



Resumen del Seguro

2023

Qué hay dentro

Bienvenido.....	3
Inscripción abierta.....	3
Opciones de planes de salud.....	4
Opciones de planes dentales	6
Cobertura de visión.....	8
Cobertura del seguro de vida.....	9
Cobertura de discapacidad a largo plazo	10
Elecciones de MoneyPlus.....	11
Hoja de trabajo de MoneyPlus.....	13
Cuenta de Ahorros para la Salud	14
Tarjetas de identificación de afiliados.....	15
Sus beneficios en cualquier lugar	16
My Health Toolkit	17
Explicación de los beneficios.....	18
Recursos para una vida mejor.....	19
Obtenga la atención que necesita.....	20
Visitas de cuidado preventivo control para adultos.....	21
Ventajas de la PEBA.....	22
Mensajes de los afiliados.....	23
Autorización previa	24
Términos útiles.....	25
Planifique su cobertura de seguro para 2023	26
Avisos	26
Asistencia lingüística	27

Proveedores de seguros del 2023



South Carolina



Companion
BENEFIT ALTERNATIVES



EXPRESS SCRIPTS®



MetLife



HSA Central

Bienvenido

Hay determinados momentos a lo largo del año en los que se puede inscribir en un seguro o realizar cambios en su cobertura. Revise este resumen para planificar la cobertura médica de 2023 y los beneficios adicionales que más le convienen a usted y a su familia.

Elegibilidad

Los empleados elegibles generalmente son aquellos que:

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

Por lo general, un empleado debe trabajar al menos un promedio de 30 horas semanales para ser considerado empleado a tiempo completo y poder participar en el programa de seguros.



La inscripción abierta es del 1 al 31 de octubre de 2022. Durante la inscripción abierta, los empleados que reúnen los requisitos pueden cambiar su cobertura para el año siguiente. Revise su cobertura actual en MyBenefits (mybenefits.sc.gov). Si está satisfecho con sus elecciones actuales, lo único que tiene que hacer es volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles MoneyPlus. Todos los cambios de la inscripción abierta entran en vigor el 1 de enero de 2023.

Siga estos pasos para informarse sobre la inscripción abierta y realizar cambios:

Paso 1 Visite la página web de inscripción abierta, peba.sc.gov/oe, para informarse de los cambios que puede realizar.

Paso 2 Descargue su hoja de trabajo de inscripción abierta en peba.sc.gov/oe para planificar su cobertura para 2023.

Paso 3 Inicie sesión en MyBenefits (mybenefits.sc.gov) para revisar su cobertura y hacer cambios durante la inscripción abierta si es necesario.

Nuevos contratados

Su empleador 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. Si desea más información sobre el proceso de inscripción, consulte el folleto [Guía de inscripción al seguro para nuevos contratados](https://peba.sc.gov/sites/default/files/new_hire_enrollment_ins.pdf) https://peba.sc.gov/sites/default/files/new_hire_enrollment_ins.pdf.

A partir de la fecha en que cumpla los requisitos, dispone de 31 días para inscribirse en su seguro médico y en otros beneficios de seguro disponibles.

Sus opciones de planes de salud

Sus necesidades de seguro son tan únicas como usted. Puede que cumpla con su deducible cada año, o tal vez no recuerde la última vez que vio a un médico. Sea cual sea su situación, el Plan de Salud Estatal le ofrece dos opciones para cubrir sus gastos: el Plan Estándar o el Plan de Ahorro .

El Plan Estándar tiene primas más altas y deducibles más bajos. El Plan de Ahorro tiene primas más bajas y deducibles más altos. Compare los dos planes en la página 5.

El Plan Suplementario TRICARE proporciona una cobertura secundaria a los afiliados de la comunidad militar de TRICARE que no son elegibles para Medicare. Para los empleados que reúnen los requisitos, ofrece una alternativa al Plan de Salud Estatal. Obtenga más información sobre los planes en peba.sc.gov/health.

Primas mensuales del 2023

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

	Plan estándar	Plan de ahorro	Suplemento TRICARE
Empleado	\$97.68	\$9.70	\$62.50
Empleado/cónyuge	\$253.36	\$77.40	\$121.50
Empleado/hijos	\$143.86	\$20.48	\$121.50
Familia completa	\$306.56	\$113.00	\$162.50

¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención médica?

Incluya esta cantidad en la hoja de cálculo de la página 13 para determinar la cantidad que debe aportar a su Cuenta de Gastos Médicos (MSA, por sus siglas en inglés).

Cantidad: \$

Prima por consumo de tabaco

Si está suscrito al Plan de Salud Estatal con cobertura individual y consume tabaco o cigarrillos electrónicos, pagará una prima mensual adicional de \$40. Si tiene cobertura de empleado/cónyuge, empleado/hijos o familia completa, y usted o cualquier persona a la que cubra utiliza tabaco o cigarrillos electrónicos, la prima mensual adicional será de \$60. La prima es automática para todos los suscriptores del Plan de Salud Estatal, a menos que el suscriptor certifique que ninguna de las personas a las que cubre consume tabaco o cigarrillos electrónicos o que las personas cubiertas que consumen tabaco o cigarrillos electrónicos hayan completado el programa para dejar de fumar Quit for Life®. La prima por consumo de tabaco no se aplica a los suscriptores del Plan Suplementario TRICARE.

Comparación de planes de salud

	Plan estándar	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. ¹
Coseguro ² El máximo excluye copagos y deducible	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia.	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia.
Visita al consultorio médico ³	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 ^{4,5}	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 ⁶	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.
Medicamentos con receta ^{7,8} 30- 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

¹Si 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.

²Fuera de la red, pagará un coseguro del 40% y el máximo de su coseguro es diferente. Un proveedor fuera de la red puede facturarle una cantidad superior a la permitida por el Plan de Salud Estatal. Obtenga más información sobre los beneficios fuera de la red en peba.sc.gov/health.

³El 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. Los afiliados al 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.

⁴El 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.

⁵El copago de \$193 por atención de urgencia queda exento si es ingresado.

⁶La hospitalización requiere una autorización previa para que el Plan de Salud Estatal le proporcione cobertura. No solicitar la autorización previa puede suponer una sanción de \$515.

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

⁸Con 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.

Sus opciones de plan dental

Los nuevos contratados tienen dos opciones de cobertura dental. 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 cambios en la cobertura dental existente solo se pueden hacer durante la inscripción abierta en los años impares. Obtenga más información sobre los planes en peba.sc.gov/dental.

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.

Dental

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.

Primas mensuales del 2023

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

	Dental Plus	Dental Básico
Empleado	\$26.60	\$0.00
Empleado/cónyuge	\$61.42	\$7.64
Empleado/hijos	\$75.76	\$13.72
Familia completa	\$101.94	\$21.34

¿Cuánto gastará de su bolsillo en cuidado dental?

Incluya esta cantidad en la hoja de cálculo de la página 13 para determinar la cantidad que debe aportar a su Cuenta de Gastos Médicos (MSA).

Cantidad: \$

Comparación de planes dentales

	Dental Plus	Dental Básico
Diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, radiografías	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.

Ejemplo de revisión rutinaria

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.

Su cobertura oftalmológica

Una buena visión es crucial para trabajar y divertirse. También es una parte importante de su salud. Un examen de vista anual puede ayudar a detectar enfermedades graves. Puede hacerse un examen una vez al año y conseguir monturas/lentes o lentes de contacto. Obtenga más información sobre su cobertura oftalmológica en peba.sc.gov/vision.

Primas mensuales del 2023

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

Plan de Visión Estatal

Empleado	\$5.94
Empleado/cónyuge	\$11.88
Empleado/hijos	\$12.76
Familia completa	\$18.70

¿Cuánto gastará de su bolsillo en cuidado de la vista?

Incluya esta cantidad en la hoja de cálculo de la página 13 para determinar la cantidad que debe aportar a su Cuenta de Gastos Médicos (MSA).

Cantidad: \$

Plan de Visión Estatal de un vistazo

	Dentro de la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Examen integral con dilatación si es necesario	Un copago de \$10 .	Hasta \$35.
Imágenes de la retina	Hasta \$39 .	No hay reembolso.
Montura	Un copago de \$0 y el 80 % del saldo que supere los \$150 de subsidio.	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar	Un copago de \$10 .	Hasta \$55.
Lentes progresivos estándar	Un copago de \$35 .	Hasta \$55.
Lentes progresivos de alta calidad	\$35-\$80 para los niveles 1-3. Para el nivel 4, usted paga copago y 80 % del costo menos \$120 de subsidio.	Hasta \$55.
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto estándar	Un copago de \$0 .	Hasta \$40.
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto de alta calidad	Un copago de \$0 y recibe un 10% de descuento sobre el precio de venta al público menos \$40 de subsidio.	Hasta \$40.
Lentes de contacto convencionales	Un copago de \$0 y el 85% del saldo que supere los \$130 de subsidio.	Hasta \$104.
Lentes de contacto desechables	Un copago de \$0 y el saldo que supere los \$130 de subsidio.	Hasta \$104.

Su cobertura de seguro de vida

Si se inscribe en el seguro de salud, queda automáticamente inscrito en el seguro Vida Básico sin costo alguno. Esta póliza ofrece una cobertura de \$3,000.¹ También obtendrá una cantidad equivalente de seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés). Puede elegir más cobertura para usted, su cónyuge y/o sus hijos. Obtenga más información sobre sus opciones de seguro de vida y servicios de valor agregado en peba.sc.gov/life-insurance.

Primas mensuales del 2023

Vida Opcional y Vida Dependiente-Cónyuge

Las primas se determinan en función de su edad o la de su cónyuge al 31 de diciembre anterior y del monto de la cobertura. Las tarifas indicadas son por cada \$10,000 de cobertura. No olvide revisar su prima, aunque no cambie sus niveles de cobertura. Su prima mensual cambiará cuando cambie su grupo de edad.

Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
Menos de 35 años	\$0.40	50-54	\$1.44	70-74	\$24.22
35-39	\$0.50	55-59	\$2.84	75-79	\$37.50
40-44	\$0.60	60-64	\$6.00	80 años o más	\$62.04
45-49	\$0.82	65-69	\$13.50		

Vida Dependiente-Hijo

\$1.26 al mes; solo se paga una prima por todos los hijos con derecho a ella.

El seguro de vida de un vistazo

	Nivel de cobertura	Detalles de la cobertura
Vida opcional con AD&D	Elija en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000.	<ul style="list-style-type: none">Cobertura garantizada en un plazo de 31 días a partir de la fecha de inicio de la afiliación, si es inferior a tres veces los ingresos anuales o \$500,000.Incluye el monto equivalente del seguro AD&D.La cobertura se reduce al 65% a los 70 años, al 42% a los 75 y al 31.7% a partir de los 80 años.
Vida Dependiente-Cónyuge con AD&D	Elija en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000 o el 50% de su monto de Vida Opcional, lo que sea menor.	<ul style="list-style-type: none">Si no está inscrito en el seguro Vida Opcional, puede disponer de coberturas para el cónyuge de \$10,000 o \$20,000.\$20,000 de cobertura garantizada en los 31 días siguientes a la fecha de inicio de la cobertura.Incluye el monto equivalente del seguro AD&D.
Vida Dependiente-Hijo	\$15,000 por hijo .	<ul style="list-style-type: none">Cobertura garantizada.Los hijos tienen derecho a la ayuda desde su nacimiento hasta los 19 o 25 años si son estudiantes a tiempo completo.El hijo solo puede estar cubierto por uno de los padres en este Plan.

¹Se reduce a \$1,500 para los empleados de 70 años o más.

Su cobertura de discapacidad a largo plazo

Si se inscribe en el seguro de salud, queda automáticamente inscrito en el seguro de Discapacidad a Largo Plazo Básico sin costo alguno. El beneficio máximo es de \$800 al mes. Puede elegir más cobertura para una mayor protección. Obtenga más información sobre la cobertura por incapacidad a largo plazo en peba.sc.gov/long-term-disability.

Factores de la prima mensual de 2023

Multiplique el factor de la prima correspondiente a su edad y al plan elegido por sus ingresos mensuales para determinar su prima mensual.

Edad antes del 1 de enero	90 días Período de espera	180 días Período de espera
Menos de 31 años	0.00068	0.00053
31-40	0.00094	0.00073
41-50	0.00185	0.00141
51-60	0.00374	0.00287
61-65	0.00449	0.00344
66 años o más	0.00549	0.00422

El SLTD de un vistazo

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

- Tarifas competitivas para grupos;
- Beneficios de supervivencia para los dependientes elegibles;
- Cobertura por lesión, enfermedad física, trastorno mental o embarazo;
- Incentivo para la vuelta al trabajo;
- Seguro de conversión SLTD;
- Ajuste del costo de la vida; y
- Beneficio de seguridad de por vida.

Beneficio	
Periodo de espera del beneficio	90 o 180 días
Beneficio mensual SLTD ¹	Hasta el 65% de sus ingresos por predisposición, reducidos por sus ingresos deducibles
Beneficio mínimo	\$100 por mes
Beneficio máximo	\$8,000 por mes

¹Los beneficios por Discapacidad a Largo Plazo Básico y por Discapacidad a Largo Plazo Complementaria están sujetas al impuesto sobre la renta federal y estatal. Consulte a su contable o asesor fiscal sobre su responsabilidad fiscal.

Sus elecciones de MoneyPlus

¿Está dejando dinero sobre la mesa? MoneyPlus es un programa de cuentas con ventajas fiscales que le permite ahorrar dinero en los gastos médicos y de atención a las personas dependientes que cumplan los requisitos. Las cuentas se financian con el dinero que se deduce antes de los impuestos de la nómina. Obtenga más información sobre sus opciones de MoneyPlus en peba.sc.gov/moneyplus.¹

Cuenta de Gastos Médicos

Su Plan Estándar funciona muy bien con una Cuenta de Gastos Médicos (MSA). Utilice su MSA para pagar los gastos médicos admisibles, incluidos los copagos y coseguros. A medida que tenga gastos admisibles, podrá utilizar una tarjeta de débito para su cuenta o presentar solicitudes de reembolso. Puede traspaso a 2024 hasta \$610 en fondos no utilizados de su cuenta. Usted pierde los fondos de más de \$610 que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado

Si tiene una Cuenta de Ahorro para la Salud (consulte la página 14), también puede utilizar una Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado para pagar los gastos que no cubre el Plan de Ahorro, como los cuidados dentales y de la vista. Puede traspasar al 2024 hasta \$610 en fondos no utilizados de su cuenta. Perderá los fondos superiores a \$610 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

Prima Antes de Impuestos

Esta característica le permite pagar las primas de seguro antes de impuestos para la salud (incluida la prima por consumo de tabaco), la visión, el cuidado dental y hasta \$50,000 dólares de cobertura de Vida Opcional. No es necesario volver a inscribirse cada año.

Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes

Puede utilizar una Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes (DCSA, por sus siglas en inglés) para pagar los gastos de guardería de niños y adultos. No se puede utilizar para pagar la atención médica de los dependientes. Usted presenta solicitudes de reembolso a medida que tiene gastos elegibles. Los fondos se pueden utilizar para los gastos realizados entre el 1 de enero de 2023 y el 15 de marzo de 2024. Usted pierde los fondos que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

¹Las contribuciones realizadas antes de impuestos reducen su ingreso devengado imponible. 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.

Características de la cuenta

	Plan	Fondos disponibles	Gastos médicos	Gastos odontológicos y oftalmológicos	Gastos de guardería	El saldo se pasa de un año a otro	Volver a inscribirse cada año
MSA	Estándar	1 de enero	✓	✓		Hasta \$610	✓
MSA de uso limitado	✓	Ahorros		1 de enero		✓	Hasta \$610
DCSA	N/A	Según lo depositado			✓		✓

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

Fechas límite de reembolso del 2023

Cuenta	Período de gracia	Fecha límite
Cuenta de Gastos Médicos	Ninguno	31 de marzo de 2024
Cuenta de gastos de uso médico limitado	Ninguno	31 de marzo de 2024
Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	15 de marzo de 2024	31 de marzo de 2024

Límites de contribución del 2023

Cuenta	Límite
Cuenta de Gastos Médicos	\$3,050
Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado	\$3,050
Cuenta de gastos para el cuidado de personas dependientes ²	\$2,500 (casado, declarando por separado) \$5,000 (soltero, cabeza de familia) \$5,000 (casado, con declaración conjunta)

²El límite de cotización para los empleados altamente remunerados es de \$1,600.

Hoja de trabajo de MoneyPlus

Utilice la hoja de cálculo que figura a continuación para calcular la cantidad que puede aportar a una MSA o una DCSA. Asegúrese de incluir en la hoja de cálculo los montos que anotó en las páginas 4, 6 y 8. Sea conservador en su planificación. Recuerde que los fondos no reclamados no se le pueden devolver. Sin embargo, puede traspasar hasta \$610 de fondos de la MSA no utilizados al año del plan 2024. No se pueden traspasar los fondos de la DCSA y no se pueden transferir fondos entre cuentas de gastos flexibles. Consulte la página 12 para conocer los límites de contribución anual.

Cuenta de Gastos Médicos

Calcule los gastos médicos de su bolsillo para el año del plan.

Gastos médicos	
Deducción del seguro médico	\$
Copagos y coseguros	\$
Medicamentos con receta	\$
Atención dental	\$
Cuidado de la visión	\$
Gastos de viaje para la atención médica	\$
Otros gastos elegibles	\$
Contribución anual	\$ 0.00

Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes

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

Gastos de guardería	
Servicios de guardería	\$
Servicios de atención domiciliaria/au pair	\$
Guardería/preescolar	\$
Atención extraescolar	\$
Campamentos de verano	\$
Gastos de cuidado de ancianos	
Servicios del centro de guardería	\$
Servicios de atención a domicilio	\$
Contribución anual	\$ 0.00

Su Cuenta de Ahorros para la Salud

Los afiliados del Plan de Ahorro de Salud Estatal pueden contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud, o HSA (por sus siglas en inglés). Una HSA le ayuda a sacar el máximo partido a su plan de salud reduciendo sus impuestos mientras ahorra para futuros gastos médicos. Obtenga más información sobre las HSA en peba.sc.gov/hsa.

Beneficios de una HSA

Una HSA es esencial para ayudarle a prepararse para sus gastos de salud.

- **Traspasar todos los fondos de un año a otro.** No tiene que gastar los fondos en el año en que los deposita.
- **Mantenga su cuenta.** El dinero de su cuenta le pertenece. Si deja su trabajo o se jubila, puede llevarse la cuenta y seguir utilizándola para los gastos cualificados.
- **No hay límite para el ahorro.** Aunque hay un límite de contribución anual, no hay límite en cuanto a la cantidad que puede acumular en su cuenta.
- **Invierta sus ahorros.** Puede invertir sus fondos una vez que el saldo de su cuenta alcance los \$1,000 para obtener rendimientos de la inversión libres de impuestos.
- **Realice los pagos en línea.** Utilice la función de Pago de facturas en línea para pagar sus facturas médicas o reembolsarse a sí mismo.
- **Pague con su tarjeta de débito los artículos médicos que cumplan los requisitos.** Utilice su tarjeta de débito de HSA para realizar transacciones en tiendas, en línea o en su médico.

Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado

Si tiene una HSA, puede inscribirse en una Cuenta de Gastos Médicos de uso limitado para pagar los gastos de atención dental y de la vista. Esto le permite ahorrar los fondos de su HSA para futuros gastos médicos. Más información en la página 11.

Límites de contribución del 2023

Su nivel de cobertura médica determina su límite de cotización.

Nivel de cobertura	Límite
Solo para usted	\$3,850
Familia	\$7,750

Recuperación para los afiliados de 55 años o más \$1,000

Limitaciones de la HSA

- No puede estar cubierto por ningún otro plan de salud que no sea un plan de salud con deducible elevado, incluidos Medicare o TRICARE.
- Nadie más puede declararle como dependiente en su declaración de impuestos.
- No puede utilizar los fondos de su HSA para pagar las primas.
- No ha recibido beneficios de la Administración de Veteranos (VA) en los últimos tres meses.

Tarifas mensuales de HSA Central del 2023

Tipo	Tarifa
Tarifa administrativa	\$0.50
Estados de cuenta en papel	\$3.00

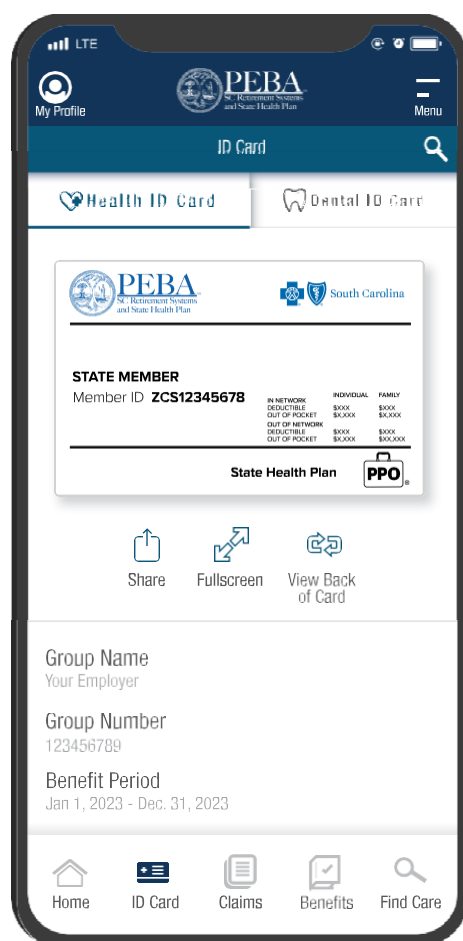
Cómo

Para contribuir con dinero antes de impuestos a través de la deducción de la nómina, debe inscribirse en una HSA a través de [MyBenefits](#). HSA Central creará automáticamente la cuenta bancaria basándose en la información de inscripción de PEBA. Recibirá un correo electrónico de bienvenida de HSA Central con instrucciones sobre cómo abrir completamente la cuenta una vez que esté configurada.

Con las tarjetas de afiliación, está cubierto

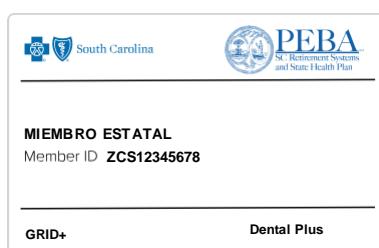
Recibe tarjetas de seguro para los beneficios de salud, de recetas, dentales y oftalmológicos. También puede acceder a sus tarjetas de identificación digital desde las aplicaciones BlueCross, Express Scripts y EyeMed. En las tarjetas solo aparecerá el nombre del suscriptor, pero todos los miembros de la familia cubiertos pueden utilizarlas.

¿Le falta una de sus tarjetas de seguro? Cualquiera de ellas puede ser reemplazada utilizando los contactos que aparecen a continuación, y necesitará su Número de Identificación de Beneficios (BIN, por sus siglas en inglés). Si no conoce su BIN, visite mybenefits.sc.gov y seleccione "Get My BIN" en la esquina inferior derecha.



Plan de Salud Estatal

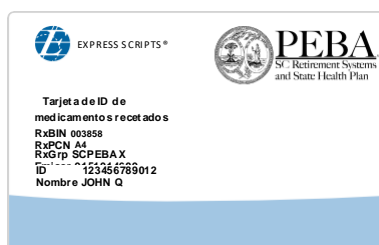
Para obtener ayuda para acceder a su tarjeta o reemplazarla, llame a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur al **800.868.2520** o inicie sesión en [My Health Toolkit®](http://MyHealthToolkit.com).



Dental Plus

Si necesita ayuda para acceder a su tarjeta o para reemplazarla, llame a BlueCross al **888.214.6230** o inicie sesión en [My Health Toolkit](http://MyHealthToolkit.com).

Si necesita una tarjeta de Dental Básico, póngase en contacto con su administrador de beneficios.



Medicamento con receta

Para obtener ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a Express Scripts al **855.612.3128** o visite www.Express-Scripts.com.



Cuidado de la visión

Para obtener ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a EyeMed al **877.735.9314** o visite www.EyeMed.com.

Sus beneficios en cualquier lugar

¿Sabía que su teléfono puede ser su recurso para acceder a la información sobre los beneficios de su seguro? Las aplicaciones móviles están disponibles para sus beneficios de salud, dentales, de prescripción y de visión, así como para sus cuentas de gastos flexibles MoneyPlus y su Cuenta de Ahorros para la Salud.



Buscar My Health Toolkit

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

Beneficio de salud y dentales

- Conozca sobre su cobertura.
- Encuentre un proveedor.
- Compruebe el estado de las reclamaciones.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



Buscar Express Scripts

Express Scripts

Beneficios de las recetas

- Compruebe si un medicamento requiere autorización previa y compare los precios de los medicamentos.
- Encuentre una farmacia de la red.
- Rellene y renueve recetas por correo.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



Buscar miembros de EyeMed

EyeMed

Beneficios de visión

- Conozca sobre su cobertura.
- Busque proveedores de la red.
- Establezca recordatorios de examen de la vista y cambio de lentes de contacto.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



Buscar el autoservicio de ASIFlex

ASIFlex

Cuentas de gastos flexibles

- Presente y vea el estado de una reclamación.
- Presente la documentación.
- Vea los detalles de la cuenta.
- Lea los mensajes seguros de la cuenta.



Buscar HSA Central

HSA Central

Cuentas de Ahorros para la Salud

- Haga transacciones de HSA y vea la actividad de la cuenta.
- Vea y gestione sus contribuciones.
- Saque fotos de sus recibos con fines fiscales.
- Escanee los artículos para ver si son gastos médicos elegibles.

Gestione sus beneficios de salud y farmacia con My Health Toolkit

Cuando usted es afiliado del Plan de Salud Estatal, tiene un lugar conveniente para gestionar sus beneficios de salud y farmacia. My Health Toolkit es su destino único.

Utilizar la aplicación My Health Toolkit es fácil

Conozca más sobre su cobertura.

Consulte su cobertura médica, el deducible y el gasto de bolsillo.

Compruebe las reclamaciones médicas.

Vea el estado de una reclamación médica actual o anterior, la fecha del servicio, el monto cobrado por su proveedor y la cantidad que puede deber.

Compruebe las reclamaciones dentales.

Consulte su cobertura dental, el deducible y el gasto de su bolsillo en cuidados dentales.

Ver o reemplace su tarjeta de identificación.

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

Gestione sus recetas.

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

Encuentre un proveedor.

Utilice el enlace de **Buscar tratamiento** para ver una lista de médicos y centros médicos o dentistas de la red en su zona. Filtre su búsqueda y compare los resultados uno al lado del otro. Incluso puede ver las opiniones de otros afiliados sobre un proveedor determinado.

Empiece hoy mismo

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

1. Busque **My Health Toolkit** en su tienda de aplicaciones.
2. En la aplicación, seleccione **Sign Up (Registrarse)**.
O bien, visite www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione **Create An Account (Crear una cuenta)**.
3. Introduzca su número de identificación de afiliado en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal y su fecha de nacimiento.
4. Elija un nombre de usuario y una contraseña.
5. Introduzca su dirección de correo electrónico y elija la opción electrónica.

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

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

Coordinación de los beneficios

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. Para garantizar el pago correcto de los beneficios, los afiliados deben rellenar cada año el cuestionario de coordinación de beneficios.

BlueCross no procesará ni pagará las reclamaciones hasta que reciba su información. Acceda a su cuenta de My Health Toolkit para actualizar esta información.

No pague más de lo que debe

Sea un consumidor inteligente de servicios de salud. Consulte la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) después de recibir los servicios y compare la factura del proveedor con el monto que figura en la EOB.

¿Qué es una EOB?

Se trata de un informe que se crea cada vez que los planes de salud y dentales tramitan 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 cualquier monto que ya haya pagado).

1

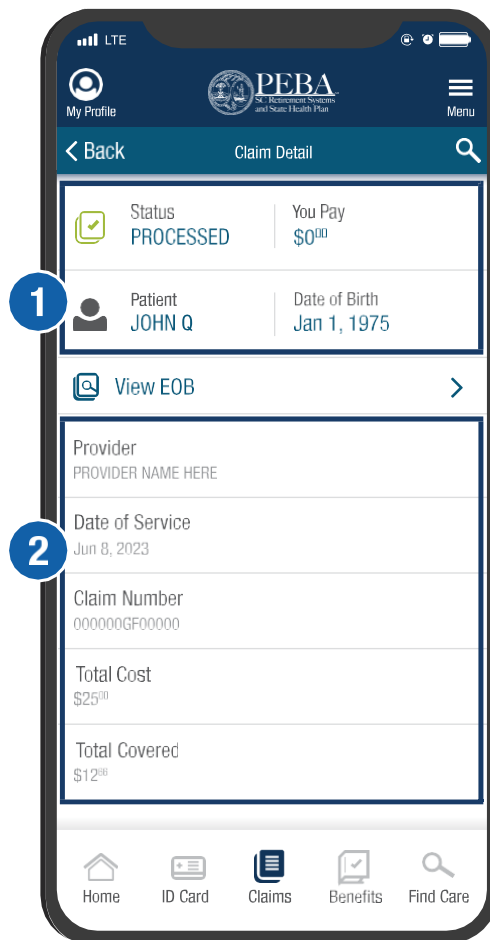
Información resumida

Se trata de una vista del estado de su reclamación y del monto que puede deber o que ya ha pagado a los proveedores.

2

Información detallada

Aquí verá el nombre del proveedor, la fecha del servicio y el número de reclamación. También encontrará el cargo total de la reclamación del proveedor y la cantidad cubierta por el Plan.



¡Sea ecológico!

¡Vea sus EOB en la aplicación My Health Toolkit! Además, puedes elegir las notificaciones electrónicas, y le enviaremos un correo electrónico cada vez que una nueva EOB esté lista para ser vista.

1. Acceda a su cuenta a través de la aplicación móvil.
2. Seleccione el enlace **My Profile (Mi perfil)** en el menú.
3. Seleccione **Contact Preferences (Preferencias de contacto)**.
4. Establezca sus preferencias de correo electrónico, mensaje de texto o ambos.

Recursos para una vida mejor

¿Está listo para ponerse en marcha con su salud pero no sabe por dónde empezar? El Plan de Salud Estatal le ofrece diversos recursos, la mayoría de ellos gratuitos.

Salud del comportamiento Blue CareOnDemand

- Converse por video con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra autorizado desde la comodidad de su casa. La ayuda no tiene por qué terminar después de la primera consulta. Las visitas de seguimiento pueden continuar durante el tiempo que sea necesario. Las citas están disponibles en el momento y con la frecuencia que le convenga. Usted paga un copago de \$15¹, más la cantidad restante permitida hasta que alcance su deducible. Visite www.BlueCareOnDemandSC.com o descargue la aplicación gratuita hoy mismo.

Gestión de cuidados

- Ya sea porque se siente cómodo manejando su estado o porque no sabe por dónde empezar, un gestor de cuidados le ofrece estabilidad, perspicacia y tranquilidad. Visite www.MyHealthPlanner.com e introduzca el código de acceso SCVISIT para empezar a acceder a los recursos hoy mismo. Un miembro de nuestro equipo también se pondrá en contacto con usted por teléfono para identificar cualquier recurso adicional que pueda resultar útil. También puede llamar al 855.838.5897 y seleccionar la opción 2.

Meru Health

- Meru ofrece un programa de tratamiento de 12 semanas sin costo alguno para reducir la ansiedad, el estrés, la depresión y el agotamiento. Combina el apoyo de un terapeuta y un psiquiatra, un dispositivo de entrenamiento de biorretroalimentación, el apoyo anónimo de los compañeros, prácticas de meditación y actividades de cambio de hábitos. El programa está dividido en temas semanales que se centran en el abordaje de los retos de salud mental con múltiples enfoques y en la creación de hábitos para prevenir las recaídas.

Hogares médicos centrados en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés)

- Un PCMH ofrece un enfoque de atención en equipo para ayudarle a alcanzar sus objetivos de mejora de la salud, y puede ahorrar dinero. Los afiliados del Plan Estándar no pagan el copago de \$15 por una visita al consultorio del PCMH en persona. Además, los afiliados al Plan Estándar y al Plan de Ahorro pagan un coseguro del 10 %, en lugar del 20 %, después de alcanzar su deducible. Visite www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com y busque un Centro de distinción Blue de BlueCross para encontrar un PCMH cerca de usted.

Quit For Life

- Si quiere dejar de consumir tabaco o cigarrillos electrónicos, el programa confidencial de deshabituación del tabaco "Quit For Life" (Dejar de fumar de por vida) puede ayudarle a alcanzar sus objetivos. El programa es gratuito para los afiliados del Plan de Salud Estatal y los dependientes cubiertos mayores de 13 años. Obtenga más información e inscríbese en www.quitnow.net/SCStateHealthPlan.

Strive

- Strive está diseñado para ayudarle a adoptar cambios de comportamiento fáciles de mantener que pueden reducir los riesgos para la salud. Cada persona tiene objetivos y necesidades de salud diferentes, y usted se merece algo mejor que una plataforma única. Ya sea que quiere mantenerse sano como si necesita gestionar determinados problemas de salud, Strive le ayuda a emprender el camino del éxito. Los afiliados tendrán acceso a Strive a partir del 1 de enero de 2023.

Wondr Health

- Aprenda a perder peso y no recuperarlo sin dejar de comer sus alimentos favoritos en este programa en línea de 10 semanas de duración, clínicamente probado. Wondr le enseñará que no es lo que come, sino cuándo y cómo come lo que le ayudará a perder peso. Wondr Health está disponible sin costo alguno para usted. Más información en www.wondrhealth.com/PEBA.

¹Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan copagos, sino que pagan la totalidad del monto permitido hasta alcanzar su deducible.

Ahorre dinero y obtenga la atención que necesita

Su médico de cabecera debe ser su primera llamada para la atención médica rutinaria. ¿Pero qué pasa si el consultorio de su médico está cerrado? ¿O es una emergencia? Evite preocupaciones innecesarias, gastos de bolsillo y horas en la sala de urgencias conociendo sus opciones de atención médica.

Médico de cabecera

Su médico de cabecera, o médico habitual, es la mejor opción para la atención médica, como por ejemplo:

- Gestionar su enfermedad crónica.
- Relleno de recetas.
- Síntomas de resfriado y gripe, como la fiebre, tos y dolor de garganta.
- Migrañas.
- Cortes y contusiones menores.
- Conjuntivitis.
- Erupciones, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones cutáneas.
- Alergias estacionales.
- Infecciones sinusales o respiratorias.
- Esguinces musculares.
- Infecciones del tracto urinario.

Su médico de atención de cabecera también puede ofrecer servicios de telesalud. Póngase en contacto con su proveedor para más información.

Telehealth

Si el consultorio de su médico está cerrado, usted está de viaje o se siente demasiado enfermo para conducir, utilice una visita por video para cuestiones de salud no urgentes, como:

- Síntomas del resfriado y la gripe.
- Conjuntivitis.
- Erupciones y otras irritaciones de la piel.
- Alergias estacionales.
- Infecciones sinusales o respiratorias.
- Infecciones del tracto urinario.

Blue **CareOnDemand** Busque Blue CareOnDemand en su tienda de aplicaciones. Puede acudir a un médico que diagnostique sus síntomas y, si es necesario, le haga una receta en su farmacia local. **Atención virtual de MUSC Health** Visite www.MUSChealth.org/virtual-care para iniciar una visita. Un médico diagnosticará sus síntomas y pedirá una receta a su farmacia local, si es necesario. Debe estar en Carolina del Sur en el momento de la visita.

Emergencias

Acuda a urgencias o llame al 911 en caso de enfermedades graves o potencialmente mortales, como:

- Toser o vomitar sangre.
- Sangrado abundante e incontrolado.
- Pérdida de conocimiento o mareos repentinos.
- Lesiones importantes, como huesos rotos o traumatismos craneales.
- Reacciones alérgicas graves.
- Signos de un ataque al corazón, como un dolor en el pecho que dura más de dos minutos.
- Signos de infarto, como entumecimiento o pérdida repentina del habla o de la visión.

Usted paga un copago de \$15,¹ más el resto del monto permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.

Para encontrar un PCMH cerca de usted, inicie sesión en My Health Toolkit y busque un Centro de Distinción Blue.

En el caso de Blue CareOnDemand, usted paga un copago de \$15,¹ más la cantidad restante permitida hasta que alcanza su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.

Para las visitas al MUSC, usted paga \$0. Esto también está disponible para los afiliados primarios de Medicare.

Usted paga un copago de \$193,¹ más el resto del monto permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.

¹Los afiliados al Plan Estándar que reciban cuidado en persona en un PCMH no pagarán un copago. Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan copagos por ninguna visita, sino que pagan la totalidad del monto permitido hasta alcanzar su deducible.

Visitas de cuidado preventivo para adultos

Las visitas al hospital pueden ser una parte fundamental de la atención preventiva. Pueden asegurarle que está tan sano como se siente, o incitarle a hacer preguntas sobre su salud. Obtenga más información sobre las visitas de bienestar de los adultos y cuándo están cubiertas en peba.sc.gov/well-visits.

Cómo funciona el beneficio

Los afiliados de primaria del Plan de Salud Estatal tienen derecho a una visita de cuidado preventivo al año sin costo alguno para el afiliado. Los servicios respaldados por pruebas, basados en las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés), se incluyen como parte de una visita de cuidado preventivo para adultos en el marco del Plan de Salud Estatal. Tras hablar con su médico durante una visita, éste puede decidir qué servicios necesita y elaborar un plan de atención personal para usted.

¿Quién puede optar?

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 familiar, pediatría, 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 visita a ambos médicos en el mismo año, solo se cubrirá la primera visita rutinaria recibida en la consulta. 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.

Servicios no incluidos en una visita de cuidado preventivo para adultos

Los servicios que no se incluyen como parte de una visita de bienestar para adultos son los que no tienen una recomendación A o B por parte del USPSTF. Más información en www.USPreventiveServicesTaskForce.org. Otros servicios, como un hemograma completo, un electrocardiograma, una prueba de antígeno prostático específico (PSA) y un panel metabólico básico, si los solicita su médico para tratar una enfermedad específica, pueden estar cubiertos. Estos servicios están sujetos a copagos, deducibles y coseguros, así como a las disposiciones normales del Plan. Las visitas de seguimiento y los servicios derivados de la visita de cuidado preventivo también están sujetos a las disposiciones habituales del Plan.

Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El Plan de Salud Estatal ofrece muchos beneficios basados en el valor sin costo para sus afiliados principales a través de PEBA Perks. Aprenda a coordinar sus beneficios de PEBA Perks con su visita de bienestar para adultos a continuación.

Paso 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.

Paso 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.

Paso 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 cuidado preventivo. Compartir sus resultados minimizará el costo de su visita de cuidado preventivo para adultos al Plan.

Paso 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, inscríbase en el programa "No-Pay Copay" (Copago Cero) para recibir determinados medicamentos genéricos sin costo alguno.

Beneficios basados en el valor sin costo alguno para usted

Siempre es mejor abordar un problema de salud antes de que se convierta en una crisis de salud. Visite a un proveedor o farmacia de la red para beneficiarse de estas ventajas sin costo alguno para usted. Estas ventajas pueden facilitar que usted y su familia se mantengan sanos. Para obtener más detalles sobre las ventajas de la PEBA, incluida la elegibilidad, visite www.PEBAperks.com.



Examen preventivo

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

Vacuna contra la gripe

La gripe afecta al 5-20% de la población estadounidense cada año. La vacuna anual contra la gripe es la mejor manera de reducir el riesgo de enfermar y contagiar a otros.

Vacunas para adultos

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

Beneficios de cuidado preventivo infantil (exámenes y vacunas)

Este beneficio tiene como objetivo promover la buena salud y la prevención de enfermedades en los hijos. Los hijos cubiertos hasta los 18 años tienen derecho a este beneficio. El Plan de Salud Estatal cubre las visitas al médico según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y las vacunas según las recomendaciones de los CDC en los proveedores de la red.

Examen del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en Estados Unidos. El Plan de Salud Estatal cubre el costo de las pruebas de diagnóstico y de rutina basadas en los rangos de edad recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Los gastos del centro o las pruebas de laboratorio asociadas como resultado del examen pueden estar sujetos a copagos, deducibles y coseguros.

Examen del cáncer de cuello de útero

Las muertes por cáncer de cuello de útero han disminuido desde la implantación de las pruebas de detección generalizadas. El Plan de Salud Estatal permite a las mujeres de entre 18 y 65 años hacerse una prueba de Papanicolaou cada año calendario sin costo alguno. Para las mujeres de entre 30 y 65 años, el Plan cubre la prueba del VPH en combinación con una prueba de Papanicolaou una vez cada cinco años sin costo alguno.

No-Pay Copay (Copago Cero)

El "No-Pay Copay" (Copago Cero) anima a los afiliados a comprometerse más con su salud y a ahorrar dinero. Al completar las actividades en Strive cada año, los afiliados pueden recibir ciertos medicamentos genéricos el siguiente trimestre sin costo alguno. Las condiciones cubiertas incluyen:

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

Mamografía

Una mamografía es un paso importante para cuidarse. Este beneficio proporciona una mamografía rutinaria de referencia (cuatro vistas) para las mujeres de 35 a 39 años. Las mujeres de 40 años o más pueden recibir una mamografía de rutina (cuatro vistas) cada año calendario. El Plan de Salud Estatal también cubre las mamografías de diagnóstico, que están sujetas a copagos, deducibles y coseguros.

Educación sobre la diabetes

El control de la diabetes puede ayudarle a sentirse mejor. También puede reducir la posibilidad de desarrollar complicaciones. Este beneficio proporciona educación sobre la diabetes a través de educadores de diabetes certificados.

Dejar de fumar

Este beneficio permite inscribirse en el programa "Quit For Life" (Dejar de fumar de por vida) sin costo alguno. También incluye un copago de \$0 por algunos medicamentos para dejar de fumar a los participantes que cumplan los requisitos.

Extractor de leche

Esto 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, Coming Attractions.

Consultas de lactancia a través de Blue CareOnDemand

Este beneficio permite a los afiliados chatear por video con una asesora de lactancia sin costo alguno. Obtenga ayuda 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. Puede programar citas de seguimiento en el momento y con la frecuencia adecuados para usted. Las citas están

Ayuda de salud en la palma de su mano

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

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

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

La mensajería móvil es completamente opcional, pero le animamos a que se inscriba. Es una forma sencilla y segura de obtener información que puede utilizar.

Regístrese para recibir mensajes de móvil.

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

Se pueden aplicar tarifas de datos.

Evite los costos obteniendo la luz verde para su cuidado

Algunos servicios médicos y de salud del comportamiento necesitan autorización previa para que el Plan de Salud Estatal los cubra. Esto significa que usted o su proveedor deben hacer una llamada telefónica. **No solicitar la autorización previa puede suponer una sanción de \$515.** La autorización previa no garantiza el pago.

Servicios médicos	<p>Para la autorización previa de su tratamiento médico, llame a Medi-Call al 800.925.9724 al menos dos días hábiles antes:</p> <ul style="list-style-type: none">Atención hospitalaria no urgente, incluido el ingreso en un hospital para dar a luz.Un servicio ambulatorio que da lugar a un ingreso hospitalario.Cirugía ambulatoria para una septo plastia (cirugía en el tabique de la nariz).Cirugía ambulatoria o con hospitalización para una histerectomía.Escleroterapia (cirugía de las venas).Quimioterapia o radioterapia.Ingreso en un centro de cuidados de larga duración o en un centro de enfermería.Pedir equipos médicos duraderos.Fecundación in vitro u otros procedimientos de infertilidad.Un trasplante de órganos.Servicios de rehabilitación para pacientes internos y terapia física, del habla u ocupacional para pacientes externos.
Embarazo	<p>Debe ponerse en contacto con Medi-Call llamando al 800.925.9724 durante los tres primeros meses de embarazo.</p>
Emergencias	<p>En caso de urgencia hospitalaria, debe ponerse en contacto con Medi-Call, llamando al 800.925.9724, para informar de su ingreso en un plazo de 48 horas o al siguiente día laborable.</p>
Servicios de radiología	<p>Para la autorización previa de sus servicios de radiología, llame a National Imaging Associates al 866.500.7664:</p> <ul style="list-style-type: none">CT Scan.MRI.MRA.PET Scan.
Servicios de salud del comportamiento	<p>Para obtener la autorización previa de sus servicios de comportamiento, llame a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032.</p> <ul style="list-style-type: none">Atención hospitalaria.Atención hospitalaria intensiva ambulatoria.Atención de hospitalización parcial.Terapia electroconvulsiva ambulatoria.Terapia magnética transcraneal repetitiva.Terapia de análisis del comportamiento aplicado.Pruebas psicológicas/neuropsicológicas. <p>Es posible que el Plan no cubra algunos servicios de salud del comportamiento para pacientes externos si no recibe una autorización previa.</p>

Términos útiles

La jerga de los seguros puede ser confusa. Pero, es importante entender sus beneficios y cómo funcionan. Estos son algunos de los términos que debe conocer.

Monto permitido

El monto máximo que puede pagar a un proveedor de la red por un servicio cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas por el Plan como su tarifa total.

Beneficios

Los artículos o servicios cubiertos por su plan de seguro.

Reclamación

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

Coseguro

Se trata de un porcentaje del costo de la asistencia de salud que usted paga después de haber alcanzado el deducible. Por ejemplo, supongamos que el monto permitido por el Plan de Salud Estatal para una visita a la consulta es de \$115 y el afiliado ha alcanzado su deducible. Después de que un afiliado del Plan Estándar pague el copago de \$15, su pago de coseguro del 20% sería de \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido, es decir, \$80.

Máximo del coseguro

El monto del coseguro que debe pagar cada año antes de dejar de estar obligado a pagar el coseguro.

Copago

El monto fijo que se paga por un servicio de atención de salud o un medicamento cubierto. 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. Los afiliados al Plan de Ahorro no pagan copagos. Los afiliados al Plan Estándar seguirán pagando los copagos incluso después de alcanzar su deducible.

Revisión de la cobertura

Término general para los diferentes tipos de procesos que el Plan 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

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

Dependiente

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

Formulario nacional preferido

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

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 centros, proveedores y suministradores contratados para prestar atención a las personas cubiertas por un plan de salud, dental o de visión.

Gastos de bolsillo

Son los gastos que no reembolsa el seguro. Los gastos de bolsillo incluyen los deducibles, el coseguro y los copagos de los servicios cubiertos, además de todos los costos de los servicios que no están cubiertos.

Autorización previa

La decisión de que un servicio, un medicamento recetado o un equipo es médicamente necesario. Ciertos servicios y medicamentos requieren una autorización previa antes de recibirlos, excepto en caso de emergencia. Es posible que también oiga hablar de precertificación o preautorización.

Prima

El monto que paga por la cobertura del seguro.

Proveedor

Puede referirse al profesional médico que le atiende o al lugar donde recibe los servicios de salud.

Planifique su cobertura de seguro para 2023

Inscripción abierta

Del 1 al 31 de octubre de 2022

Durante la inscripción abierta, puede cambiar su cobertura para 2023. Revise su cobertura actual en MyBenefits (mybenefits.sc.gov). Si está satisfecho con sus elecciones actuales, lo único que tiene que hacer es volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles MoneyPlus. Todos los cambios de la inscripción abierta entran en vigor el 1 de enero de 2023.

Sus próximos pasos

Infórmese sobre los cambios de inscripción abierta que puede realizar y descargue su hoja de cálculo de inscripción abierta en peba.sc.gov/oe.

Luego, ingrese a MyBenefits en mybenefits.sc.gov antes del 31 de octubre de 2022, para cambiar su cobertura para 2023. Su administrador de beneficios también puede ayudarle.

Guía de beneficios del seguro

La *Guía de beneficios del seguro* del 2023 está disponible en peba.sc.gov/publications.

Resúmenes de beneficios y cobertura

Los *Resúmenes de beneficios y cobertura* de 2023 para los Planes Estándar y de Ahorro están disponibles en peba.sc.gov/publications. Para solicitar una copia, llame a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Descargo de responsabilidad

Los administradores de beneficios y otras personas elegidas por su empleador para ayudarle 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.

Aviso de derechos adquiridos

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 los 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.

Nuevos contratados

Su empleador 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.

A partir de la fecha en que cumpla los requisitos, dispone de 31 días para inscribirse en su seguro médico y en otros beneficios de seguro disponibles.

Su próximo paso

Siga el enlace en el correo electrónico que recibe de PEBA para hacer sus elecciones en línea. Su administrador de beneficios también puede ayudarle.

Divulgación a terceros

Estas empresas prestan servicios en nombre de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur, que administra el Plan de Salud Estatal y otros beneficios de seguro. BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es el administrador externo del Plan de Salud Estatal y de los beneficios dentales. BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es un licenciatario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. Strive es un producto de Virgin Pulse, una empresa independiente que proporciona una plataforma digital de salud y bienestar en nombre de BlueCross. El programa "Quit For Life" (Dejar de fumar de por vida) es una iniciativa de la Sociedad Americana del Cáncer y Optum. Optum es una marca registrada de Optum, Inc. El nombre y el logotipo de la Sociedad Americana del Cáncer son marcas comerciales de la Sociedad Americana del Cáncer. Optum administra el programa "Quit For Life" (Dejar de fumar de por vida). Wondr Health es una empresa independiente que proporciona información sanitaria en nombre del Plan de Salud Estatal. Companion Benefit Alternatives, Inc. administra los servicios de salud del comportamiento. National Imaging Associates administra los servicios de radiología. Express Scripts administra los beneficios de farmacia. EyeMed administra los beneficios de la visión. MetLife administra los beneficios del seguro de vida. The Standard administra los beneficios por discapacidad de larga duración. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. HSA Central administra Cuenta de Ahorros para la Salud.

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 puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de signos cualificados.
 - 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.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que PEBA no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con: PEBA Privacy Officer, 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
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.

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

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 પર कॉલ करें।

සුචණ: ජ්‍යෙෂ්ඨ භාෂා සහාය සේවාවන් ඔබගේ භාෂාවෙන් නිවැරදිව ලබාදීම සඳහා 1.888.260.9430 දුරකථන අංකයට දුරකථන කථන කරන්න.



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 082022 | Expira 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