para obtener información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes

Una cuenta de gastos para el cuidado de dependientes, o DCSA, le permite pagar los gastos de cuidado de dependientes relacionados con el trabajo con los ingresos antes de impuestos. Esta cuenta solo sirve para los gastos de guardería de los niños y adultos dependientes, y no puede utilizarse para pagar la atención médica de los dependientes. Los fondos solo pueden utilizarse para los gastos incurridos durante el año del plan 2023. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2024 para gastar los fondos aportados durante 2023. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2024 para solicitar el reembolso de sus fondos de 2023 por los gastos realizados hasta el 15 de marzo de 2024. Usted pierde los fondos que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Para participar en una DCSA, debe tener derecho a los beneficios del seguro colectivo estatal. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguros para participar, ni tampoco tiene que inscribirse en la función de Prima de seguro colectivo antes de impuestos.

Inscripción

Puede inscribirse en una DCSA en los 31 días siguientes a su fecha de contratación a través de su empleador. Si no se inscribe entonces, puede hacerlo durante el próximo periodo de inscripción abierta en octubre a través de MyBenefits en [MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov).

También puede inscribirse o realizar cambios en esta cuenta en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Para ello, consulte Modificar su cobertura MoneyPlus en la página 124. Para conocer situaciones especiales, consulte la página 19.

Tendrá que volver a inscribirse cada año durante la inscripción abierta para continuar con su cuenta al año siguiente.

Decidir la cantidad a reservar

Calcule la cantidad que gastará en el cuidado de personas dependientes a lo largo del año. Tenga en cuenta el tiempo de vacaciones y días festivos, en los que puede no tener que pagar por el cuidado de los dependientes. El monto anual que elija aportar a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá

cada nómina antes de impuestos.

El IRS no permitirá que se le devuelva el dinero que quede en su cuenta después de haber reclamado todos los gastos al final del año, ni que se traslade al siguiente año del plan. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2024 para gastar los fondos aportados durante 2023. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2024 para solicitar el reembolso por los gastos realizados hasta el 15 de marzo de 2024. Usted perderá los fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Una vez que se inscriba en la DCSA y decida cuánto va a aportar, tendrá que esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta antes de que se le reembolsen los gastos subvencionables.

Límites de contribución

El límite de cotización a una DCSA depende de su situación fiscal. A continuación figuran los límites para 2023.

- Casado(a), declarando por separado: \$2,500
- Soltero(a), cabeza de familia: \$5,000
- Casado(a), declarando conjuntamente: \$5,000

Si usted o su cónyuge ganan menos de \$5,000 al año, su máximo es igual al menor de los dos ingresos.

En 2023, el límite de la DCSA es de \$1,600 para los empleados altamente remunerados. Para 2023, el IRC define a los empleados altamente compensados como aquellos que ganaron \$135,000 o más en el año calendario de 2022. El límite está sujeto a un ajuste durante el año si la DCSA de PEBA no cumple con la prueba del beneficio promedio federal. La prueba está diseñada para garantizar que los empleados altamente remunerados no reciban un beneficio desproporcionado con respecto al beneficio recibido por otros empleados.

Para más información, hable con un profesional de los impuestos o póngase en contacto con el IRS en www.irs.gov o al 800.829.1040.

Personas que pueden estar cubiertas por un DCSA

Los gastos de cuidado de hijos y dependientes deben ser para el cuidado de una o más personas que reúnan los requisitos. Una persona admisible:

1. Su hijo calificado que es su dependiente y era menor de 13 años cuando se le brindó el cuidado;

2. Su cónyuge que no estaba en condiciones físicas o mentales de cuidar de sí mismo y vivía con usted durante más de la mitad del año; o
3. Una persona que no era capaz física o mentalmente de cuidar de sí misma, vivía con usted durante más de la mitad del año y, o bien:
 - a. Era su dependiente; o
 - b. Habría sido su dependiente, excepto que:
 - i. Recibió unos ingresos brutos de \$4,050 o más;
 - ii. Presentó una declaración conjunta; o
 - iii. Usted o su cónyuge, si hacen una declaración conjunta, podrían ser reclamados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.

Gastos elegibles

Por lo general, los gastos de cuidado de hijos, adultos y ancianos que le permiten a usted y a su cónyuge trabajar o buscar activamente un trabajo son elegibles para el reembolso. Si está casado(a), su cónyuge debe trabajar, ser estudiante a tiempo completo o estar incapacitado mental o físicamente para cuidar de sí mismo. Algunos ejemplos son:

- Tarifas de las guarderías;
- Tarifas de los campamentos de día locales;
- Cuidado antes o después de la escuela;
- Escuela de preescolar o guardería; y
- Tarifas de niñera para el cuidado en el hogar mientras usted y su cónyuge trabajan. Usted, su cónyuge u otro dependiente fiscal no puede prestar los cuidados.

Gastos no elegibles

- Pagos de manutención infantil o cuidado infantil si usted es un padre/madre no custodio.
- Pagos por servicios de atención a la dependencia prestados por su dependiente, el dependiente de su cónyuge o su hijo menor de 19 años.
- Costos de asistencia médica.
- Matrícula educativa.
- Campamentos nocturnos.
- El cuidado nocturno de las personas a su cargo, a menos que les permita a usted y a su cónyuge trabajar durante ese tiempo.
- Tarifas de las residencias de ancianos.

- Servicio de pañales.
- Libros y suministros.
- Tarifas de actividades.
- Matrícula.

Solicitar el reembolso de los gastos elegibles

Cuando tenga un gasto por cuidado de dependientes, solicite reembolso de su cuenta en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus. También tendrá que presentar la documentación de su gasto. También hay disponible un formulario de solicitud en papel en peba.sc.gov/forms.

Su reclamación y la documentación de los gastos deben mostrar lo siguiente:

- Las fechas en que su dependiente recibió la atención, no la fecha en que pagó el servicio;
- El nombre y la dirección del centro; y
- El nombre, la dirección y la firma de la persona que prestó la asistencia a la persona dependiente.

Esta información es necesaria con 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, debe estar preparado para proporcionarlo al IRS, si se lo piden.

ASIFlex tramitará su reclamación en un plazo de tres días laborables a partir de su recepción. Su reembolso puede ingresarse directamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día tras la tramitación de sus reclamaciones. Este servicio no tiene ningún costo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, acceda a su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe inscribirse para recibir alertas por correo electrónico o por mensaje de texto en ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

Un gasto aprobado no se reembolsará hasta después de la última fecha de servicio para la que solicita el reembolso. Por ejemplo, si paga a su proveedor de cuidados a personas dependientes el 1 de octubre por el mes de octubre, puede presentar su solicitud de reembolso por todo el mes. Sin embargo, el pago no se realizará hasta que reciba el último día de cuidado de octubre.

Un gasto aprobado tampoco se reembolsará hasta que haya fondos suficientes en la DCSA para cubrirlo. En su reclamación,

puede dividir las fechas de servicio en periodos que se correspondan con su ciclo de nóminas. Esto le permitirá que se le reembolse parte del monto de la documentación cuando haya fondos suficientes en su cuenta.

Informar de su DCSA al IRS

Si participa en una DCSA, debe adjuntar el formulario 2441 del IRS a su declaración de impuestos 1040. De lo contrario, el IRS puede no permitir su exclusión antes de impuestos. Para reclamar la exclusión de ingresos por gastos de cuidado de dependientes en el formulario 2441, debe anotar 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, tendrá que proporcionar una declaración escrita con su formulario 2441 explicando la situación y declarando que hizo un esfuerzo serio para obtener la información.

Comparación entre la DCSA y el crédito por cuidado de hijos y dependientes

Si paga por el cuidado de los dependientes para poder trabajar, puede reducir sus impuestos reclamando esos gastos en su declaración federal de la renta a través del crédito por cuidado de hijos y dependientes en lugar de utilizar una DCSA. Dependiendo de sus circunstancias, participar en una DCSA sobre la base de una reducción salarial puede producir un mayor beneficio fiscal. Para más información, consulte la publicación 503 del IRS o hable con un asesor fiscal cualificado.

¿Qué pasa con su DCSA si deja su trabajo?

Si deja su trabajo de forma permanente o toma una permiso de ausencia no remunerado, no puede seguir cotizando a su DCSA. Sin embargo, puede seguir 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 vuelve a trabajar con un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA en un plazo de 30 días, sus elecciones originales de la DCSA se restablecerán automáticamente. Si vuelve a trabajar en un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA después de 30 días, no podrá participar en una DCSA durante el resto del año del plan. No obstante, puede volver a inscribirse durante el periodo de inscripción abierta para el próximo año del plan.

¿Qué pasa con su DCSA después de su muerte?

Su DCSA finaliza en la fecha de su fallecimiento y no se reembolsa a sus supervivientes. Las solicitudes de reembolso de la DCSA para los gastos ocurridos hasta la fecha del fallecimiento pueden presentarse hasta que se agote la cuenta o hasta el final del año del plan.

El fallecimiento de un cónyuge o de un hijo genera un cambio de estatus. En ese momento podrá interrumpir, iniciar o modificar la cantidad aportada a su DCSA. Dispone de 31 días a partir de la fecha de su fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 124 para obtener información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado

Si hace aportaciones a una cuenta de ahorro para la salud (HSA), también puede optar a una cuenta de gastos médicos de uso limitado (MSA). Esta cuenta puede utilizarse para gastos no cubiertos por el Plan de Ahorro. Los gastos subvencionables incluyen la atención odontológica y oftalmológica. Excepto por la restricción sobre qué tipo de gastos son reembolsables, una MSA de uso limitado funciona igual que una Cuenta de Gastos Médicos. La inscripción en una MSA de uso limitado le permite ahorrar los fondos de su HSA para futuros gastos médicos. Más información en la página 117. Encontrará más información sobre las HSA en la página 127.

Gastos elegibles

Puede utilizar su HSA, pero no su MSA de uso limitado, para pagar los deducibles y coseguros médicos. Puede utilizar su MSA de uso limitado para otros gastos no cubiertos por el Plan de Ahorro, como la atención dental y oftalmológica.

Gastos no elegibles (solo en el caso de las MSA de uso limitado)

- Primas de los seguros;
- Garantías y contratos de servicio de visión;
- Gastos por un servicio aún no prestado o por estimaciones previas al tratamiento;
- Gastos para la salud y el bienestar general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente;
- Cuotas de afiliación a gimnasios o clubes de salud;
- Cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicamente necesarios para aliviar,

mitigar o prevenir una enfermedad;

- deducibles y coseguros del plan médico; y
- Productos de salud de venta libre que no son para el cuidado dental o de la visión.

Modificar su cobertura de MoneyPlus

Tiene circunstancias limitadas para iniciar o suspender su DCSA, MSA y MSA de uso limitado, o para variar las cantidades que aporta. Cualquier cambio que realice en su DCSA, MSA o MSA de uso limitado debe ser coherente con el evento que inicia el cambio.

Por ejemplo, es posible que desee crear una DCSA si tiene un bebé o adopta un hijo. Es posible que desee reducir su aportación a la MSA si se divorcia y ya no pagará los gastos médicos de su ex cónyuge.

Dentro de los 31 días siguientes a uno de los eventos indicados a continuación, póngase en contacto con su empleador si desea realizar cambios.

Cualquier reclamación relacionada que presente mientras ASIFlex está tramitando su cambio de estatus será retenida hasta que se complete el procesamiento. El nacimiento, la adopción y la entrega en adopción son efectivos en la fecha del evento. Todos los demás cambios entran en vigor el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Algunas situaciones especiales de elegibilidad que pueden permitir cambios en su cuenta MoneyPlus son:

- Matrimonio o divorcio (no puedes hacer cambios porque estás en proceso de divorcio, pero sí después de que sea definitivo);
- Nacimiento, colocación en adopción o adopción;
- Colocación para la custodia;
- La persona dependiente pierde la elegibilidad;
- Fallecimiento del cónyuge o del hijo;
- Ganancia o pérdida de empleo;
- Comenzar o terminar un permiso de ausencia no remunerado;
- Cambio de empleo a tiempo completo a tiempo parcial o viceversa; y
- Cambio de guardería.

Cómo afectan los cambios a su periodo de cobertura

Su cuenta de gastos flexibles MoneyPlus está configurada para todo el año calendario, que es su periodo de cobertura. Si realiza un cambio de elección aprobado a mitad de año del plan y aumenta sus aportaciones, los gastos que tenía antes del cambio de mitad de año no pueden ser reembolsados por más dinero del que había en la cuenta en el momento del cambio.

Apelaciones

Reembolso o solicitud de beneficios

Si su solicitud de reembolso o reclamación de beneficios es denegada total o parcialmente, tiene derecho a recurrir la decisión. Las apelaciones solo se aprueban si las circunstancias atenuantes y la documentación acreditativa se ajustan a la normativa de su empleador, de su proveedor de seguros y del IRS que rige el Plan.

Envíe una solicitud de revisión por escrito en un plazo de 31 días a partir de la denegación a:

ASIFlex Appeals Attn:
S.C. MoneyPlus P.O.
Box 6044
Columbia, MO 65205-6044

Conserve las copias de las reclamaciones y los recibos para sus archivos.

Su apelación debe incluir el *Formulario de apelación* completado que se encuentra en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus y:

- El nombre de su empleador;
- La fecha de los servicios para los que se denegó su solicitud;
- Una copia de la solicitud denegada;
- Una copia de la carta de denegación que ha recibido;
- Por qué cree que su solicitud no debería haber sido denegada; y
- Cualquier documento, información o comentario adicional que crea que pueda tener relación con su apelación.

Se le notificará el resultado de esta revisión en un plazo de 31 días laborables a partir de la recepción de su apelación. En casos inusuales, como cuando una apelación requiere documentación adicional, la revisión puede llevar más tiempo. Si se aprueba su apelación, se requiere un tiempo de procesamiento adicional para modificar sus elecciones de

beneficios.

Si sigue insatisfecho después de que se reexamine la decisión, puede pedir a PEBA que revise el asunto enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días siguientes al aviso de la denegación definitiva de su apelación por parte de ASIFlex. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA
Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o su administrador de beneficios no pueden recurrir a la PEBA en su nombre. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamación de ASIFlex, como se indica en el Plan. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, En su versión modificada.

Inscripción

También tiene derecho a apelar las decisiones de afiliación, presentando una solicitud de revisión a través de su administrador de beneficios. Los administradores de beneficios pueden presentar una solicitud de revisión en línea.

Si la solicitud de revisión es denegada, puede apelar enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la decisión. Por favor, incluya una copia de la denegación con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o su administrador de beneficios no pueden recurrir a la PEBA en su nombre. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su información, como se indica en el Plan. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito.

Si la denegación es confirmada por la PEBA, dispone de 30 días para solicitar una revisión judicial ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo, conforme a lo dispuesto en los artículos 1-11-710 y 1-23- 380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, En su versión modificada.

Contactar con ASIFlex

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus

Centro de atención al cliente

De 8 a. m.- 8 p. m., de lunes a viernes

De 10 a. m. - 8 p. m., los sábados

833.SCM.PLUS (833.726.7587)

Fax gratuito para reclamaciones: 877.879.9038

asi@asiflex.com

Cuentas de Ahorros para la Salud

Se anima a los afiliados del Plan de Ahorro Estatal a participar en una Cuenta de Ahorro de Salud, o HSA. Una HSA es una cuenta con ventajas fiscales que permite ahorrar para futuros gastos médicos e incluso para la jubilación. Las HSA se trasladan de un año a otro y no es necesario gastar los fondos en el año en que se depositan.

Incluso puede llevarse su cuenta si deja su trabajo. Por ello, puede utilizar su HSA para ahorrar a lo largo del tiempo para futuros gastos médicos y, al hacerlo, puede compensar el mayor deducible de su plan de seguro. También puede utilizar la tarjeta de débito emitida por HSA Central para todos sus gastos médicos cualificados. Obtenga más información sobre el Plan de Ahorro del Plan de Salud Estatal en la página 37.

Además, una vez que haya acumulado un saldo de \$1,000 en su HSA, puede invertir los fondos entre una variedad de opciones de inversión. Las ganancias de la inversión están exentas de impuestos siempre que los fondos se destinen a gastos médicos cualificados (ver la sección sobre los requisitos). Obtenga más información sobre las opciones de inversión en schsa.centralbank.net.

Elegibilidad

Debe estar inscrito en el Plan de Ahorro para poder optar a una HSA. No puede estar cubierto por ningún otro plan de salud que no sea un plan de salud con deducible elevado, incluido Medicare. Sin embargo, es posible que siga teniendo cobertura para lesiones específicas, accidentes, invalidez, atención dental, atención de la vista y atención de larga duración. No es elegible si ha recibido beneficios de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) en los últimos tres meses; las excepciones incluyen la atención preventiva. Esta exclusión no se aplica si tiene una calificación de discapacidad del VA.

Además, no puede ser reclamado como dependiente en la declaración de impuesto de otra persona.

Una Cuenta de Gastos Médicos (MSA, por sus siglas en inglés), incluso la MSA de un cónyuge, se considera otro plan de salud según la normativa de las HSA y, como tal, le impide contribuir a una HSA. Si no tiene fondos en su MSA el 31 de diciembre, puede empezar a contribuir a una HSA el 1 de enero.

Cuando un suscriptor activo que está inscrito en el Plan de Ahorro cumple 65 años, sigue siendo elegible para contribuir a una HSA si retrasa la inscripción en la Parte A de Medicare retrasando los beneficios del Seguro Social. Puede retrasar su afiliación al Seguro Social hasta que cumpla 70½ años. Una vez que se afilie al Seguro Social, y por tanto a Medicare Parte A, ya no podrá realizar aportaciones a una HSA.

Sin embargo, los fondos ya depositados en la HSA pueden retirarse para pagar las primas de Medicare y los gastos de bolsillo, como el deducible y el coseguro, pero no pueden utilizarse para pagar las primas del Suplemento de Medicare (Medigap).

Inscripción

Puede inscribirse, modificar o suspender sus aportaciones antes de impuestos a una HSA en cualquier momento, pero los cambios se limitan a una vez al mes. No tiene que esperar para inscribirse o hacer cambios durante la inscripción abierta o una situación especial de elegibilidad. Puede inscribirse a través de su administrador de beneficios. Una vez que se inscribe en una HSA, no necesita volver a inscribirse mientras siga siendo elegible.

ASIFlex administra las HSA, y HSA Central actúa como custodio de las HSA. Para participar, debe inscribirse en el Plan de Ahorro y elegir contribuir a una HSA. HSA Central creará automáticamente su cuenta bancaria basándose en la información de inscripción de PEBA. Recibirá un correo electrónico de bienvenida de HSA Central una vez que se haya configurado, y recibirá una tarjeta de débito en un plazo de siete a diez días laborables. Para abrir completamente la cuenta, debe acceder a su cuenta en línea en schsa.centralbank.net, aceptar las condiciones y activar su tarjeta de débito. Una vez que active la tarjeta y seleccione un PIN, podrá utilizarla para acceder a sus fondos. Sus cotizaciones en nómina se ingresarán automáticamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día laborable desde que ASIFlex reciba los fondos de su empleador.

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 2023.

- Cobertura individual: \$3,850
- Cobertura familiar: \$7,750
- Aportaciones adicionales de recuperación para un afiliado de 55 años o más: \$1,000.

Cuando se inscribe en una HSA, puede empezar a aportar su máximo a partir del primer día del mes en que entra en vigor, pero solo mientras siga teniendo derecho a ello durante los 12 meses siguientes. Puede contribuir hasta el máximo en un pago único o en cantidades iguales a través de la deducción de la nómina.

ASIFlex controlará sus aportaciones a la HSA y enviará una alerta a su empleador si supera su límite de aportación a través de las deducciones en nómina. La mejor manera de evitar cotizar en exceso es dividir la cotización anual deseada entre el número de nóminas que percibe, o que espera percibir durante el resto del año si se afilia a mitad de año. Por ejemplo, si tiene cobertura individual, puede aportar un máximo de \$3,850 para 2023. Si recibe 24 nóminas al año, puede aportar \$160 en cada periodo de pago.

Los suscriptores que están pasando de una MSA a una HSA pueden enfrentarse a una restricción en el momento en que pueden empezar a hacer contribuciones a la HSA. La normativa del IRS no le permite utilizar su MSA junto con una HSA; sin embargo, la normativa le permite utilizar una MSA de uso limitado junto con una HSA.

Puede utilizar una MSA de uso limitado para pagar los gastos que no cubre el Plan de Ahorro, como la atención dental y oftalmológica. Esto le permite ahorrar los fondos de su HSA para futuros gastos médicos. Si se inscribe en una HSA y tiene fondos remanentes en su MSA tradicional, ASIFlex convertirá automáticamente esos fondos en una MSA de uso limitado debido a su elección de HSA para el nuevo año del plan. Más información sobre las MSA de uso limitado en la página 124.

Tarifas administrativas

Las HSA tienen una cuota administrativa mensual, que se establece para que tenga un impacto mínimo en relación con el ahorro fiscal que proporciona la cuenta. HSA Central deducirá de su cuenta \$0.50 al mes en concepto de gastos administrativos, independientemente del saldo.

Cuando sus fondos estén disponibles

Cada aportación a su HSA estará disponible después de que su nómina de su empleador se reciba, procese y deposite a su HSA. Los fondos estarán disponibles en su cuenta bancaria HSA Central a más tardar un día laborable después de que ASIFlex reciba el dinero de su empleador.

Utilización de sus fondos

Después de inscribirse en una HSA, recibirá una tarjeta de débito Mastercard® de HSA Central que podrá utilizar para todos sus gastos médicos cualificados. Puede reembolsarse a sí mismo con un depósito directo en una cuenta corriente o de ahorros de su elección o a través de Bill Pay sin cargo 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 producirse un descubierto en su cuenta.

Puede acceder a su cuenta HSA Central para comprobar su saldo, realizar aportaciones en línea después de impuestos, revisar los extractos mensuales y los informes fiscales anuales, transferir fondos, configurar su cuenta de inversión HSA y mucho más.

HSA Central le proporcionará extractos electrónicos mensuales sin costo alguno, pero puede optar por recibir extractos en papel por una tarifa mensual de \$3.

Gastos elegibles y documentación

Puede utilizar los fondos de su HSA, libres de impuestos, para pagar los gastos médicos elegibles no reembolsados para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales. Los gastos médicos incluyen los costos de diagnóstico, curación, tratamiento o prevención de defectos o enfermedades físicas o mentales, incluidos los gastos dentales y de visión.

Debe guardar los recibos de los gastos pagados con su HSA junto con sus declaraciones de impuestos en caso de que el IRS audite su declaración de impuestos y solicite copias. También puede subir copias escaneadas o fotos de sus recibos elegibles iniciando sesión en su cuenta HSA Central para facilitar el seguimiento.

Si utiliza los fondos de la HSA para gastos no elegibles, estará sujeto a impuestos sobre el monto que haya tomado de su HSA, así como a una sanción del 20 % si es menor de 65 años.

Invertir los fondos de la HSA

Los fondos de su HSA se depositarán en una cuenta remunerada de HSA Central a medida que la cuenta crezca, usted podrá invertir sus fondos por un monto superior a \$1,000. Las inversiones no están aseguradas por la FDIC; no son un depósito ni otra obligación de ningún banco, ni están garantizadas por éste; pueden perder valor, incluida la posible pérdida del capital invertido; y no están aseguradas por ninguna agencia federal. Debe revisar las inversiones en detalle antes de hacer sus selecciones de inversión.

El riesgo de inversión es la incertidumbre sobre el rendimiento de una determinada inversión. Cuando decide invertir sus fondos, el saldo de su cuenta se ve afectado por las ganancias o pérdidas como resultado de esas elecciones. Usted asume todo el riesgo de inversión relacionado con su HSA. Si decide invertir los fondos de su HSA por un monto superior a \$1,000, la comisión anual de la cuenta de inversión es del 0.35% que se deduce trimestralmente de su cuenta de inversión con una comisión mensual de \$1 por el servicio de inversión de la HSA.

Es posible que se cobren comisiones adicionales en función de las opciones de inversión que seleccione.

Conozca las opciones de inversión que tiene a su disposición en schsa.centralbank.net.

Informar de su HSA al IRS

Una vez finalizado el año, HSA Central proporcionará a los participantes la información que deben utilizar para informar sobre las aportaciones y retiradas de la HSA cuando declaren sus impuestos. Debe guardar la documentación, incluidos recibos, facturas y explicaciones de beneficios del tramitador de reclamaciones de su seguro médico, por si le piden que muestre al IRS pruebas de que los fondos de su HSA se utilizaron para gastos cualificados.

Las contribuciones a la HSA antes de impuestos aparecerán en su W-2 como contribuciones pagadas por el empleador porque el dinero se dedujo de su salario antes de ser gravado. No debe deducir esta cantidad en su declaración de impuestos. Solo pueden deducirse las cotizaciones después de impuestos. Consulte con un profesional de la fiscalidad para obtener más información.

¿Qué pasa con su HSA después de su muerte?

Si su cónyuge es el beneficiario de su HSA, la cuenta puede transferirse a una HSA a nombre de su cónyuge. Si su beneficiario no es su cónyuge, la cuenta dejará de ser una HSA en la fecha de su fallecimiento. Si el beneficiario es su patrimonio, el valor de mercado de la cuenta en la fecha de su fallecimiento estará sujeto a impuestos en su declaración final. Para los beneficiarios que no sean su cónyuge o cónyuge o la sucesión, el valor justo de mercado de la cuenta beneficiario en el ejercicio fiscal en que usted falleció.

Si tiene preguntas sobre lo que ocurre con su HSA después de su fallecimiento, póngase en contacto con HSA Central llamando al 833.571.0503.

Cierre de su HSA

Si ya no cumple los requisitos para contribuir a una HSA a través de PEBA o desea dejar de contribuir antes de impuestos a través de la deducción de la nómina, debe completar un formulario de Aviso de Elección y devolverlo a su administrador de beneficios. Usted puede seguir utilizando los fondos restantes de su HSA para gastos médicos cualificados no reembolsados. Si desea cerrar su cuenta bancaria HSA por completo, debe ponerse en contacto con HSA Central en el 833.571.0503.

Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado

Si hace aportaciones a una HSA, también puede optar a una cuenta de gastos médicos de uso limitado (MSA). Esta cuenta puede utilizarse para gastos elegibles no cubiertos por el Plan de Ahorro. Los gastos subvencionables incluyen la atención odontológica y oftalmológica. El uso de una MSA de uso limitado le permite ahorrar los fondos de su HSA para futuros gastos médicos. Además, tendrá acceso a la totalidad del monto de su aportación a la MSA de uso limitado el 1 de enero o en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, lo que ocurra más tarde. Excepto por la restricción de qué tipo de gastos son reembolsables, una MSA de uso limitado funciona igual que una Cuenta de Gastos Médicos. Más información en la página 117.

Apelaciones de inscripción

Tiene derecho a apelar las decisiones de afiliación, presentando una solicitud de revisión a través de su administrador de beneficios. Los administradores de beneficios pueden presentar una solicitud de revisión en línea.

Si la solicitud de revisión es denegada, puede apelar enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la decisión. Por favor, incluya una copia de la denegación con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

Carolina del S. PEBA
Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Un proveedor de servicios de salud, un empleador o su administrador de beneficios no pueden recurrir a la PEBA en su nombre. Solo usted, el afiliado, su representante autorizado o un abogado autorizado para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su información, como se indica en el Plan. No obstante, este plazo puede ampliarse si se solicita material adicional o usted pide una prórroga. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando la revisión de su apelación por parte de la PEBA haya concluido, recibirá una resolución por escrito. Si la denegación es confirmada por PEBA, dispone de 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 del Código de Leyes de Carolina del Sur, En su versión modificada.

Contactar con HSA Central

schsa.centralbank.net

Servicios al consumidor

8 a. m. a 8 p. m. De lunes a viernes

833.571.0503

Seguro colectivo para jubilados

¿Tiene derecho a un seguro colectivo para jubilados?

Algunos de los beneficios del seguro que usted disfruta como empleado activo pueden estar disponibles para usted como jubilado a través de los programas de seguro colectivo que patrocina PEBA. Este capítulo trata de los requisitos para el seguro colectivo de los jubilados y de si su empleador puede pagar una parte de las primas del seguro de los jubilados.

El derecho al seguro colectivo de los jubilados no es el mismo que el derecho a la jubilación.

Un empleado se ha jubilado y ha establecido una fecha de jubilación a efectos del Plan de Salud Estatal si

1. Haber dejado de trabajar para un empleador participante;
2. Haber cesado en todo empleo cubierto por un Plan de jubilación administrado por PEBA; y
3. Son elegibles para recibir una jubilación por servicio o discapacidad de un plan de jubilación administrado por PEBA.

La determinación de la elegibilidad del seguro de los jubilados es complicada, 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 derecho a la cobertura y financiación del seguro colectivo para jubilados depende de una serie de factores, entre los que se incluyen su derecho a recibir un beneficio de jubilación, la fecha en la que fue contratado en un puesto con derecho a seguro, su crédito de 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 con un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal.

El crédito de servicio ganado es el tiempo ganado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA; el tiempo trabajado mientras se participa en el Programa de Jubilación Opcional del Estado (ORP estatal); o el 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 de servicio ganado no incluye ningún crédito de servicio adquirido que no se considere servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado o licencia sabática aprobada por el empleador) o servicio acumulado con un empleador que no participe en el Plan de Salud Estatal.

Si está afiliado a uno de los planes de jubilación de beneficio definido que administra PEBA, su derecho a percibir el seguro colectivo de jubilación dependerá de que haya cumplido los requisitos mínimos establecidos por ley para poder jubilarse en el plan al que esté afiliado cuando deje de trabajar.

Los planes de beneficios definidos de PEBA incluyen el Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS, por sus siglas en inglés), el Sistema de Jubilación de Agentes 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).

El PEBA también administra un plan de aportaciones definidas, el Programa de Jubilación Opcional del Estado (ORP del Estado). Para los participantes en la PRL estatal y los empleados cuyo empleador no participe en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur.

Si vuelve a ocupar un puesto de trabajo con derecho a seguro después de jubilarse, no obtendrá créditos de servicio adicionales para tener derecho al seguro de jubilación. Por lo tanto, si no tenía derecho a un seguro de salud para jubilados o a primas financiadas cuando se jubiló, no puede obtenerlo al volver a trabajar.

¿Pagará su empleador parte de las primas de su seguro de jubilación?

Como trabajador en activo, su empleador paga una parte del costo de su seguro médico y dental. Cuando se jubila, hay varios factores que determinan si paga la totalidad o parte de las primas del seguro. Estos factores incluyen sus años de crédito de servicio ganados, el tipo de empleador de la que se jubila y la fecha en que fue contratado en un puesto con derecho a seguro.

Los empleados de los organismos estatales, las instituciones públicas de enseñanza superior, los distritos escolares públicos, así como las escuelas concertadas que participan en la jubilación, que participan en el programa de seguros del Estado pueden tener derecho a una contribución del Estado a sus primas de seguro de jubilación en función de la fecha en que empezaron a trabajar y de su número de años de crédito de servicio ganado.

Las normas de elegibilidad para el seguro de jubilación son las mismas para los jubilados de los empleadores facultativos y las escuelas subvencionadas que solo participan en el seguro que para los jubilados de los organismos estatales, las instituciones públicas de educación superior, los distritos escolares públicos

y las escuelas subvencionadas que participan en la jubilación. Sin embargo, la financiación es diferente. Los empleadores facultativos participantes y las escuelas subvencionadas que solo participan en el seguro pueden pagar o no una parte del costo de las primas de seguro de sus jubilados. Cada empleador facultativo o escuela subvencionada participante desarrolla su propia política de financiación de las primas de seguro de jubilación para sus jubilados elegibles. Si es un empleado de un empleador facultativo participante o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, póngase en contacto con su oficina de beneficios para obtener información sobre las primas de seguro para jubilados.

Jubilación anticipada: Miembros de la clase 2 del SCRS

Miembro de la clase 2 del SCRS jubilado según el régimen 55/25 y que de otra manera es elegible para financiamiento de primas de seguro para jubilados del Fondo Fiduciario de Seguro de Salud para Jubilados de Carolina del Sur debe pagar la prima completa (parte del empleado y del empleador) hasta que cumpla 60 años o la fecha en que habría alcanzado 28 años de crédito de servicio si no se hubiera jubilado, lo que ocurra primero.

Algunos funcionarios electos

Se aplican normas especiales de seguro para jubilados a los miembros de la Asamblea General y a los miembros de un consejo municipal o de condado que comenzaron a trabajar con derecho a la cobertura del Plan de Salud Estatal antes del 2 de mayo de 2008. Póngase en contacto con el PEBA para obtener información más detallada.

Solo la PEBA puede confirmar su elegibilidad

El derecho al seguro colectivo de los jubilados no es el mismo que el derecho a la jubilación. La determinación de la elegibilidad del seguro de los jubilados es complicada, y solo PEBA puede hacer esa determinación. Le recomendamos que confirme su elegibilidad antes de retirarse. Una vez confirmada la elegibilidad, debe presentar los formularios necesarios para inscribirse en la cobertura para jubilados. La cobertura no continúa automáticamente en el momento de la jubilación.

Si tiene previsto jubilarse en un plazo de tres a seis meses, presente un *Registro de Verificación de Empleo* cumplimentado a PEBA. Si tiene previsto jubilarse en un plazo de 90 días, rellene y envíe a PEBA un *Registro de Verificación de Empleo*, un *Aviso de Elección de Jubilado* y un formulario de *Certificación sobre el uso de tabaco y cigarrillos electrónicos*. El *Expediente de Verificación*

de Empleo y el paquete para jubilados están disponibles en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o ponerse en contacto con PEBA en el 803.737.6800 o en el 888.260.9430.

En algunas situaciones, las determinaciones de elegibilidad están disponibles en Member Access, el portal del afiliado para los beneficios de jubilación y/o MyBenefits. PEBA también le enviará una confirmación por escrito de su elegibilidad. La PEBA no confirma la elegibilidad para las fechas de jubilación más allá de seis meses. PEBA no puede confirmar por teléfono la elegibilidad para el seguro colectivo de jubilados ni la financiación de sus primas de seguro de jubilación.

Elegibilidad del seguro de los jubilados, financiación

Para los afiliados que trabajan para un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público o una escuela subvencionada que participa tanto en el seguro como en la jubilación

Los cuadros que comienzan en la página 135 ilustran las pautas de elegibilidad y financiación del seguro colectivo de los jubilados. Consulte el *Plan de Beneficios* para obtener información más detallada sobre estas y otras normas de elegibilidad y financiación. Cuando revise los gráficos, ten en cuenta lo siguiente:

- Para cualquier cobertura para jubilados, sus últimos cinco años de empleo deben haber sido servidos consecutivamente en un puesto permanente a tiempo completo, elegible para el seguro, con un empleador que participe en el Plan de Salud Estatal.
- Un cambio de trabajo podría afectar a su derecho a la financiación. La información de la página 133 solo se aplica si su último empleador antes de la jubilación es un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público u otro empleador que participe en el Fondo Fiduciario del Seguro Médico para Jubilados del Estado. Póngase en contacto con su empleador si no está seguro de si participa en el Fondo Fiduciario del Seguro de Salud para Jubilados.
- Para recibir financiación estatal para sus primas, sus últimos cinco años de empleo deben haber estado al servicio de un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público u otro empleador, como una escuela subvencionada, 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 en virtud de la disposición 55/25 retrasará su derecho a la financiación.

- Si la escuela subvencionada para la que trabaja no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, y usted cumple los requisitos de elegibilidad para el seguro colectivo de jubilados, la financiación por parte del empleador, en su caso, queda a discreción de su escuela subvencionada.
- El crédito de servicio acumulado es el tiempo ganado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficio definido que administra PEBA. El crédito de servicio ganado no incluye ningún crédito de servicio adquirido que no se considere servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no

cualificado o permiso sabático aprobado por el empleador).

- En el caso de los afiliados a la PRL estatal y de los afiliados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el afiliado fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS, por sus siglas en inglés), lo que incluye alcanzar la elegibilidad para la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito de servicio ganado. Conozca más sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación del SCRS en el [Manual para afiliados al Sistema de Jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados en un puesto con derecho a seguro antes del 2 de mayo de 2008

Créditos de servicio ganados con un empleador que participa en el

Estado de la jubilación	Plan de Salud Estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de cumplir los requisitos para la jubilación por servicio o por discapacidad	Cinco años, pero menos de 10 años	Usted paga la totalidad de la prima (cuota del empleado y del empleador).
Obtenga más información sobre los requisitos de jubilación en peba.sc.gov .	10 o más años empleador.	Usted solo paga la parte de la prima correspondiente al
Dejó el empleo antes de cumplir los requisitos para la jubilación	Menos de 20 años	No tiene derecho a la cobertura del seguro de jubilación.
	20 o más años	Tiene derecho a la cobertura al cumplir los requisitos la edad de jubilación. ¹ Usted solo paga la parte de la prima que corresponde al empleado.

¹ La elegibilidad para la jubilación significa que usted ha cumplido los requisitos mínimos legales de elegibilidad para la jubilación establecidos para el plan en el que está afiliado. En el caso de los afiliados a la PRL estatal y de los afiliados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el afiliado fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS, por sus siglas en inglés), lo que incluye alcanzar la elegibilidad para la jubilación.

Empleados contratados en un puesto con derecho a seguro a partir del 2 de mayo de 2008

Créditos de servicio ganados con un empleador que participa en el		
Estado de la jubilación	Plan de Salud Estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de cumplir los requisitos para la jubilación por servicio o por discapacidad Más información sobre los requisitos para jubilarse en peba.sc.gov .	Cinco años, pero menos de 15 años	Usted paga la totalidad de la prima (cuota del empleado y del empleador).
	15 años, pero menos de 25 años	Usted paga la parte de la prima correspondiente al empleador y 50% de la parte del empleado de la prima.
	25 o más años	solo paga la parte de la prima correspondiente al empleador.
	Menos de 20 años	No tiene derecho a la cobertura del seguro de jubilación.
Dejó el empleo antes de cumplir los requisitos para la jubilación	20 años, pero menos de 25 años	Tiene derecho a la cobertura al cumplir los derechos a la jubilación. ² Usted paga la parte de la prima correspondiente al empleado y el 50 % de la parte correspondiente al empleador.
	20 o más años	Tiene derecho a la cobertura al cumplir los requisitos de jubilación . ² solo paga la parte de la prima correspondiente al trabajador.

2 La elegibilidad para la jubilación significa que usted ha cumplido los requisitos mínimos legales de elegibilidad para la jubilación establecidos para el plan en el que está afiliado. En el caso de los afiliados a la PRL estatal y de los afiliados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el afiliado fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS, por sus siglas en inglés), lo que incluye alcanzar la elegibilidad para la jubilación.

Para los afiliados que trabajan para empleadores facultativos participantes, como los gobiernos de los condados y los municipios, y las escuelas subvencionadas que solo participan en el seguro

El cuadro de la página 116 ilustra las directrices de elegibilidad y financiación del seguro colectivo de los jubilados. Consulte el *Plan de Beneficios* para obtener información más detallada sobre estas y otras normas de elegibilidad y financiación. Cuando revise los gráficos, ten en cuenta lo siguiente:

- Sus últimos cinco años de empleo deben haber sido servidos consecutivamente en un puesto permanente a tiempo completo, elegible para el seguro, con un empleador que participe en el Plan de Salud Estatal.
- Un cambio de trabajo podría afectar a su derecho a la financiación. La información que figura a continuación solo se aplica si su último empleador antes de jubilarse es un empleador facultativo u otro

empleador que no participa en el Fondo Fiduciario del Seguro de Salud para Jubilados del Estado. Póngase en contacto con su empleador si no está seguro de si participa en el Fondo Fiduciario del Seguro de Salud para Jubilados.

- El crédito de servicio acumulado es el tiempo ganado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficio definido que administra PEBA. El crédito de servicio ganado no incluye ningún crédito de servicio adquirido que no se considere servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no cualificado).
- Si su empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, su elegibilidad se determina como si fuera un miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), incluyendo el alcance de la elegibilidad de jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito de servicio ganado. Obtenga más información sobre los requisitos de jubilación del SCRS en el [Manual para miembros del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados en un puesto con derecho a seguro.

Estado de la jubilación	Créditos de servicio ganados con un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de cumplir los requisitos para la jubilación por servicio	Al menos cinco años	Su parte de la prima, hasta el monto total de la cuota del empleado y del empleador, queda a discreción de su empleador.
Obtenga más información sobre los requisitos de jubilación en peba.sc.gov .	Menos de 20 años	No tiene derecho a la cobertura del seguro de jubilación.
Dejó el empleo antes de cumplir los requisitos para la jubilación	20 o más años	Tiene derecho a la cobertura al cumplir los requisitos para la jubilación. ³ Su parte de la prima, hasta el monto total de la cuota del empleado y del empleador, queda a discreción de su empleador.

³ La elegibilidad para la jubilación significa que usted ha cumplido los requisitos mínimos legales de elegibilidad para la jubilación establecidos para el plan en el que está afiliado. En el caso de los afiliados a la PRL estatal y de los afiliados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el afiliado fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS, por sus siglas en inglés), lo que incluye alcanzar la elegibilidad para la jubilación.

Sus opciones de seguro para jubilados

Si no tiene derecho a Medicare

Si usted, su cónyuge y sus hijos cubiertos no tienen derecho a Medicare, pueden estar cubiertos por uno de estos planes:

- Plan de salud estatal estándar; o
- Plan de ahorro del plan de salud estatal; o
- Plan complementario TRICARE (para los miembros de la comunidad militar que reúnan los requisitos).

Los beneficios del seguro de enfermedad, que se describen en el capítulo sobre el seguro de enfermedad (ver las páginas 31-32), serán las mismas que si fuera un trabajador en activo. Sus primas pueden variar en función de si está financiado, un jubilado parcialmente financiado o un jubilado no financiado (ver el apartado sobre el derecho al seguro de jubilación, financiación en las páginas 133-136).

Si está considerando el Plan de Ahorro

Si usted es un jubilado que no tiene derecho a Medicare, puede inscribirse en el Plan de Ahorro, pero las contribuciones a una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) de su pago de la anualidad no se deducen antes de impuestos. Puede deducir sus aportaciones a una HSA en su declaración de impuestos.

Si tiene 65 años o más y no tiene derecho a Medicare

Si cuando se jubila tiene 65 años o más y no puede acogerse a Medicare, póngase en contacto con la Administración del Seguro Social (SSA). La SSA le enviará una carta de denegación de la cobertura de Medicare. Entregue una copia de la carta a su administrador de beneficios. Puede inscribirse en el seguro médico como jubilado en los 31 días siguientes a la pérdida de la cobertura activa, en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad o durante un periodo anual de inscripción abierta. También puede inscribir a los miembros de su familia que cumplan los requisitos.

Si tiene derecho a Medicare

Si usted, su cónyuge o sus hijos cubiertos tienen derecho a Medicare, pueden estar cubiertos por uno de estos planes:

- Plan complementario de Medicare; o
- Plan de Disociación.

Usted y sus dependientes con derecho a Medicare se inscribirán automáticamente en Express Scripts Medicare®, el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare del Plan de Salud Estatal. Si desea más información sobre el programa, incluido el modo de darse de baja, consulte el manual de PEBA *Cobertura de seguro para el afiliado con derecho a Medicare*,

en peba.sc.gov/publications.

Para saber más sobre cómo el seguro médico ofrecido a través de PEBA funciona con Medicare:

- Lea el manual Cobertura del seguro de PEBA para el afiliado con derecho a Medicare; o
- Llame al PEBA al 803.737.6800 o al

888.260.9430. Para saber más sobre Medicare:

- Lea Medicare and You (Medicare y usted);
- Visite www.medicare.gov; o
- Llame a Medicare al 800.633.4227 o al 877.486.2048 (TTY).

Beneficios dentales

Si se jubila de un empleador participante, puede continuar con su cobertura Dental Plus o Dental Básico si cumple con los requisitos indicados en las páginas 133-136. Encontrará información sobre los beneficios dentales en la página 74.

Cuidado de la visión

Si se jubila de un empleador participante, puede continuar con su cobertura del Plan de Visión Estatal si cumple con los requisitos indicados en las páginas 133-136. Encontrará información sobre los beneficios de visión en la página 83.

Cuándo inscribirse en el seguro para jubilados

Su seguro no continúa automáticamente cuando se jubila. Antes de inscribirse en el seguro para jubilados, tendrá que confirmar que puede acogerse al seguro colectivo para jubilados. Puede confirmar su derecho hasta seis meses antes de la fecha de jubilación rellendo un *Registro de Verificación de Empleo* (EVR). Si no presenta una EVR, la PEBA determinará automáticamente su elegibilidad cuando solicite la jubilación a un empleador que participe en los beneficios de jubilación administrados por la PEBA.

Si tiene derecho a ello, presente los formularios requeridos a la PEBA (ver la página 133) al menos 31 días pero no más de seis meses antes de la fecha de su jubilación, o de la fecha de su aprobación de los beneficios de discapacidad. De este modo, PEBA dispondrá de tiempo suficiente para tramitar su inscripción, de modo que su cobertura de seguro como jubilado comience el día en que finalice su cobertura como empleado activo.

Si no presenta los formularios necesarios para afiliarse en un plazo de 31 días a partir de la fecha de su jubilación, podrá afiliarse durante

el próximo periodo de afiliación abierta, que tiene lugar anualmente en octubre. La cobertura será efectiva el 1 de enero siguiente. También puede inscribirse en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. La afiliación dental solo está disponible durante los periodos de afiliación abierta de los años impares (octubre de 2023), o en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad.

Jubilación del servicio

Si cumple los requisitos, puede inscribirse en el seguro para jubilados en los 31 días siguientes a su jubilación. Si no se inscribe en los 31 días siguientes a su jubilación, puede inscribirse en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad (definida en la página 19), o durante un periodo anual de inscripción abierta.

Jubilación por discapacidad

Si se le aprueban los beneficios de jubilación por discapacidad a través de uno de los planes de jubilación de beneficio definido que administra PEBA (SCRS, PORS, GARS o JSRS), y cumple las normas de elegibilidad para el seguro colectivo de jubilados (ver las páginas 133- 136), puede solicitar el seguro colectivo de jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha de la carta de PEBA que aprueba sus beneficios por discapacidad.

Si la Administración de la Seguridad Social le aprueba la discapacidad, pero no tiene derecho a la cobertura del seguro como jubilado a través de PEBA, su cobertura bajo PEBA no puede comenzar antes del primer día del mes que ocurre después de la aprobación de la discapacidad por parte de la Seguridad Social.

Los participantes en la PRL estatal y los empleados de empleadores facultativos o de escuelas subvencionadas que no participen en un plan de jubilación administrado por la PEBA se consideran jubilados por discapacidad si cumplen los requisitos para recibir un beneficio de jubilación por discapacidad del SCRS. Para las jubilaciones posteriores al 31 de diciembre de 2013, la aprobación de los beneficios de jubilación por discapacidad del SCRS requiere la aprobación de los beneficios de discapacidad de la Administración de la Seguridad Social. Puede solicitar el seguro colectivo para jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha de la carta de la Administración de la Seguridad Social por la que se aprueban sus beneficios por discapacidad. Su cobertura de seguro de jubilación entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción por parte de la PEBA de la documentación que acredite su derecho a los beneficios de jubilación por discapacidad.

En un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad

Una situación especial de elegibilidad se crea 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 hacer cambios. Encontrará más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad en la página 19. Puede utilizar el sitio web seguro de inscripción de beneficios de seguro de PEBA, [MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov), para realizar cambios.

Durante un periodo de inscripción abierta

Si usted, su cónyuge y sus hijos no se inscriben dentro de los 31 días siguientes a su jubilación, dentro de los 31 días siguientes a la aprobación de los beneficios por discapacidad o dentro de los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad, puede inscribirse durante un periodo de inscripción abierta, que se celebra en octubre. La cobertura dental solo puede añadirse o retirarse durante un periodo de inscripción abierta en un año impar. Su cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente. Puede utilizar el sitio web seguro de inscripción de beneficios de seguro de PEBA, [MyBenefits.sc.gov](https://mybenefits.sc.gov), para realizar cambios, pero no para inscribirse en la cobertura.

Cómo inscribirse en el seguro para jubilados

Si es elegible para continuar con la cobertura del seguro administrado por PEBA en el momento de la jubilación, complete un *Aviso de Elección del Jubilado* 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* presentado anteriormente. Los formularios están disponibles en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o ponerse en contacto con PEBA en el 803.737.6800 o en el 888.260.9430. Puede pedir ayuda a su administrador de beneficios para rellenar los formularios.

Puede inscribirse a sí mismo y a los miembros de su familia que reúnan los requisitos necesarios. Como jubilado, tendrá que hacer nuevas elecciones; no tiene que mantener la misma cobertura ni cubrir a los mismos miembros de la familia que cubría como empleado activo.

Es posible que tenga que presentar los documentos adecuados para demostrar que los miembros de la familia que desea cubrir tienen derecho a la cobertura. En la página 16 encontrará más información sobre los documentos necesarios para la inscripción.

Después de que PEBA procese su inscripción en el seguro para jubilados, recibirá una carta confirmando la cobertura seleccionada y las primas a pagar cada mes. Dispone de 31 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su seguro de jubilación para realizar cualquier corrección o cambio en su cobertura. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, que se produce cada año en octubre, o hasta una situación especial de elegibilidad para realizar cambios. Si no se inscribe en la cobertura dental en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que cumpla los requisitos, la próxima oportunidad de añadir, cancelar o cambiar de seguro dental será durante la inscripción abierta en octubre de un año impar.

Primas de jubilación y pago de primas

Jubilados de organismos estatales, instituciones públicas de enseñanza superior y distritos escolares públicos

Si recibe un beneficio mensual de un plan de jubilación de beneficio definido administrado por PEBA, éste deduce sus primas de salud, dentales y de visión del pago del beneficio mensual. Si no recibe un beneficio mensual de un plan de jubilación administrado por PEBA, ésta le enviará una factura mensual por la prima de su seguro de jubilación.

Cuando se jubile, es posible que las primas del seguro deban pagarse antes de que comiencen los beneficios. Si esto ocurre, PEBA le enviará una factura mensual por sus primas de seguro hasta que reciba el primer pago de la anualidad.

Su renta vitalicia se paga el último día laborable de cada mes, y sus primas de seguro se pagan al principio del mes. Por ejemplo, las primas de seguro de abril se deducen del pago de la anualidad de marzo. Dependiendo de la fecha de tramitación de su documentación de jubilación, es posible que se deba más de un mes de prima. Sin embargo, como nuevo jubilado, la PEBA solo deducirá un mes de su primer pago de la anualidad. Recibirá una carta con dos opciones para remitir el saldo restante. Si en algún momento el total de las primas adeudadas suma un monto superior al del pago de la anualidad, PEBA le facturará el monto total. Le recomendamos que se inscriba en nuestro programa gratuito de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés). Esta es la forma más eficaz, segura y precisa de pagar las primas de su seguro. Para inscribirse en el programa EFT, descargue y complete el formulario [Acuerdo de Autorización de Transferencia de Fondos Electrónicos \(EFT\)](#).

Jubilados del empleador facultativo participante

Usted paga sus primas de salud, dentales y de visión a su antiguo empleador. Su empleador los envía a PEBA. Póngase en contacto con su oficina de beneficios para obtener información sobre sus primas de seguro en la jubilación.

Jubilados de escuelas concertadas

Si su escuela subvencionada participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, PEBA deduce sus primas de salud, dentales y de visión del pago mensual de la anualidad que recibe de PEBA. Si en algún momento el total de las primas adeudadas suma un monto superior al del pago de la anualidad, PEBA le facturará el monto total. Le recomendamos que se inscriba en nuestro programa gratuito de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés). Esta es la forma más eficaz, segura y precisa de pagar las primas de su seguro. Para inscribirse en el programa EFT, descargue y complete el formulario [Acuerdo de Autorización de Transferencia de Fondos Electrónicos \(EFT\)](#).

Si su escuela subvencionada no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, usted paga sus primas de salud, dentales y de visión a la escuela subvencionada. La escuela subvencionada los envía a la PEBA. Póngase en contacto con su oficina de beneficios para obtener información sobre sus primas de seguro durante la jubilación.

Falta de pago de las primas

Las primas de salud, dentales y de visión deben pagarse antes del 10 de cada mes. Si no paga la totalidad de la factura, incluida la prima para consumidores de tabaco, si se aplica, PEBA cancelará su cobertura.

Cuándo comienza su cobertura como jubilado

Si pasa directamente de un empleo cubierto a la jubilación, su cobertura de jubilado comenzará el día siguiente a la finalización de su cobertura activa. Si se inscribe en la cobertura del seguro de jubilación tras 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 de entrada en vigor será la fecha del evento o el primer día del mes siguiente al evento, dependiendo del tipo de evento. Encontrará más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad en la página 19. Si se inscribe durante un periodo anual de inscripción abierta, su cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente.

Si ha trabajado para un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público o una escuela subvencionada que participa tanto en el seguro como en la jubilación, la PEBA es su administradora de beneficios después de la jubilación. Si ha trabajado para un empleador facultativo participante o para una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, su administrador de beneficios es su antiguo empleador después de jubilarse.

Información que recibirá

Después de inscribirse, PEBA le enviará una carta confirmando que tiene cobertura de seguro colectivo para jubilados. Si su cobertura como empleado activo también está terminando, la ley federal requiere que PEBA le envíe un *Aviso de Evento Calificado*, que le indica que puede continuar su cobertura bajo COBRA. Si lo solicita, puede obtener un *Certificado de Cobertura Acreditable*, que indica las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Llame al Servicio de Atención al Cliente de PEBA al 803.737.6800 para solicitarlo. Normalmente, estas cartas no requieren ninguna acción por su parte.

Si tiene derecho a 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 gestor de beneficios de farmacia del Plan de Salud Estatal, le enviará un paquete de información que incluye una carta en la que se le informa de que puede optar por no participar en el programa de medicamentos de Medicare y seguir inscrito en el programa de medicamentos del State Health Plan para los miembros que no reúnen los requisitos de Medicare. El gestor de beneficios farmacéuticos está obligado a darle 21 días para que se excluya.

Sus tarjetas de identificación del seguro en 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) no cambiará, y sus tarjetas de salud y dental seguirán siendo válidas. Recibirá una nueva tarjeta si se inscribe por primera vez en Dental Plus o en el Plan de Visión Estatal.

Si usted o sus dependientes cubiertos se inscriben en Express Scripts Medicare, cada afiliado recibirá una tarjeta de medicamentos recetados emitida a su nombre. Los familiares cubiertos que no estén inscritos en el programa de medicamentos de Medicare recibirán tarjetas que indiquen que están inscritos en el programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal. Se emiten dos tarjetas a nombre del suscriptor.

En caso de pérdida, robo o deterioro de su tarjeta, puede solicitar una nueva a estos proveedores:

- Plan de Salud Estatal: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur;
- Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal: Express Scripts;
- Plan Complementario TRICARE: Selman & Company;
- Dental Plus: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur;
- Dental Básico: PEBA o su antiguo administrador de beneficios; o
- Plan de Visión Estatal: EyeMed.

La información de contacto está disponible al final de esta guía.

Otros programas de seguros que ofrece PEBA

Seguro de vida

Si pasa directamente del empleo cubierto a la jubilación y tiene derecho a un seguro colectivo para jubilados cuando se jubile, puede optar por continuar o convertir su seguro de vida a través de MetLife, el proveedor que suscribe el programa de seguro de vida de PEBA. PEBA envía un archivo quincenal con los cambios de estado de los empleados a MetLife. MetLife utiliza este archivo para enviar por correo un paquete de inscripción y conversión/continuación a los jubilados con derecho a ello. Los paquetes se envían por correo de EE.UU. entre tres y cinco días laborables después de que MetLife reciba el expediente. El periodo de solicitud de continuación y conversión es sensible al tiempo. Si MetLife no recibe el o los formularios correspondientes en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura como empleado activo, perderá su derecho al seguro de vida colectivo para jubilados. Si necesita ayuda para rellenar estos formularios, póngase en contacto con su administrador de beneficios o con PEBA. Si tiene preguntas sobre cuestiones de cobertura del seguro de vida, como la facturación o las 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, ésta finalizará después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre siguiente a la fecha en que cumpla 70 años.

Seguro de vida básico

Este seguro de vida temporal, que se le ofrece gratuitamente como empleado en activo, finaliza con la jubilación o cuando

deja el trabajo por otro motivo. Puede convertir su Seguro de Vida Básico en 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 temporal o convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza de vida entera, una forma permanente de seguro de vida, dentro de los 31 días siguientes a la fecha de finalización de su cobertura. Su cobertura puede continuar en incrementos de \$10,000 hasta el monto final de la cobertura en vigor el día antes de dejar el empleo cubierto y perder la cobertura de empleado activo.

Seguro de vida para dependientes

Cualquier cobertura de seguro de vida para dependientes que tenga finaliza cuando deja el empleo activo. No obstante, puede convertir la cobertura de su cónyuge o hijo en una póliza individual de vida entera en 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 pagaba mientras era empleado. La cantidad mínima que se puede continuar es de \$10,000. No se puede aumentar la cobertura, pero sí disminuirla. Las tarifas se basan en su edad y aumentarán cuando cambie su categoría de edad. Su cobertura se reducirá al 65 % a los 70 años y finalizará después de las 11:59 p.m. del 31 de diciembre posterior a la fecha en que cumpla 75 años si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 o después de esa fecha. Cuando su cobertura se reduzca o finalice, puede convertir el monto de cobertura reducida o perdida en un plazo de 31 días, tal y como se describe en la sección Conversión. La continuación de la cobertura es un a término.

Para continuar con su cobertura, complete la información que recibirá de MetLife tras su jubilación. Envíe a MetLife a la dirección o al número de fax que figura en la información. MetLife debe recibir los formularios cumplimentados en un plazo de 31 días a partir de la pérdida de la cobertura.

El seguro de vida temporal ofrece cobertura durante un periodo de tiempo determinado. No tiene valor en efectivo.

Conversión

Dentro de los 31 días siguientes a la pérdida de la cobertura, puede convertir su cobertura de Vida Básica, Vida Opcional o Vida Dependientes en una póliza de vida entera individual.

MetLife ha contratado a Barnum Financial Group para que le ayude a convertir la cobertura. Para convertir su póliza de Vida Básica, Vida Opcional o Vida Dependiente en una póliza de vida entera individual, póngase en contacto con MetLife en el 877.275.6387 para que le pongan en contacto con un profesional financiero de Barnum Financial Group.

La póliza se emitirá sin pruebas médicas si solicita y paga la prima en un plazo de 31 días. Si no cumple el plazo, perderá el derecho a convertir su seguro de vida.

Si no tiene derecho a los beneficios del seguro de jubilación o le han aprobado los beneficios por incapacidad a largo plazo, dispone de 31 días a partir de la fecha de finalización de su cobertura para convertir su póliza. Consulte a su administrador de beneficios para obtener más información.

Continuación y conversión

También puede dividir su cobertura entre el seguro de vida a término (continuación) y el seguro de vida entera individual (conversión), pero no puede superar el monto total de la cobertura antes de la jubilación.

Discapacidad a largo plazo

El seguro de discapacidad protege a un empleado y a su familia de la pérdida de ingresos debida a una lesión o una enfermedad prolongada que le impida trabajar. Cuando usted deja de trabajar y se jubila, finaliza su seguro de Discapacidad a Largo Plazo Básico y su seguro de Discapacidad a Largo Plazo Complementaria. No puede continuar con ninguna de las dos pólizas y no puede convertir ninguna de las dos pólizas en una cobertura individual en el momento de la jubilación.

MoneyPlus

MoneyPlus no está disponible en la jubilación. Sin embargo, cuando se jubile, podrá continuar con su Cuenta de Gastos Médicos (MSA) o Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado (MSA de uso limitado) después de impuestos a través de COBRA. Para más información, consulte la página 121. Si desea continuar con su cuenta, póngase en contacto con su administrador de beneficios dentro de los 31 días siguientes a su último día de trabajo y rellene los formularios correspondientes.

Si no desea continuar con su MSA o MSA de uso limitado, tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra antes, para presentar los gastos elegibles de la MSA incurridos antes de dejar el empleo. No se le devolverán los fondos que aún tenga en su cuenta.

No puede seguir cotizando a su Cuenta de Gastos para el Cuidado de Personas Dependientes después de jubilarse. Sin embargo, puede seguir 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.

La función de Primas de seguro colectivo antes de impuestos, que le permite pagar las primas de seguro médico, dental, de visión y de algunos seguros de vida antes de impuestos, no está disponible en la jubilación.

Cambio de cobertura

Cada octubre se abre un periodo de inscripción. Los empleados, jubilados, supervivientes y suscriptores de COBRA que reúnan los requisitos necesarios pueden inscribirse o darse de baja en su propia cobertura sanitaria y añadir o dar de baja a su cónyuge e hijos que reúnan los requisitos necesarios sin tener en cuenta las situaciones especiales de elegibilidad. Los suscriptores elegibles también pueden cambiar de plan de salud. Esto incluye el cambio a o desde el Plan Complementario de Medicare si el suscriptor está jubilado y el suscriptor o sus dependientes son elegibles para Medicare.

Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden cambiarse al Plan Complementario de TRICARE o salir de él si no son elegibles para Medicare. Los suscriptores elegibles también pueden inscribirse o abandonar el Plan de Visión Estatal. Durante los periodos de inscripción abierta que se celebran en los años impares, los suscriptores que reúnan los requisitos pueden añadir o eliminar Dental Plus y Dental Básico.

La PEBA ofrece una publicación de inscripción abierta, *Benefits Advantage (Ventajas de los beneficios)*, para jubilados, supervivientes, suscriptores de COBRA y ex cónyuges.

Encontrará más información sobre la inscripción abierta en la página 18 del capítulo de **Información general**.

Dejar a un cónyuge o hijo cubierto

Si un cónyuge o un hijo cubierto deja de ser elegible, tiene que darle de baja de su cobertura de salud, dental y de visión. Esto puede ocurrir a causa de un divorcio o cuando un dependiente cubierto obtiene la cobertura del Plan de Salud Estatal.

Para dar de baja a un cónyuge o hijo de su cobertura, complete y envíe a PEBA un *Aviso de Elección de Jubilado* y proporcione la documentación dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que su cónyuge o hijo deje de ser elegible.

Cuando su hijo deja de ser elegible para la cobertura debido a la edad, la PEBA lo dará de baja automáticamente. Si son su último hijo cubierto, su nivel de cobertura cambiará.

Volver a trabajar en un empleo apto para el seguro

Si vuelve a trabajar para un empleador participante y reúne los requisitos para inscribirse en el Plan de Salud Estatal, y usted, su cónyuge o sus hijos están cubiertos por el seguro colectivo de jubilados, debe elegir la cobertura activa o rechazar toda la cobertura patrocinada por la PEBA. Hay una excepción a esta regla.

Los jubilados que no tienen derecho a Medicare y que se han jubilado de un empleador que no participa en el Fondo Fiduciario del Seguro Médico para Jubilados del Estado pueden seguir teniendo cobertura para jubilados si vuelven a trabajar en un puesto que reúna los requisitos para el seguro. Póngase en contacto con su empleador anterior si no está seguro de si participa en el Fondo Fiduciario del Seguro de Salud para Jubilados.

Cuando deje de trabajar y finalice su cobertura colectiva activa, podrá volver a inscribirse en la cobertura colectiva de jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que deje el empleo activo. Si usted es de la edad para tener cobertura colectiva de jubilación antes de los 65 años, asegúrese de ponerse en contacto con la SSA en un plazo de 90 días tras cumplir los 65 años para inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando cumpla los requisitos.

Todos los empleados que reúnen los requisitos para inscribirse en el Plan de Salud Estatal (el Plan Estándar y el Plan de Ahorro) también son elegibles para estos programas:

- Dental Plus y Dental Básico
- Plan de Visión Estatal;
- Seguro de Vida Básico, Opcional y para Dependientes (con la excepción de los profesores a tiempo parcial que pueden acogerse al Plan de Salud Estatal según el código de Carolina del Sur, sección 59-25-45);
- Seguro Básico y Complementario de Discapacidad a Largo Plazo (a excepción de los profesores a tiempo parcial que pueden acogerse al Plan de Salud Estatal según el código de Carolina del Sur, sección 59-25-45);
- MoneyPlus, incluida la función de Prima de Seguro Colectivo antes de impuestos, la Cuenta de Gastos Médicos, la Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes y la Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado,
- Cuenta de Ahorro de Salud para los empleados inscritos en el Plan de ahorro.

Jubilados que continuaron con el seguro de vida

Jubilados contratados en un puesto de trabajo con derecho a seguro

Si continuó con su cobertura de Vida Opcional como jubilado, tendrá la opción de mantener su póliza continuada y pagar las primas directamente a MetLife, o inscribirse en Vida Opcional como empleado activo recién contratado con un límite de tres veces su salario anual sin pruebas médicas, hasta un máximo de \$500,000. No se pueden hacer las dos cosas.

Póngase en contacto con MetLife en un plazo de 31 días tras la reincorporación al trabajo para cancelar la continuidad de la cobertura si decide inscribirse en la cobertura activa. Si rechaza la afiliación como empleado activo, rechaza también el beneficio de vida básico de \$3,000, la cobertura de Vida Opcional y Vida para Dependientes. Su cobertura colectiva activa solo entrará en vigor si interrumpe la cobertura continua para jubilados.

Si se le considera una nueva contratación, consulte el capítulo **Seguro de vida**, que empieza en la página 90.

Si usted o un miembro de su familia está cubierto por Medicare

Según la ley federal, Medicare no puede ser el seguro principal para usted ni para ninguno de los miembros de su familia cubiertos mientras esté inscrito en la cobertura como empleado activo. Para cumplir con esta normativa, debe suspender su cobertura colectiva de jubilados e inscribirse como empleado activo con Medicare como pagador secundario, o rechazar toda la cobertura de salud patrocinada por la PEBA para usted y los miembros de su familia que reúnan los requisitos y tener únicamente la cobertura de Medicare.

Si se inscribe en una cobertura colectiva activa, debe notificarlo a la SSA, ya que Medicare pagará después o de forma secundaria a su cobertura colectiva activa. Puede seguir inscrito en la Parte B de Medicare y seguir pagando la prima, y Medicare será el pagador secundario. También puede retrasar o abandonar la Parte B de Medicare sin que se le aplique una sanción mientras tenga una cobertura colectiva activa. Póngase en contacto con la SSA para obtener más información.

Cuando deje de trabajar y finalice su cobertura colectiva activa, podrá volver a inscribirse en la cobertura colectiva de jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que deje el empleo activo. También debe notificar a la SSA que ya no está cubierto por un grupo activo para poder volver a inscribirse en la Parte B de Medicare si la abandonó anteriormente.

Si su nuevo puesto no le da derecho a beneficios, su cobertura colectiva de jubilados continúa y Medicare sigue siendo el pagador principal.

Cuándo finaliza la cobertura de su seguro de jubilación Su cobertura finalizará:

- Si no paga la prima requerida a su vencimiento.
- La fecha en que termina para todos los empleados y jubilados.
- El día después de su muerte.
- La fecha en que su empleador facultativo se retira de la participación.

La cobertura de los miembros de su familia terminará:

- La fecha de finalización de su cobertura.
- La fecha en la que ya no se ofrece cobertura para cónyuges o hijos.
- El último día del mes en que su cónyuge o hijo deje de tener derecho a la cobertura. Si la cobertura de su cónyuge o de sus hijos finaliza, pueden tener derecho a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA (consulte la página 25).

Si va a dar de baja a un cónyuge o a un hijo de su cobertura, debe cumplimentar un *Aviso de Elección de Jubilado* en el plazo de 31 días a partir de la fecha en que el cónyuge o el hijo deje de tener derecho a la cobertura.

Fallecimiento de un jubilado

Si un jubilado fallece, un familiar superviviente debe ponerse en contacto con PEBA para informar del fallecimiento y poner fin a la cobertura del seguro del jubilado. Si el fallecido se jubiló en un empleo en un empleador participante opcional o en una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, 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 miembro de la familia sobreviviente también debe ponerse en contacto con MetLife en el 800.638.6420 para iniciar una reclamación.

Supervivientes de un jubilado

Los cónyuges o hijos que están cubiertos como dependientes en el Plan de Salud Estatal, el Plan Dental Básico o el Plan de Visión Estatal se clasifican como supervivientes cuando un empleado o jubilado cubierto fallece. Los supervivientes de los jubilados financiados por un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior o un distrito escolar público pueden optar a una exención de las primas del seguro de enfermedad durante un año. Los supervivientes de un jubilado parcialmente financiado deberán pagar el 50 % de la

prima del empleador durante el periodo de exención de un año. Los supervivientes de los jubilados no financiados pueden seguir disfrutando de la cobertura; no obstante, deben pagar la totalidad de la prima.

Los empleadores facultativos participantes no están obligados a hacerlo, pero pueden renunciar a las primas de los supervivientes de los jubilados. Un superviviente puede continuar la cobertura con la tarifa completa mientras tenga derecho a ella. Si es usted un jubilado de un empleador facultativo o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, consulte a su administrador de beneficios para ver si se aplica la exención.

Para continuar con la cobertura, se debe rellenar un *Aviso de Elección de Superviviente* en el plazo de 31 días a partir de la fecha de 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 que estén inscritos los supervivientes.

Después del primer año, el superviviente que tenga derecho a la exención debe pagar la totalidad de la prima para continuar con la cobertura. Al final de la exención, la cobertura de salud puede cancelarse o continuar para todos los miembros de la familia cubiertos. Si se mantiene la cobertura, no se puede dar de baja a ningún miembro de la familia cubierto hasta un periodo anual de inscripción abierta o en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad.

Si usted y su cónyuge están cubiertos como suscriptores a través del empleo, o son jubilados financiados en el momento del fallecimiento, su cónyuge superviviente no tiene derecho a la exención de la prima.

No se renuncia a las primas de visión. Las primas dentales no suelen estar exentas; las primas dentales solo están exentas para los supervivientes de un empleado activo o jubilado que haya fallecido en acto de servicio después del 31 de diciembre de 2001, mientras trabajaba para un organismo estatal, una institución de enseñanza superior o un distrito escolar público. Sin embargo, los sobrevivientes, incluyendo los sobrevivientes de un suscriptor inscrito en el Plan Suplementario TRICARE, cobertura dental u oftalmológica, pueden continuar con la cobertura pagando la prima completa.

Como cónyuge superviviente, puede continuar con la cobertura hasta que vuelva a casarse. Si es un hijo, puede continuar con la cobertura hasta que deje de tener derecho a ella. Si ya no tiene derecho a la cobertura como superviviente, es posible que pueda continuar con la cobertura en virtud de COBRA. Si su cónyuge se ha jubilado de un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior, un distrito escolar público o una escuela subvencionada que participa tanto en el seguro

como en la jubilación, póngase en contacto con la PEBA para obtener más información. Si su cónyuge se ha jubilado de un empleador facultativo o de una escuela subvencionada que solo participa en el seguro, póngase en contacto con el administrador de beneficios de su antigua empleador.

El cónyuge o hijo superviviente de un militar retirado debe ponerse en contacto con Selman & Company para informarse sobre la cobertura de TRICARE.

Mientras un superviviente siga teniendo cobertura de seguro médico, dental o de visión, puede añadir la cobertura de salud y visión en la inscripción abierta o en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. Se puede añadir o cancelar la cobertura dental, pero solo durante un periodo de afiliación abierta en un año impar o en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad. **Si un superviviente tiene cobertura de salud, dental y oftalmológica, y abandona las tres, deja de tener derecho a la cobertura de superviviente y no puede volver a inscribirse, ni siquiera durante un periodo de inscripción abierta anual.**

Si el cónyuge superviviente pasa a ser empleado activo de un empleador participante, puede pasar a la cobertura activa. Cuando el cónyuge superviviente abandona el empleo activo, puede volver a la cobertura de superviviente en los 31 días siguientes a la fecha de finalización de su cobertura si no se ha vuelto a casar.

Hasta que cumpla los requisitos para acogerse a Medicare, su seguro médico paga las reclamaciones de la misma manera que lo hacía cuando era un empleado en activo. Para más información, consulte el capítulo sobre el seguro de enfermedad y el cuadro de la página 29.

Términos útiles

A continuación se definen algunos términos utilizados en la *Guía de beneficios del seguro*. Para más información, consulte las páginas indicadas o póngase en contacto con su administrador de beneficios.

Monto permitido

El monto máximo que el plan permite para un servicio, procedimiento o suministro cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas por el Plan como su tarifa total.

Representante autorizado

Una persona con la que un plan de salud tiene permiso para discutir la Información de Salud Protegida de una persona cubierta. Se puede nombrar a un representante autorizado rellendo un formulario de representante autorizado, que está disponible en el sitio web de PEBA en peba.sc.gov/forms.

Factura del saldo

La diferencia entre lo que paga un plan de salud por un servicio y lo que cobra realmente el proveedor. Los proveedores de la red del Plan de Salud Estatal no pueden facturar a los afiliados. Ver también diferencial fuera de la red.

Administrador de beneficios

Es un miembro del personal que trabaja en su empleador y le ayuda con la inscripción en el seguro, los cambios, la jubilación y las bajas. Los administradores de beneficios no son agentes de PEBA, y sus acciones no pueden obligar a PEBA.

Cambio de estatus

Un acontecimiento, como el matrimonio, el divorcio o el nacimiento de un hijo, que puede permitir un cambio en la Cuenta de Gastos Médicos o en la Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes. Para más información, consulte la página 19.

Coseguro

Porcentaje del costo de la asistencia de salud que paga el afiliado una vez que ha alcanzado su deducible. En el Plan de Salud Estatal, la tasa de coseguro 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 la infertilidad y los medicamentos para la fertilidad.

Máximo del coseguro

El monto del coseguro que un afiliado debe pagar cada año antes de dejar de pagar el coseguro.

Coordinación de los beneficios

Un sistema para determinar cómo se gestionan las reclamaciones cuando una persona está cubierta por más de un plan de seguros.

Para obtener información sobre cómo se coordinan las reclamaciones de salud, consulte la página 38. Para saber cómo se coordinan las reclamaciones dentales, consulte la página 80.

Copago

Un monto fijo que un suscriptor debe pagar por un medicamento o servicio. Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan copagos. Los afiliados al Plan Estándar pagan los copagos de los medicamentos recetados y los copagos de las visitas al consultorio, la atención de urgencia y los servicios de los centros ambulatorios. Para más información, consulte la página 35.

Revisión de la cobertura

Término general para los diferentes tipos de procesos que el Plan de Salud Estatal utiliza 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

Por lo general, la cantidad que un afiliado debe pagar anualmente por la atención de salud cubierta antes de que el plan comience a pagar una parte del costo de su atención. El deducible puede no aplicarse a todos los servicios.

Gestión de la cantidad de medicamentos. Tipo de revisión de la cobertura que utiliza el Plan de Salud Estatal para asegurarse de que las recetas se dispensan a los niveles que la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés) considera seguros.

Explicación de los beneficios (EOB)

Un informe creado cada vez que su plan de seguros procesa una reclamación. Una EOB le muestra:

- Cuánto cobró su proveedor por los servicios.
- Cuánto pagó el Plan.
- El monto del que será responsable, como el copago, el deducible y el coseguro.
- El monto total que puede deber al proveedor (no incluye ninguna cantidad que ya haya pagado).

Exclusión

Condición o circunstancia por la que un plan de seguro no pagará beneficios.

Formulario

Una lista de medicamentos preferidos de la red de gestores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), incluidos los genéricos y los medicamentos de marca. El Comité de Farmacia y Terapéutica del PBM, formado por médicos y farmacéuticos, revisa y compara continuamente los medicamentos del formulario de una red de farmacias. Como resultado, algunos medicamentos seguros y eficaces pasan

a ser “preferidos” y otros pueden convertirse en “no preferidos”. El formulario orienta el copago que usted paga por un medicamento recetado.

Seguro de vida entera individual

Una forma de seguro de vida permanente.

Declaración detallada

Una *Explicación de Beneficios*, factura o recibo de un proveedor de atención médica o de atención a dependientes que muestre el nombre y la dirección del proveedor, el nombre de la persona que recibe la atención, la descripción del servicio o suministro, la fecha en que se prestó el servicio (independientemente de cuándo se pagó) y el monto en dólares del servicio/suministro.

Afiliado

Una persona cubierta por un plan de salud, dental o de visión.

Formulario nacional preferido

El formulario, o lista de medicamentos preferidos, utilizado por Express Scripts, el gestor de beneficios de farmacia del Plan de Salud Estatal. Los medicamentos preferidos son los que se han determinado como seguros y eficaces, pero pueden costar menos que las alternativas.

Tarifa negociada

El monto máximo que puede pagar a un proveedor de la red por un servicio cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas por el Plan como su tarifa total. La tarifa negociada es la misma que el monto permitido.

Red

Grupo de proveedores, instalaciones o suministradores contratados para prestar atención a las personas cubiertas por un plan de salud, dental o de visión.

Empleador facultativo

Cualquier grupo participante que no sea un organismo estatal, una institución pública de enseñanza superior o un distrito escolar público. De acuerdo con la Sección 1-11-720 del Código de Leyes, la participación opcional en el programa de beneficios del seguro del estado está disponible para las subdivisiones políticas del estado de Carolina del Sur, como los condados, los municipios y los distritos con fines especiales, así como las agencias gubernamentales o las instrumentalidades de dichas subdivisiones políticas.

Diferencial fuera de la red

Un afiliado al Plan de Salud Estatal paga un coseguro del 40 %, en lugar del 20 %, cuando recurre a un proveedor que no está en la red. Para más información, consulte la página 41.

Servicios del centro ambulatorio

Servicios prestados en un hospital para pacientes que no pernoctan o servicios prestados en un centro médico independiente.

Política de pago por diferencia

Si un afiliado compra un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, se le cobrará el copago del genérico más la diferencia entre los montos permitidos para el medicamento genérico y el de marca. Solo el copago del medicamento genérico se aplicará a su máximo de copago de medicamentos recetados. Para más información y gráficos que ilustran la política, consulte las páginas 69-70.

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

Plan de Beneficios

Documento que establece los requisitos de elegibilidad y los beneficios ofrecidos a las personas cubiertas por el Plan de Salud Estatal.

Autorización previa

Exigir una autorización previa es requerir que un afiliado obtenga el permiso del plan antes de recibir un determinado servicio, suministro o equipo. Por ejemplo, Medi-Call autoriza previamente algunos servicios para los afiliados al Plan de Salud Estatal. El término autorización previa también se utiliza en el programa de beneficios farmacéuticas del Plan Estatal de Salud y en determinados medicamentos especializados cubiertos por el programa de beneficios médicos. En estos casos, una autorización previa es un tipo de revisión de la cobertura que puede ser necesaria cuando se prescribe un medicamento para el que existe una alternativa eficaz y segura de menor costo.

Prima

El monto que una persona cubierta paga por la cobertura del seguro.

Evento clasificatorio

Un cambio en la vida de una persona, como la reducción de las horas de trabajo, la pérdida del empleo o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura del seguro, que hace que él o sus dependientes sean elegibles para inscribirse en la cobertura continua proporcionada por COBRA.

Situación especiales de elegibilidad

Un acontecimiento que permite a un empleado, jubilado, superviviente o suscriptor de COBRA que reúna los requisitos necesarios inscribirse o abandonar la cobertura para sí mismo y para los miembros de su familia que reúnan los requisitos necesarios fuera de un periodo de inscripción abierta. El cambio de cobertura debe efectuarse en los 31 días siguientes al suceso.

Terapia escalonada

Un tipo de revisión de la cobertura que el Plan de Salud Estatal utiliza para fomentar el uso de medicamentos recetados de bajo costo de igual eficacia y seguridad antes de probar alternativas más caras.

Subrogación

Una reclamación se subroga cuando otra persona es responsable de la lesión de un afiliado. En la medida prevista por la legislación de Carolina del Sur, los planes de salud ofrecidos a través de PEBA tienen derecho a recuperar el pago completo de los beneficios proporcionados a una persona cubierta en virtud de los términos del plan cuando la lesión o enfermedad se produce por acción u omisión de otra persona, empresa, corporación u organización. Si una persona cubierta recibe el pago de dichos gastos médicos de otra persona que haya causado la lesión o enfermedad, la persona cubierta se compromete a reembolsar al plan la totalidad de los gastos médicos pagados por el plan.

Suscriptor

Un individuo, como un empleado o un jubilado, que está cubierto por un plan de seguro. Dado que el individuo es elegible y está cubierto, los miembros de su familia también pueden ser elegibles para inscribirse en el plan.

Seguro de vida a plazo

Cobertura de seguro de vida que se ofrece durante un periodo de tiempo determinado. No tiene valor en efectivo. Todos los seguros de vida ofrecidos a través de PEBA son de vida a plazo.

Procesador de reclamaciones de terceros (procesador de reclamaciones)

Una empresa, como BlueCross BlueShield de Carolina del Sur, que tiene un contrato con PEBA para tramitar las reclamaciones de los afiliados.

Proveedor

Una empresa contratada por PEBA.

Información de contacto

S.C. PEBA

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223

8:30 a. m. - 5 p. m., de lunes a viernes

- Centro de atención al cliente:
803.737.6800 o 888.260.9430
- Facturación de los jubilados: 803.734.1696
- peba.sc.gov

Proveedores de seguros del 2023

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

**Plan de Salud Estatal. Plan Estándar, Plan de Ahorro,
Plan Complementario 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 para Acompañantes (Salud del comportamiento)

P.O. Box 100185, AX-315 | Columbia, SC 29202

- Servicio al cliente: 803.736.1576 o 800.868.2520
- Precertificación: 800.868.1032
- Gestión de casos/asesoramiento en salud del comportamiento: 800.868.1032, ext. 25835
- Cesación del tabaquismo: 866.784.8454
- www.CompanionBenefitAlternatives.com

Asesoramiento de salud

- 855.838.5897
- Fax: 803.264.4204

National Imaging Associates (autorización previa de radiología avanzada)

- 866.500.7664
- www.RadMD.com

Dental Plus, Dental Básico

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

Selman & Company

Plan complementario GEA TRICARE

P.O. Box 29151 | Hot Springs, AR 71903

- Servicio al cliente: 866.637.9911, opción 1
- Inscripción: 800.638.2610, opción 1
- info.selmanco.com/

Express Scripts

Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal: Express

Scripts Medicare

- Reclamaciones: Express Scripts
Attn: Commercial Claims P.O.
Box 14711 Lexington, KY
40512-4711
- Afiliados a Medicare:
Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P. O. 14718
Lexington, KY 40512-4718
- Servicio al cliente del programa de medicamentos con receta: 855.612.3128
- Express Scripts Medicare: 855.612.3128
- www.Express-Scripts.com

EyeMed

Plan de Visión Estatal (No. de grupo: 9925991)

- Reclamaciones:
EyeMed
Vision Care OON Claims
P. O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111
- Centro de atención al cliente: 877.735.9314
- www.eyemedvisioncare.com/pebaoe

MetLife

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 para jubilados: 888.507.3767
- Conversión: 877.275.6387
- Fax de conversión: 866.545.7517
- www.metlife.com/scpeba

Standard Insurance Company

Discapacidad de larga duración (No. de grupo: 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/scpeba

ASIFlex

MoneyPlus

P.O. Box 6044 | Columbia, MO 65205-6044

- Servicio al cliente:
833.SCM.PLUS (833.726.7587)
asi@asiflex.com
- www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus

HSA Central

Cuentas de Ahorros para la Salud

- Servicios al consumidor: 833.571.0503
- schsa.centralbank.net

Otros contactos útiles

Medicare

- 800.633.4227
- TTY: 877.486.2048
- www.medicare.gov

Administración del Seguro Social

- 800.772.1213
- TTY: 800.325.0778
- www.socialsecurity.gov

Esta página no tiene contenido.



PEBASM
SC Retirement Systems
and State Health Plan

Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur

Al servicio de los que sirven a Carolina del Sur

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223

803.737.6800 | 888.260.9430

peba.sc.gov



SCPEBA 092022 | Vence 12312023
Clasificación de los datos: información pública

Este documento no constituye una representación exhaustiva o vinculante en relación con los beneficios de los empleados ofrecidos por PEBA. Los términos y condiciones de los planes de seguro ofrecidos por PEBA se establecen en los documentos del plan correspondiente y están sujetos a cambios. El idioma de este folleto no crea ningún derecho contractual para ninguna persona. La PEBA cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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