



PEBASM
SC Retirement Systems
and State Health Plan

Guía de Beneficios del Seguro

2025

Sirviendo a los que sirven a Carolina del Sur

Índice

Aviso.....	9
Estado de derechos adquiridos del Plan Estatal de Salud.....	9
Aviso de no discriminación.....	9
Asistencia de idiomas.....	10
Información general.....	11
¿Qué hay de nuevo para 2025?.....	12
Elegibilidad para beneficios de seguro.....	12
Empleados activos.....	12
Beneficios en los que pueden inscribirse los empleados elegibles.....	13
Un jubilado elegible.....	13
Un cónyuge elegible.....	13
Un hijo elegible.....	14
Un sobreviviente.....	15
Inscripción inicial.....	15
Empleados.....	15
Jubilados.....	15
Información que necesita en el momento de la inscripción.....	16
Para inscribirse en la cobertura de seguro, necesitará la información que se detalla a continuación.....	16
Documentos necesarios para la inscripción.....	16
Envío de la inscripción.....	16
Completar su inscripción inicial.....	17
Después de su inscripción inicial.....	17
Tarjetas de seguro.....	17
Número de identificación de beneficios.....	18
Inscripción abierta anual.....	18
Cambio de plan o de cobertura durante un periodo de inscripción abierta.....	18
MyBenefits.....	19
Sistema de inscripción de beneficios de seguro en línea de PEBA.....	19
Situaciones de elegibilidad especiales.....	19
Matrimonio.....	19
Divorcio.....	20
Agregando hijos.....	20

Dar de baja a un cónyuge o hijos.....	21
Obteniendo otra cobertura.....	22
Obtención de la cobertura de Medicare.....	22
Pérdida de otras coberturas.....	22
Cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Hijos(CHIP).....	23
Obtención de cobertura de Medicaid o CHIP.....	23
Elegibilidad para asistencia con la prima a través de Medicaid o CHIP.....	23
Pérdida de cobertura de Medicaid o CHIP.....	23
Ausencias.....	24
Primas durante la licencia sin sueldo.....	24
Seguro de vida durante la licencia sin sueldo.....	24
Seguro por discapacidad a largo plazo suplementario mientras está de licencia con o sin goce de sueldo.....	24
Licencia de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA).....	24
Permiso Militar.....	24
Compensación de trabajadores.....	24
Cuando termina la cobertura.....	25
Continuación de la cobertura (COBRA).....	25
Elegibilidad.....	25
Cuándo no se ofrecerá cobertura continua.....	25
Cómo continuar la cobertura bajo COBRA.....	25
Ejemplo de escenario COBRA.....	26
Cómo podría terminar la cobertura continua bajo COBRA.....	26
Cuando se agotan los beneficios provistos bajo COBRA.....	26
Ampliación de la cobertura continua.....	26
Otras opciones de cobertura.....	27
Fallecimiento de un suscriptor o cónyuge o hijo cubierto.....	27
Sobrevivientes.....	27
Apelaciones de determinaciones de elegibilidad.....	28
¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión sobre la elegibilidad.....	28

Seguro de salud..... 30

Sus opciones de plan de salud estatal.....	31
Plan Estándar.....	31

Plan de Ahorro	31	Facturación de saldos	42
Plan Suplementario de Medicare	31	Diferencial fuera de la red	42
Comparación de los planes	31	Plan Estándar	43
Comparación de planes de salud	32	Plan de Ahorro	43
Sus herramientas en línea del Plan de Salud Estatal.....	34	Obteniendo autorización previa para su atención médica	44
StateSC.SouthCarolinaBlues.com.....	34	Autorización previa para la atención médica	44
My Health Toolkit®	34	Autorización previa de trabajos de laboratorio	44
Personify Health.....	34	Cómo autorizar previamente su tratamiento.....	44
Alternativas a los beneficios para acompañantes.....	34	Autorización previa del servicio de salud conductual.....	45
Blue CareOnDemand SM	35	Autorización previa de radiología avanzada: Evolent	46
Atención virtual de MUSC Health	35	Gestionando su salud.....	46
Cómo paga el Plan Estatal de Salud los beneficios cubiertos.....	35	Beneficios de PEBA	46
Cantidad permitida	36	Gestión de la atención.....	51
Pago de gastos de atención médica con el Plan Estándar	36	Programas de gestión de casos médicos.....	52
Deducible anual	36	Blue365® y descuentos para miembros	54
Copagos	36	Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal.....	54
Coseguro.....	37	Enfermera registrada de práctica avanzada.....	54
Máximo de coseguro.....	37	Plan de tratamiento alternativo.....	54
Pago de gastos de atención médica con el Plan de Ahorros.....	37	Servicio de ambulancia	55
Deducible anual	37	Beneficios del trastorno del espectro autista	55
Copagos	38	Beneficios para la salud conductual	55
Coseguro.....	38	Gestión de casos de salud conductual	55
Máximo de coseguro.....	38	Trasplantes de hueso, células madre y órganos sólidos	55
Pago de gastos de atención médica, si es elegible para Medicare.....	38	Cuidado quiropráctico.....	56
Coordinación de beneficios	38	Anticonceptivos.....	56
Enfermedad renal terminal	39	Cuidado dental.....	56
Usando las redes de proveedores del Plan Estatal de Salud	39	Suministros para diabéticos	56
Cuestionario de coordinación de prestaciones	39	Visitas al médico.....	56
Encontrando un proveedor médico o de la red de salud conductual	40	Equipo médico duradero	56
Encontrando un proveedor de red fuera del estado o en el extranjero	40	Tratamiento de los trastornos alimentarios.....	57
Atención de conserjería	41	Cuidado de la salud en el hogar	57
Red de proveedores de medicamentos recetados	42	Cuidados paliativos.....	57
Beneficios fuera de la red	42	Infertilidad	57
		Servicios hospitalarios para pacientes internados	58
		Servicios de instalaciones ambulatorias	58

Embarazo y atención pediátrica	58	Programa de prescripción médica del Plan Estatal de Salud	69
Medicamentos recetados.....	59	Plan Estándar	69
Cirugía reconstructiva después de una mastectomía médicamente necesaria.....	59	Plan de Ahorro.....	69
Atención de rehabilitación.....	59	Express Scripts Medicare®	69
Segundas opiniones	60	Red de farmacias	70
Centro de enfermería especializada	60	Cómo encontrar farmacias participantes	70
Terapia del habla	60	Farmacias minoristas	70
Cirugía.....	60	Red Smart90 y Red Preferred90.....	70
Otros beneficios cubiertos.....	60	Pedido por correo a través de Express Scripts Pharmacy.....	70
Exclusiones: servicios no cubiertos.....	60	Cómo surtir una receta por fax.....	71
Límites adicionales en el Plan Estándar	62	Copagos de medicamentos recetados y formulario	71
Límites y exclusiones adicionales en el Plan de Ahorro.....	62	Nivel 1: genérico	71
Cómo presentar una reclamación del Plan de Salud Estatal.....	63	Nivel 2: marca preferida	71
Servicios en Carolina del Sur	63	Nivel 3: marca no preferida	71
Servicios fuera de Carolina del Sur.....	63	Medicamentos no cubiertos del formulario	71
Apelaciones.....	63	Política de pago de la diferencia	71
Revisión de primer nivel: Reclamaciones y apelaciones de autorización previa a terceros tramitadores de reclamaciones ..	63	Programas de farmacia especializada.....	72
Revisión médica de segundo nivel: Reclamaciones y apelaciones de autorización previa a procesadores de reclamaciones de terceros que requieren una revisión de necesidad médica	64	Revisiones de cobertura.....	72
Apelaciones a PEBA: autorizaciones previas y servicios que han sido proporcionados	64	Autorización previa	72
Plan Suplementario GEA TRICARE.....	65	Gestión de la cantidad de medicamentos	72
Elegibilidad	65	Terapia escalonada	73
Hijos dependientes elegibles	66	Prescripciones compuestas	73
Cómo inscribirse	66	Coordinación de beneficios.....	73
Características del plan	66	Cobertura de Medicare para medicamentos autoadministrados durante una estadía de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	73
Presentación de reclamaciones	67	Exclusiones.....	73
Elegibilidad para Medicare y el Plan Suplementario TRICARE ..	67	Beneficios de medicamentos recetados basados en el valor sin costo para usted	74
Pérdida de elegibilidad para TRICARE	67	Presentar una reclamación de medicamentos recetados	74
Más información.....	67	Apelaciones	74
Beneficios de prescripción médica ... 68		Primera reconsideración de la negación clínica	74
Cómo usar los beneficios de sus medicamentos recetados	69	Segunda reconsideración de la negación clínica	75
Recursos para miembros.....	69	Apelaciones a PEBA	75
		Seguro dental 76	
		Recursos en línea.....	77
		Clases de tratamiento	77

Dental Plus	77	Apelaciones	90
Red Dental Plus	77	Ejemplos del Plan Estatal de Visión	91
Dental Básico	77	Ejemplo 1	91
Disposiciones especiales de Dental Básico	78	Ejemplo 2	91
Comparación de Dental Plus y Dental Básico	79	Ejemplo 3	91
Ejemplos de comparación de planes	79	Seguro de vida	92
Escenario 1: Chequeo de rutina	79	Elegibilidad	93
Escenario 2: Dos empastes de amalgama en superficie	80	Requisito de trabajo activo	93
Exclusiones: servicios dentales no cubiertos	80	Aplicaciones	93
Beneficios generales no ofrecidos	80	Seguro de Vida Básico	94
Beneficios cubiertos por otro plan	80	Seguro de vida opcional	94
Procedimientos específicos no cubiertos	80	Inscripción inicial: empleados activos	94
Beneficios limitados	81	Entrada tardía	94
Beneficios prostodónticos y ortodónticos	82	Primas	95
Coordinación de beneficios	82	Cambiar el monto de su cobertura	95
Cómo presentar un reclamo dental	83	Seguro de Vida para Dependientes	95
¿Y si necesito ayuda?	83	Dependientes elegibles	95
Apelaciones	83	Dependientes excluidos	96
Cuidado de la vista	85	Cobertura de Vida Dependiente - Cónyuge	96
Información sobre los beneficios de la vista en línea	86	Cobertura de Vida Dependiente - Hijo	96
Plan Estatal de Visión	86	Inscripción	96
Exámenes de la vista	86	Primas	97
Frecuencia de beneficios	86	Beneficiarios	97
Beneficios visuales de un vistazo	87	Cambiar sus beneficiarios	98
Gafas	87	Asignación	98
Lente progresiva y revestimiento antirreflejante ⁴	88	Muerte accidental y desmembramiento	98
Lentes de contacto	88	Calendario de pérdidas accidentales y beneficios	98
Resumen de los beneficios de la visión para diabéticos	89	¿Qué no está cubierto?	99
Uso de la red de proveedores de EyeMed	89	Beneficios por muerte accidental y desmembramiento	99
Para encontrar un proveedor de la red	89	Ventajas de MetLife SM	100
Cómo pedir lentes de contacto en línea	89	Preparación del testamento	100
Beneficios fuera de la red	89	Servicios de Resolución de Patrimonios	100
Exclusiones y limitaciones	90	Planificación Patrimonial Digital	101
Contactar a EyeMed	90	Descuentos funerarios y servicios de planificación	101

Consejería de Duelo	101
Cuenta de Control Total (TCA).....	101
Soluciones de transición.....	101
Asistencia para Reclamaciones de Beneficiarios.....	101
Reclamaciones.....	101
Su beneficio acelerado.....	101
Cómo presentar una reclamación.....	101
Provisión de suicidio	102
Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento	102
Exámenes y autopsias.....	102
¿Cuándo termina su cobertura.....	102
Terminación de cobertura	102
Terminación de cobertura del seguro de vida de dependientes	102
Extensión de beneficios	102
Licencia de ausencia	102
Cuando pierde la elegibilidad para los beneficios activos debido a discapacidad	103
Continuar o convertir su seguro de vida.....	103
Se pone fin a la póliza de grupo	104
Beneficio por fallecimiento durante el período de conversión ..	104
Discapacidad a largo plazo	105
Discapacidad a Largo Plazo Básica	106
Resumen de los beneficios del plan BLTD.....	106
Elegibilidad	106
Período de espera de beneficios	106
Certificado.....	106
¿Cuándo se le considera discapacitado?	106
Condiciones preexistentes.....	107
Reclamaciones.....	107
Requisito de trabajo activo.....	107
Ingresos antes de la discapacidad	107
Ingresos deducibles	108
Cuándo finaliza la cobertura BLTD	108
Cuándo terminan los beneficios.....	108

Exclusiones y limitaciones.....	109
Apelaciones	109
Discapacidad a Largo Plazo Suplementaria	110
Lo que ofrece el seguro SLTD	110
Resumen de beneficios del plan SLTD	110
Elegibilidad.....	111
Inscripción.....	111
Período de espera de beneficios.....	111
Certificado	111
¿Cuándo se le considera discapacitado?.....	111
Reclamaciones	112
Requisito de trabajo activo.....	112
Cambio salarial	112
Ingresos antes de la discapacidad.....	112
Ingresos deducibles.....	113
Prestación de seguridad de por vida	113
Prestaciones por defunción	113
Cuando finaliza la cobertura SLTD	113
Cuando terminan los beneficios	114
Conversión.....	114
Exclusiones y limitaciones.....	114
Apelaciones	115

MoneyPlus

Cómo MoneyPlus puede ahorrarle dinero	117
Cuotas administrativas	118
Cuotas administrativas mensuales 2025	118
Recursos para miembros	118
Sitio web de ASIFlex	118
Aplicación móvil ASIFlex.....	118
Responsabilidades por el uso de una cuenta.....	118
Crédito tributario por ingreso del trabajo	118
Reglas del IRS para cuentas de gastos	118
Función de prima de seguro grupal antes de impuestos	119
Elegibilidad y matrícula.....	119

Cuenta de Gastos Médicos	119	Inscripción	127
Elegibilidad	119	Contactar con ASIFlex.....	128
Inscripción	119	Cuenta de ahorros para la salud.....	129
Límites de contribución	120	Elegibilidad.....	130
Personas que pueden estar cubiertas por una MSA	120	Inscripción.....	130
Gastos elegibles.....	120	Límites de contribución.....	130
Gastos no elegibles.....	121	Cuotas administrativas	131
Uso de los fondos de su MSA	121	Cuándo estarán disponibles sus fondos	131
Tarjeta ASIFlex.....	121	Uso de sus fondos	131
Solicitando el reembolso de gastos elegibles	122	Gastos subvencionables y documentación	131
Comparando el MSA con la reclamación de gastos en el Formulario 1040 del IRS	122	Inversión de fondos HSA.....	131
¿Qué le sucede a su MSA cuando deja su trabajo?	122	Cómo reportar su HSA al IRS	132
¿Qué le sucede a su MSA después de su muerte?	123	¿Qué sucede con su HSA después de su muerte?	132
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes.....	123	Cierre de su HSA.....	132
Elegibilidad	123	Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	132
Inscripción	123	Apelaciones de inscripción.....	132
Decidir cuánto apartar.....	123	Contactando HSA Central	133
Límites de contribución	124	Seguro colectivo para jubilados	134
Personas que pueden estar cubiertas por una DCSA.....	124	¿Es elegible para el seguro grupal para jubilados?	135
Gastos elegibles.....	124	¿Su empleador pagará parte de sus primas de seguro para jubilados?.....	135
Gastos no elegibles.....	124	Jubilación anticipada: miembros de la Clase Dos del SCRS ..	136
Solicitando el reembolso de gastos elegibles	124	Ciertos funcionarios electos.....	136
Cómo reportar su DCSA al IRS	125	Solo PEBA puede confirmar su elegibilidad	136
Comparación de la DCSA con el crédito por cuidado de hijos y dependientes	125	Elegibilidad y financiamiento para el seguro para jubilados	136
¿Qué le sucede a su DCSA si deja su trabajo?.....	125	Para los miembros que trabajan para una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o una escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación	136
¿Qué le sucede a su DCSA después de su muerte?	125	Para los miembros que trabajan para empleadores opcionales participantes, como gobiernos de condados y municipios, y escuelas chárter que participan solo en seguros	138
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	126	Sus opciones de cobertura de seguro para jubilados	139
Gastos elegibles.....	126	Si no es elegible para Medicare.....	139
Gastos no elegibles (solo MSA de uso limitado).....	126	Si tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare	139
Cómo hacer cambios en su cobertura de MoneyPlus	126		
Cómo afectan los cambios a su período de cobertura	126		
Apelaciones.....	127		
Reembolso o reclamación de prestaciones.....	127		

Si es elegible para Medicare	139	Proveedores de seguros 2025	153
Beneficios dentales	140	BlueCross BlueShield de Carolina del Sur	153
Cuidado de la vista.....	140	Selman & Company.....	153
¿Cuándo inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados? .	140	Express Scripts.....	153
Retiro de servicio.....	140	EyeMed.....	153
Jubilación por discapacidad.....	140	MetLife	154
Dentro de 31 días de una situación especial de elegibilidad... 141		Standard Insurance Company	154
Durante un período de inscripción abierta	141	ASIFlex	154
Cómo inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados.....	141	HSA Central.....	154
Primas de jubilados y pago de primas.....	141	Otros contactos útiles.....	154
Jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de		Medicare	154
educación superior y distritos escolares públicos	141	Administración del Seguro Social	154
Jubilados opcionales de empleadores participantes.....	142	¿Necesita ayuda para registrarse?.....	155
Jubilados de escuelas chárter	142	MyBenefits	155
Impago de primas.....	142		
¿Cuándo comienza su cobertura como jubilado?.....	142		
Información que recibirá.....	142		
Sus tarjetas de identificación del seguro en la jubilación.....	142		
Otros programas de seguros que ofrece PEBA	143		
Seguro de vida	143		
Discapacidad a largo plazo	144		
MoneyPlus.....	144		
Cambiar la cobertura.....	144		
Dar de baja a un cónyuge o hijo cubierto	144		
Regresar a trabajar en un trabajo elegible para el seguro	145		
Jubilados que continuaron con el seguro de vida	145		
Si usted o un miembro de su familia está cubierto por			
Medicare	145		
Cuándo termina su cobertura de seguro para jubilados	146		
Muerte de un jubilado.....	146		
Sobrevivientes de un jubilado	146		
Términos útiles.....	148		
Información de contacto.....	152		
S.C. PEBA.....	153		

Aviso

Los administradores de beneficios y otras personas elegidas por su empleador para ayudarlo con su participación en los programas de beneficios para empleados administrados por la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) no son agentes ni empleados de PEBA y no están autorizados a vincular 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 proporcionados por o a través de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur. Los documentos del Plan de Beneficios y los contratos de beneficios contienen descripciones completas de los planes de salud y dentales y todos los demás beneficios del seguro. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios ofrecidos por la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur. Si desea revisar estos documentos, comuníquese con su administrador de beneficios o con la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur.

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

Estado de derechos adquiridos del Plan Estatal de Salud

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur cree que el Plan de Salud del Estado es un "plan de salud con derechos adquiridos" según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio).

Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó esa ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que es posible que su plan no incluya ciertas protecciones al consumidor de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio 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 en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de ciertos límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y cuáles no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué podría hacer que un plan cambie del estado de plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan al 803.737.6800 o 888.260.9430.

Aviso de no discriminación

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, 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 discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas; e
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados; y
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Privacidad de PEBA.

Si cree que PEBA no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de PEBA, 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 888.260.9430 (teléfono), 803.570.8110 (fax) o al 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 Oficial de Privacidad de PEBA está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente 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 a:

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

Los formularios de denuncia están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Asistencia de idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

برقم. 1 9430.260.888.. ملحوظة: إذا كنت تتحدث أذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل

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

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

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної

підтримки. Телефонуйте за номером 1.888.260.9430.

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

પ્રયત્ન: યૈનિઃશલ્કભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.888.260.9430

Información general

Esta guía proporciona una descripción general de los programas de seguro que ofrece la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA) e información de contacto. Si bien la guía proporciona una descripción general de muchos de estos beneficios, el Plan de Beneficios, que se encuentra en peba.sc.gov/publications, contiene una descripción completa de los beneficios del Plan de Salud Estatal. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud ofrecidos por PEBA

¿Qué hay de nuevo para 2025? La sección destaca los principales cambios en los beneficios de seguro ofrecidos para 2025.

¿Qué hay de nuevo para 2025?

Los cambios que se enumeran a continuación entrarán en vigor el 1 de enero de 2025.

- Las primas mensuales de 2025 no están impresas en esta guía. Las primas están disponibles en peba.sc.gov/monthly-premiums. Las primas para los empleadores opcionales pueden variar. Para verificar sus tarifas, comuníquese con su empleador.
- Las primas de seguro de salud para empleados activos y jubilados financiados no aumentarán en 2025.
- Las primas de seguro de salud para jubilados parcialmente financiados, jubilados no financiados, suscriptores de COBRA, sobrevivientes y ex cónyuges aumentarán en 2025.
- Los miembros pagarán el copago de la marca correspondiente por los monitores continuos de glucosa de mayor precio y sus suministros asociados, así como por las bombas de insulina y sus suministros.
- Las disposiciones normales del plan (copagos y coseguro) se aplicarán a los miembros que reciban atención en un hogar médico centrado en el paciente (PCMH).
- Las recetas de medicamentos GLP-1 están limitadas a un suministro de 30 días por surtido.
- Strive, la plataforma digital de salud y bienestar que se ofrece a los miembros de State Health Plan, pasará a llamarse Personify Health.

Elegibilidad para beneficios de seguro

Empleados activos

Los empleados elegibles generalmente son aquellos que:

- Trabajan a tiempo completo y reciben compensación del estado, una institución de educación superior pública, un distrito escolar público, una escuela chárter participante o un empleador opcional participante, como un condado o gobierno municipal participante; y
- Son contratados en un puesto elegible para seguro.

Los empleados elegibles también incluyen 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 maestros permanentes a tiempo parcial que trabajan entre 15 y 30 horas a la semana califican para el seguro de salud, dental y de la vista, así como para MoneyPlus y una cuenta de ahorros para la salud, pero no son elegibles para otros beneficios de PEBA, como el seguro de vida y el seguro por discapacidad a largo plazo.

Los miembros electos de los concejos municipales y del condado participantes cuyos miembros son elegibles para participar en uno de los sistemas de jubilación que administra PEBA se consideran empleados de tiempo completo. Los miembros del consejo deben comunicarse con su empleador para ver si son elegibles para los beneficios. Por lo general, los miembros de otras juntas directivas no son elegibles para la cobertura. Si trabaja para más de un grupo participante, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más información. Otras reglas de elegibilidad se describen en el *Plan de Beneficios*.

Tipos de empleados

Los empleadores son responsables de la clasificación de los 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. Son elegibles para la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación.
- Profesores permanentes, a tiempo parcial, que trabajen entre 15 y 30 horas semanales.
- Nuevos empleados de horas variables, a tiempo parcial o estacionales que el empleador no espera que trabajen un promedio de 30 horas a la semana durante los primeros 12 meses de empleo. Debido a que su empleador no puede determinar su elegibilidad, es posible que no se inscriban en los beneficios de inmediato. Su empleador debe medir sus horas para determinar si estos empleados trabajan un promedio de 30 horas a la semana durante los 12 meses que comienzan el primer día del mes después de que se contrata al empleado. Si un empleado trabaja un promedio de 30 horas a la semana durante este período, el empleado es elegible para la cobertura durante el período de 12 meses que sigue. la cobertura durante el período de 12 meses que sigue.
- Empleados continuos que han completado su período de medición inicial (4 de octubre de 2023 al 3 de octubre de 2024). Si un empleado continuo trabajó un promedio de 30 horas

a la semana durante este período de 12 meses, el empleado es elegible para la cobertura durante 2025 incluso si las horas del empleado disminuyen durante 2025. Si un empleado continuo trabajó un promedio de menos de 30 horas a la semana durante este período, el empleado no es elegible para la cobertura durante 2025 a menos que el empleado obtenga cobertura a través de alguna otra disposición del plan.

Beneficios en los que los empleados elegibles pueden inscribirse

Seguro de salud

- Plan de Salud Estatal (incluye cobertura de medicamentos recetados y salud conductual).
 - Plan Estándar;
 - Plan de Ahorros (elegible para una Cuenta de Ahorros para la Salud);
 - Plan Suplementario TRICARE para miembros elegibles de la comunidad militar retirada; o
 - Plan Suplementario de Medicare para jubilados, sobrevivientes y suscriptores de COBRA que son elegibles para Medicare.

Seguro dental

- Dental Plus; o
- Dental Básico

Seguro de visión

- Plan Estatal de Visión.

Seguro de vida

- Vida Básica con Muerte Accidental y Desmembramiento (automáticamente inscrito si está inscrito en un seguro de salud);
- 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 Básica (automáticamente inscrito si está inscrito en un seguro de salud); y
- Discapacidad a Largo Plazo Suplementaria.

MoneyPlus

- Función de prima de seguro grupal antes de impuestos (permite a los suscriptores elegibles pagar sus primas de

salud, incluyendo la prima por uso de tabaco, dental, visión y hasta \$50,000 en cobertura de Vida Opcional con dólares antes de impuestos);

- Cuenta de Gastos Médicos;
- Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes; y
- Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado (para aquellos inscritos en el Plan de Ahorros y una Cuenta de Ahorros para la Salud, o aquellos que tienen acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud a través de su cónyuge).

Cuenta de ahorros para la salud

- Cuenta de Ahorros para la Salud (para aquellos inscritos en el Plan de Ahorros).

Un jubilado elegible

Un empleado también puede ser elegible para cobertura de salud, dental y de la vista durante la jubilación si cumple con los requisitos para dicha cobertura. La elegibilidad para la cobertura de seguro de jubilados y la financiación dependen de una serie de factores, incluyendo la elegibilidad del empleado para un beneficio de jubilación, la fecha en que el empleado fue contratado en un puesto elegible para seguro, el crédito de servicio de jubilación del empleado ganado mientras trabajaba para un empleador que participa en el Plan de Salud del Estado y la naturaleza de los últimos cinco años de empleo del empleado con un empleador que participa en el Plan de Salud del Estado.

Consulte la página 136 para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad para el seguro para jubilados.

Un cónyuge elegible

Un cónyuge elegible es uno reconocido por la ley de Carolina del Sur. Un cónyuge elegible para la cobertura como empleado de cualquier grupo participante, incluido un empleador opcional, no puede estar cubierto como cónyuge bajo ningún plan. Un cónyuge que es un maestro permanente a tiempo parcial puede estar cubierto ya sea como empleado o como cónyuge, pero no ambos. Además, un cónyuge que es elegible para la cobertura de jubilación y recibe fondos completos de la prima del empleador del Fondo Fiduciario de Seguro de Salud para Jubilados de Carolina del Sur no puede estar cubierto como cónyuge bajo ningún plan. Un cónyuge que es elegible para la cobertura de jubilados, pero no recibe financiación o solo financiación parcial de las primas del empleador del Fondo Fiduciario de Seguro de Salud para Jubilados puede estar cubierto como jubilado o como cónyuge, pero no como ambos.

Un ex cónyuge puede inscribirse en la cobertura bajo su propia póliza si un empleado activo o jubilado está obligado por una orden judicial a proporcionar cobertura. Consulte la sección Divorcio en la página 20.

Un hijo elegible

- Debe ser menor de 26 años; y
- Debe ser el hijo natural del suscriptor, un hijo adoptivo (incluido el hijo colocado en adopción legal), un hijastro, un hijo de acogida¹, un hijo del cual el suscriptor tiene la custodia legal o un hijo que el suscriptor debe cubrir debido a una orden judicial.²

Si ambos padres son elegibles para la cobertura, solo uno de los padres puede cubrir a los hijos bajo un plan. Por ejemplo, si uno de los padres cubre a los hijos bajo salud y dental, el otro padre no puede cubrir a los hijos bajo salud o dental. Un padre puede cubrir a los hijos bajo la salud y el otro puede cubrir a los niños bajo la atención dental.

Un hijo de 19 a 25 años

De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, enmendada por la Ley de Reconciliación de Cuidado de Salud y Educación de 2010, un hijo de 19 a 25 años no necesita ser certificado como estudiante a tiempo completo o como hijo discapacitado para estar cubierto por el seguro de salud, dental o de visión de sus padres.

Un padre puede cubrir a un hijo que es elegible para recibir beneficios estatales porque el hijo trabaja para un empleador que participa en los beneficios del seguro PEBA. El niño puede estar cubierto por el seguro de salud, dental y de visión de sus padres, y puede estar sujeto a exclusiones adicionales de cobertura bajo el Plan de Salud del Estado, como una exclusión de cobertura para el tratamiento de infertilidad del hijo cubierto, el embarazo o complicaciones del embarazo o el parto. Si está cubierto por sus padres, el hijo no es elegible para Vida Básica, Vida Opcional, Vida Dependiente - Hijo., seguro por discapacidad a largo plazo, MoneyPlus o una Cuenta de Ahorros para la Salud.

Un hijo que es elegible para la cobertura bajo un padre, pero que también es elegible para beneficios porque trabaja para un empleador participante, debe elegir si ser cubierto por su padre como un hijo o ser cubierto por su cuenta como un

empleado. No pueden estar cubiertos como hijos en un programa de seguro, como el de salud, y luego inscribirse en la cobertura como empleados en otro, como el de la vista. Para fines del seguro de vida, un hijo que se niega a la cobertura para permanecer en el plan de sus padres no es elegible para la cobertura de Vida Dependiente - Hijo.

Un hijo discapacitado

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

- El hijo debe ser soltero y debe permanecer soltero para continuar con la elegibilidad; y
- El hijo debe ser incapaz de tener un empleo autosuficiente debido a una enfermedad mental o discapacidad intelectual o física y debe seguir dependiendo principalmente (más del 50%) del empleado cubierto, jubilado, sobreviviente o suscriptor de COBRA para su apoyo y manutención.

Debe establecer la incapacidad a más tardar 31 días después de que el niño cumpla 26 años, cuando ya no sea elegible para la cobertura como niño, o dentro de los 31 días posteriores a la inscripción inicial. Para la cobertura de Vida por Hijo Dependiente, debe establecer la incapacidad a más tardar 31 días después de que cumplan 19 años si no son estudiantes 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 ocurran problemas durante la transición.

Usted y el médico de su hijo deberán completar un formulario de *Certificación de Niño discapacitado*. Por favor, incluya una copia de su declaración de impuestos federal más reciente, que muestre que el niño depende principalmente de usted para su apoyo y manutención. Si no reclama a su hijo en sus impuestos, una hoja de trabajo para determinar la manutención (*Publicación 501 del IRS*) debe ser completada en lugar de sus declaraciones de impuestos. Adjuntar también un *Formulario de Representante Autorizado* completado y firmado por el niño discapacitado, así como una copia de los documentos de tutela o un poder notarial que verifique su autoridad para actuar en nombre de su hijo discapacitado, si corresponde. Cualquiera de estos documentos le da permiso a PEBA para discutir o divulgar la información de salud protegida del niño con el representante autorizado del niño.

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

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

PEBA enviará la información que usted envíe a Standard Insurance Company (The Standard) para la revisión de la información médica. Es posible que The Standard requiera documentación médica adicional del médico del niño. The Standard proporcionará una recomendación a PEBA; sin embargo, PEBA toma la decisión final.

Cobertura bajo el seguro de Vida Dependiente - Hijo

Según la ley estatal, solo un hijo dependiente de entre 19 y 24 años que sea estudiante a tiempo completo, no esté casado ni trabaje a tiempo completo puede estar cubierto por el seguro de Vida Dependiente - Hijo. Un hijo de cualquier edad que haya sido certificado por PEBA como un hijo discapacitado puede continuar estando cubierto por el Seguro de Vida Dependiente - Hijo. Para obtener más información sobre la elegibilidad para la cobertura de seguro de Vida Dependiente - Hijo, consulte la página 96.

Un sobreviviente

Los cónyuges e hijos cubiertos por el Plan Estatal de Salud, Dental Plus, Dental Básico o el Plan Estatal de la Vista se clasifican como sobrevivientes cuando un empleado o jubilado cubierto fallece. Para obtener más información sobre la cobertura para sobrevivientes, consulte la página 27.

Inscripción inicial

Empleados

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

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Su cobertura comienza el primer día calendario del mes en el que se vuelve elegible para la cobertura³ si

³ La cobertura del seguro de vida está sujeta a la Disposición de No Confinamiento para Dependientes (Página 95), así como al requisito de Trabajo Activo (Página 93). Para obtener más información sobre la inscripción inicial en el Seguro de Vida Opcional, consulte la página 93.

tienen un empleo activo⁴ ese día.

- Si su fecha de contratación es el primer día hábil del mes (el primer día que no es sábado, domingo o feriado observado), y no es el primer día calendario, puede elegir que su cobertura comience el primer día de ese mes (es posible que se adeuden primas retroactivas) o el primer día del mes siguiente.
- Si su fecha de contratación es el primer día del mes (es decir, el 1 de marzo), su cobertura comienza el primer día de ese mes (es posible que se adeuden primas retroactivas).
- Si se vuelve elegible en un día que no sea el primer día calendario o el primer día hábil del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente.
- La cobertura de su cónyuge o hijos inscritos comienza el mismo día en que comienza su cobertura.
- Debe hacer cualquier elección de cobertura inicial dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que sea elegible para los beneficios activos.

Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se vuelve elegible para los beneficios activos o experimenta una situación de elegibilidad especial, no puede inscribirse a sí mismo, a su cónyuge elegible o a sus hijos hasta el próximo período anual de inscripción abierta, que se lleva a cabo en octubre. La cobertura elegida durante un período 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 de seguro dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que deja el empleo cubierto y es elegible para jubilarse, o durante la inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y/o hijos elegibles. Un grupo participante es una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público, un condado, un municipio u otro grupo, incluidas las escuelas chárteres, que está autorizado por ley para participar y participa en el programa de

⁴ El empleo activo significa realizar todas las tareas regulares de una ocupación en la jornada laboral programada por un empleador. Puede que esté trabajando en su lugar de trabajo habitual o en otro lugar, si necesita viajar. También se considera que está involucrado en un empleo activo mientras está en servicio de jurado, en un día de vacaciones pagadas o en uno de los días festivos normales de su empleador si estuvo involucrado en un empleo activo en el día laboral regular anterior. La cobertura no se retrasará si usted se ausenta del trabajo debido a una razón relacionada con la salud cuando su cobertura comenzaría de otro modo.

seguro estatal.

Se requiere un formulario de *Registro de Verificación de Empleo* para determinar la elegibilidad y se requiere un *Aviso de Elección de Jubilado* para inscribirse. Permita tiempo de procesamiento adicional para los formularios en papel.

Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a su fecha de jubilación o dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad, usted no puede inscribirse a sí mismo, a su cónyuge elegible o a sus hijos hasta el próximo período anual de inscripción abierta, que se lleva a cabo en octubre. La cobertura elegida durante un período anual de inscripción abierta comenzará el 1 de enero siguiente.

Puede obtener más información sobre la cobertura de seguro durante la jubilación en el capítulo **Seguro Colectivo para Jubilados** en la página 134.

Envío de la inscripción

En algunos casos, como la pérdida de otra cobertura grupal, es posible que no tenga 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, envíe su documentación tan pronto como esté disponible. Al inscribirse en los beneficios por matrimonio, no espere sus documentos de cambio de nombre antes de enviar su inscripción. Los cambios de cobertura no están garantizados y no se procesarán hasta que se hayan recibido todos los documentos; sin embargo, su fecha de entrada en vigencia seguirá siendo la fecha en que experimentó su situación de elegibilidad especial.

Información que necesita en el momento de la inscripción

Para inscribirse en la cobertura de seguro, necesitará la información que se detalla a continuación.

Información requerida

Para usted

Número de Seguro Social; dirección de correo electrónico personal; salario anual; fecha de contratación (fecha en que comienza a trabajar).

Use su nombre legal.

Por cada miembro de la familia que desee cubrir

Número de Seguro Social; Fecha de nacimiento

Utilice nombres legales.

Para usted y cualquier miembro de su familia que esté cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare

Copia de la tarjeta de Medicare; motivo de la elegibilidad; Fecha de entrada en vigor de la cobertura de Medicare

Por cada beneficiario de su cobertura de Vida Básica u Opcional

Fecha de nacimiento; Se prefiere el número de Seguro Social, pero no es obligatorio

Para un beneficiario que es un patrimonio o un fideicomiso

Nombre; dirección; fecha en que se firmó el fideicomiso

Documentos necesarios para la inscripción

Debe proporcionar la documentación que se enumera a continuación para inscribir a los dependientes en la cobertura de seguro durante el período de inscripción abierta o como resultado de una situación de elegibilidad especial. 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, no resalte ni tome notas en los documentos. Además, por favor no envíe documentos originales a PEBA, ya que no pueden ser devueltos.

Información requerida

Para cubrir a un cónyuge

Licencia de matrimonio

Para cubrir a un hijo natural

Certificado de nacimiento de formato largo que muestre al suscriptor como padre

Para cubrir a un hijastro

Certificado de nacimiento largo que muestre el nombre del padre biológico; Prueba de que el padre biológico y el suscriptor están casados

Para cubrir a un niño adoptado o a un niño dado en adopción

Certificado de nacimiento en formato largo que muestre al suscriptor como padre o documento legal de adopción de la corte que establece la adopción está completo; o una carta de colocación de un abogado, una agencia de adopción o el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur que indique que la adopción está en progreso

Para cubrir a un niño acogido

Una orden judicial u otro documento Legal que coloque al niño con el suscriptor

Para cubrir a otros niños

Para todos los demás niños de los que el suscriptor tiene la custodia legal, una orden judicial u otro documento legal que otorgue la custodia del niño al suscriptor (el documento debe verificar que el suscriptor tiene la responsabilidad de la tutela del niño, no solo la responsabilidad financiera)

Para cubrir un Niño discapacitado

Formulario de Certificación de Hijo Incapacitado (consulte la sección de Niño Incapacitado en la página 14 para obtener información completa sobre el proceso); más prueba de la relación

Para inscribirse en el Plan Suplementario de TRICARE

Tarjeta de identificación de TRICARE del suscriptor

Cualquier documentación que esté en un idioma que no sea el inglés debe estar completamente traducida al inglés y debe estar certificada con una carta de exactitud del traductor.

Complementando su inscripción inicial

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válida a su empleador, luego hacer sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones en el correo electrónico que reciba de PEBA. Consulte el *Resumen del seguro 2025* 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 los enviará por correo a PEBA. Los documentos originales enviados por correo a PEBA no serán devueltos.

PEBA alienta 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 en su totalidad y escriba con claridad
- Debajo de cada beneficio, elija un plan o marque Rechazar. Cuando corresponda, seleccione un nivel de cobertura.
- Asegúrese de revisar el formulario para verificar que sea correcto, fírmelo y entrégueselo 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 Estándar, el Plan de Ahorros o el Plan Suplementario de Medicare del State Health Plan, BlueCross BlueShield of South Carolina (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 actúa como proveedor del plan dental. No se proporcionan tarjetas de seguro a los suscriptores que eligen la cobertura dental básica. Los suscriptores del Plan Estatal de la Vista reciben dos tarjetas de EyeMed Vision Care.

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

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

Número de identificación de beneficios

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

El Plan de Salud del Estado agrega 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 usa en las tarjetas de beneficios de medicamentos recetados. Si no está cubierto por un plan que use el BIN, PEBA le enviará su número.

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

Cuando ocurran emergencias médicas antes de recibir su tarjeta

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

Para ello, visite mybenefits.sc.gov y seleccione Obtener mi BIN. A continuación, debe entregar 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 asistencia.

Inscribirse como empleado transferido

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

Si se está transfiriendo a otro grupo participante, asegúrese de informar al administrador de beneficios en el lugar de trabajo que se va para evitar una interrupción en la cobertura o demoras en el procesamiento de las reclamaciones. Consulte con el administrador de beneficios de su nuevo empleador para asegurarse de que sus beneficios hayan sido transferidos.

Si usted es un empleado académico, se considera una transferencia si completa un período escolar y se traslada a otro empleador académico participante al comienzo del próximo período escolar, incluso si no trabaja durante el verano.

Su cobertura de seguro con el empleador que está dejando permanecerá vigente hasta que comience a trabajar con su nuevo empleador, generalmente el 1 de agosto o el 1 de septiembre, siempre y cuando pague sus primas. En esa fecha, su nuevo empleador recogerá su cobertura (en la fecha de su contratación). Sin embargo, deberá comunicarse con su empleador anterior para continuar con la cobertura durante el verano. Si no se transfiere a otro empleador académico participante, su cobertura termina el último día del mes en el que estuvo involucrado en un empleo activo.

Inscripción abierta anual

Durante el período de inscripción abierta de octubre, los empleados elegibles, jubilados, sobrevivientes, suscriptores de COBRA y ex cónyuges pueden cambiar su cobertura⁵ sin necesidad de una situación especial de elegibilidad.

Cambiar de plan o cobertura durante un período de inscripción abierta

Los cambios realizados durante un período de inscripción abierta entrarán en vigencia el 1 de enero siguiente.

- Usted puede agregar o cancelar la cobertura del Plan de Salud Estatal para usted, su cónyuge y sus hijos elegibles durante el período de inscripción abierta. También puede cambiar entre el Plan Estándar y el Plan de Ahorros durante el período de inscripción abierta.
- Los jubilados y sobrevivientes, sus cónyuges elegibles y los hijos elegibles que están cubiertos por un plan de salud pueden cambiarse al Plan Suplementario de Medicare dentro de los 31 días posteriores a la elegibilidad de Medicare o durante un período de inscripción abierta.
- Los miembros elegibles de la comunidad militar retirada pueden agregar o cancelar la cobertura del Plan Suplementario TRICARE para ellos y sus dependientes elegibles durante el período de inscripción abierta.
- Puede agregar o cancelar la cobertura Dental Plus y Dental Básico para usted, su cónyuge y sus hijos elegibles durante la inscripción abierta en los años impares.
- Puede agregar o cancelar la cobertura del Plan Estatal de la Vista

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

para usted mismo, su cónyuge y los hijos elegibles durante el período de inscripción abierta.

- Puede inscribirse en la función de prima de seguro grupal antes de impuestos; o inscribirse o volver a inscribirse en una cuenta de gastos flexibles de MoneyPlus.
- Puede inscribirse en una Cuenta de Ahorros para la Salud.

Otros cambios que realice en su cobertura, como cambios en el seguro de vida y discapacidad a largo plazo, pueden requerir evidencia médica. Los detalles sobre los cambios que puede hacer se explican antes de cada inscripción abierta.

Si usted es un empleado activo de una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o una escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener detalles. Los jubilados, sobrevivientes o suscriptores de COBRA deben comunicarse con PEBA. Si usted es un empleado activo, jubilado, sobreviviente o suscriptor de COBRA de un empleador opcional o escuela chárter que participa en el seguro solamente, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador con el que tiene una relación de cobertura.

MyBenefits

Sistema de inscripción de beneficios de seguro en línea de PEBA

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

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

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

Para proteger la confidencialidad de la información de su seguro, debe registrarse la primera vez que use MyBenefits. Restricciones aplican Si no puede acceder a MyBenefits, comuníquese con su

administrador de beneficios.

Situaciones de elegibilidad especiales

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

Como empleado activo, puede hacer cambios usando

[MyBenefits](#) si tiene una situación de elegibilidad especial, como agregar un recién nacido, matrimonio, divorcio o adopción.

MyBenefits mostrará la documentación requerida para cada cambio. Los documentos requeridos se pueden cargar a través de MyBenefits.

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

- Complete y devuelva a su administrador de beneficios un formulario Aviso de elección dentro de los 31⁷ días posteriores al evento; y
- Subir la documentación a [MyBenefits](#) o entregar documentación a su administrador de beneficios.

Si usted es un empleado activo y es elegible para cambiar su cobertura de seguro de salud, dental, de la vista o de vida opcional debido a una situación de elegibilidad especial, también puede inscribirse o cancelar la Característica de Prima de Seguro Grupal antes de impuestos, que se explica en la página 119.

Matrimonio

Si desea agregar un cónyuge a su cobertura porque se casa, inicie sesión en MyBenefits y seleccione el motivo de cambio apropiado dentro de los 31 días posteriores a la fecha de su matrimonio. La fecha de vigencia de la cobertura, con la excepción de la cobertura de Vida Dependiente-Cónyuge, es la fecha de matrimonio. Para obtener información sobre la fecha de vigencia de la cobertura de Vida para Dependientes-Cónyuge agregada debido al matrimonio, consulte la página 95. Los documentos requeridos se pueden cargar a través de MyBenefits.

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

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

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

Si usted y sus dependientes elegibles no están cubiertos, puede agregar cobertura de salud, dental y de la vista para usted, sus dependientes elegibles existentes, su nuevo cónyuge y sus nuevos hijastros dentro de los 31 días posteriores a la fecha de su matrimonio. Si agrega a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros a su cobertura de salud, también puede cambiar planes de salud. Puede agregar a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros a la cobertura dental y del Plan Estatal de la Vista. Se requiere una copia de la licencia de matrimonio para cubrir al nuevo cónyuge. Se requieren certificados de nacimiento en 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 evidencia médica. Para obtener información sobre la elegibilidad para la cobertura de Vida Dependiente - Cónyuge, incluidos los montos en los que un cónyuge recién elegible puede inscribirse sin evidencia médica, consulte la sección de seguro de Vida Dependiente, que comienza en la Página 95 del capítulo de seguro de vida de esta guía.

No puede cubrir a su cónyuge si su cónyuge es elegible, o se vuelve elegible, para la cobertura como empleado de un grupo que participa en un seguro o como jubilado financiado de un grupo participante. Si no agrega a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros dentro de los 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, no puede agregarlos hasta el próximo período de inscripción abierta, que se lleva a cabo en octubre, o dentro de los 31 días posteriores a otra situación especial de elegibilidad.

Divorcio

Si se divorcia, su ex cónyuge y ex hijastros ya no son elegibles para la cobertura de su póliza. Los ex cónyuges elegibles tienen la opción de elegir la cobertura para ex cónyuge si se les exige por orden judicial que le proporcionen cobertura a su ex cónyuge, o 36 meses de continuación de la cobertura de COBRA. Si un ex cónyuge elegible elige inscribirse en la cobertura para ex cónyuge, renuncia a sus derechos de continuación de COBRA de 36 meses. Su ex cónyuge debe tener su propia póliza bajo el Plan. La cobertura para un ex cónyuge puede incluir cobertura de salud, dental y de la vista. El costo de la cobertura para ex cónyuge es el monto total de la prima.

Debido a que la cobertura del ex cónyuge está vinculada al patrocinador (empleado o jubilado), si el patrocinador pierde la cobertura, el ex cónyuge también pierde la cobertura.

Para cubrir a un ex cónyuge, el ex cónyuge debe completar

un *Aviso de Elección del Ex Cónyuge* dentro de los 31 días a partir de la fecha en que se finaliza el divorcio y presentarlo a PEBA junto con una copia del decreto de divorcio que le ordena cubrir a su ex cónyuge.

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

Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un *Aviso de Elección* y presente una copia completa de su decreto de divorcio dentro de los 31 días posteriores a la fecha estampada en el decreto de divorcio. Si el *Aviso de Elección* no se presenta dentro de los 31 días posteriores a la fecha de divorcio, no se puede elegir la cobertura del ex cónyuge. La cobertura para su ex cónyuge y ex hijastros terminará el último día del mes después de la fecha estampada en el decreto de divorcio. Si usted retira de la cobertura a su ex cónyuge o ex hijastros después de 31 días de la fecha estampada en la orden judicial o el decreto de divorcio por la corte, el cambio en la cobertura entra en vigor el primer día del mes después de su firma en un *Aviso de Elección* dejando a sus antiguos dependientes.

No puede continuar cubriendo a su ex cónyuge o ex hijastros bajo el seguro de vida para dependientes bajo ninguna circunstancia. La cobertura de vida para dependientes termina la última fecha del mes en que el divorcio es definitivo.

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

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

Ex cónyuges y ex hijastros que pierden la cobertura debido a un evento calificado, como un divorcio, puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA. Para obtener más información, comuníquese con el administrador de beneficios del suscriptor o con PEBA dentro de los 60 días posteriores al evento o desde el momento en que se habría perdido la cobertura debido al evento, lo que ocurra más tarde.

Agregando hijos

Los niños elegibles pueden ser agregados a través de [MyBenefits](#) seleccionando el motivo de cambio apropiado. Puede cargar los documentos requeridos a través de [MyBenefits](#). Para realizar el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un *Aviso de Elección*. El cambio debe presentarse a PEBA

dentro de los 31 días de:

- Fecha de nacimiento (a partir de la fecha de nacimiento);
- Matrimonio del suscriptor con el padre del niño (a partir de la fecha del matrimonio);
- Obtener la custodia o la tutela con una orden judicial (a partir de la fecha en que el tribunal estampó la orden);
- Adopción o colocación para adopción (efectivo en la fecha de nacimiento si se adopta dentro de los 31 días posteriores al nacimiento; de lo contrario, efectivo en la fecha de adopción o colocación para adopción);
- Colocación de un niño de acogida (a partir de la fecha de colocación); o
- Pérdida de otra cobertura (a partir de la fecha de pérdida de cobertura).

Al niño recién elegible se le debe ofrecer cobertura de salud, dental y de la vista. Si el empleado y los dependientes elegibles no estaban cubiertos anteriormente, también pueden elegir la cobertura en este momento. Si usted y sus dependientes actuales estaban cubiertos anteriormente, puede optar por cambiar de plan de salud cuando agregue al nuevo hijo.

Si, dentro de los 31 días, un empleado agrega cobertura a un recién nacido o a un niño que es adoptado o colocado con el empleado para su adopción, puede inscribirse en Optional Life o aumentar su cobertura hasta \$50,000 sin evidencia médica.

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

Los niños deben estar inscritos individualmente para estar cubiertos, incluso si ya tiene cobertura familiar completa o de empleado/hijos. También debe presentar una copia del acta de nacimiento larga del niño. La notificación a Medi-Call del parto de su bebé no agrega al bebé a su seguro médico. Consulte la página 97.

Para agregar un hijastro, presente una copia de su acta de nacimiento larga, que muestre el nombre del padre biológico del niño y prueba de que el padre biológico y el suscriptor están casados.

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

- Una copia del acta de nacimiento larga que muestre al suscriptor como padre;
- Una copia de la documentación legal de adopción del

tribunal verificando la adopción completada; o

- 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 progreso.

La fecha de vigencia de la cobertura de salud, dental y de la vista es la fecha de nacimiento del niño si el niño se coloca dentro de los 31 días posteriores al nacimiento. De lo contrario, es la fecha de adopción o colocación. Para obtener información sobre las adopciones internacionales, consulte a su administrador de beneficios.

Para agregar un hijo de acogida, presente una copia de una orden judicial u otro documento legal que coloque al niño con usted, el suscriptor. Un hijo de acogida no es elegible para la cobertura de seguro de vida para dependientes

Para agregar a otros hijos de los que tiene 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 otorgue la custodia o tutela. Los documentos deben verificar que el suscriptor tiene la responsabilidad de la tutela del niño y no solo la responsabilidad financiera.

Si se emite una orden judicial que le exige cubrir a su hijo, debe notificar a su empleador y a PEBA y elegir la cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que la orden judicial fue sellada por el tribunal. Tenga en cuenta que si la orden de la corte era para cobertura de salud o dental, o para ambas, debe inscribirse si aún no está cubierto. Una copia de la orden judicial completa o del decreto de divorcio sellada por el tribunal debe ser adjuntada al Aviso de Elección. Debe enumerar los nombres de los niños que se cubrirán y el tipo de cobertura que se debe proporcionar.

Si usted y su cónyuge son elegibles para la cobertura, solo uno de ustedes puede cubrir a sus hijos bajo un solo plan. Por ejemplo, uno de los padres puede cubrir a los hijos en el área de salud y el otro puede cubrir a los niños en concepto de servicios dentales. Solo uno de los padres puede tener cobertura de seguro de vida para dependientes para hijos dependientes elegibles.

También puede ser elegible para hacer cambios en su Cuenta de Gastos Médicos o Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes.

Dar de baja a un cónyuge o hijos

Si un cónyuge o hijo cubierto deja de ser elegible, debe darlos de baja de su cobertura de salud, dental, oftalmológica y de seguro de vida para dependientes. Esto puede ocurrir debido a un divorcio. Para dar de baja

a un cónyuge o hijo de su cobertura, ingrese a [MyBenefits](#) y seleccione el motivo de cambio apropiado en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que dejen de reunir los requisitos y cargue la documentación.

Cuando un niño pierde la elegibilidad para la cobertura de salud, dental o de la vista porque cumplió 26 años, el niño será dado de baja automáticamente el primer día del mes después de cumplir 26 años. Si el niño es el último hijo cubierto que abandona la cobertura, se cambiará su nivel de cobertura.

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

Si su hijo se vuelve elegible para un seguro grupal de salud, dental, de la vista o de vida patrocinado por un empleador, ya sea como empleado o como cónyuge, usted tiene la opción de cancelarlo de su cobertura de salud, dental o de la vista. Usted está obligado a darlos de baja de la cobertura de Vida Dependiente - Hijo. Dentro de los 31 días de elegibilidad, debe proporcionar a su administrador de beneficios una carta del empleador mostrando la fecha en que el niño se volvió elegible para la cobertura. Su hijo será dado de baja de la cobertura el primer día del mes después de la notificación.

Obteniendo otra cobertura

Si su cónyuge obtiene la elegibilidad para la cobertura como empleado de un grupo que también ofrece beneficios de seguro a través de PEBA, debe dar de baja a su cónyuge dentro de los 31 días completando un *Aviso de Elección*. No se necesita más documentación.

Si usted, su cónyuge o hijos obtienen cobertura fuera de los beneficios del seguro a través de PEBA, y desea cancelar su cobertura de seguro PEBA para usted o cualquier dependiente, tiene 31 días para cancelar el tipo de cobertura obtenida. Debe completar un *Aviso de elección* y devolverlo a su oficina de beneficios con comprobante de la otra cobertura. Para documentar la obtención de la cobertura, debe presentar documentación que incluya la fecha de vigencia de la cobertura, los nombres de todas las personas cubiertas y los tipos de cobertura obtenidos (por ejemplo, carta con membrete, correo electrónico de la oficina de beneficios, copia de la tarjeta de seguro, etc.). Solo aquellos que obtuvieron cobertura pueden ser eliminados. Si no cancela la cobertura dentro de 31 días, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta. Para obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios o PEBA.

Si usted, su cónyuge o hijos son encarcelados, la persona

encarcelada obtiene otra cobertura y puede cancelar la cobertura de seguro PEBA dentro de los 31 días. Debe completar un *Aviso de Elección* y devolverlo a su oficina de beneficios con prueba de la otra cobertura.

Obtención de la cobertura de Medicare

Si usted es un empleado activo y usted, su cónyuge o su hijo obtienen cobertura de Medicare, el miembro de la familia que obtuvo la cobertura puede cancelar la cobertura de salud a través de PEBA dentro de los 31 días en que la Parte A entra en vigencia.⁸ Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare a un *Aviso de Elección* y entréguesela a su administrador de beneficios dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la carta de confirmación de la Administración del Seguro Social. La cobertura se cancelará en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Parte A de Medicare o, en algunas circunstancias, el primer día del mes posterior a la obtención de Medicare.

Un jubilado, cónyuge o sobreviviente que obtenga la cobertura de la Parte A de Medicare puede inscribirse en el Plan Suplementario de Medicare mediante la presentación de un *Aviso de Elección* dentro de los 31 días posteriores a la obtención de la cobertura de la Parte A de Medicare. Si usted es un jubilado que no es elegible para Medicare, pero su cónyuge o hijo sí lo es, tiene la opción de inscribirse en el Plan Suplementario de Medicare.

Los miembros de la familia que no sean elegibles para Medicare estarán cubiertos por las disposiciones del Plan Estándar. Un suscriptor de COBRA que obtiene cobertura de Medicare no es elegible para continuar con la cobertura de COBRA.

Una ganancia de cobertura de Medicare no permite que un suscriptor cambie la cobertura dental o de la vista.

Para más información, consulte el manual de *Cobertura de Seguro para el Miembro elegible para Medicare*, disponible en peba.sc.gov/publications bajo 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 hijos pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la cobertura).

- Si usted es el empleado o jubilado y pierde otra

⁸ Los empleados activos o sus dependientes que se vuelven elegibles para Medicare no pueden inscribirse en el Plan Suplementario de Medicare.

cobertura de salud grupal, y aún no está cubierto por un seguro de salud a través de PEBA, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en la cobertura de salud, dental y de la vista. Si ya está cubierto por la salud, no puede realizar cambios.

- Si sus horas se redujeron y perdió la cobertura mientras no estaba en un período de estabilidad, y de otra manera es elegible para estar cubierto como cónyuge o hijo en el plan de su cónyuge o padre, puede inscribirse en la cobertura de salud, dental y de la vista.
- Si usted es el empleado o jubilado y tiene un cónyuge o hijo que pierde otra cobertura de salud grupal, puede inscribir al cónyuge e hijos elegibles en la cobertura de salud, dental y de la vista. Si aún no está cubierto, debe inscribirse con la persona que perdió la cobertura. Es posible que otros dependientes que no perdieron la cobertura de seguro médico no se inscriban. Si ya está cubierto como empleado o jubilado, puede cambiar de plan de salud (es decir, de Plan de Ahorros a Plan Estándar) cuando agregue al cónyuge o a los hijos que perdieron la cobertura del seguro de salud. Las contribuciones a su deducible comenzarán de nuevo.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos pierden la cobertura dental, la cobertura de la vista o ambas, pero no pierden la cobertura de salud, entonces usted, su cónyuge o los hijos que perdieron la cobertura dental o 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 rechazó la cobertura porque estaba cubierto por el plan de sus padres y pierde esa cobertura, puede inscribirse a sí mismo y a los miembros de su familia elegibles en la cobertura de salud, dental y de la vista. El seguro de vida opcional, el seguro de vida para cónyuge dependiente y/o el seguro complementario por discapacidad a largo plazo requiere evidencia médica. El contrato de Vida Dependiente - Hijo puede ser agregado durante todo el año sin evidencia médica. Para inscribirse, comuníquese 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 la vista.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos son liberados de

la cárcel, la persona liberada ha experimentado una pérdida de cobertura y es elegible para elegir la cobertura dentro de los 31 días.

Usted debe completar un *Aviso de Elección* dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza la otra cobertura. Para inscribirse debido a una pérdida de cobertura, debe informar a su oficina de beneficios documentación que incluye los nombres de los cubiertos y la fecha en que se perdió la cobertura (por ejemplo, carta con membrete, correo electrónico de la oficina de beneficios, copia de la tarjeta de seguro, etc.). También debe presentar un *Aviso de Elección* completo y copias de los documentos apropiados que muestren cómo cualquier miembro de la familia agregado está relacionado con usted. Si un suscriptor, cónyuge o hijo pierde la cobertura de salud, también puede inscribirse en la cobertura de visión o dental, incluso si no perdió esa cobertura.

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

Obtención de cobertura de Medicaid o CHIP

Si usted o los miembros de su familia cubiertos son elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP, tiene 60 días a partir de la fecha de notificación para cancelar la cobertura a través de PEBA. Un empleado puede cancelar la cobertura de salud, dental o de la vista si obtiene cobertura de Medicaid. Si un cónyuge o un hijo obtiene Medicaid, solo el miembro de la familia que obtuvo la cobertura puede ser cancelado. Se debe adjuntar una copia de la carta de aprobación de Medicaid al *Aviso de Elección*.

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

Si usted o su cónyuge y/o hijos se vuelven elegibles para recibir asistencia con las primas bajo Medicaid o a través de CHIP, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a su cónyuge y/o hijos en un seguro de salud patrocinado por PEBA. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determine la elegibilidad para la asistencia con el pago.

Pérdida de cobertura de Medicaid o CHIP

Si rechazó la cobertura de un seguro de salud, dental y de la vista patrocinado por PEBA para usted o su cónyuge o hijos elegibles debido a la cobertura de Medicaid o CHIP y luego perdió la elegibilidad para esa cobertura, se puede inscribir en un plan de PEBA. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha de notificación de la pérdida de cobertura. Entregue a su administrador de prestaciones una copia de la notificación.

Licencias de ausencia

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

Primas durante la licencia sin sueldo

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

Si está de licencia no remunerada y en un período de estabilidad, puede continuar su seguro. Si usted no realiza el pago del plan de salud en el que está inscrito a través de PEBA, su empleador puede terminar toda su cobertura con PEBA como una terminación voluntaria. Debido a que está cancelando voluntariamente la cobertura, ni usted ni ninguno de sus dependientes serán elegibles para la cobertura continua bajo COBRA. Si cancela la cobertura, se le permitirá volver a inscribirse solo durante el período de inscripción abierta o dentro de los 31 días posteriores a la obtención de la elegibilidad según una disposición del plan, como una situación de elegibilidad especial. Debe consultar con su empleador para confirmar su estado de estabilidad.

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

Un período de licencia no remunerado también puede afectar su elegibilidad para la cobertura de seguro de salud para jubilados si no está obteniendo crédito por servicio de jubilación en ningún momento durante la licencia.

El crédito por servicio de jubilación comprado para una licencia de ausencia aprobada no se considera servicio devengado en un plan de jubilación administrado por PEBA, excepto en ciertas circunstancias. Si tiene preguntas sobre cómo un período de licencia sin goce de sueldo podría afectar su elegibilidad para la cobertura de seguro médico para jubilados, comuníquese con PEBA. Para obtener más información sobre la elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados, consulte la página 135.

Seguro de vida durante la licencia sin sueldo

Puede continuar con su seguro de Vida Opcional, Vida Dependiente-Cónyuge y Vida Dependiente-Hijo hasta por 12

meses desde su último día de trabajo. Si decide no continuar con su seguro de vida mientras está de licencia sin goce de sueldo, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida entera o a término comunicándose con MetLife dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura.

Seguro complementario por discapacidad a largo plazo mientras esté de licencia con o sin goce de sueldo

Su seguro Suplementario por Discapacidad a Largo Plazo (SLTD, por sus siglas en inglés) terminará 31 días después de su último día trabajado. No hay opción para continuar con SLTD; sin embargo, puede convertir su cobertura SLTD. Más información en la página 114 o comuníquese con su administrador de beneficios.

Licencia de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

En virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), los empleadores están obligados a proporcionar una licencia protegida por el empleo, la continuación de ciertos beneficios y la restauración de ciertos beneficios al regresar de la licencia por ciertas razones familiares y médicas especificadas. Si va a recibir la FMLA o regresa de ella, comuníquese 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 tomar una licencia militar o regresa de una licencia militar, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información.

Compensación de trabajadores

Si está en licencia aprobada y recibe beneficios de compensación para trabajadores según la ley estatal, puede continuar su cobertura si paga la prima requerida. El seguro ofrecido a través de PEBA no está destinado a reemplazar la compensación de los trabajadores y no afecta ningún requisito de cobertura para el seguro de compensación para los trabajadores. No tiene la intención de proporcionar o duplicar beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo que se encuentran dentro de la Ley de Compensación para Trabajadores. Si necesita más información, comuníquese con su oficina de beneficios.

Cuando termina la cobertura

Su cobertura terminará:

- El último día del mes en el que estuvo ocupado en un empleo activo, a menos que se transfiera a otro grupo participante;
- El último día del mes en el que deja de ser elegible para la cobertura (es decir, sus horas de trabajo se reducen de tiempo completo a tiempo parcial mientras no esté en un período de estabilidad);
- Al día siguiente de su muerte;
- La fecha en que finaliza la cobertura para todos los suscriptores; o
- El último día del mes en el que se pagaron en su totalidad las primas de todas las coberturas. Tiene que pagar la prima completa, incluida la prima por uso de tabaco, si corresponde.

La cobertura para su cónyuge e hijos terminará:

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

Si su cobertura o la cobertura de su cónyuge o hijo termina, puede ser elegible para la continuación de la cobertura como jubilado, como sobreviviente o bajo COBRA. Para eliminar a un cónyuge o hijo de la cobertura, complete un *Aviso de Elección* dentro de los 31 días a partir de la fecha en que el cónyuge o hijo ya no es elegible para la cobertura.

Un *Certificado de Cobertura Acreditable* está disponible a pedido. Enumera las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Llame al Servicio al Cliente de PEBA al 803.737.6800 para solicitar uno.

Continuación de la cobertura (COBRA)

Elegibilidad

COBRA, la Ley de Conciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada, requiere que se ofrezca la continuación de la cobertura de salud grupal, visión

dental o de la Cuenta de Gastos Médicos⁹ a usted y a su cónyuge e hijos cubiertos si ya no es elegible para la cobertura debido a un evento calificado. Eventos calificados incluyen:

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

PEBA sirve como administrador de beneficios para los suscriptores de COBRA de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos y escuelas chárter que participan tanto en seguros como en jubilación. Los suscriptores de COBRA de empleadores opcionales participantes o escuelas chárter que participan en el seguro solo mantienen el mismo administrador de beneficios.

Selman & Company ofrece cobertura continua para los suscriptores del Plan Suplementario de TRICARE. Los empleados despedidos pueden continuar con la cobertura hasta los 65 años.

Los suscriptores recibirán una carta de terminación sobre la opción de continuación sobre la base de la portabilidad directa de la factura, y los suscriptores serán facturados directamente por Selman & Company.

Cuando no se continuará con la cobertura ofrecida

La cobertura continua bajo COBRA no se ofrecerá a un individuo o beneficiario calificado que pierda la cobertura:

- Por falta de pago de primas;
- Cuando la cobertura se canceló a solicitud del suscriptor; o
- Cuando se considere que un miembro no es elegible.

Cómo continuar la cobertura bajo COBRA

Su administrador de beneficios le proporcionará información sobre

⁹ Las personas elegibles para la cobertura continua bajo COBRA pueden continuar participando en una Cuenta de Ahorros para la Salud mientras ya que permanecen cubiertos por el Plan de Ahorro y cumplen con otros seguro para jubilados.

continuación de la cobertura de COBRA. Para que un cónyuge, hijos o ambos cubiertos continúen con la cobertura bajo COBRA, el suscriptor debe notificar a su oficina de beneficios dentro de los 60 días posteriores al evento calificado o la fecha en que la cobertura se habría perdido debido al evento calificado, lo que ocurra más tarde. De lo contrario, la persona perderá sus derechos a continuar con la cobertura.

Para continuar con la cobertura bajo COBRA, se debe presentar un *Aviso de Elección de COBRA* y las primas. Las primas deben pagarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que se eligió 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 vigencia el día después de que finalizó su cobertura anterior. La cobertura permanece vigente solo mientras las primas estén al día. Se considera que una prima se paga en la fecha del matasellos o en la fecha en que se entrega en mano, no en la fecha del cheque.

Ejemplo de escenario COBRA

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

Cómo podría terminar la cobertura continua bajo COBRA

La cobertura continua terminará antes de que se acabe el período máximo de beneficios si:

1. Un suscriptor no paga la prima completa a tiempo;
2. Un beneficiario calificado se hace acreedor a Medicare;
3. Se produce un evento que haría que PEBA finalizara la cobertura de cualquier suscriptor, como si el suscriptor cometiera fraude;
4. Un beneficiario calificado obtiene cobertura bajo otro plan de salud grupal;
5. Durante una extensión por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado; o

6. PEBA ya no proporciona cobertura de salud grupal.

El beneficiario calificado, su representante personal o su tutor es responsable de notificar a PEBA cuando ya no son elegibles para la cobertura continua.

La cobertura continua será cancelada automáticamente por PEBA en las situaciones mencionadas anteriormente, números 1, 2 y 3. El beneficiario calificado es responsable de presentar un *Aviso para Terminar la Continuación de la Cobertura de COBRA*, junto con los documentos de respaldo, en las situaciones 4 y 5.

Si decide terminar su cobertura de COBRA antes de tiempo, por lo general no podrá obtener un plan del Mercado de Seguros Médicos fuera del período de inscripción abierta. Además, si el período de elección expira y luego decide cancelar su cobertura de COBRA antes de tiempo, no puede cambiar de opinión más tarde y obtener la cobertura de COBRA en una fecha posterior. Un beneficiario calificado puede cancelar la cobertura de COBRA enviando un formulario de *Aviso para Terminar la Continuación de la Cobertura de COBRA* completado.

Cuando se agoten los beneficios proporcionados bajo 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 continua bajo COBRA y no son elegibles para la cobertura bajo otro plan de salud grupal tienen acceso a un seguro de salud sin estar sujeto a un período de exclusión de condiciones preexistentes. Sin embargo, se deben cumplir ciertas condiciones. En Carolina del Sur, el Fondo de Seguros de Salud de Carolina del Sur ofrece esta garantía de cobertura de seguro de salud. Para más información, llame al 803.788.0500, ext. 46401 o 800.868.2500, ext. 46401.

Ampliación de la cobertura continua

Si se inscribe en la cobertura continua bajo COBRA debido a la terminación o una reducción en las horas, una extensión del período máximo de cobertura puede estar disponible si usted, como beneficiario calificado, está discapacitado u ocurre un segundo evento calificado. Usted debe notificar a su administrador de COBRA, dentro de ciertos plazos de tiempo, de una discapacidad o un segundo evento calificado para extender el período de cobertura continua. La falta de notificación oportuna de una discapacidad o un segundo evento calificado podría afectar el derecho a extender el período de cobertura continua bajo COBRA.

Otras opciones de cobertura

Según la Ley Federal del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede comprar 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 inscripción. La elegibilidad para COBRA no limita su elegibilidad para un crédito fiscal a través del Mercado.

Fallecimiento de un suscriptor o cónyuge o hijo cubierto

Si un empleado activo o un jubilado de un empleador opcional participante o escuela chárter que participa en el seguro solo fallece, un miembro de la familia debe comunicarse con el empleador del fallecido para informar la muerte, descontinuar la cobertura del empleado e iniciar la cobertura de sobreviviente para su cónyuge e hijos cubiertos. Si un jubilado de una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público o escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación fallece, un miembro de la familia debe comunicarse con PEBA.

Para continuar con la cobertura, se debe completar un *Aviso de Elección de Sobreviviente* dentro de los 31 días posteriores a la fecha de fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo Número de Identificación de Beneficios y los proveedores de los programas bajo los cuales están cubiertos los sobrevivientes emitirán tarjetas de identificación.

Si su cónyuge o hijo cubierto fallece, comuníquese con su administrador de beneficios. PEBA sirve como administrador de beneficios para los jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos y escuelas chárter que participan tanto en seguros como en jubilación.

Los suscriptores jubilados de empleadores opcionales participantes y escuelas chárter que participan en el seguro solo mantienen el mismo administrador de beneficios de su antiguo empleador.

Sobrevivientes

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

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

A la muerte de un jubilado de una agencia estatal, institución

pública de educación superior, distrito escolar público o escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación que recibía fondos totales o parciales de la parte del empleador de la prima para la cobertura para jubilados, sus sobrevivientes calificados tendrán la parte del empleado de la prima y la parte financiada de la prima del empleador exenta durante un año. Este no es necesariamente el caso de un jubilado de un empleador opcional participante o de una escuela chárter que participa en el seguro solamente, porque los empleadores opcionales participantes pueden optar por renunciar a las primas de los sobrevivientes de los jubilados, pero no están obligados a hacerlo. Un sobreviviente de un jubilado de un empleador opcional participante o escuela chárter que participa en el seguro solamente debe consultar con el administrador de beneficios del jubilado para determinar si se aplica la exención.

Después de que se haya eximido la prima durante un año, un sobreviviente debe pagar la parte de la prima del suscriptor y del empleador para continuar con la cobertura. Si el cónyuge sobreviviente está cubierto como empleado o jubilado en el momento de la muerte, el cónyuge sobreviviente no es elegible para la exención de primas.

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

Cobertura para sobrevivientes de empleados que murieron en el cumplimiento del deber

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

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

En los casos en que el empleado fallecido trabajó para una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o una escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación, un cónyuge sobreviviente cubierto y los hijos sobrevivientes cubiertos pueden optar por continuar la cobertura pagando la tarifa financiada por el empleador después del final de esta exención

de un año Pueden continuar a esta tasa hasta que dejen de ser elegibles. La tarifa de la prima de cobertura para sobrevivientes puede diferir en los casos en que el fallecido trabajó para un empleador opcional participante o una escuela chárter que solo participa en el seguro. El empleador opcional participante o la escuela chárter puede optar por contribuir a la prima del seguro de sobreviviente, pero no está obligado a hacerlo. Incluso cuando los empleadores no contribuyen, los sobrevivientes pueden continuar con la cobertura pagando la tarifa completa durante el tiempo que sigan siendo elegibles.

Elegibilidad continua e inscripción abierta para sobrevivientes

Un cónyuge sobreviviente puede continuar con la cobertura hasta que el cónyuge se vuelva a casar. Un niño puede continuar con la cobertura hasta que ya no sea elegible. Consulte la sección Niños elegibles en la página 14 para más información. Notifique a PEBA dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de elegibilidad para la cobertura. Una persona que ya no es elegible para la cobertura como sobreviviente puede ser elegible para continuar con la cobertura bajo COBRA. Póngase en contacto con PEBA para obtener más detalles.

Siempre y cuando un sobreviviente permanezca cubierto por un seguro de salud, de la vista o dental, puede agregar salud y visión durante el período anual de inscripción abierta de octubre, o dentro de los 31 días de una situación de elegibilidad especial. La cobertura dental se puede agregar o cancelar, pero solo durante la inscripción abierta en un año impar o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial.

Si un sobreviviente cancela el seguro médico, oftalmológico y dental, ya no es elegible como sobreviviente y no puede volver a inscribirse en la cobertura, incluso durante el período de inscripción abierta.

Si un cónyuge sobreviviente se convierte en un empleado activo de un empleador participante, debe cambiar a la cobertura activa. Cuando dejan el empleo activo, pueden volver a la cobertura de sobreviviente dentro de los 31 días si no se han vuelto a casar.

Apelaciones de determinaciones de elegibilidad

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

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

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

- Los empleados pueden iniciar una solicitud de revisión a través

de oficina de beneficios. Los administradores de beneficios pueden presentar una solicitud de revisión en línea.

- Los jubilados, sobrevivientes y suscriptores de COBRA de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos y escuelas chárter que participan tanto en el seguro como en la jubilación pueden presentar solicitudes de revisión directamente a PEBA, que actúa como su administrador de beneficios.
- Los jubilados, sobrevivientes o suscriptores de COBRA de empleadores opcionales participantes o escuelas chárter que participan en el seguro solo pueden presentar solicitudes de revisión a través de la oficina de beneficios de su empleador anterior, que actúa como su administrador de beneficios.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar enviando un [Formulario de Solicitud de Apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la decisión. Incluya una copia de la carta de decisión con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación está relacionada con un embarazo, un recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento que puede salvarle la vida, envíe por correo electrónico su

[Formulario de Solicitud de Apelación](#) a PEBA a

urgentappeals@peba.sc.gov o envíelo por fax al

803.740.1376.

Un proveedor de atención médica, incluido un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico y un representante o agente de dicho proveedor y fabricante; empleador; o el administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante legal o un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA.

Un proveedor o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante legal.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación dentro de 180 días a partir de la fecha en que reciba la información de su apelación.

Sin embargo, este tiempo puede extenderse si hay material adicional se solicita o usted pide una extensión. PEBA le enviará

actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando se complete la revisión de su apelación por parte de PEBA, recibirá una determinación por escrito.

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



Seguro de salud

Sus opciones de plan de salud estatal

El Plan Estatal de Salud ofrece el Plan Estándar, el Plan de Ahorros y, si usted está jubilado y es elegible para Medicare, el Plan Suplementario de Medicare. Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden inscribirse en el Plan Suplementario GEA TRICARE (página 65).

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

Plan Estándar

El Plan Estándar tiene primas más altas pero deducibles anuales más bajos que el Plan de Ahorros. Cuando un miembro de la familia alcanza su deducible, el Plan Estándar comenzará a pagar beneficios para él, incluso si el deducible familiar no ha sido alcanzado. Cuando compra un medicamento recetado con el Plan Estándar, paga solo el copago requerido en lugar de pagar el monto total permitido. Una cantidad permitida se define como la cantidad máxima que un plan de salud permite para un servicio o producto cubierto, ya sea que se proporcione dentro o fuera de la red. Cuando los proveedores se unen a la red, acuerdan proporcionar recetas cuando los miembros solo proporcionan un copago.

Plan de Ahorro

Como suscriptor de un Plan de Ahorros, usted ahorra dinero a través de primas más bajas y asume una mayor responsabilidad por sus costos de atención médica a través de un deducible anual más alto. Usted paga el monto total permitido por los beneficios médicos cubiertos, incluidos los beneficios de salud conductual, como los beneficios de salud mental y abuso de sustancias, así como los beneficios de medicamentos recetados, hasta que alcance el deducible. Con el Plan de Ahorros, se debe cumplir con el deducible familiar antes de que cualquier miembro reciba el pago de los beneficios. El estado del Plan de Ahorro como un plan de salud calificado para impuestos y con deducible alto significa que ofrece la ventaja de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Las HSA están disponibles solo cuando cumple con varios criterios:

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

de impuestos de otra persona.

Los fondos de una HSA se pueden usar para pagar gastos médicos calificados para el suscriptor y los dependientes, y puede transferir fondos de un año a otro.

Plan Suplementario de Medicare

Para obtener más información sobre cómo funciona el Plan Suplementario de Medicare con Medicare, consulte el *Manual de Cobertura de seguro para el miembro elegible de Medicare* en peba.sc.gov/publications en Salud.

Comparación de los planes

La tabla de la página 32 ilustra cómo funcionan juntos el deducible, los copagos y el coseguro, así como otras características del Plan Estándar y el Plan de Ahorros. Este resumen es solo para comparación. El *Plan de Beneficios*, que incluye una descripción completa del Plan, rige los planes Estándar, de Ahorros y Suplementarios de Medicare ofrecidos por PEBA. Está disponible en peba.sc.gov/publications

Comparación de planes de salud¹

	Plan Estándar ²	Plan de Ahorro
Deducible anual	Usted paga hasta \$515 por individuo o \$1,030 por familia	Usted paga hasta \$4,000 por individuo u \$8,000 por familia. ³
Coseguro⁴ El máximo no incluye copagos ni deducibles	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia. Fuera de la red, 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. Fuera de la red, paga el 40% hasta \$6,000 por persona o \$12,000 por familia.
Visita al consultorio médico⁵	Usted paga un copago de \$15 más el monto restante permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga su coseguro
Ambulatorio / atención de urgencias^{6,7}	Usted paga un copago de \$115 (servicios ambulatorios) cantidad restante permitida hasta que alcance su deducible. Luego, paga el copago más su coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Hospitalización⁸	Paga el monto total permitido hasta que cumpla su deducible. Luego, usted paga su coseguro.	Paga el monto total permitido hasta que cumpla su deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Quiropráctica	Límite de \$2,000 por persona cubierta	Límite de \$500 por persona cubierta
Medicamentos recetados⁹ Suministro para 30 días/suministro para 90 días ¹⁰ 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 en copagos de medicamentos recetados. Luego, no paga nada.	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible anual. Luego, paga su coseguro. Los costos de los medicamentos se aplican a su coseguro máximo. Cuando llega al máximo, no 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 los dependientes que consumen tabaco pagarán una prima de \$40 por mes para la cobertura solo para suscriptores y \$60 para otros niveles de cobertura. La prima por uso de tabaco no se aplica a los suscriptores del Suplemento de TRICARE.

² Consulte el manual de *Cobertura de seguro para el miembro elegible de Medicare*, ubicado en peba.sc.gov/publications, para obtener información sobre cómo este plan se coordina con Medicare.

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

⁴ Un proveedor fuera de la red puede facturarle más que la cantidad permitida por el Plan de Salud Estatal. Más información sobre los beneficios fuera de la red en la página 42.

⁵ El copago de \$15 no se aplica a las mamografías de rutina, las visitas de rutina para adultos, las visitas de rutina para mujeres y las visitas de niños sanos.

⁶ El copago de \$115 para servicios ambulatorios no se aplica a los servicios de sala de emergencias, servicios de oncología, visitas a clínicas de diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electroconvulsiva y administración de medicamentos psiquiátricos.

⁷ El copago de \$193 para atención de emergencia no se cobra si es admitido.

⁸ La hospitalización requiere autorización previa para que el Plan de Salud del Estado brinde cobertura.

⁹ Los medicamentos recetados no están cubiertos en las farmacias fuera de la red. Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días por surtido.

¹⁰ Pagará un copago más bajo por un suministro de 90 días de medicamentos recetados en su farmacia de la red local que participa en la Red Smart90 que si comprara el medicamento un mes a la vez.

Disponibilidad	Igual que Medicare y disponible para jubilados y dependientes/sobrevivientes cubiertos que son elegibles para Medicare.
Deducible 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 un máximo.
Visita al consultorio del médico	El plan paga un coseguro de la Parte B del 20%.
Hospitalización / cuidados en un centro de enfermería	<p>Estancias hospitalarias para pacientes hospitalizados El plan paga el deducible y el coseguro de Medicare durante los días 61 a 150 (los beneficios de Medicare pueden terminar antes si el miembro ha utilizado previamente alguno de sus 60 días de reserva vitalicios); El plan paga el 100% después de 150 días (se requiere la aprobación de Medi-Call).</p> <p>Atención en un centro de enfermería especializada El plan paga coseguro para los días 21-100; El plan paga el 100% de los días aprobados más allá de los 100 días, hasta 60 días por año.</p>
Medicamentos recetados^{11,12} Suministro para 30 días/Suministro para 90 días en una farmacia de la red	<p>Nivel 1 (genérico): \$13/\$32</p> <p>Nivel 2 (marca preferida): \$46/\$115</p> <p>Nivel 3 (marca no preferida): \$77/\$192</p> <p>Usted paga hasta \$3,000 en copagos de medicamentos recetados. Luego, no paga nada.</p>

11 Los medicamentos recetados no están cubiertos en las farmacias fuera de la red. Las recetas de la Parte B cubiertas por el beneficio médico podrían requerir autorización previa por parte de CMS. Los miembros principales de Medicare deben usar una farmacia de la red que acepte Medicare. Se aplican 12 reglas de Medicare.

Sus herramientas en línea del Plan de Salud Estatal

Estos sitios web cubren información específica sobre su salud y beneficios dentales. Más información sobre las herramientas en línea para sus beneficios de prescripción en la página 69 y los beneficios del Plan de Visión del Estado en la página 87.

StateSC.SouthCarolinaBlues.com

El sitio web de BlueCross para suscriptores de State Health Plan ofrece:

- Información de cobertura;
- Formularios y documentos;
- Información sobre beneficios de salud preventiva, como el programa de copago sin pago, exámenes preventivos, vacunas y Cesación del consumo de tabaco; y
- El inicio de sesión de My Health Toolkit® para acceder a la información específica de los miembros.

My Health Toolkit®

Regístrese e inicie sesión para que pueda:

- Actualizar otra información sobre seguros de salud y dentales;
- Vea cuánto de su deducible y el máximo de coseguro ha satisfecho;
- Use la herramienta Find Care para localizar proveedores de la red, incluyendo proveedores de salud conductual y dentales;
- Verificar el estado de las reclamaciones, autorizaciones previas y facturas de proveedores de salud y dentales;
- Vea su Explicación de Beneficios (EOB) en línea en lugar de enviarla por correo;
- Solicitar una tarjeta de identificación de beneficios;
- Realizar una evaluación de salud personal de Personify Health;
- Conéctese con un administrador de atención y acceda a información de bienestar; y
- Envíe sus preguntas al Servicio al cliente de BlueCross.

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

Personify Health

Como miembro de State Health Plan, tiene acceso a Personify Health, una solución integral para el compromiso con la salud y el bienestar. Personify Health está diseñado para ayudarte a adoptar cambios de comportamiento fáciles de mantener que pueden reducir los riesgos para la salud. Cada persona tiene diferentes objetivos y necesidades de salud. Se merece algo mejor que una plataforma de talla única. Ya sea que solo desee mantenerse saludable o necesite controlar ciertos problemas de salud, Personify Health lo ayuda a encaminarse hacia el éxito. Personify Health es un producto de Virgin Pulse, una compañía independiente que proporciona una plataforma digital de salud y bienestar en nombre del Plan Estatal de Salud.

Con Personify Health, usted puede:

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

Alternativas a los beneficios para acompañantes

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

- La herramienta Buscar un proveedor para localizar proveedores de salud conductual de la red;
- Información sobre el programa de administración de casos y los programas de entrenamiento de salud conductual de Companion Benefit Alternatives;
- El boletín electrónico mensual para miembros de Balanced Living que cubre temas actuales de salud conductual con consejos útiles; y
- Recursos para manejar problemas de salud mental.

Blue CareOnDemandSM

Los miembros de State Health Plan inscritos en el Plan Estándar o en el Plan de Ahorros tienen acceso a Blue CareOnDemand, una opción de telemedicina (visita por video) que se ofrece a través del administrador externo del State Health Plan, BlueCross. Esta plataforma se enfoca en visitas de video en vivo a través de una computadora o dispositivo portátil, y utiliza tecnología bajo demanda en la que puede solicitar una visita y conectarse con un proveedor en menos de dos minutos. Las visitas por video están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año y ofrecen una alternativa asequible y más conveniente a las salas de emergencia y los centros de atención de urgencia.

Blue CareOnDemand no está disponible para los miembros principales de Medicare.

Visitas médicas

Los médicos participantes de Blue CareOnDemand están capacitados para tratar a los pacientes a través de la tecnología virtual, siguiendo protocolos estrictos específicos para las visitas por video y utilizando las mejores prácticas para el sitio web. Como parte de estos protocolos, el panel de proveedores trata los diagnósticos comunes de atención de urgencia, como sinusitis, infección respiratoria, bronquitis, conjuntivitis y tos, en lugar de afecciones más graves que requieren atención integral. Si una visita por video no es el tipo de servicio adecuado para usted, se le derivará a un punto de servicio más apropiado y se le asistirá para garantizar que reciba la atención necesaria. Blue CareOnDemand permite a los médicos ver la información de antecedentes proporcionada por el paciente antes de las consultas, y se conecta con el sistema de membresía de BlueCross para confirmar su elegibilidad y determinar el monto correcto de su participación en el costo del paciente.

Esta opción de visita por video está cubierta como una visita tradicional al consultorio en cada Plan. Por ejemplo, si tiene el Plan Estándar, una visita antes de alcanzar su deducible puede sumar \$59, y después de alcanzar su deducible puede totalizar \$23.80. Si tiene el Plan de Ahorros, una visita antes de alcanzar su deducible puede ascender a un total de \$59, y después de alcanzar su deducible puede ascender a un total de \$11.80.

Visitas de salud conductual

No deje que las dificultades emocionales afecten su bienestar. Chatee por video con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra con licencia desde la comodidad de su hogar. Y la ayuda no tiene por qué detenerse después de su primera consulta. Continúe con las visitas de seguimiento todo el tiempo que sea necesario. Las citas están disponibles a la hora y con la frecuencia que sean adecuadas para usted.

Usted paga un copago de \$15,¹³ más el monto restante permitido hasta que alcance su deducible. Visite

www.BlueCareOnDemandSC.com o descargue la aplicación gratuita hoy mismo para concertar su primera cita.

Atención virtual de MUSC Health

MUSC Health Virtual Care es una manera fácil de recibir tratamiento para afecciones comunes como alergias, conjuntivitis, infecciones de los senos paranasales, erupciones cutáneas, dolor de garganta, infecciones del tracto urinario y gripe. Está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, pero no está destinado a reemplazar a su médico de cabecera. Este servicio está disponible sin costo para todos los miembros de State Health Plan, incluidos los miembros principales de Medicare. Tampoco hay ningún costo para el Plan cuando utiliza este servicio.

Los miembros mayores de 18 años pueden crear una cuenta. Las visitas para hijos dependientes menores de 18 años deben ser completadas por uno de los padres. No es necesario ser residente de Carolina del Sur; Sin embargo, debe estar en el estado en el momento de la visita.

Más información sobre la atención virtual de MUSC Health en [peba.sc.gov/ telesalud](http://peba.sc.gov/telesalud).

Cómo el Plan de Salud del Estado paga por los beneficios cubiertos

PEBA contrata a varias compañías para procesar sus reclamos de manera rentable y oportuna. La información de algunas de estas compañías, como los beneficios de venta con receta o de la vista, se encuentra en capítulos separados. Estos administradores externos cubren tratamientos de salud, dentales y de salud conductual:

- BlueCross se desempeña como procesador de reclamaciones médicas, manejando reclamaciones de salud, salud conductual y reclamaciones dentales. Medi-Call, una división de BlueCross, ofrece servicios de autorización médica previa y administración de casos. Para obtener más información sobre Medi-Call, consulte la página 44.
- Companion Benefit Alternatives, una subsidiaria de propiedad absoluta de BlueCross, es el administrador de salud conductual que se encarga de la autorización previa para el tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, la administración de casos y las redes de proveedores. Para obtener más información, consulte notificaciones.

¹³ Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos por ninguna visita, pero pagarán el monto total permitido hasta alcanzar su deducible.

Medi-Call, una división de BlueCross, ofrece servicios de autorización médica previa y administración de casos.

Para obtener más información sobre Medi-Call, consulte la página 44.

Los suscriptores comparten el costo de sus beneficios mediante el pago de deducibles, copagos y coseguros por los beneficios cubiertos.

Cantidad permitida

El monto permitido es el monto máximo que un plan pagará por un servicio cubierto. Los proveedores de la red aceptan el monto permitido como su tarifa total, dejándolo a usted responsable solo de los copagos y cualquier coseguro después de que se alcance su deducible anual. Los suscriptores del Plan de Ahorro no pagan copagos, sino el monto total permitido hasta que se alcanza el deducible. En el caso de los servicios fuera de la red, usted paga más en coseguro y el proveedor puede cobrar más que el monto permitido. Vea la facturación de saldo en la página 41.

Pago de gastos de atención médica con el Plan Estándar

Deducible anual

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

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

Las familias inscritas en el Plan Estándar tienen el mismo deducible, sin importar cuántos miembros de la familia estén cubiertos. El deducible familiar puede ser cubierto por cualquier combinación de los gastos médicos cubiertos de dos o más miembros de la familia, siempre y cuando totalicen \$1,030. Por ejemplo, si cuatro personas tienen cada una \$257.50 en gastos cubiertos, se ha alcanzado el deducible familiar, incluso si ninguna persona ha cumplido con 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 del resto de los beneficios de la familia hasta que se haya alcanzado el deducible familiar. Las reclamaciones de ningún miembro de la familia pueden contribuir más de \$515 al deducible familiar.

Si el suscriptor y el cónyuge del suscriptor, que también está cubierto por 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 multas por no llamar a Medi-Call, Evolent o Companion Benefit Alternatives para obtener la autorización previa correspondiente no cuentan para el deducible anual.

Copagos

Un copago es una cantidad fija que usted paga por un servicio además de su deducible y 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 alcanzar su coseguro máximo, continúa pagando copagos.

Los suscriptores del Plan Estándar pagan los siguientes copagos:

- Servicios en el consultorio de un proveedor profesional; visitas por video; servicios de instalaciones ambulatorias, que pueden prestarse en un departamento ambulatorio de un hospital o en una instalación independiente; y atención en una sala de emergencias.
- Medicamentos recetados

El copago por cada visita al consultorio de un proveedor profesional es de \$15. Este copago no se aplica a las pruebas de Papanicolaou de rutina, las mamografías de rutina, las visitas de rutina para adultos, las visitas de rutina para mujeres y las visitas de cuidado de niños sanos.

En el ejemplo de la página 37 se utiliza una visita al consultorio del médico que tiene un monto permitido de \$56 en el Plan Estándar.

El copago por los servicios de centros ambulatorios, que incluyen los servicios hospitalarios ambulatorios que no sean visitas a la sala de emergencias y servicios de centros quirúrgicos ambulatorios, es de \$115. Este copago no se aplica a los servicios de oncología, visitas a la clínica de diálisis, hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos, terapia electroconvulsiva y administración de medicamentos psiquiátricos. El copago por cada visita a la sala de emergencias es de \$193. Este copago no se aplica si usted es admitido en el hospital.

Un copago de medicamentos recetados es un monto total fijo que un suscriptor del Plan Estándar paga cada vez que se surte una receta en una farmacia de la red. El copago máximo de medicamentos recetados para cada miembro de la familia cubierto es \$3,000. Los copagos de medicamentos recetados no se aplican

al deducible anual ni al coseguro máximo. Para obtener más información, consulte la página 69.

No se ha cumplido con el deducible anual	
Cantidad permitida	\$56.00
Copago	<u>- \$15.00</u>
Cantidad restante permitida	\$41.00
Se aplica al deducible anual	
Copago	\$15.00
Monto aplicado al deducible	+ \$41.00
Su pago total	\$56.00

Annual deductible has been met	
Cantidad permitida	\$56.00
Copago	<u>- \$15.00</u>
Cantidad restante permitida	\$41.00
Se aplica al deducible anual	
	<u>x 20%¹⁴</u>
Coseguro	\$8.20
Copago	\$15.00
Coseguro	+ \$8.20
Su pago total	\$23.20

Coseguro

Después de que alcance su deducible anual, el Plan Estándar paga el 80% del monto permitido para sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos, si usa proveedores de la red. Usted paga el 20% del monto permitido como coseguro, que se aplica a su coseguro máximo.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el Plan paga el 60% del monto permitido del Plan por sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos. Usted paga el 40% del monto permitido como coseguro, que se aplica a su máximo de coseguro fuera de la red. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más de la cantidad permitida. Cualquier cargo por encima del monto permitido por el Plan para un beneficio médico o de salud conductual cubierto es su responsabilidad. Consulte la página 42 para obtener más información sobre la facturación de saldos y el diferencial fuera de la red.

Se aplica una tarifa de coseguro diferente para los tratamientos de infertilidad y los medicamentos recetados asociados con la infertilidad. Consulte la página 57.

¹⁴ En este ejemplo, el Plan Estándar pagó el 80%, o \$32.80, de la cantidad permitida de \$41 que queda después del copago.

Máximo de coseguro

El coseguro máximo es la cantidad en coseguro que un suscriptor debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que ya no esté obligado a pagar el coseguro. Para el Plan Estándar, es de \$3,000 para cobertura individual y \$6,000 para cobertura familiar para servicios dentro de la red, y \$6,000 para cobertura individual y \$12,000 para cobertura familiar para servicios fuera de la red.

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

Los suscriptores del Plan Estándar continúan pagando copagos incluso después de alcanzar su deducible anual y coseguro máximo. Los copagos por servicios en el consultorio de un proveedor, una visita por video, un centro ambulatorio y una sala de emergencias no se aplican al deducible anual ni al coseguro máximo. Los copagos de medicamentos recetados se aplican al copago máximo de \$3,000 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 multas en las que se incurre cuando no llama a Medi-Call, Evolent o Companion Benefit Alternatives para obtener la autorización previa correspondiente, no cuentan para el coseguro máximo.

Pago de gastos de atención médica con el Plan de Ahorros

Deducible anual

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

- \$4,000 para cobertura individual y
- \$8,000 para cobertura familiar.

No hay deducible individual si más de un miembro de la familia está cubierto. 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 ninguna persona cubierta hasta que el monto total permitido pagado por los beneficios cubiertos supere los \$8,000. Por ejemplo, incluso si un miembro de la familia ha pagado \$4,001 por beneficios médicos cubiertos, el Plan no comenzará a pagar un porcentaje del costo de sus beneficios cubiertos hasta que su familia haya pagado \$8,000 por los beneficios cubiertos.

Sin embargo, 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 Ahorros, también paga el monto total permitido para los medicamentos recetados cubiertos, que se aplica a su deducible anual.

Copagos

No hay copagos bajo el Plan de Ahorros. Hasta que alcance su deducible, paga el monto total permitido por los servicios, que se aplica a su deducible anual.

Coseguro

Después de que alcance su deducible anual, el Plan de Ahorros paga el 80% del monto permitido por sus beneficios médicos, de medicamentos recetados y de salud conductual cubiertos si usa proveedores de la red. Usted paga el 20% de la cantidad permitida como coseguro. Después de cumplir con su coseguro máximo, el Plan pagará el 100% del monto permitido.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el Plan paga el 60% del monto permitido del Plan por sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos. Usted paga el 40% de la cantidad permitida como coseguro. Un proveedor fuera de la red puede facturarle más de la cantidad permitida. Cualquier cargo por encima del monto permitido por el Plan para un beneficio médico o de salud conductual cubierto es su responsabilidad. Consulte la página 42 para obtener más información sobre la facturación de saldos y el diferencial fuera de la red. Los beneficios de medicamentos recetados se pagan solo si usa una farmacia de la red.

Se aplica una tarifa de coseguro diferente para los tratamientos de infertilidad y los medicamentos recetados asociados con la infertilidad. Consulte la página 57.

Máximo de coseguro

El coseguro máximo es la cantidad en coseguro que un suscriptor debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que ya no esté obligado a pagar el coseguro. Bajo el Plan de Ahorro, es de \$3,000 para cobertura individual o \$6,000 para cobertura familiar para servicios dentro de la red; Es de \$6,000 para cobertura individual o \$12,000 para cobertura familiar para servicios fuera de la red.

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

Los pagos por servicios no cubiertos, deducibles y multas por no llamar a Medi-Call, Evolent o Companion Benefit Alternatives no cuentan para el coseguro máximo.

Pagar los gastos de atención médica si es elegible para Medicare

Para obtener más información sobre cómo el Plan Exclusión y el Plan Suplementario de Medicare funcionan con Medicare, consulte el manual *Cobertura de seguro para los miembros elegibles para Medicare*, en peba.sc.gov/publications en Salud.

Coordinación de beneficios

Algunas familias, como aquellas en las que un cónyuge trabaja para un empleador participante y el otro trabaja para un empleador que no está cubierto por los beneficios de seguro de PEBA, pueden ser elegibles para estar cubiertas por dos planes de salud. Si bien la cobertura adicional puede significar que el seguro pague una mayor parte de sus gastos médicos, es probable que paguen las primas de ambos planes. Considere las ventajas y desventajas antes de comprar una cobertura adicional.

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

Con la coordinación de beneficios, el plan primario paga primero. El plan secundario paga después del plan primario. Estos son

algunos ejemplos de cómo funciona:

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

El Plan de Salud del Estado no es responsable de presentar o procesar reclamaciones para un suscriptor a través de otro plan de seguro de salud.

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

- En el caso de una reclamación médica o de salud conductual, usted o su proveedor presentan la *Explicación de Beneficios* de su plan principal con BlueCross.
- El Plan de Salud Estatal pagará la menor de las siguientes cantidades:
 - 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 sobre la facturación de saldos no se aplica. Debido a esto, considere usar un proveedor en la red de su plan principal.
- También será responsable de los copagos, deducibles y coseguros del Plan Estatal de Salud (si no se ha alcanzado el máximo de coseguro).

Tenga en cuenta que, si se cancela su cobertura con cualquier otro programa de seguro médico, debe solicitar una carta

Cuestionario de coordinación de prestaciones

Todos los beneficios del Plan Estatal de Salud están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para asegurarse de que una persona cubierta por más de un plan de seguro no sea reembolsada más de una vez por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan primario paga primero. El plan secundario paga después del plan primario. Para garantizar que los beneficios se paguen correctamente, los miembros deben completar un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. BlueCross no procesará ni pagará reclamaciones hasta que reciba su información. Inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit para actualizar esta información. También puede llamar a BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520.

de terminación y envíe esta carta a BlueCross de inmediato, ya que las reclamaciones no pueden ser procesadas ni pagadas hasta que BlueCross reciba su información.

Enfermedad renal terminal

Al final del período de coordinación de 30 meses para la enfermedad renal en etapa final (ESRD), Medicare se convertirá en su seguro principal, independientemente de su situación laboral. Si está cubierto como jubilado, debe comunicarse con PEBA dentro de los 31 días para cambiar del Plan Exclusión al Plan Suplementario de Medicare. Consulte el manual *Cobertura de seguro para miembros elegibles de Medicare* para obtener más información.

El período de coordinación puede ser diferente para los niños dependientes cubiertos con ESRD o que han tenido un trasplante de riñón. Más información en el sitio web de Medicare.

Usando las redes de proveedores del Plan Estatal de Salud

Debido a que el Plan Estatal de Salud opera como una organización de proveedores preferidos, cuenta con redes de médicos y hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios y centros de pruebas de mamografías. Notará que las letras "PPO" están impresas en su tarjeta de identificación del Plan de Salud del Estado. El Plan también pone a disposición de los suscriptores redes de equipos médicos duraderos, laboratorios, radiología y rayos X, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, centros de enfermería especializada, centros de cuidados intensivos a largo plazo, hospicios y centros de diálisis. When joining the network, these providers agree to accept the Plan's allowed amount for covered benefits as payment in full. Los proveedores de la red le cobrarán su deducible, copagos y

coseguro cuando se proporcionan los servicios. Ellos también presentarán su reclamo.

Si utiliza un proveedor médico o de salud conductual 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 incluso si se encuentra en un hospital de la red o en el consultorio de un proveedor de la red, el proveedor puede emplear proveedores o técnicos contratados fuera de la red. Si un proveedor fuera de la red presta servicios, incluso en una instalación de la red, aún puede facturarle el saldo y usted seguirá pagando el diferencial fuera de la red. La Ley Federal Sin Sorpresas limita cuándo un proveedor fuera de la red puede saldar la factura. Más información en

peba.sc.gov/sites/default/files/surprise_billing.pdf

Para obtener más información, consulte la página 42.

Encontrando un proveedor médico o de la red de salud conductual

Para ver el directorio de proveedores en línea, visite el sitio web específico del estado de BlueCross,

StateSC.SouthCarolinaBlues.com, inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit, seleccione Recursos y luego Buscar atención. Aquí puede:

- Buscar un proveedor por nombre, ubicación y especialidad;
- Buscar alternativas a la sala de emergencias, que son lugares a los que puede acudir para recibir atención que no sea una sala de emergencias, como centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa; y
- 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 Registrarse. O puede visitar StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccionar Crear una cuenta. Luego, ingrese su número de identificación de beneficios en su tarjeta de identificación del Plan de Salud del Estado, así como 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 de State Health Plan en su área.

Companion Benefit Alternatives se desempeña como administrador de beneficios de salud conductual, incluidos los beneficios de salud mental y abuso de sustancias. Para los proveedores de salud conductual, puede usar la herramienta Find Care en Recursos en su cuenta de My Health Toolkit en

StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Para obtener 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 utiliza un proveedor fuera de la red, pagará más por su atención.

Encontrando un proveedor de red fuera del estado o en el extranjero

Los miembros de State Health Plan 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. Siempre lleve consigo su plan de salud y tarjetas de identificación de medicamentos recetados cuando viaje porque aún puede usarlas fuera del estado. Si está cubierto por el Plan de Salud del Estado y necesita atención de salud conductual fuera de Carolina del Sur, llame al 800.810.2583.

Dentro de los Estados Unidos

Con el programa BlueCard, puede elegir los médicos y hospitales de la red que mejor se adapten a sus necesidades. Aquí está cómo usar su cobertura de salud cuando está lejos de casa, pero dentro de los Estados Unidos:

1. Localice médicos y hospitales cercanos visitando StateSC.SouthCarolinaBlues.com.
2. Inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit, seleccione Recursos, luego Buscar atención, o llame a BlueCard Access al 800.810.2583.
3. Llame a Medi-Call dentro de las 48 horas de recibir atención de emergencia. El número de teléfono gratuito se encuentra en su tarjeta de identificación del Plan de Salud del Estado.

El proveedor debe presentar reclamaciones ante la filial de BlueCross en el estado donde se prestaron los servicios. No debería necesitar completar ningún formulario de reclamación ni pagar por adelantado por servicios médicos que no sean los gastos de bolsillo habituales (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 42.

Fuera de los Estados Unidos

A través de BlueCross BlueShield Global Core, su tarjeta de identificación de State Health Plan le brinda acceso a médicos y hospitales en más de 200 países y territorios de todo el mundo, así como a una amplia gama de servicios médicos.

Tenga en cuenta que Medicare no ofrece beneficios fuera de los Estados Unidos. Debido a que el Plan Suplementario de Medicare del Plan de Salud Estatal no permite beneficios para servicios no cubiertos por Medicare, los suscriptores del Plan Suplementario de Medicare no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos.

Consulte el manual de *Cobertura de Seguro de PEBA para el miembro elegible para Medicare* ubicado en peba.sc.gov/publications, para más información.

Aquí está cómo aprovechar el programa BlueCross BlueShield Global Core:

1. Si tiene preguntas antes de su viaje, llame al número de teléfono en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal para verificar sus beneficios y para autorización previa, si es necesario. Sus beneficios de atención médica pueden ser diferentes fuera de los Estados Unidos
2. El Centro de Servicios Básicos Globales de BlueCross BlueShield puede ayudarlo a encontrar proveedores en el área a la que viaja. También puede proporcionar otra información útil sobre la atención médica en el extranjero. Visite bcbsglobalcore.com. Debe aceptar los términos y condiciones e iniciar sesión con las tres primeras letras de su BIN. Luego puede seleccionar un tipo de proveedor. También puede elegir una especialidad, ciudad, nación y distancia de la ciudad. 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 es admitido en el hospital, llame al Centro de Servicios Básicos Globales de BlueCross BlueShield al número gratuito 800.810.2583 o por cobrar al 804.673.1177 lo antes posible.
4. El Centro de Servicios Básicos Globales de BlueCross BlueShield trabajará con su plan para organizar la facturación directa con el hospital por su estadía como paciente hospitalizado. 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 no se acuerda la facturación directa entre el hospital y su plan, debe pagar la factura por adelantado y presentar una reclamación. Para la atención ambulatoria y las visitas al médico, pague al proveedor cuando reciba atención y presente un reclamo.
6. Para presentar una reclamación por los servicios que pagó

cuando recibió atención o pagó a proveedores que no forman parte de la red de BlueCross BlueShield Global Core, complete un *Formulario de reclamación internacional de BlueCross BlueShield Global Core* y envíelo al Centro de servicios de BlueCross BlueShield Global Core con esta información: el cargo por cada servicio; la fecha de cada servicio; el nombre y la dirección de cada proveedor; una factura completa y detallada, incluidas las descripciones de las partidas; y descripciones y fechas de todos los procedimientos y cirugías. Esta información no tiene que estar en inglés. Asegúrese de obtener toda esta información antes de salir del consultorio del proveedor.

7. El formulario de reclamación se encuentra en el sitio web de BlueCross, [StateSC. SouthCarolinaBlues.com](http://StateSC.SouthCarolinaBlues.com) en Recursos y, a continuación, en Formularios y documentos. A continuación, seleccione el formulario de reclamación internacional. También puede llamar al centro de servicio al número gratuito 800.810.2583 o por cobrar al 804.673.1177. La dirección del centro de servicio se encuentra en el formulario de reclamación. BlueCross BlueShield Global Core se encargará de facturar a BlueCross.

Si necesita un comprobante de seguro para viajes al extranjero, solicítelo a PEBA por escrito. Puede hacerlo en peba.sc.gov/contact o en una carta. La solicitud debe realizarse con al menos 10 días hábiles de anticipación para asegurarse de recibirla en el tiempo deseado.

Atención de conserjería

Algunos proveedores de la red de State Health Plan pueden ofrecer atención de conserjería como parte de su enfoque de la atención al paciente. La atención de conserjería podría denominarse medicina de conserjería, medicina basada en retenedores, medicina boutique, práctica de platino o atención directa. Los proveedores que ofrecen atención de conserjería generalmente cobran una tarifa de membresía anual antes de aceptar pacientes o ver pacientes para recibir atención. El Plan de Salud Estatal no cubre estas cuotas de membresía, y los proveedores de la red no pueden hacer que el pago de una cuota de membresía sea una condición para aceptarlo como paciente o para que reciba atención bajo los beneficios de su Plan de Salud Estatal. Como proveedor de la red, deben seguir todas las reglas del Plan, incluida la aceptación de los montos permitidos por los servicios del Plan y no cobrar extra por los servicios cubiertos. Esto significa que la cuota de membresía de un proveedor no puede incluir cargos adicionales por servicios o artículos que normalmente cubre el Plan de Salud Estatal.

Red de proveedores de medicamentos recetados

Para obtener más información sobre su red de proveedores de medicamentos recetados, consulte la página 69.

Beneficios fuera de la red

Todavía puede recibir cierta cobertura cuando utiliza proveedores de atención médica y de salud conductual que no forman parte de la red.

Antes de que el Plan de Salud Estatal pague el 100% del monto permitido del Plan para beneficios fuera de la red, los suscriptores del Plan Estándar deberán cumplir con su deducible anual y luego cumplir con el máximo de coseguro individual fuera de la red de \$6,000 o el máximo de coseguro familiar fuera de la red de \$12,000. Los suscriptores del Plan de Ahorros deberán cumplir con su deducible anual y luego cumplir con el máximo de coseguro individual de \$6,000 o el máximo de coseguro familiar de \$12,000. Es posible que los suscriptores de ambos planes también deban completar formularios de reclamo.

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 Evolent.

No hay cobertura disponible para medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos. Se ofrece cobertura limitada de medicamentos a los miembros inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados del Plan Estatal de Salud que se enferman mientras viajan al extranjero. Para obtener más información, consulte la página 70.

Facturación de saldos

Si utiliza un proveedor que no forma parte de la red, es posible que se le facture el saldo. Cuando el Plan de Salud Estatal es su cobertura principal, los proveedores de la red tienen prohibido facturarle los beneficios cubiertos, excepto los copagos, el coseguro y el deducible. Sin embargo, un proveedor fuera de la red puede facturarle más que el monto permitido por el Plan para el beneficio cubierto (hasta los cargos del proveedor), lo que aumentará su costo de bolsillo.¹⁵ La diferencia entre lo que cobra el proveedor fuera de la red y el monto permitido se llama factura de saldo. La factura del saldo no contribuye a cumplir con su deducible anual o coseguro máximo.

Diferencial fuera de la red

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

En ambos ejemplos de la página siguiente, usted tiene cobertura solo para suscriptores bajo el Plan de Salud Estatal y no ha alcanzado su deducible. La cantidad permitida es \$5,000. El proveedor cobró \$6,000 por el servicio.

¹⁵ La Ley Federal Sin Sorpresas limita cuándo un proveedor fuera de la red puede saldar la factura. Obtenga 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 permitido¹⁶	\$5,000.00
Deducible anual	<u>-\$515.00</u>
Monto permitido restante	\$4,485.00 x
	<u>20%</u> ¹⁷
Coseguro	\$897.00
Se aplica al coseguro máximo	
Copago¹⁸	\$15.00
Deducible anual	+ \$515.00
Coseguro	+ \$897.00
Su pago total	\$1,427.00

Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Importe permitido	<u>-\$5,000.00</u>
Saldo factura¹⁹	\$1,000.00
Cantidad permitida	\$5,000.00
Deducible anual	<u>-\$515.00</u>
Cantidad permitida restante	\$4,485.00
	<u>x40%</u> ²⁰
Coseguro	\$1,794.00
Se aplica al coseguro máximo	
Copago	\$15.00
Deducible anual	+ \$515.00
Coseguro	+ \$1,794.00
Factura de saldo	+ \$1,000.00
Su pago total	\$3,324.00

16 Los proveedores de la red no están autorizados a cobrar más de la cantidad permitida.

17 El Plan Estándar pagó el 80% de la cantidad permitida de \$4,485 después del deducible, por un total de \$3,588.

18 Por ejemplo, se supone que el servicio es una visita al consultorio.

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

20 El Plan Estándar pagó el 60% de la cantidad permitida de \$4,485 después del deducible, por un total de \$2,691.

Plan de Ahorro

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido²¹	\$5,000.00
Deducible anual	<u>-\$4,000.00</u>
Monto permitido restante	\$1,000.00 x
	20% ²²
Coseguro	\$200.00
Se aplica al coseguro máximo	
Deducible 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>
Cuenta de saldo²³	\$1,000.00
Cantidad permitida	\$5,000.00
Deducible anual	<u>-\$4,000.00</u>
Monto restante permitido	\$1,000.00
	<u>x 40%</u> ²⁴
Coseguro	\$400.00
Se aplica al coseguro máximo	
Deducible anual	\$4,000.00
Coseguro	+ \$400.00
Cuenta de saldo	+ \$1,000.00
Su pago total	\$5,400.00

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

22 El Plan de Ahorro pagó el 80% del monto permitido de \$1,000 después del deducible, por un total de \$800.

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

24 El Plan de Ahorro pagó el 60% del monto permitido de \$1,000 después del deducible, por un total de \$600.

Obteniendo autorización previa para su atención médica

Autorización previa para la atención médica

Con el Plan de Salud del Estado, algunos servicios cubiertos requieren autorización previa por teléfono 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 la llamada. Para pre-autorizar su tratamiento médico, llame a Medi-Call al 800.925.9724.

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

Consulte la página 45 para la salud conductual, la página 46 para radiología y la página 72 para la autorización previa de medicamentos recetados.

Autorización previa de trabajos de laboratorio

Ciertos servicios de laboratorio requieren autorización previa y requieren que su proveedor solicite a Avalon Healthcare Solutions (Avalon)²⁵ que revise estos servicios antes de realizar los servicios. Las solicitudes de autorización previa pueden presentarse a Avalon por fax al 888.791.2181 o por teléfono al 844.227.5769, 8 a.m. a las 8 p.m., hora estándar del este (EST). Una vez que Avalon reciba la solicitud, será revisada por el personal clínico de Avalon y notificarán a su proveedor de la determinación. Una autorización para el trabajo de laboratorio no garantiza el pago.

Cómo autorizar previamente su tratamiento

Los números de Medi-Call son:

- 803.699.3337 o 800.925.9724.
- 803.264.0183 (fax).

Puede comunicarse con Medi-Call por teléfono a partir de las 8:30 a.m. hasta las 17 hs., de lunes a viernes, excepto festivos. Puede también enviar información por fax a Medi-Call las 24 horas del día; Medi-Call responderá dentro de dos días hábiles. Si envía un fax a Medi-Call, proporcione, como mínimo, la siguiente información para que pueda comenzar la revisión:

²⁵ Avalon is an independent company that performs outpatient lab services on behalf of BlueCross. Avalon no revisa las solicitudes de servicios prestados en una sala de emergencias, un centro quirúrgico o un lugar de servicio para pacientes hospitalizados.

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

Medi-Call promueve la atención de alta calidad y rentable para usted y los miembros de su familia cubiertos a través de revisiones que evalúan, planifican, implementan, coordinan, monitorean y evalúan las opciones y servicios de atención médica necesarios para satisfacer las necesidades de una persona. Deberá comunicarse con Medi-Call al menos 48 horas o dos días hábiles, lo que sea más largo, antes de recibir cualquiera de estos servicios médicos que no sean de emergencia en cualquier hospital de los Estados Unidos o Canadá:

- Cualquier tipo de atención hospitalaria en un hospital, incluida admisión a un hospital para tener un bebé;²⁶
- Un servicio ambulatorio preautorizado que resulta en una admisión hospitalaria: debe llamar nuevamente para la admisión hospitalaria;
- Cirugía ambulatoria para una septoplastia (cirugía en el tabique de la nariz);
- Cirugía ambulatoria u hospitalaria para una histerectomía;
- Escleroterapia (cirugía de venas) realizada en un entorno hospitalario, ambulatorio o de consultorio;
- Un nuevo inicio de quimioterapia o radioterapia (notificación una sola vez, luego anual);
- Un procedimiento de radiología (imágenes) (Ver página 46 para más información);
- Embarazo: se le recomienda que notifique a Medi-Call dentro de los primeros tres meses de su embarazo (consulte la página 52 para obtener más información);
- Nacimiento de un hijo (si planea presentar un reclamo por cualquier gasto relacionado con el parto);²⁷
- El bebé tiene complicaciones al nacer;

²⁶ Para los servicios de salud conductual, debe llamar a Companion Benefit Alternativas al 800.868.1032. Vea la página 44 para más información.

²⁷ contactar a Medi-Call para el parto de su bebé no añade al bebé a su seguro de salud. Para que los beneficios sean pagaderos, debe agregar a su hijo iniciando sesión en MyBenefits, solicitando el cambio y cargando la documentación requerida, un certificado de nacimiento de formato largo, dentro de los 31 días posteriores al nacimiento.

- Va a ser, o ha sido, admitido en un centro de cuidados intensivos a largo plazo, un centro de enfermería especializada o necesita atención médica en el hogar, cuidados paliativos o un plan de tratamiento alternativo;
- Necesitan equipos médicos duraderos;
- Someterse a fertilización 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 - incluye a usted o a su cónyuge o familiar cubierto; y
- Necesita servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y terapia física, del habla u ocupacional para pacientes ambulatorios relacionados.

La admisión a un hospital en una emergencia, incluida la atención de emergencia relacionada con el nacimiento de un niño, debe informarse dentro de las 48 horas o el siguiente día hábil después de una admisión de fin de semana o feriado.

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

Una determinación por parte de Medi-Call de que un tratamiento propuesto está dentro de los estándares y procedimientos médicos generalmente reconocidos no garantiza el pago de la reclamación. Otros

Las condiciones, como los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones o exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan, deben cumplirse antes de que BlueCross realice el pago en nombre del State Health Plan. Recuerde, si utiliza un proveedor fuera de la red, pagará más.

Autorización previa del servicio de salud conductual

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

Servicios que requieren autorización previa²⁸

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

- Atención hospitalaria no urgente;
- Cuidados intensivos ambulatorios hospitalarios;
- Atención de hospitalización parcial;
- Terapia electroconvulsiva ambulatoria: hospitalaria y servicios médicos;
- Magnetoterapia transcraneal repetitiva;
- Terapia de análisis conductual aplicada; y
- Pruebas psicológicas/neuropsicológicas.

Para preautorizar los servicios, su proveedor debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032 antes de que seas admitido. En caso de emergencia, su proveedor debe llamar dentro de al menos 24 horas. Para los servicios profesionales enumerados anteriormente, su proveedor debe llamar antes de que se presten los servicios. Para evaluar la necesidad médica, las Alternativas de Beneficios para Acompañantes requerirán información clínica del proveedor de salud conductual que lo trata. 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 envíe la información por fax al 803.714.6456.

Aunque su proveedor puede contactar a Companion Benefit Alternatives por usted, es su responsabilidad asegurarse de que se realice la llamada y que se haya otorgado la autorización previa. Una determinación por parte de Companion Benefit Alternatives no garantiza el pago. Otras condiciones, incluidos los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones y exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del Plan, deben cumplirse antes de que BlueCross realice el pago.

Sanciones por no solicitar las autorizaciones previas necesarias para los servicios de salud conductual

Si los servicios ambulatorios de salud conductual que requieren autorización previa (es decir, terapia de análisis conductual aplicado y pruebas psicológicas/neuropsicológicas) no están

²⁸ Para servicios de salud conductual, debe llamar a Companion Benefit Alternatives en 800.868.1032.

preautorizados, no estarán cubiertos.

Autorización previa de radiología avanzada: Evolent

El Plan de Salud del Estado tiene un proceso para obtener autorización previa para CT, MRI, MRA y PET. Los médicos, los centros de radiología (por imágenes) y los centros de radiología de hospitales ambulatorios de Carolina del Sur dentro de la red son responsables de solicitar una autorización previa de radiología avanzada de Evolent antes de completar una prueba.

Los médicos pueden obtener más información en [StateSC](https://www.StateSC.gov), [SouthCarolinaBlues.com](https://www.SouthCarolinaBlues.com) o llamando al 800.444.4311. Para solicitar 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. hasta las 8 p.m.

Si un suscriptor o un miembro de su familia cubierto está programado para recibir una tomografía computarizada, una resonancia magnética, una resonancia magnética o una tomografía por emisión de positrones 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 llame para solicitar una autorización previa. Puede comenzar el proceso llamando al 866.500.7664. Debe proporcionar a Evolent el nombre y el número de teléfono del médico que lo ordenó, así como el nombre y el número de teléfono del médico.

Evolent decidirá sobre las solicitudes de autorización previa que no sean de emergencia dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud del proveedor. Si la situación es urgente, se tomará una decisión dentro de un día hábil después de recibir la solicitud del proveedor. Sin embargo, el proceso puede llevar más tiempo si se necesita información clínica adicional para tomar una decisión.

Puede verificar el estado de una solicitud de autorización previa de Evolent en línea a través de su cuenta de My Health Toolkit® en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.gov).

Sanciones por no llamar

Si un médico o centro de radiología de la red de Carolina del Sur no solicita autorización previa para servicios de radiología avanzados, no se le pagará al proveedor por el servicio y no podrá facturar al suscriptor por el servicio. Si un suscriptor o un miembro de su familia cubierto recibe servicios avanzados de radiología de un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o de cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur

sin autorización previa, BlueCross no le pagará al proveedor y el suscriptor será responsable de la totalidad de la factura.

Gestionando su salud

Beneficios de PEBA

Si el Plan de Salud del Estado es su cobertura de seguro de salud principal, PEBA ofrece beneficios basados en el valor sin costo para usted en los proveedores y farmacias de la red. Estos beneficios pueden ayudar a que sea más fácil para usted y su familia mantenerse saludables. Obtenga más información sobre los beneficios de PEBA, incluida la elegibilidad, en www.PEBAperks.com.

Vacunas para adultos

Las vacunas para adultos en los intervalos recomendados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están cubiertas sin costo para los miembros del Plan de Ahorros, Plan Estándar y Plan Suplementario de Medicare en proveedores participantes. La cobertura incluye el costo de la vacuna y la tarifa de administración si el miembro recibe la inyección en la oficina de un médico de la red. Cualquier cargo asociado a la visita de la oficina seguirá las reglas de cobertura del Plan regular. Contacte a su médico de la red o visite www.cdc.gov/vaccines y seleccione Adultos (19 años y mayores) para saber qué vacunas están cubiertas.

Vacuna contra la influenza

La vacuna contra la gripe está disponible sin costo para todos los miembros cuya cobertura principal es el Plan Estándar o el Plan de Ahorros. Los miembros pueden recibir la vacuna en una farmacia de la red por un copago de \$0. Si un miembro recibe la vacuna en el consultorio de un médico de la red, la vacuna contra la gripe y la tarifa de administración se pagarán en su totalidad; sin embargo, cualquier cargo asociado a la visita al consultorio se procesará de acuerdo con las reglas regulares de cobertura del Plan

Manejo de la salud conductual

Meru Health ofrece un programa de tratamiento de 12 semanas sin costo para los miembros principales de State Health Plan 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, apoyo anónimo entre pares, prácticas de meditación y actividades de cambio de hábitos. Obtenga más información sobre el programa e inscríbese en [meruhealth.com/cba](https://www.meruhealth.com/cba). Los miembros también pueden aprovechar el asesoramiento de salud sin costo alguno a través de BlueCross. Obtenga más información sobre los programas de salud disponibles en la página 47.

Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino

El Plan de Salud Estatal cubre solo el costo de los análisis de laboratorio asociados con una prueba de Papanicolaou cada año calendario. Las socias elegibles de los planes Standard y Savings Plan aprovechan la visita anual de rutina para mujeres sin costo alguno, y también pueden recibir una visita anual de bienestar para adultos sin costo alguno. Debe considerar ponerse en contacto con el proveedor antes de programar una visita al consultorio para determinar el costo del examen y los servicios relacionados. El monto que el miembro paga por servicios adicionales no cubiertos no cuenta para su deducible anual.

Con base en la recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés), el Plan pagará un beneficio por las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) una vez cada cinco años para las mujeres de 30 a 65 años, o según lo recomiende el USPSTF.

Exámenes de detección de cáncer colorrectal

Las pruebas de detección de cáncer colorrectal, tanto de diagnóstico como de rutina, se proporcionan sin costo a los miembros de los proveedores de la red para los miembros principales de State Health Plan. 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 USPSTF.

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

Manejo de la diabetes

Virta es un programa que puede ayudarlo a revertir la diabetes tipo 2 mientras reduce y controla naturalmente su nivel promedio de azúcar en la sangre (HbA1c). El programa está disponible sin costo para los miembros principales elegibles del Plan de Salud Estatal. Obtenga más información y presente su solicitud en virtahealth.com/join/peba.

La educación sobre la salud de la diabetes a través de educadores certificados en diabetes también se ofrece sin costo a los miembros principales de State Health Plan en un

proveedor de la red. La educación sobre la diabetes capacita a los diabéticos para controlar su afección y evitar complicaciones relacionadas con la enfermedad. Las personas que reciben educación sobre la diabetes son más propensas a utilizar la atención primaria y los servicios preventivos; tomar los medicamentos según lo recetado; y controlar sus niveles de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol. Visite un proveedor de la red para obtener más información. Obtenga más información en la página 51.

Salud del corazón

Hello Heart es un programa fácil de usar que lo ayuda a rastrear, comprender y administrar la salud de su corazón desde la privacidad de su propio teléfono. El programa Hello Heart está disponible sin costo para los miembros principales elegibles del State Health Plan e incluye un monitor de presión arterial gratuito que se conecta a una aplicación en su teléfono inteligente. ¡Es atractivo y gratificante!

Inscríbase y comience en join.helloheart.com/PEBA2. También puede trabajar con un asesor de salud de BlueCross que puede ayudarlo a comprender mejor su afección cardíaca y cómo controlarla. Obtenga más información sobre el asesoramiento de salud en la página 51.

Mamografía

El Plan de Salud del Estado utiliza la red de mamografías BlueCross para las mamografías de rutina. Las mamografías de rutina están cubiertas al 100% si usted usa un proveedor de la red de mamografías de BlueCross y cumple con los requisitos de elegibilidad. No se requiere una orden del médico para la cobertura del plan de una mamografía de rutina, pero algunos centros pueden solicitar una. Los beneficios de la mamografía incluyen:

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

Considere programar su mamografía después de su cumpleaños para que le ayude a recordarla todos los años. Puede encontrar un proveedor de mamografías de la red en la herramienta Find Care que se encuentra en la pestaña 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. Además, el Plan también cubre cualquier mamografía diagnóstica.

Los cargos por mamografías de rutina realizadas por proveedores de South Carolina 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 del Estado. Mamografías de rutina realizadas fuera

de Carolina del Sur no están cubiertos 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 es posible que pague más.

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

Las mujeres que están cubiertas como jubiladas e inscritas en Medicare deben comunicarse con Medicare o consultar el manual 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 para Medicare.

Gestión de la maternidad

Los miembros pueden inscribirse en Coming Attractions, un programa de administración de maternidad, y aprender cómo recibir ciertos extractores de leche eléctricos o manuales sin costo para miembros.

Copago sin pago

El programa de copago sin pago brinda a los miembros elegibles²⁹ del Plan de Salud Estatal con hipertensión, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular o enfermedad de las arterias coronarias una exención de copago para ciertos medicamentos genéricos que tratan estas condiciones.³⁰ El programa otorga a los miembros elegibles del Plan de Salud del Estado con diabetes una exención de copago para ciertos medicamentos de marca de menor precio y suministros, y un copago más bajo para medicamentos de marca de mayor precio y suministros que tratan la diabetes. El programa fomenta

miembros para estar más comprometidos con su salud y les ahorra dinero. Los participantes califican para el programa anualmente. Al completar ciertas actividades durante el año, pueden recibir ciertos medicamentos genéricos y suministros para diabéticos de menor precio sin costo alguno y ciertos suministros para diabéticos de marca de mayor precio por un copago más bajo durante el resto del año en curso y el próximo año.

Los miembros se identifican automáticamente para una de las condiciones calificadas mientras participan en la plataforma Personify Health. Después de registrarse, los miembros se inscribirán en el copago sin pago al dar fe de su condición en la evaluación de salud, tener un reclamo específico de la condición o actualizar sus situaciones de salud a través de la lista de verificación de My Care en Personify Health.

Personify Health es fácil de usar, con opciones digitales como las que los miembros ya usan y disfrutan en su vida diaria. Las características incluyen una evaluación de salud personal, tarjetas diarias, viajes de salud, hábitos saludables, desafíos y más.

La tecnología inteligente de Personify Health ofrece consejos y programas personalizados que ayudan a los miembros a desarrollar hábitos saludables. Las actividades de cumplimiento están orientadas a la condición y los riesgos de salud de un miembro.

La exención de copago termina cuando un participante sin copago se inscribe en Medicare como su seguro principal. Este es el caso independientemente de si el miembro está inscrito en la cobertura del Plan de Exención Grupal del Empleador.

Para obtener información detallada sobre el programa de copago sin pago, visite [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com) o llame a Servicio al Cliente de BlueCross al 800.868.2520. Si cree que califica para el programa pero no ha sido notificado de su elegibilidad, llame al 855.838.5897. BlueCross administra el programa, pero puede llamar a Express Scripts, el administrador de beneficios de farmacia, al 855.612.3128 para obtener más información sobre las recetas genéricas elegibles.

Exámenes preventivos

Este beneficio se proporciona sin costo a los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA y sus cónyuges cubiertos e hijos dependientes mayores de 19 años, y ex cónyuges si su cobertura principal es el Plan Estándar o el Plan de Ahorros. Este tipo de examen suele costar \$300 o más. La prueba de detección incluye análisis de sangre, una evaluación de riesgos para la salud, mediciones de altura y peso, presión arterial y paneles de lípidos.

Después de la evaluación, recibirá un informe confidencial

²⁹ Los empleados, jubilados, suscriptores de COBRA, sobrevivientes y sus cónyuges y ex cónyuges cubiertos son elegibles para calificar si el Plan de Salud Estatal es su seguro principal. Si un suscriptor está inscrito en el Plan Suplementario de Medicare, pero cubre a un cónyuge que no es elegible para Medicare, el cónyuge es elegible para el programa. Los hijos dependientes no son elegibles, independientemente de la edad. Si un miembro califica para copago sin pago y luego se vuelve elegible para Medicare, la exención terminará cuando el miembro se convierta en el primario de Medicare y se inscriba en Express Scripts Medicare, el programa de Medicare Parte D del Plan de Salud del Estado. La inscripción en Express Scripts Medicare significa que la exención termina de inmediato.

³⁰ Los suministros de prueba de diabetes de marca de menor precio (tiras reactivas, solución de control, lanceta, jeringas, agujas de pluma, etc.) comprados en una farmacia de la red también están cubiertos sin costo alguno. El fabricante proporcionará un glucómetro por separado. Ciertos suministros para la diabetes de mayor precio, como los monitores continuos de glucosa y sus suministros asociados, están cubiertos por un copago más bajo.

con sus resultados y recomendaciones para mejorar su salud. Llevar este informe a su médico podría eliminar la necesidad de pruebas. Además de participar en una evaluación en su lugar de trabajo, existen otras opciones para aprovechar este beneficio. También le recomendamos que comparta sus resultados con BlueCross para que se carguen automáticamente en la evaluación de salud personal de Personify Health. Obtenga más información sobre Personify Health en la página 34.

Asistir a un examen preventivo regional

Si su lugar de trabajo no ofrece una evaluación, o si se la perdió, puede registrarse para una proyección regional en la página de próximos eventos de PEBA en peba.sc.gov/events.

Visite una plataforma de proyección participante

Visite a uno de nuestros proveedores de pruebas de detección participantes para hacerse una prueba de detección preventiva. Una lista de proveedores, así como un cupón para llevar consigo cuando visite para una prueba de detección, está disponible en www.PEBAperks.com.

Independientemente de cómo aproveche este beneficio, hay pruebas y evaluaciones obligatorias que se incluirán en su informe confidencial. Sin embargo, algunos proveedores de pruebas de detección pueden proporcionar resultados adicionales por encima de los requisitos mínimos.

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

Cesación del consumo de tabaco

El programa de cesación del consumo de tabaco ofrece una variedad de estrategias basadas en la evidencia para dejar de fumar todas las formas de tabaco y vapear. Después de realizar una evaluación de un minuto para comprender más sobre el uso de tabaco del participante junto con las preferencias de participación en el programa, los miembros serán emparejados con uno de los proveedores de cesación de tabaco disponibles en la red de cesación de tabaco. Este enfoque personalizado garantiza que los miembros estén emparejados con el proveedor que mejor se adapte a sus necesidades. Las ofertas del programa incluyen, entre otros, entrenamiento para dejar de fumar, sesiones interactivas en línea en vivo, apoyo comunitario, biblioteca educativa a pedido, juegos y aplicaciones de atención plena.

El programa de cesación de tabaco se ofrece sin costo para los

suscriptores del Plan de Salud Estatal, los cónyuges cubiertos y los dependientes cubiertos. Para los miembros elegibles mayores de 18 años, el programa también proporciona terapia de reemplazo de nicotina gratuita, como parches, goma de mascar o pastillas, si corresponde.

Para inscribirse, inicie sesión en My Health Toolkit y vaya a Wellness & Care Management, Programas de Bienestar, luego a My Health Novel. Allí realizar la evaluación para que ser colocado en el programa adecuado para usted. Los medicamentos para dejar de fumar, como el bupropión o el Chantix genérico, también están disponibles a través de la cobertura de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal para los miembros principales sin costo para el miembro cuando se obtienen de un proveedor de la red.

Beneficios de rutina para adultos (visitas de rutina para adultos y vacunas)

Los miembros principales de State Health Plan son elegibles para una visita de rutina para adultos cada año sin costo para miembros. Las visitas de rutina pueden ser una parte clave de la atención preventiva. Pueden tranquilizar a los miembros diciéndoles que están tan sanos como se sienten o incitarlos a hacer preguntas sobre su salud. Los servicios basados en evidencia con una recomendación A o B del [Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos](#) (USPSTF) se incluyen como parte de una visita de bienestar para adultos bajo el Plan de Salud del Estado (Planes Estándar y de Ahorros).

El beneficio está disponible para todos los adultos primarios mayores de 19 años que no pertenecen a Medicare y que están cubiertos por el Plan Estándar o el Plan de Ahorros. Los miembros adultos pueden aprovechar este beneficio en un proveedor de la red que se especialice en medicina general, medicina familiar, pediatría, medicina interna o gerontología. Las mujeres elegibles también pueden recibir una visita anual de bienestar para adultos sin costo alguno. Las mujeres pueden tomar ventaja del beneficio de bienestar para mujeres en un proveedor de la red que se especialice en obstetricia y ginecología, o pueden hacerse un examen de bienestar para mujeres junto con o además de su visita anual de bienestar con un proveedor de la red que se especialice en medicina general, medicina familiar y medicina interna o gerontología. Una mujer miembro puede recibir tanto una visita de rutina para adultos como una visita de rutina para mujeres en el mismo año del plan, pero los servicios recomendados por el USPSTF no estarán cubiertos más de una vez por año del plan. Además, las mujeres afiliadas no pueden recibir el mismo servicio en una visita de rutina para adultos y una visita de rutina para mujeres en el mismo año del plan; Los servicios duplicados serán denegados.

Servicios no incluidos como parte de una visita de rutina para adultos

Los servicios no incluidos como parte de la visita de rutina para adultos son aquellos que no tienen una recomendación A o B por parte de

el USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en www.uspreventiveservicestaskforce.org. Otros servicios, como un hemograma completo (CBC), un electrocardiograma, una prueba de PSA y un panel metabólico básico, están cubiertos solo si su médico lo ordena para tratar una afección específica y están sujetos al copago, deducible y coseguro, así como a las disposiciones normales del Plan. Las visitas de seguimiento y los servicios como resultado de su visita de rutina también están sujetos a las disposiciones normales del Plan.

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

Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

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

Hágase la prueba de detección preventiva. Puede recibir una evaluación biométrica sin costo alguno, lo que minimizará el costo para el Plan en su visita de rutina para adultos. Aprenda más sobre lo que se incluye en una evaluación en la página 48.

Tenga 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. Después de hablar con su médico durante una visita, el médico puede decidir qué servicios necesita y crear un plan de cuidado personal para usted.

Comparta los resultados de sus exámenes preventivos con su médico. Recibirá un informe confidencial con los resultados de sus pruebas de detección, y le recomendamos que lo comparta con su médico para eliminar la necesidad de repetir la prueba en una visita de rutina para adultos. Compartir sus resultados minimizará el costo de su visita de rutina para adultos al Plan.

Siga las recomendaciones de su médico y manténgase comprometido con su salud. Le animamos a que aproveche las otras ventajas de PEBA disponibles para usted. Si es elegible, inscríbase en el copago sin pago para recibir algunos medicamentos genéricos sin costo alguno para usted. Obtenga más información en la página 48.

Beneficios de cuidado de niños sanos

Los beneficios de cuidado de niños sanos, incluidos los chequeos y las vacunas, tienen como objetivo promover la buena salud, así como la detección temprana y la prevención de enfermedades en los niños inscritos en el Plan de Salud del Estado. Los niños cubiertos son elegibles para los exámenes de cuidado de niños sanos 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 para el Control y la Prevención de Enfermedades, los servicios recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría específicos para ciertas edades y las pruebas de laboratorio cuando un médico de la red proporciona estos chequeos:

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

El examen de cuidado de niños sanos debe realizarse después del cumpleaños del niño, pero no tiene que ser 365 días después de la visita del año anterior.

Cuando estos servicios se reciben de un médico de la red del Plan de Salud Estatal, los beneficios se pagarán al 100% de la cantidad permitida. El Plan de Salud Estatal no pagará por los servicios de proveedores fuera de la red.

Es posible que algunos servicios no se consideren parte del cuidado del niño sano. Por ejemplo, si durante una visita de niño sano se descubre fiebre y dolor de garganta, el análisis de laboratorio para verificar el diagnóstico no formaría parte de la visita de rutina. Estos cargos, si están cubiertos, estarían sujetos al copago, deducible y coseguro, al igual que cualquier otro gasto médico.

Control de peso

Wondr Health es un programa clínico conductual de control de peso que se enfoca en la pérdida de peso y la prevención de la diabetes. Los miembros del Plan de Salud del Estado, incluidos los cónyuges e hijos dependientes mayores de 18 años, son elegibles para presentar una solicitud. Los miembros primarios de Medicare también son elegibles para solicitar. Algunas condiciones médicas o índices de masa corporal (IMC) 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 enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardíacas, al tiempo que aumentará sus posibilidades de vivir una vida más larga y saludable. El programa ofrece un sitio web fácil de usar, un kit de bienvenida y un video de coaching de expertos clínicos. Es un programa en línea de 12 semanas 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, usted verá las lecciones a su conveniencia en su computadora, teléfono inteligente y tableta a través de las aplicaciones de iPhone o

Android

Después de las primeras 12 semanas, se le inscribirá automáticamente en las próximas lecciones semanales personalizadas y seis meses de apoyo continuo, según sea necesario. Este programa se adapta a usted donde se encuentra con simplicidad, conveniencia y una experiencia atractiva para los miembros que conduce a una mejora sostenible de la salud.

Obtenga más información en www.wondrhealth.com/PEBA.

BlueCross también ofrece asesoramiento de salud para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de control de peso. Obtenga más información sobre los programas disponibles en la página 51.

Gestión de la atención

Los programas de asesoramiento de salud disponibles están diseñados para ayudar a los suscriptores del Plan Estándar y del Plan de Ahorros y a sus familiares adultos cubiertos que tienen ciertas afecciones médicas crónicas o conductuales a controlar sus síntomas y retrasar o incluso prevenir muchas de las complicaciones de estas enfermedades. Para obtener ayuda para inscribirse en un programa, llame a BlueCross al 877.505.7390. Los representantes están disponibles durante el horario comercial normal.

BlueCross también identifica a los participantes mediante la revisión de reclamaciones médicas, de farmacia y de laboratorio. Si se le identifica como alguien que podría beneficiarse de uno de los programas de asesoramiento de salud disponibles, ya sea a través de sus reclamaciones o sus respuestas a la Evaluación de salud personal de Personify Health, se le inscribe automáticamente; Sin embargo, los programas son voluntarios y puede optar por no participar en cualquier momento. También puede inscribirse en uno o más de los programas de asesoramiento de salud disponibles. Si tiene presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad de las arterias coronarias o diabetes, BlueCross puede enviarle una notificación que indique que también es elegible para el programa de copago sin pago.

Como participante en los programas de asesoramiento de salud, recibirá materiales educativos y una carta de bienvenida que proporcionará el nombre y la información de contacto de su asesor de salud de BlueCross. Su asesor de salud será un profesional de la salud que le ayudará a aprender más sobre su afección y cómo controlarla. Su asesor de salud también lo ayudará a trabajar con su médico para desarrollar un plan para hacerse cargo de su enfermedad, comunicándose con usted por teléfono.

Puede ponerse en contacto con su asesor de salud con la frecuencia que desee para hacer preguntas o pedir consejo. Para conectarse con un asesor, llame al

855.838.5897 y seleccione la opción 2.

Como miembro de State Health Plan, puede usar My Health PlannerSM, la aplicación gratuita que lo conecta con un equipo de enfermeras, terapeutas y otros trabajadores de la salud que administran la atención.

Cuando necesite ayuda, esta aplicación:

- Le da el control de su salud;
- Le ayuda a entender lo que tiene que hacer para sentirse lo mejor posible;
- Realiza un seguimiento de lo que debe hacer entre las visitas al médico; y
- Le permite mantenerse en contacto con su equipo de administración de la atención.

Para acceder a My Health Planner, busque My Health Planner en App Store o Google Play y utilice el código de acceso SCStartVisit. Después de descargar la aplicación My Health Planner, seleccione Crear nueva cuenta.

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

Salud conductual

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

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

Enfermedades crónicas

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

- Asma;
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD);

- Insuficiencia cardíaca congestiva;
- Enfermedad de las arterias coronarias;
- Diabetes;
- Colesterol alto;
- Hipertensión (presión arterial alta); y
- Migrañas.

Estilos de vida saludables

Si está listo para ponerse al día con su salud, pero no está seguro de por dónde empezar, un entrenador de salud puede ayudarlo. Su asesor puede ayudarle a lograr un estilo de vida más saludable con un plan de acción personalizado para cumplir sus objetivos.

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

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

Maternidad

Ya sea que esté esperando su primer bebé o sea una madre experimentada, le recomendamos que se inscriba y participe en los servicios gratuitos de administración de maternidad. Medi-Call administra el programa integral de manejo de maternidad de PEBA, Coming Attractions. Este programa apoya a las madres durante todo el embarazo y la atención posparto. También asiste con 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 materiales educativos durante todo el embarazo y el período posparto. No tiene que esperar hasta que su médico lo haya visto para inscribirse en Coming Attractions, y la inscripción es fácil.

Hay tres maneras sencillas de inscribirse:

1. Descargue la aplicación My Health Planner de App Store o Google Play. Seleccione Crear nueva cuenta e ingrese el código de acceso MATCARE para comenzar
2. Visite [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com) e inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit. Seleccione Bienestar y, a continuación, Administración de la atención. Seleccione el enlace del Portal de Miembros, luego Evaluaciones, y complete el examen de salud materna, que se enumera como Inscribirse en el 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 para completar un breve examen de salud de maternidad.

Una vez inscrita, tendrá acceso a materiales educativos durante todo el embarazo y el período posparto. Como parte de su beneficio, también tiene acceso a la aplicación My Health Planner. Esta aplicación proporciona un programa interactivo cronometrado según el momento del embarazo en el que se encuentre. Le permitirá comunicarse de manera segura con su equipo de atención de maternidad entre llamadas y sus citas con el médico.

Si no se identifican riesgos durante su embarazo, le recomendamos que llame para informarle cualquier cambio en su afección o que se comunique con nosotros a través de un mensaje de texto seguro en My Health Planner. Si se identifican factores de riesgo, recibirá llamadas periódicas de una enfermera de maternidad. Nuestro equipo de maternidad especializado está aquí para ayudarla a navegar por sus beneficios, ayudarlo a coordinar la atención con su proveedor de atención médica y ofrecer apoyo durante su embarazo.

Coming Attractions estará allí para ayudarlo con las necesidades rutinarias y especiales durante su embarazo y más allá.

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 58.

Programas de gestión de casos médicos

Los programas de administración de casos disponibles para los miembros de State Health Plan que enfrentan enfermedades o lesiones graves están destinados a ayudarlos a encontrar apoyo e información sobre el tratamiento. Cada programa incluye equipos de enfermeras y médicos especialmente capacitados. Su objetivo es ayudar a los participantes a coordinar, evaluar y planificar la atención médica, y 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 privacidad y la dignidad. Ninguno de los programas proporciona tratamiento médico.

Para obtener más información sobre cualquiera de estos programas, llame al 800.925.9724 y pida que lo conecten con un administrador de casos.

Programa de administración de casos BlueCross Medi-Call

Este programa está diseñado para miembros de State Health Plan que tienen trastornos catastróficos o crónicos específicos, enfermedades agudas o lesiones graves. El programa facilita la

continuidad de la atención y el apoyo de estos pacientes mientras administra los beneficios del plan de salud de una manera que promueve resultados rentables y de alta calidad.

Los administradores de casos hablan con los pacientes, los familiares y los proveedores para establecer objetivos de atención médica, coordinar la atención y apoyar al paciente durante una crisis o una enfermedad crónica. La participación en la administración de casos es voluntaria y puede ser a corto o largo plazo. Los administradores de casos combinan los servicios estándar de autorización previa con enfoques innovadores para pacientes que requieren altos niveles de atención médica y beneficios. Los administradores de casos a menudo pueden organizar servicios o identificar los recursos comunitarios disponibles para satisfacer las necesidades del paciente.

El administrador de casos trabaja con el paciente y los proveedores para evaluar, planificar, implementar, coordinar, monitorear y evaluar formas de satisfacer las necesidades de un paciente, reducir las readmisiones 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 el progreso 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 de Seguros Médicos (HIPAA).

Si un paciente se niega a administrar un caso médico, Medi-Call continuará pre-autorizando el tratamiento adecuado.

Para obtener más información, llame al 800.925.9724 y pida que lo conecten con un administrador de casos.

Programa de administración de atención compleja

Algunos miembros son referidos a la administración de atención compleja, un programa diseñado para ayudar a los pacientes más gravemente enfermos. Pueden incluir miembros con afecciones médicas complejas y hospitalizaciones frecuentes o barreras críticas para su atención.

El programa de administración de atención compleja le brinda información y apoyo a través de un administrador de casos, que es una enfermera registrada.

Este coordinador de enfermería puede ayudarlo a identificar las opciones de tratamiento; localizar suministros y equipos recomendados por su médico; coordinar la atención; e investigar la disponibilidad de transporte y alojamiento para el tratamiento fuera de la ciudad. La enfermera se mantiene en contacto con los pacientes y cuidadores para evaluar y reevaluar el plan de tratamiento y el progreso del paciente.

Este programa le ayuda a tomar decisiones informadas

acerca de su salud cuando está gravemente enfermo o lesionado. La participación es voluntaria y puede abandonar el programa en cualquier momento y por cualquier motivo. Sus beneficios no se verán afectados por su participación.

BlueCross lo referirá al programa si pudiese beneficiarlo. Recibirá una carta explicando el programa y un representante se pondrá en contacto con usted. Luego, un equipo de enfermeras y médicos especialmente capacitados revisará su información médica y su plan de tratamiento. Su historial médico y su información siempre se mantendrán confidenciales entre sus cuidadores y el equipo de administración de cuidados complejos. Su enfermero administrador de casos será su contacto principal. Sin embargo, usted y su médico siempre tomarán la decisión final sobre su tratamiento. Asegúrese de consultar siempre con su médico antes de seguir cualquier consejo médico.

Programa de gestión de casos de oncología

La administración de casos de oncología está disponible para ciertos miembros de State Health Plan que reciben tratamiento activo contra el cáncer. Las enfermeras de este programa brindan educación y coordinación de la atención que podría ayudar a prevenir enfermedades agudas, complicaciones y hospitalizaciones.

Cuando un miembro que está en tratamiento activo contra el cáncer es referido al programa, una enfermera se comunica con el miembro para confirmar que es un buen candidato para el manejo de casos oncológicos. La enfermera, que tiene muchos años de experiencia en el cuidado del cáncer, brinda educación y ayuda a coordinar la atención.

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

Programa de manejo de casos de enfermedad renal

El manejo de casos de enfermedad renal está disponible para ciertos miembros del Plan de Salud Estatal con enfermedad renal crónica y aquellos que reciben diálisis renal. Las enfermeras de este programa brindan educación y coordinación de la atención que pueden ayudar a prevenir enfermedades agudas y hospitalizaciones.

Cuando un miembro que tiene enfermedad renal crónica o está

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

Como el enlace entre usted, sus proveedores y/o el equipo de diálisis, la enfermera identifica sus necesidades a través de revisiones de registros médicos y consultas con usted, su familia y su equipo de atención médica. Las necesidades pueden ser médicas, sociales, conductuales, emocionales y financieras. La enfermera coordina los servicios en función de las necesidades a largo plazo e incorpora estas necesidades en un plan acordado por usted, su(s) médico(s), el equipo de nefrología y otros proveedores. Su enfermera lo llamará con frecuencia y recibirá actualizaciones de sus proveedores.

Blue365® y descuentos para miembros

Blue365 es un programa de descuento disponible para los suscriptores de State Health Plan y ofrecido por BlueCross. El programa cuenta con una red de acupunturistas, masajistas y gimnasios con licencia que se pueden utilizar a tarifas más bajas, a menudo con un descuento de hasta el 25%. 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 miembros, inicie sesión en la aplicación My Health Toolkit o visite [StateSC. SouthCarolinaBlues.com](https://www.state.sc.gov/southcarolinablues.com), inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit, seleccione Recursos, luego seleccione Descuentos de Blue 365, o llame al Servicio al cliente de BlueCross al 800.868.2520.

Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal

El Plan Estándar y el Plan de Ahorros pagan beneficios para el tratamiento de enfermedades y lesiones si el Plan de Beneficios define el tratamiento como medicamento necesario. Si bien esta sección proporciona una descripción general de muchos de estos beneficios, el *Plan de Beneficios* en [peba.sc.gov/publications](https://www.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.

Anteriormente en este capítulo, las prestaciones basadas en el valor, incluidas las prestaciones preventivas como las vacunas y las prestaciones específicas para las mujeres y los niños, se tratan en su propia sección. Los beneficios de la salud conductual también se presentan en su propia sección. Los beneficios de medicamentos recetados, dentales y de la vista se tratan en capítulos posteriores. Algunos servicios y tratamientos requieren

autorización previa de Medi-Call, Evolent, Companion Benefit Alternatives o Express Scripts. Para más detalles, lea la sección de Medi-Call a partir de la página 44, la sección de salud conductual en la página 45 y la sección Evolent en la página 46.

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

- Medicamento apropiado para identificar o tratar una afección, enfermedad, dolencia o lesión existente; y
- Provisto para el cuidado y tratamiento directo de la condición, enfermedad, dolencia o lesión; y
- Recetado u ordenado por un médico; y
- Prestados de acuerdo con las prácticas médicas y quirúrgicas reconocidas y apropiadas que prevalecen en la especialidad médica o campo de la medicina en el momento en que se prestaron; y
- No principalmente para la comodidad del paciente, la familia del paciente o el proveedor del paciente;
- No tiene fines experimentales, de investigación o cosméticos

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

Enfermera registrada de práctica avanzada

Los gastos por servicios recibidos de una enfermera registrada con licencia, 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 facultativa, una enfermera partera certificada, una enfermera anestesista registrada certificada o una enfermera clínica especialista. Todos los servicios recibidos deben estar dentro del alcance de la licencia de enfermería y ser necesarios debido a un servicio permitido por el Plan.

Plan de tratamiento alternativo

Un plan de tratamiento alternativo es un programa individual para permitir el tratamiento de una manera más rentable y menos intensiva. Un plan de tratamiento alternativo requiere la aprobación del médico tratante, Medi-Call y el paciente. Los servicios y suministros autorizados por Medi-Call como medicamento necesarios debido al plan de tratamiento alternativo aprobado estarán cubiertos.

Servicio de ambulancia

El servicio de ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea, está cubierto hasta el hospital más cercano para obtener la atención de emergencia médicamente necesaria. El servicio de ambulancia también puede estar cubierto para transportar a un miembro al hospital más cercano que pueda proporcionar servicios de hospitalización médicamente necesarios cuando esos servicios no estén disponibles en el centro actual, si está preautorizado. Todos los servicios de ambulancia que no sean de emergencia deben estar preautorizados. Todas las reclamaciones por el 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 facturarle el saldo hasta el total de su cargo por el servicio. Tenga en cuenta que es posible que todos los servicios de ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea, no estén dentro de la red. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio de ambulancia está dentro de la red, comuníquese con BlueCross. Para obtener información sobre la facturación de saldos, consulte la página 42.

Beneficios del trastorno del espectro autista

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

Beneficios para la salud conductual

No hay límite en la cantidad de visitas permitidas a un proveedor de atención de salud conductual, como el servicio de salud mental y abuso de sustancias, siempre y cuando la atención sea médicamente necesaria según los términos del Plan. No hay un máximo anual o de por vida para los beneficios de salud conductual.

Algunos servicios requieren autorización previa de Companion Benefit Alternatives, el administrador de salud conductual. Para obtener más información, consulte la página 45. Su proveedor de salud conductual deberá realizar revisiones periódicas de necesidad médica, similares a Medi-Call para los beneficios médicos.

Para obtener servicio al cliente e información sobre reclamos de atención de salud conductual, llame a BlueCross al 800.868.2520. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual, llame a BlueCross al 877.505.7390. Los representantes están disponibles durante el horario comercial normal.

Gestión de casos de salud conductual

La administración de casos está diseñada para apoyar a los miembros con enfermedades catastróficas o crónicas. A los

participantes se les asigna un administrador de casos, quien lo ayudará a informarse sobre las opciones y los servicios disponibles para satisfacer sus necesidades de salud conductual y lo ayudará a coordinar los servicios.

Los administradores de casos son enfermeras y trabajadores sociales con licencia. Pueden ayudarlo respondiendo preguntas y ayudándolo a aprovechar al máximo sus beneficios de salud mental, médicos y de farmacia. Esto puede incluir la planificación de la atención, la educación del paciente y la familia, la revisión de beneficios y la coordinación de otros servicios y recursos comunitarios. Cuando se inscribe en este programa, puede recibir acceso a un administrador de casos personal, recursos educativos y herramientas web que lo ayudarán a aprender más sobre su salud y cómo manejar mejor su afección. La participación es voluntaria y confidencial.

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

Trasplantes de hueso, células madre y órganos sólidos

Los acuerdos de contratación de trasplantes del Plan Estatal de Salud 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 con criterios específicos que tienen en cuenta las calificaciones de los proveedores, los programas y los resultados de los pacientes.

Todos los servicios de trasplante deben ser aprobados por Medi-Call (consulte la página 44). Debe llamar a Medi-Call, incluso antes de que usted o un miembro de su familia cubierto sea evaluado para un trasplante.

A través de la red de Centros de Trasplantes Blue Distinction, los miembros del Plan de Salud Estatal tienen acceso a los principales centros de trasplante de órganos del país. También hay contratos vigentes con proveedores locales de servicios de trasplante para que los miembros puedan recibir trasplantes en esos centros.

Ahorrá una cantidad significativa de dinero si recibe sus servicios de trasplante en un centro de la red de 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, coseguro y cualquier cargo que no esté 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 paga solo la cantidad permitida por el Plan de Salud Estatal para trasplantes

realizados fuera de la red. Si no recibe sus servicios de trasplante en un centro de la red, podría pagar mucho más. Además del deducible y el coseguro, los miembros que usan instalaciones fuera de la red son responsables de cualquier monto que exceda el monto permitido, o la factura del saldo, y pagan un coseguro del 40%. Los costos de la atención de trasplantes pueden variar en cientos de miles de dólares. Para obtener información sobre la facturación de saldos, consulte la página 42. También puede llamar a Medi-Call para obtener más información.

Para obtener más información sobre el período de coordinación con Medicare para la enfermedad renal en etapa terminal y/o los trasplantes de riñón, consulte la página 39.

Cuidado quiropráctico

Está cubierto por servicios específicos en el consultorio de un quiropráctico, incluida la detección y corrección por medios manuales o mecánicos de desequilibrio estructural, distorsión

o subluxación en el cuerpo para eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de dicha interferencia nerviosa, cuando dicha interferencia es el resultado de, o está relacionada con, la distorsión, la desalineación o la subluxación de la columna vertebral o en ella. Las radiografías diagnósticas están cubiertas si son médicamente necesarias.

Tanto el Plan Estándar como el Plan de Ahorros están limitados a una terapia manual por visita, que está sujeta al máximo del Plan.

Para los miembros del Plan Estándar, los beneficios quiroprácticos están limitados a \$2,000 por persona cada año. Con el Plan de Ahorros, los beneficios quiroprácticos están limitados a \$500 cada año para cada persona cubierta después de que se haya alcanzado el deducible anual. Los servicios de un masajista no están cubiertos.

Anticonceptivos

Las recetas anticonceptivas 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 costo para los suscriptores primarios de State Health Plan, los cónyuges cubiertos y los hijos dependientes cubiertos. Por lo general, los implantes anticonceptivos y los inyectables que se administran en el consultorio de un médico están cubiertos como un beneficio médico, no de farmacia. Las visitas al consultorio para implantes anticonceptivos se procesarán con los copagos, coseguros y deducibles aplicables.

Cuidado dental

Por lo general, la atención dental se proporciona bajo Dental Plus o Dental Básico, no el Plan de Salud del Estado. Consulte el

capítulo sobre seguro dental en la página 76 para obtener más información.

Los tratamientos dentales o la cirugía para reparar los daños de un accidente (hasta un año a partir de la fecha del accidente), causados por el tratamiento del cáncer o debido a un defecto congénito de nacimiento son una excepción a esto, y están cubiertos por el Plan de Salud del Estado. La cirugía dental para dientes óseos impactados también está cubierta, cuando está respaldada por radiografías.

Suministros para diabéticos

La insulina está permitida bajo el programa de medicamentos recetados o bajo el plan médico, pero no bajo ambos. Los suministros para diabéticos de marca de menor precio, como jeringas, lancetas y tiras reactivas, están cubiertos en las farmacias participantes por un copago genérico de \$13 por artículo por cada suministro de hasta 30 días. Consulte la página 70 para obtener más información sobre la cobertura de suministros para diabéticos y el Formulario Nacional Preferido de Express Scripts. Los medicamentos de marca de menor precio para tratar la diabetes y los suministros para pruebas de diabetes están cubiertos sin costo para los miembros del Plan Estándar Principal que no son de Medicare inscritos en el programa de copago sin pago. Los medicamentos de marca de mayor precio para tratar la diabetes y los suministros de mayor precio, como los monitores continuos de glucosa, están cubiertos con un copago más bajo para los medicamentos primarios estándar que no son de Medicare. Miembros del plan inscritos en el plan de copago sin pago. Debido a que la insulina no es un medicamento genérico, no es elegible para la exención. Para obtener más información, consulte la página 48. Las reclamaciones por equipos médicos duraderos para diabéticos, como bombas de insulina, 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 para los miembros principales de State Health Plan. Consulte la página 47.

Visitas al médico

Los tratamientos o consultas para una lesión o enfermedad están cubiertos cuando son médicamente necesarios dentro de los términos del Plan y no están asociados con un servicio excluido por el Plan. Algunas visitas ambulatorias para la atención de la salud conductual, como la atención de la salud mental y el consumo de sustancias, aún requieren autorización previa. Para obtener detalles sobre los beneficios de salud conductual, consulte la página 55.

Equipo médico duradero

En general, los equipos médicos duraderos deben ser

preautorizado por Medi-Call. Algunos ejemplos incluyen:

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

Las redes de proveedores de equipos médicos duraderos están disponibles para los miembros del Plan de Salud del Estado. Ofrecen descuentos al tiempo que brindan productos y atención de alta calidad.

Tratamiento de los trastornos alimentarios

Los proveedores de Equip brindan tratamiento virtual basado en evidencia para todos los diagnósticos de trastornos alimentarios. Recibe apoyo de un equipo que incluye un terapeuta, un proveedor médico, un dietista, un mentor familiar y un mentor de pares, lo que lo ayuda a lograr una recuperación duradera en casa. Los proveedores de Equip están disponibles para los miembros principales del Plan de Salud del Estado, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del Plan.

Obtenga más información sobre Equip en www.equip.health o llame al 855.538.1465.

Para un tratamiento virtual más integral, Within Health ofrece servicios intensivos de hospitalización parcial y ambulatoria, así como una programación flexible para adaptarse a su estilo de vida, para que no tenga que poner su vida en espera durante el tratamiento. En cambio, los proveedores internos se reunirán con usted donde esté y cuando necesite ayuda para que pueda reconstruir una conexión con su verdadero yo y sanar por completo.

Los proveedores están disponibles para los miembros principales del Plan de Salud del Estado, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del Plan. Obtenga más información sobre Within en www.withinhealth.com o llame al 866.559.3073.

Cuidado de la salud en el hogar

La atención médica en el hogar incluye atención de enfermería a tiempo parcial, servicio de asistente de salud o terapia física, ocupacional o del habla proporcionada por una agencia de atención médica en el hogar aprobada y que se brinda en el hogar del paciente. No puede recibir atención médica en el hogar y beneficios de hospital o centro de enfermería especializada al mismo tiempo. Estos servicios no incluyen el cuidado de custodia o el cuidado brindado por una persona que vive habitualmente en el hogar o es

miembro de la familia del paciente o del cónyuge del paciente. Los beneficios están limitados a 100 visitas por año. Estos servicios deben estar preautorizados por Medi-Call y el miembro debe estar confinado en su hogar.

Cuidados paliativos

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

Infertilidad

Para ser elegible para los beneficios para tratar la infertilidad, el suscriptor o el cónyuge cubierto debe 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 estén cubiertos como cónyuge o como empleado. El límite para el individuo se aplica incluso si el miembro estaba casado con otra persona en ese momento.

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

En el máximo de \$15,000 se incluyen pruebas de diagnóstico, medicamentos recetados y hasta seis ciclos de inseminación intrauterina (IIU), y un máximo de tres ciclos completos de transferencia intrafalopiana de cigoto o gameto (ZIFT o GIFT) o fertilización in vitro (FIV) por vida. Un ciclo refleja los cambios cíclicos de la fertilidad, y el ciclo comienza con cada nueva transferencia o intento de implantación de inseminación o tecnología de reproducción asistida (TRA). Los procedimientos de ART que no se mencionan específicamente no están cubiertos, incluidos, entre otros: la transferencia de embriones tubáricos (TET) y la donación de ovocitos de transferencia de embriones tubáricos en etapa pro-nuclear (PROUST).

Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad están sujetos a un pago de coseguro del 30% tanto a través del Plan Estándar como del Plan de Ahorros. Este gasto no se aplica al copago máximo de \$3,000 por persona para medicamentos recetados para el Plan Estándar. Sí se aplica al deducible del Plan de Ahorro. El pago del 70% del plan para medicamentos recetados para tratamientos de infertilidad se aplica al pago máximo de \$15,000 por toda la vida para 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. Su parte de los gastos no cuenta para su coseguro máximo. Todos los procedimientos relacionados con la infertilidad deben ser preautorizados por Medi-Call. Para obtener más información, llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724.

Tenga en cuenta que cuando queda embarazada, se le anima a inscribirse en el programa de gestión de maternidad de Coming Attractions. Consulte la página 52 para obtener más información.

Servicios hospitalarios para pacientes internados

La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, que incluye una habitación semiprivada y comida, está cubierta. Además de las visitas normales de su médico mientras está en el hospital, está cubierto por una consulta por médico consultor por cada estadía hospitalaria. La atención hospitalaria debe ser aprobada por Medi- Call (página 44) o Companion Benefit Alternatives. Para obtener más información, consulte la página 45.

Servicios de instalaciones ambulatorias

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

- Servicios de laboratorio;
- Rayos X y otros servicios radiológicos;
- Servicios de sala de emergencias;
- Radioterapia;
- Servicios de patología;
- Cirugía ambulatoria;
- Servicios de suite de infusión; y
- Pruebas diagnósticas.

Si está cubierto por el Plan Estándar, se le cobrará un copago de \$115 por servicios de instalaciones ambulatorias. Se le cobrará un copago de \$193 por los servicios de la sala de emergencias.

Estos copagos no se aplican a su deducible anual ni a su coseguro máximo. El copago por los servicios de la sala de emergencias no se aplica si usted es admitido en el hospital.

El copago de los servicios de centros ambulatorios no se aplica a la diálisis, las mamografías de rutina, las pruebas de Papanicolaou

de rutina, las visitas a la clínica, los servicios de oncología, la terapia electroconvulsiva, el manejo de medicamentos psiquiátricos y la hospitalización parcial y los servicios intensivos de salud conductual para pacientes ambulatorios.

Tenga en cuenta que cuando se ordenan pruebas de laboratorio, es posible que desee hablar con su proveedor sobre la posibilidad de 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 pagar el copago de \$115 por los servicios ambulatorios o el copago de \$15 por una visita al consultorio del médico.

Además, recuerde que puede tener a su disposición una alternativa más cómoda y asequible en función de sus circunstancias. Considere si una visita por video, una visita al centro de atención de urgencia o una visita al consultorio del médico serían igual de efectivas: podría evitar los copagos del centro por completo.

Embarazo y atención pediátrica

Los beneficios de maternidad se proporcionan a los suscriptores y sus cónyuges cubiertos. Los hijos cubiertos no tienen beneficios de maternidad. Los beneficios de maternidad incluyen la atención prenatal y posparto necesaria, incluido el parto, el aborto espontáneo y las complicaciones relacionadas con el embarazo. Cuando quede embarazada, se le anima a inscribirse en el programa de gestión de maternidad de Coming Attractions. Consulte la página 52 para obtener información.

Extractores de leche

Los modelos específicos de extractores de leche están cubiertos y disponibles sin costo para las mujeres suscriptoras y las esposas de las suscriptoras cubiertas. Para usar esta cobertura, deberá obtener la bomba a través de un proveedor contratado por BlueCross. Si bien no se requiere una receta médica, es preferible tener una receta y ayudará a que el pedido se procese más rápido. Para obtener más información, visite [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](https://www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com), luego Medicina, luego PEBA Perks, luego Breast Pump.

Duración de la estancia hospitalaria

Según la ley federal, los planes de salud grupales generalmente no pueden restringir los beneficios por la duración de cualquier estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el Plan puede pagar por una estadía más corta si el médico tratante, después de la consulta

con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.

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

Servicios de partería

El Plan de Salud del Estado reconoce solo a las enfermeras parteras certificadas como proveedoras de servicios cubiertos por 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 tiene estándares de licencia sustancialmente equivalentes, como partera. Los servicios de una enfermera registrada de práctica activa están cubiertos, incluso si estos servicios no se realizan bajo la dirección inmediata de un médico. Los servicios de parteras laicas y parteras autorizadas por el Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur no son reembolsados.

Medicamentos recetados

Consulte el capítulo **Beneficios de medicamentos recetados** en la página 68 para obtener más información.

Cirugía reconstructiva después de una mastectomía médicamente necesaria

El Plan cubrirá, según lo exige la Ley de Derechos de 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 la mastectomía haya sido realizada;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluso la linfedema.

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

Atención de rehabilitación

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

La atención de rehabilitación está sujeta a todos los términos y condiciones del Plan.

- Se requiere autorización previa para cualquier atención de rehabilitación hospitalaria, independientemente del motivo de la admisión.
- La terapia de rehabilitación debe realizarse en el entorno más rentable y adecuado para la afección.
- El proveedor debe presentar un plan de tratamiento a Medi-Call.
- Debe haber una expectativa razonable de que se puede restaurar la función suficiente para que el paciente viva en casa.
- Hay que seguir mejorando significativamente.
- La admisión de un paciente hospitalizado debe ser a un centro de rehabilitación acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación.

Las prestaciones de rehabilitación no son pagaderas por:

- Rehabilitación vocacional destinada a enseñar a un paciente cómo tener un empleo remunerado;
- Reentrenamiento cognitivo (mental);
- Programas de reinserción comunitaria; o
- Rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda.

Rehabilitación aguda

La rehabilitación en fase aguda a menudo se realiza en un entorno ambulatorio. En casos complejos, la rehabilitación puede realizarse en un centro de cuidados intensivos, y luego en un centro de rehabilitación subagudo o en un centro ambulatorio. La rehabilitación aguda comienza poco después del inicio de la enfermedad o lesión y puede continuar durante días, semanas o varios meses.

La rehabilitación cardíaca y pulmonar requiere autorización.

Rehabilitación: a largo plazo

La rehabilitación a largo plazo se refiere al punto en el que es posible

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

Segundas opiniones

Si Medi-Call le aconseja buscar una segunda opinión antes de un procedimiento médico, el Plan pagará el 100% del costo de esa opinión. Estos procedimientos incluyen cirugía y 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 están limitadas a una al día. Estos servicios requieren la aprobación de Medi-Call.

Terapia del habla

Rehabilitación

El Plan cubre la terapia del habla a corto plazo para restaurar la función del habla o la deglución que se ha perdido como resultado de una enfermedad, un traumatismo, una lesión o un defecto congénito, como labio leporino o paladar hendido. La terapia del habla debe ser recetada por un médico y proporcionada por un terapeuta del habla con licencia. La terapia del habla ya sea que se ofrezca como un servicio para pacientes hospitalizados o en el hogar del miembro, requiere autorización previa de Medi-Call. La terapia del habla ambulatoria no requiere autorización previa. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio al Cliente de BlueCross al 803.736.1576 o al 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 documenta ni se espera que ocurra un mayor progreso funcional. La terapia de mantenimiento no está cubierta.

Habilitativo

El Plan Estatal de Salud cubre los servicios de terapia del habla de habilitación para dependientes cubiertos de 6 años o menos. La terapia del habla que se ofrece en el hogar del miembro requiere autorización previa por parte de Medi-Call.

Exclusiones

La terapia del habla no está cubierta cuando se asocia con cualquiera de los siguientes:

- Retraso psicológico del habla a partir de los 7 años;
- Tartamudeo a partir de los 7 años;

- Problemas de comportamiento;
- Trastornos de atención;
- Discapacidad mental;
- Reentrenamiento cognitivo (mental);
- Programas de reinserción comunitaria; o
- Rehabilitación a largo plazo después de la fase aguda del tratamiento de la lesión o enfermedad.

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

Cirugía

Los cargos médicos por cirugía médicamente necesaria para pacientes hospitalizados, cirugías ambulatorias y uso de instalaciones quirúrgicas están cubiertos si la atención está asociada con un servicio permitido por el Plan.

Otros beneficios cubiertos

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

- Blood and blood plasma, excluding storage fees; and
- Servicios de enfermería (a tiempo parcial/intermitentes).

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

Exclusiones: servicios no cubiertos

Hay algunos gastos médicos que el Plan de Salud del Estado 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 lesiones o enfermedades, excepto aquellos específicamente enumerados en la sección de beneficios preventivos.
- Exámenes físicos de rutina, chequeos (excepto visitas de rutina para adultos, visitas de rutina para mujeres, cuidado de niños sanos y beneficios preventivos de acuerdo con las pautas), servicios, cirugía (incluida la cirugía estética) o suministros que no sean médicamente necesarios.
- Los exámenes de próstata de rutina, las pruebas de detección o los servicios relacionados no están cubiertos por el Plan. Un examen de diagnóstico de próstata, pruebas de detección y

análisis de laboratorio estarán cubiertos cuando sea médicamente necesario, pero no como parte de una visita de rutina para adultos. El examen de diagnóstico estará sujeto a los deducibles y coseguros habituales del Plan de Salud del Estado.

- Pruebas rutinarias de antígenos prostáticos específicos.
- Anteojos.³¹
- Lentes de contacto²⁹, a menos que sean médicamente necesarios después de una cirugía de cataratas y para el tratamiento del queratocono, una enfermedad de la córnea que afecta la visión.
- Exámenes de la vista de rutina.²⁹
- Cirugía refractiva²⁹, como la queratotomía radial, la queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK), la corrección de la visión y otros procedimientos para alterar las propiedades refractivas de la córnea.
- Audífonos y exámenes para su adaptación³².
- Servicios dentales³³, excepto para la extracción de dientes impactados, tratamiento dentro de un año de una condición resultante de un accidente, tratamiento hecho necesario por la pérdida de dientes debido al tratamiento del cáncer y tratamiento necesario como resultado de un defecto congénito de nacimiento.
- Síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ) férulas, aparatos ortopédicos, protectores, etc. La cirugía médicamente necesaria para la TMJ está cubierta si Medi-Call lo autoriza previamente. El TMJ a menudo se caracteriza por dolor de cabeza, dolor facial y sensibilidad en la mandíbula causados por irregularidades en la forma en que las articulaciones, ligamentos y músculos de las mandíbulas trabajan juntos.
- Cuidado de custodia, incluyendo niñeras y acompañantes o amas de casa/cuidadores.
- Admisiones o partes de las mismas para cuidado de custodia o cuidado a largo plazo, que incluyen:
- Cuidado de relevo;
- Atención psiquiátrica aguda o crónica a largo plazo;
- Cuidado para ayudar a un miembro en la realización de actividades de la vida diaria (es decir, cuidado de custodia, que incluye, entre otros: caminar, moverse, bañarse,

vestirse, alimentarse, ir al baño, continencia, comer, preparación de alimentos y tomar medicamentos); y

- Atención psiquiátrica o de abuso de sustancias a largo plazo, que incluye: escuelas terapéuticas, campamentos de entrenamiento / en la naturaleza, hogares de internados terapéuticos, casas de transición y hogares grupales terapéuticos.
- Cualquier artículo que se pueda comprar sin receta, incluidos, entre otros: medicamentos y dispositivos anticonceptivos.
- Cirugía para revertir una vasectomía o ligadura de trompas si es electiva y no es médicamente necesaria para tratar una afección preexistente.
- Diagnóstico o tratamiento de infertilidad para un suscriptor o un cónyuge si alguno de los miembros se ha sometido a una ligadura de trompas o vasectomía.
- Tecnologías de reproducción asistida (tratamiento de fertilidad), excepto como se describe en la página 57.
- Tratamientos para bajar de peso y todas las cirugías para bajar de peso, que incluyen, entre otros: bypass gástrico, banda gástrica o grapado; derivación intestinal y cualquier procedimiento relacionado; la reversión de dichos procedimientos; y condiciones y complicaciones como resultado de dichos procedimientos o tratamientos.
- Equipos que tienen un uso no terapéutico (como humidificadores, acondicionadores de aire, bañeras de hidromasaje, pelucas, reemplazo de cabello artificial, aspiradoras, modificaciones en el hogar y el vehículo, suministros de acondicionamiento físico, dispositivos de comunicación o aumento del habla, incluidas computadoras, etc.), independientemente de si el equipo está relacionado con una condición médica o recetado por un médico.
- Pruebas de calidad del aire o moho.
- Suministros utilizados para la participación en deportes (que no son necesarios para las actividades de la vida diaria), incluidos, entre otros, férulas o aparatos ortopédicos.
- El médico cobra por medicamentos, medicamentos, electrodomésticos, 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 estadía en el hospital en la que se sometió a la cirugía, a menos que se necesite un especialista médico para una afección que el cirujano no pudo tratar.

31 Aunque los beneficios de la vista generalmente no están cubiertos por el Plan Estatal de Salud, la cobertura y los descuentos están disponibles a través del Plan Estatal de la Vista. Consulte el capítulo Cuidado de la vista en la página 85.

32 Salvo que se disponga lo contrario en el Plan de Beneficios para ciertos Personas cubiertas menores de 18 años

33 Los beneficios dentales están disponibles a través de Dental Plus y Basic Dental. Consulte el capítulo sobre el **seguro dental** en la página 76.

- Honorarios del médico por patología clínica, definidos como servicios para leer informes generados por máquinas o pruebas de laboratorio mecánicas. La interpretación de estas pruebas está incluida en la asignación del servicio de laboratorio.
- Tarifas por registros médicos y presentación de reclamos.
- Suplementos alimenticios, incluidos, entre otros: fórmula infantil, nutrición enteral, Boost/Ensure o suplementos relacionados.
- Servicios prestados por miembros de la familia inmediata del asegurado.
- Acupuntura.
- Programas de manejo del dolor crónico.
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (a través de la piel), cuyo objetivo principal es el tratamiento del dolor.
- Complicaciones derivadas de la recepción de servicios no cubiertos.
- Pruebas psicológicas para determinar la colocación laboral, ocupacional o escolar, o con fines educativos; terapia del entorno; o para determinar la discapacidad de aprendizaje.
- Cualquier servicio o suministro por el cual una persona cubierta tenga derecho a un pago o beneficios de conformidad con la ley federal o estatal (excepto Medicaid), como los beneficios pagaderos en virtud de las leyes de compensación para trabajadores.
- Cargos por tratamiento de enfermedades, lesiones o complicaciones causadas por actos de guerra o servicio militar.
- Bienes cosméticos, procedimientos, cirugías o complicaciones que resulten de dichos procedimientos o servicios.
- Productos o servicios para la cesación o disuasión del tabaquismo, excepto aquellos cubiertos por el Programa de Medicamentos Recetados o según lo autorizado por el programa de cesación del tabaco para participantes elegibles en su programa de cesación del tabaco.
- Escleroterapia (tratamiento de las venas varicosas), que incluye inyecciones de soluciones esclerosantes para las venas varicosas de la pierna.
- Servicios realizados por animales de servicio o terapia o sus cuidadores.
- Abortos, a excepción de un aborto legal realizado de acuerdo con las pautas federales de Medicaid.

- Un tratamiento de infertilidad para el niño, el embarazo o las complicaciones del embarazo o el parto.
- Almacenamiento de sangre o plasma sanguíneo.
- Cirugía experimental o de investigación o procedimientos médicos, suministros, dispositivos o medicamentos. Cualquier procedimiento quirúrgico o médico determinado por el personal médico del procesador de reclamaciones de terceros, con la consulta adecuada, como experimental o de investigación o no aceptada la práctica médica. Los procedimientos experimentales o de investigación son aquellos procedimientos, suministros, dispositivos o medicamentos médicos o quirúrgicos que, en el momento en que se proporcionaron o se pretendió proporcionar:
 - No se reconoce que se ajusta a la práctica médica aceptada en la especialidad médica o campo de la medicina correspondiente; o
 - Los procedimientos, medicamentos 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, mejorar los resultados netos de salud; o
 - Son aquellos en los que no se demuestra que la mejora reclamada puede obtenerse fuera del entorno de investigación o experimental.

Límites adicionales en el Plan Estándar

- Los beneficios quiroprácticos en el Plan Estándar son limitados a \$ 2,000 por persona por año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual se limitan a: uno por visita por persona.

Límites y exclusiones adicionales en el Plan de Ahorro

- Los beneficios quiroprácticos en el Plan de Ahorros se limitan a: \$500 por persona cubierta por año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual se limitan a: uno por visita por persona.

- Los antihistamínicos no sedantes y los medicamentos para tratar la disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan de Ahorros.

Cómo presentar una reclamación del Plan de Salud Estatal

Servicios en Carolina del Sur

Si recibió servicios de un proveedor que participa en una red de State Health Plan, no tiene que presentar una reclamación; Su proveedor lo presentará por usted. Usted es responsable de los gastos de bolsillo habituales, como deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos.

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

Para presentar una reclamación:

- Complete el formulario de reclamación.
- Adjunte sus facturas detalladas, que deben mostrar el monto cobrado; el nombre del paciente; la(s) fecha(s) y el (los) lugar(es) de la notificación; el diagnóstico, en su caso; códigos de procedimiento; y el nombre del proveedor, el número de identificación fiscal federal o el identificador nacional del proveedor, si está disponible.

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

Para que se paguen las reclamaciones, BlueCross debe recibir su formulario antes del final del año calendario posterior al año en el que se incurrieron en 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 obtener 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 los EE.UU. de un médico u hospital de la red BlueCard, no debería tener que pagar por adelantado por la atención, excepto para los

gastos de bolsillo habituales, como deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos. El proveedor debe presentar la reclamación en su nombre.

Los proveedores de la red presentarán reclamaciones a la filial de BlueCross en el estado en el que se prestó el servicio. Fuera de la U. S., debe completar 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 también se le puede exigir que presente la reclamación a BlueCross usted mismo.

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

Apelaciones

Revisión de primer nivel: Reclamaciones y apelaciones de autorización previa 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 reclamaciones de seguro médico, así como Medi-Call para autorización médica previa y Alternativas de Beneficios para Acompañantes (CBA) para autorizaciones previas de beneficios de salud conductual. Apelaciones de autorización previa de radiología para Evolent se manejan de manera diferente a otras apelaciones procedimientos y también se tratan en esta sección.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, puede apelar una reclamación inicial o una denegación de autorización previa dentro de los seis meses posteriores a la decisión. Si desea que otra persona apele en su nombre, puede presentar esta solicitud por escrito a BlueCross, Medi-Call o CBA. Tenga en cuenta que los proveedores médicos, incluidos los fabricantes de dispositivos médicos, los fabricantes farmacéuticos y los representantes o agentes de dichos proveedores y fabricantes, no pueden apelar en su nombre. La información de contacto se proporciona a continuación 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 a los beneficios para acompañantes

- www.CompanionBenefitAlternatives.com
- 803.736.1576 o 800.868.2520.

Los derechos de apelación y las instrucciones para una apelación se incluyen en la carta de denegación que recibe. 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 apelada;
- El número de reclamación de los servicios que se apelan, si corresponde (disponible en su Explicación de Beneficios);
- Una copia de los registros médicos que respaldan la apelación; y
- Cualquier otra información o documento que sustente el recurso.

Evolent

- www.RadMD.com
- 866.500.7664.

Si Evolent rechaza un procedimiento con el argumento de que no es médicamente necesario, tiene tres días para presentar una apelación ante Evolent si no se han recibido los servicios. Si han pasado tres días o más, puede solicitar a BlueCross que revise la decisión.

Revisión médica de segundo nivel: Reclamaciones y apelaciones de autorización previa a procesadores de reclamaciones de terceros que requieren una revisión de necesidad médica

Si el procesador de reclamaciones de terceros, después de su revisión inicial, niega la solicitud del suscriptor por no ser médicamente necesaria, el suscriptor tiene derecho a solicitar una revisión médica de segundo nivel.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, puede solicitar una revisión médica de segundo nivel dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la denegación. Debe incluir la siguiente información en su solicitud por escrito para una revisión médica de segundo nivel:

- Razones por las cuales el reclamo o solicitud de autorización

previa debería ser aprobado;

- Razones por las que la revisión de primer nivel fue errónea; y
- Cualquier información médica nueva o adicional pertinente a su reclamo o solicitud de autorización previa.

También puede solicitar una revisión médica acelerada de segundo nivel.

Si desea que alguien apele en su nombre, puede presentar esta solicitud por escrito a BlueCross, Medi-Call o CBA. Tenga en cuenta que los proveedores médicos, incluidos los fabricantes de dispositivos médicos, los fabricantes farmacéuticos y los representantes o agentes de dichos proveedores y fabricantes, no pueden apelar en su nombre.

La información de contacto se proporciona a continuación si tiene preguntas sobre cómo solicitar una revisión médica de segundo nivel.

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 a los beneficios para acompañantes

- www.CompanionBenefitAlternatives.com
- 803.736.1576 o 800.868.2520

El procesador de reclamaciones de terceros tomará su decisión dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión médica de segundo nivel. Si se solicitan registros médicos, la decisión se proporcionará a más tardar 30 días después de que se reciba la información solicitada. Si la información solicitada no se recibe en el plazo de 30 días, la decisión se tomará sobre la base de la información disponible en ese momento y se proporcionará en un plazo de 30 días.

El proceso de revisión médica de segundo nivel debe agotarse para cualquier apelación relacionada con la necesidad médica antes de cualquier apelación ante PEBA. El procesador de reclamaciones de terceros le enviará una decisión por escrito en la que se indiquen las razones específicas de su decisión final.

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

Si aún no está satisfecho después de que el procesador de reclamaciones de terceros haya completado su proceso de revisión (una revisión de primer nivel para las apelaciones que no requieren una revisión médica, y una

revisión médica de segundo nivel para las apelaciones que requieren una revisión de necesidad médica), puede solicitar una apelación adicional enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a su notificación de la denegación final del procesador de reclamaciones de terceros. Incluya una copia de las denegaciones anteriores del procesador de reclamaciones de terceros con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

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

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

Un proveedor de atención médica, incluido un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico y un representante o agente de dichos proveedores y Fabricantes; empleador; o el administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apelaron la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el miembro, su representante legal o un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur pueden iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su expediente de reclamación de BlueCross, Medi-Call o CBA, como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si hay material adicional se solicita o usted pide una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando se complete la revisión de su apelación por parte de PEBA, recibirá una determinación por escrito.

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

Plan Suplementario GEA TRICARE

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

El Plan Suplementario de TRICARE es una cobertura secundaria a TRICARE. Paga la parte del suscriptor de los gastos médicos cubiertos bajo las opciones TRICARE Prime (dentro de la red), Select y TRICARE Retired Reserve Extra y Standard. 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 requiere que el plan sea patrocinado por una asociación, no por un empleador. El patrocinador del plan es la Asociación de Empleados del Gobierno.

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

Elegibilidad

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

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

- Militares retirados que reciben salario equivalente;
- Cónyuge/cónyuge sobreviviente de un militar retirado;
- Reservistas retirados entre las edades de 60 y 65 años y cónyuges/cónyuges sobrevivientes de reservistas retirados;
- Reservistas retirados menores de 60 años e inscritos en la Reserva Jubilada de TRICARE (jubilados del Área Gris) y cónyuges/cónyuges sobrevivientes de reservistas retirados

inscritos en la Reserva Jubilada de TRICARE;

- Militares retirados y sus cónyuges o cónyuges sobrevivientes que residen fuera de los EE. UU. S. o sus territorios (todos los que son elegibles para Medicare deben estar en Medicare);
- Guardia Nacional Calificada y Reserva; y
- Miembros (TRICARE Reserve Select).

Hay excepciones limitadas a la Regla de Elegibilidad para los 65 años. Comuníquese con Selman & Company para obtener más información al 800.638.2610, opción 1 o

memberservices@selmanco.com.

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

Hijos dependientes elegibles

- Hijos dependientes solteros hasta los 21 años de edad, o, si el hijo es un estudiante de tiempo completo, hasta los 23 años de edad. La documentación de que un niño, de 21 a 22 años, es un estudiante de tiempo completo debe proporcionarse a TRICARE.
- Los dependientes discapacitados están cubiertos después de los 21, 23 o 26 años de edad si el niño depende del miembro para la manutención y el apoyo primario y aún es elegible para TRICARE. Se requiere prueba de incapacidad y dependencia continuada (correo electrónico a memberservices@selmanco.com). La documentación debe ser proporcionada a TRICARE.
- Hijos adultos dependientes menores de 26 años y que están inscritos en TRICARE Young Adult. El niño debe enviar una copia de su tarjeta de identificación de inscripción de adulto joven de TRICARE a Selman & Company. Envíelo por correo electrónico a memberservices@selmanco.com e incluya su número de identificación de póliza.

Cómo inscribirse

Si está inscrito en TRICARE y es elegible para la cobertura del programa de seguro de salud del estado de Carolina del Sur, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que fue contratado o se vuelve elegible para TRICARE.

También puede inscribirse durante la inscripción abierta anual. Si se inscribe durante el período de inscripción abierta, la cobertura entra en vigencia el 1 de enero.

Para inscribirse

1. Se requiere ser miembro de la Asociación de Empleados del Gobierno para inscribirse en el Plan Suplementario de TRICARE. La información sobre la Asociación de Empleados del Gobierno se proporciona en el paquete de bienvenida del Plan Suplementario de TRICARE. Plan Complementario CARE. Las cuotas están incluidas en la prima mensual del Plan. Para obtener más información, comuníquese con la Asociación de Empleados del Gobierno al 800.446.7600 o www.geausa.org.
2. Complete un Aviso de Elección y marque "Plan Suplementario de TRICARE" en la sección del plan de salud. Devuelva el Aviso de Elección a su administrador de beneficios, junto con una copia de su identificación militar o tarjeta de identificación de TRICARE. Además, si usted es un empleado activo, su administrador de beneficios puede inscribirlo en línea. Como suscriptor, puede inscribirse a través de MyBenefits.sc.gov durante la inscripción abierta. Consulte la página 18 para obtener más información. Si usted es un empleado jubilado de una agencia estatal, institución pública de educación superior o distrito escolar público, presente un *Aviso de Elección de Jubilado a PEBA*. Si usted es un jubilado de empleador opcional participante, presente un *Aviso de Elección de Jubilado* a la oficina de beneficios de su empleador anterior. Consulte la página 139 para obtener más información. La cobertura no es automática.
3. Si usted es un suscriptor elegible, complete el formulario de Otro Seguro de Salud de TRICARE si anteriormente estaba inscrito en el Plan de Salud del Estado. El formulario de Otro Seguro de Salud de TRICARE para cada región se encuentra en el sitio web de TRICARE, www.tricare.mil. Envíe por fax los formularios completados a TRICARE al número que aparece en el formulario. Recuerde, el Plan Suplementario de TRICARE no se considera otro seguro de salud.

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

Además de inscribirse en el Plan Suplementario de TRICARE, durante la inscripción abierta, si es un suscriptor elegible, puede cancelar la cobertura del Plan Suplementario de TRICARE para usted o sus dependientes, o puede agregar dependientes. Consulte la página 18 para obtener más información.

Características del plan

El Plan Suplementario de TRICARE le brinda cobertura adicional, que, cuando se combina con la otra cobertura de TRICARE

generalmente paga el 100% de sus gastos de bolsillo. Algunas de las características del plan incluyen:

- 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 proveedores fuera de la red y los proveedores participantes (consulte el *Manual para miembros del Plan Suplementario de TRICARE*);
- Reembolso de 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 reclamaciones del Plan Suplementario de TRICARE. Si un proveedor no lo hace, puede presentar las reclamaciones a Selman & Company. La información y los formularios para presentar reclamaciones de médicos / hospitales y farmacias 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, sobreviviente o jubilado, usted 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 for Life y su cobertura del Plan Suplementario de TRICARE finaliza. Usted puede continuar con la cobertura del plan suplementario para sus dependientes elegibles haciendo pagos de primas directamente a Selman & Company. Póngase en contacto con Selman & Company al 800.638.2610, opción 1, para obtener más detalles. También puede enviar un correo electrónico a memberservices@selmanco.com.

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

Pérdida de elegibilidad para TRICARE

El Plan Suplementario de TRICARE paga después de que TRICARE paga. Por lo tanto, si un empleado, cónyuge o hijo dependiente pierde la elegibilidad de TRICARE, la cobertura del Plan Suplementario de TRICARE termina. Los dependientes que pierden la elegibilidad de TRICARE no son elegibles para continuar con la cobertura del Plan Suplementario de TRICARE a través de COBRA o en la portabilidad. La pérdida de elegibilidad para TRICARE es una situación especial de elegibilidad que permite a un

empleado o jubilado elegible y a sus dependientes, si los dependientes son elegibles para la cobertura de seguro de PEBA, inscribirse en la cobertura de salud, dental y de la vista.

El seguro de vida y el seguro básicos de discapacidad a largo plazo se proporcionan sin costo a los empleados activos que se inscriben en el Plan de Salud del Estado.

Pérdida de la elegibilidad de TRICARE de un cónyuge

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

Pérdida de la elegibilidad de TRICARE de un hijo dependiente

Un hijo dependiente pierde la elegibilidad para TRICARE a la edad de 21 años si no está inscrito en la escuela a tiempo completo. Un dependiente también pierde la elegibilidad a la medianoche de su cumpleaños número 23, independientemente de si es un estudiante de tiempo completo o en la fecha en que se gradúa de la universidad, lo que ocurra primero.

Un hijo adulto dependiente inscrito en TRICARE Young Adult pierde la elegibilidad a la medianoche de la noche de su cumpleaños número 26 o la fecha en que no pague las primas completas a su contratista regional de TRICARE.

Más información

Para obtener más información sobre el Plan Suplementario TRICARE de la Asociación de Empleados del Gobierno, comuníquese con Selman & Company al

info.selmanco.com/peba o al 800.638.2610, Opción 1.

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



Beneficios de prescripción médica

Los medicamentos recetados son una parte importante de los beneficios disponibles para usted y una parte importante del costo del plan de salud autoasegurado de los suscriptores del seguro PEBA. El Plan de Salud del Estado contrata a un administrador de beneficios de farmacia para administrar los beneficios de medicamentos recetados del Plan. Express Scripts by EverNorth (Express Scripts) es el administrador de beneficios de farmacia del Plan.

El uso de medicamentos genéricos le ahorra dinero a usted y al Plan. También puede ahorrar dinero y recibir el mismo U. S. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó los medicamentos cuando reabastece recetas a través de la Red de Mantenimiento Minorista del Plan o el servicio de recetas por correo. Los beneficios se pagan solo por los medicamentos recetados surtidos 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 cobertura limitada fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la página 74

Usando sus beneficios de prescripción

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

Recursos para miembros

La información útil sobre los beneficios de medicamentos recetados de su Plan de Salud Estatal está a solo un clic de distancia en www.Express-Scripts.com y en la aplicación móvil de Express Scripts. La aplicación se puede descargar de forma gratuita desde 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 registre. El sitio web y la aplicación móvil ofrecen una variedad de información y herramientas:

- Rellene y renueve sus recetas;
- Vea el estado de su pedido, reclamaciones e historial de pagos;
- Encuentre farmacias de la red cerca de usted;
- Encuentre y compare precios con el precio de un medicamento;
- Verifique las interacciones y alertas de medicamentos;
- Vea información de cobertura actualizada;
- Comuníquese con un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana; y
- Obtenga acceso instantáneo a su tarjeta de identificación de miembro digital.

Programa de prescripción médica del Plan Estatal de Salud

Plan Estándar

Los miembros del Plan Estándar pagan un copago cuando surten recetas en una farmacia de la red. Los copagos para un suministro de hasta 30 días son:

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

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

El beneficio de medicamentos recetados tiene un copago anual máximo por separado de \$3,000 por persona. Esto significa que después de gastar \$3,000 en 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 su deducible anual médico o coseguro médico máximo.

Plan de Ahorro

Los miembros del Plan de Ahorros no pagan un copago cuando surten recetas en una farmacia de la red. Usted paga el monto total permitido por sus medicamentos recetados y un registro de su pago se transmite electrónicamente a BlueCross BlueShield of South Carolina (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% de la cantidad permitida por el medicamento. Esta cantidad 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 Suplementario de Medicare y Medicare es su pagador principal, PEBA se inscribe automáticamente el

miembro de Express Scripts Medicare®, el programa Medicare Parte D del Plan de Salud Estatal. Para obtener información sobre Express Scripts Medicare®, consulte el manual Cobertura de seguro para el miembro elegible para Medicare, que está disponible en peba.sc.gov/publications en Salud.

Red de farmacias

Cómo encontrar 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 Localizar una farmacia. Debido a que el Plan de Salud del Estado no ofrece cobertura fuera de la red para medicamentos recetados en los Estados Unidos, debe considerar usar un proveedor de la red cuando sea posible.

También puede llamar a Express Scripts al 855.612.3128 para obtener una lista de farmacias de la red cerca de usted.

Farmacias minoristas

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

Red Smart90 y Red Preferred90

Puede comprar suministros de medicamentos recetados para hasta 90 días a precios reducidos en su farmacia de la red local que participe en la red Smart90 (plan comercial) o la red Preferred90 (Express Scripts, Medicare). Usted pagará un copago más bajo que si comprara este medicamento un mes a la vez. Asegúrese de pedirle a su médico que le recete un suministro de 90 días. El descuento se aplica solo a las recetas surtidas para un suministro de 61 a 90 días. Los copagos para los medicamentos recetados surtidos para un suministro de 1 a 60 días seguirán los precios minoristas normales. Sin embargo, tenga en cuenta que los medicamentos especializados y los GLP-1 están limitados a un suministro de 30 días por surtido. Puede buscar una farmacia de la red Smart90 o Preferred90 Network iniciando sesión en su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts.

Pedido por correo a través de Express Scripts Pharmacy

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

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

Para realizar un pedido, inicie sesión en su cuenta de Express Scripts en www.Express-Scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts. Su compra por correo se entregará en su hogar, generalmente dentro de 10 a 14 días hábiles.

Plan Estándar y Plan Suplementario de Medicare

Los copagos para un suministro de hasta 90 días son:

- Nivel 1 (genérico): \$32
- Los copagos para un suministro de hasta 90 días son: Nivel 2 (marca preferida): \$115
- Nivel 3 (marca, no preferido): \$192

Plan de Ahorro

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

Cómo pedir medicamentos por correo

1. Pídale a su médico que escriba una receta o envíe una receta electrónicamente para un suministro de 90 días del medicamento con reabastecimientos, según corresponda. También puede pedirles que escriban una receta para un suministro de 30 días del medicamento, que puede surtir en una farmacia minorista y usar hasta que reciba sus medicamentos por correo.
2. Complete un formulario de pedido de entrega a domicilio, disponible en peba.sc.gov/forms en Beneficios de medicamentos recetados, o puede pedirle a su médico que le recete electrónicamente la receta a Express Scripts por correo. Puede pagar con cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Si desea pagar con tarjeta de crédito, es posible que desee inscribirse en el programa de pago automático de Express

Scripts. Si está ha creado una cuenta de Express Scripts, el método de pago se puede seleccionar con anticipación y Express Scripts le enviará un correo electrónico cuando reciba su nueva receta y pueda comenzar a dispensar.

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

Cómo surtir una receta por fax

- Pídale a su médico que escriba una nueva receta o envíe una receta electrónicamente para un suministro de 90 días del medicamento con reabastecimientos, según corresponda. Dele a su médico su número de identificación de miembro, que puede encontrar en el frente de su tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos Recetados del Plan Estatal de Salud.
- Pídale a su médico que envíe su receta por fax al 800.837.0959.

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

Copagos de medicamentos recetados y formulario

Los miembros cubiertos por el Plan Estándar y Express Scripts Medicare pagan copagos por los medicamentos; Todos los medicamentos se clasifican según un nivel que determina el copago del miembro. Express Scripts construye el formulario, o lista de medicamentos cubiertos y preferidos. La ubicación del medicamento en el formulario determina el nivel de copago para los medicamentos y, en algunos casos, si una marca de producto en particular está cubierta. El comité independiente de médicos y farmacéuticos de Express Scripts revisa continuamente los medicamentos con el objetivo de garantizar que los miembros tengan acceso a las terapias necesarias, al mismo tiempo que logran el costo neto más bajo para el Plan.

Nivel 1: genérico

Copago de \$13

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

Nivel 2: marca preferida

Copago de \$46

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

Nivel 3: marca no preferida

Copago de \$77

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

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

Medicamentos no cubiertos del formulario

PEBA adopta el Formulario Nacional Preferido de Express Scripts. Solo en el Programa de Medicamentos Recetados del Plan Estatal de Salud, hay ciertas marcas de productos en categorías terapéuticas altamente intercambiables que no están cubiertas. Esto no se aplica a los miembros 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 un medicamento no preferido, le recomendamos que hable con su médico sobre la prescripción de medicamentos preferidos. Como miembro del Plan de Salud del Estado, usted aún tiene acceso a medicamentos comparables cubiertos por el Plan.

Política de pago de la diferencia

Si compra un medicamento de marca cuando hay disponible un equivalente genérico aprobado por la FDA, el Plan pagará solo la cantidad permitida por el equivalente genérico. Esta política de pago por diferencia se aplica incluso si su médico le receta el medicamento como "Dispensar tal como está escrito" o "No sustituir".

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

Si el monto total es menor que el copago de Nivel 2 o Nivel 3

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

(de marca), pagará el copago de la marca. Solo el copago del medicamento del Nivel 1 (genérico) se aplicará al copago máximo anual de medicamentos recetados de un miembro.

Los miembros del Plan de Ahorro no pagan copagos; Sin embargo, por lo general ahorran dinero comprando medicamentos genéricos, porque estos medicamentos suelen costar menos. Con el Plan de Ahorros, si compra un medicamento de Nivel 2 o Nivel 3 (de marca) en lugar de un medicamento de Nivel 1 (genérico), solo se aplicará a su deducible la cantidad permitida para el medicamento genérico. Una vez que haya alcanzado su deducible, solo la parte del 20% del monto permitido para el medicamento genérico del paciente se aplicará a su coseguro máximo.

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

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

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

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

	Nivel 1 (genérico)	Nivel 2 (de marca)
Cantidad permitida para el medicamento	\$65	\$125
Copago genérico	\$13	N/A
Monto que paga si elige el medicamento genérico	\$13	
Su pago total³		\$73

Programas de farmacia especializada

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

- Tiene un costo extremadamente alto y es necesario para un porcentaje relativamente pequeño de la población;
- Es complejo de fabricar; y

² Sólo paga el copago de la marca.

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

- Requiere un manejo y administración especial.

Los miembros que surten recetas de medicamentos especializados deben usar la red de especialidades acreditadas personalizadas del Plan.⁴ La red incluye farmacias especializadas independientes de Carolina del Sur, farmacias acreditadas y Accredo, la farmacia especializada de Express Scripts. Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días por surtido. Los pacientes que buscan medicamentos especializados deben comunicarse con Express Scripts al 855 .612 .3128 para obtener más información.

Revisiones de 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 cómo se cubre un medicamento, Express Scripts iniciará una revisión de la cobertura para obtener más información. Si se toma la determinación de cubrir el medicamento, usted pagará el copago correspondiente. El Plan de Salud del Estado utiliza revisiones de cobertura para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y para fomentar el uso de alternativas de menor costo, cuando sea posible. Hay tres tipos básicos de revisiones de cobertura.

Autorización previa

Algunos medicamentos estarán cubiertos por el Plan Estatal de Salud solo si se recetan para ciertos usos. Estos medicamentos deben ser autorizados con anticipación, o no estarán cubiertos por el Plan. Es posible que el Plan no cubra otros medicamentos si hay alternativas seguras y eficaces de menor costo disponibles. Puedes investigar si un medicamento requiere una autorización previa u otro tipo de revisión de cobertura iniciando sesión en tu 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 comenzar el proceso de revisión llamando a Express Scripts al 855.612.3128

Gestión de la cantidad de medicamentos

La FDA tiene pautas de seguridad y eficacia que incluyen límites de cantidad para ciertos medicamentos. Si le recetan una cantidad de un medicamento que no se encuentra dentro de estas pautas, el Plan puede cubrir una cantidad menor del medicamento. Es posible que usted, su médico o su farmacéutico

⁴ Algunos medicamentos especializados administrados en el consultorio de un proveedor pueden requerir autorización previa

también pueden comenzar el proceso de revisión de la cobertura para ver si se permite la cobertura por una cantidad mayor comunicándose con Express Scripts al 855.612.3128.

Terapia escalonada

El proceso de terapia escalonada está diseñado para fomentar el uso de medicamentos genéricos y de venta libre que son alternativas a algunos medicamentos de marca de alto volumen y precio. Si usted o su médico piensan que no debe usar el medicamento de menor costo, su receta puede requerir autorización previa o puede estar cubierta a 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, es posible que deba haber intentado y fracasado en el uso exitoso

del medicamento de menor costo. Si, como resultado de la revisión, el medicamento es aprobado, se cubrirá en el nivel apropiado. Si se niega la aprobación, el Plan no cubrirá el medicamento. Para obtener más información, llame a Express Scripts al 855.612.3128.

Prescripciones compuestas

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

Para asegurarse de que su medicamento compuesto esté cubierto por el 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. Plan. Si su compuesto no está cubierto, se le recomienda que hable con su médico sobre los medicamentos disponibles en el mercado.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios del Plan de Salud del Estado, incluidos los beneficios de medicamentos recetados, están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para asegurarse de que una persona cubierta por más de un plan de seguro no sea reembolsada más de una vez por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan 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.

Cobertura de Medicare para medicamentos autoadministrados durante una estadía de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios

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

A un miembro elegible para Medicare que ha tenido una estadía en observación en el hospital se le pueden negar los cargos por medicamentos autoadministrados en virtud de la Parte B de Medicare. Los medicamentos autoadministrados pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para los miembros del Plan Suplementario de Medicare y los jubilados primarios de Medicare cubiertos por el Plan Carve-out. Si Medicare niega los medicamentos autoadministrados por no estar cubiertos por la Parte B de Medicare durante una estadía en observación hospitalaria, los miembros pueden presentar una reclamación impresa para obtener un reembolso bajo el beneficio de medicamentos recetados. La reclamación se pagará a la tarifa de la red de farmacias (cantidad permitida) y es posible que no cubra el monto total facturado al miembro.

Exclusiones

Algunos medicamentos recetados, como los que no aparecen en la lista 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 el hogar, están sujetos a exclusiones y limitaciones del plan cuando usa una farmacia de la red.

Los medicamentos recetados asociados con los tratamientos para

la infertilidad tienen una tasa de coseguro diferente. Consulte la página 57 para obtener más información sobre tratamientos para la infertilidad. Ejemplos de otros medicamentos que no están cubiertos son:

- Medicamentos en pruebas de fase I, II o III de la FDA;
- Medicamentos recetados utilizados para bajar de peso; y
- Medicamentos recetados por un proveedor que ha perdido sus privilegios de prescripción bajo el Plan.

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

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

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

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

- Anticonceptivos para suscriptores, cónyuges cubiertos e hijos dependientes cubiertos.
- Algunos medicamentos recetados específicos para dejar de fumar.
- Vacunas para adultos, incluida la vacuna contra la gripe, según lo recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consulte la página 46 para obtener más información sobre las vacunas para adultos.

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 con Receta del Plan Estatal de Salud o en Express Scripts Medicare® y tiene gastos de medicamentos recetados mientras viaja fuera de los Estados Unidos, pagará el precio minorista completo de su receta. Luego puede presentar una reclamación a Express Scripts para el reembolso. Después de alcanzar su deducible, si corresponde, su reembolso se limitará a la cantidad permitida del Plan, menos el copago o coseguro, si lo hubiera. Su reembolso puede ser menor que el monto que pagó de su bolsillo. Las reclamaciones deben presentarse ante Express Scripts dentro de un año a partir de la fecha de servicio.

Para presentar un reclamo por gastos incurridos en medicamentos recetados incurridos

en una farmacia participante o fuera de los Estados Unidos, complete el *Formulario de reclamo 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 Estatal de Salud, envíe el formulario con los recibos de sus medicamentos recetados 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 medicamentos recetados a:

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

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

Apelaciones

Si Express Scripts niega la autorización previa o la cobertura de su medicamento, se le informará de inmediato. Si tiene preguntas sobre la decisión, consulte la información en este capítulo. Su prescriptor o usted también pueden llamar a Express Scripts para una explicación. Si la decisión de Express Scripts fue una denegación no clínica, puede apelar ante PEBA como se describe en la siguiente página.

Primera reconsideración de la negación clínica

Si la decisión de Express Scripts fue denegada por una razón clínica, y usted cree que la decisión fue incorrecta, puede pedirle a Express Scripts que reexamine su decisión.

Su primera solicitud de revisión clínica debe hacerse por escrito dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la decisión de:

Express Scripts
Appeal Coordinator
P.O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588
Fax: 877.852.4070
Teléfono de revisión estándar: 800.753.2851
Debe incluir las razones por las cuales se debe aprobar la solicitud de autorización previa o cobertura. También puede solicitar una revisión clínica acelerada.

Express Scripts dará a conocer su decisión dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su primera solicitud de revisión clínica. Si se solicitan registros médicos, la decisión se proporcionará dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la información solicitada. Si la información solicitada no se recibe dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de Express Scripts, la decisión se tomará sobre la base de la información disponible en ese momento. Express Scripts le enviará una decisión por escrito que contenga las razones específicas de su decisión.

Segunda reconsideración de la negación clínica

Si Express Scripts, después de su revisión clínica inicial, rechaza la solicitud del suscriptor, el suscriptor tiene derecho a solicitar una segunda revisión clínica. Su solicitud de una segunda revisión clínica debe hacerse por escrito dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la decisión inicial de la revisión clínica para:

Express Scripts
Attn: Clinical Appeals Department P.O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588
Fax: 877.852.4070

Teléfono de revisión estándar: 800.753.2851

Debe incluir las razones por las cuales se debe aprobar la solicitud de autorización previa o cobertura. También puede solicitar una revisión clínica acelerada.

Express Scripts dará a conocer su decisión dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su primera solicitud de revisión clínica. Si se solicitan registros médicos, la decisión se proporcionará dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la información solicitada. Si la información solicitada no se recibe dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de Express Scripts, la decisión se tomará sobre la base de la información disponible en ese momento. Express Scripts le enviará una decisión por escrito que contenga las razones específicas de su decisión.

Apelaciones a PEBA

Si aún no está satisfecho después de que Express Scripts haya completado su proceso de revisión, puede pedirle a PEBA que revise el asunto enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la denegación final de su apelación por parte de Express Scripts. Incluya una copia de la(s) denegación(es) anterior(es) con su apelación a PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

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

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

Un proveedor de atención médica, incluyendo un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico, y un representante o agente de dicho proveedor y fabricante; empleador; o administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apelaron la decisión ante Express Scripts. Solo usted, el miembro, su representante legal o un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

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

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



Seguro Dental

Tiene dos opciones de cobertura dental: Dental Plus o Dental Básico. Usted elige el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Cuando haga su elección, elegirá Dental Plus o Dental Básico, no ambos. Si elige Dental Plus, lo inscribiremos automáticamente en ambos planes.

Dental Plus paga más y tiene primas más altas y costos de bolsillo más bajos. Dental Básico paga menos y tiene primas más bajas y costos de bolsillo más altos. Los miembros pueden inscribirse o darse de baja de Dental Plus y Dental Básico:

- Durante la inscripción inicial en los programas de seguro de PEBA.
- Durante un período de inscripción abierta en un año impar. Las próximas dos oportunidades serán octubre de 2025 y octubre de 2027.
- Dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad. Las situaciones de elegibilidad especial se explican en la página 19.

Recursos en línea

La información sobre Dental Plus y Dental Básico se incluye en el sitio web de BlueCross BlueShield of South Carolina (BlueCross), StateSC.SouthCarolinaBlues.com, y está diseñada para suscriptores de PEBA. En el sitio y en el inicio de sesión de miembro de My Health Toolkit, usted puede:

- Registrarse para recibir Explicaciones de Beneficios (EOB) sin papel;
- Encontrar proveedores de la red Dental Plus a través de la sección Encontrar un dentista;
- Visitar el Centro de Recursos Dentales (haga clic en Dental en la pestaña Información de cobertura en la página de inicio);
- Revisar su elegibilidad y beneficios;
- Verificar las reclamaciones y vea las EOB;
- Verificar las estimaciones previas al tratamiento; y
- Reportar otra cobertura dental.

Clases de tratamiento

La cobertura dental ofrece cuatro clases de tratamiento. Los detalles sobre los beneficios de cada clase se encuentran en la tabla de la página 79.

- **Clase I: Exámenes diagnósticos y preventivos;** limpieza y raspado de dientes; tratamiento con flúor; mantenedores de espacio (secundarios); Radiografías.
- **Clase II: Empastes básicos;** Extracciones; cirugía oral; endodoncia (endodoncias); Procedimientos periodontales.

- **Clase III: Prostodoncia Onlays;** coronas; puentes; dentaduras postizas; implantes; reparación de aparatos de prostodoncia.
- **Clase IV: Ortodoncia** Limitado a niños cubiertos de 18 años o menos. Corrección de la maloclusión que consiste en servicios de diagnóstico (incluyendo modelos y 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 la cantidad permitida. El beneficio anual máximo para una persona cubierta por Dental Plus es de \$2,000. No todos los procedimientos dentales están cubiertos. Usted será responsable de cualquier cargo relacionado con los servicios no cubiertos. Consulte la página 80 para obtener más información.

Consulte la tabla en la página 79 para obtener más información.

Red Dental Plus

BlueCross ofrece a los dentistas en Carolina del Sur acuerdos para participar en la red Dental Plus y aceptar el menor de sus cargos habituales o la cantidad permitida negociada. Las cantidades permitidas pueden variar según el dentista de la red y/o la ubicación física del dentista. Usted solo es responsable de los deducibles y coseguros, 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, visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione Buscar un dentista en la sección Buscar un médico.

Si su dentista está fuera de la red, sus beneficios bajo Dental Plus no se reducirán. Usted será responsable de los deducibles y el coseguro, más 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 en su costo y la cantidad permitida.

Los beneficios de Dental Básico se pagan en función de los

montos para cada procedimiento dental enumerados en el Programa de Procedimientos Dentales del Plan y los Montos Permitidos, que se encuentran en StateSC.SouthCarolinaBlues.com en Dental, luego en Dental Básico. El beneficio anual máximo para una persona cubierta por Dental Básico es de \$1,000. No todos los procedimientos dentales están cubiertos. Usted será responsable de cualquier cargo relacionado con los servicios no cubiertos. Consulte la página 80 para obtener más información.

Consulte la tabla en la página 79 para obtener más información.

Disposiciones especiales de Dental Básico

Formas alternativas de tratamiento

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

Un ejemplo de cuándo se puede aplicar un procedimiento menos costoso es cuando la porcelana fusionada a una corona predominantemente de metal base es menos costosa que la porcelana fusionada a una corona de metal noble.

Estimaciones previas al tratamiento

Aunque no es obligatorio, PEBA sugiere que obtenga un presupuesto previo al tratamiento de su tratamiento que no sea de emergencia para procedimientos dentales importantes. Para hacer esto, usted y su dentista deben completar un *Formulario de Reclamo Dental* antes de realizar cualquier trabajo. El formulario se puede encontrar en peba.sc.gov/forms. El formulario completado debe enumerar los servicios a realizar y el cargo por cada uno.

Envíe el formulario de reclamo a:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Attn: State Dental Unit
P.O. Box 100300
Columbia, SC 29202

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

Usted y su dentista recibirán un presupuesto previo al tratamiento, 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 completa el trabajo. Simplemente llene la(s) fecha(s) de servicio, pídale a su dentista que firme el formulario y envíelo a BlueCross. Su presupuesto previo al tratamiento es válido durante 90 días a partir de la fecha del formulario. La fecha real del servicio puede afectar el pago permitido. Por ejemplo, si ha alcanzado su pago anual máximo cuando se realiza el servicio o si ya no tiene cobertura dental, no recibirá el monto que se aprobó en la estimación previa 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 la cantidad permitida para un procedimiento, pídale a su dentista el código del procedimiento. Luego llame al Servicio al Cliente Dental de BlueCross al 888.214.6230 o al 803.264.7323.

Comparación de Dental Plus y Dental Básico

	Dental Plus	Dental Básico
Diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, radiografías	Usted no paga un deducible. El Plan pagará el 100% de una cantidad superior permitida . En 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 una cantidad menor permitida . Un proveedor puede cobrarle la diferencia en su costo y la cantidad permitida.
Básico Rellenos, cirugía oral, endodoncias	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 80% de un monto más alto permitido . En la red, un proveedor no puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 80% de un monto menor permitido . Un proveedor puede cobrarle la diferencia en su costo y la cantidad permitida.
Prostodoncia Coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 50% de un monto más alto permitido . En la red, un proveedor no puede cobrarle la diferencia entre su costo y el monto permitido.	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El Plan pagará el 50% de un monto menor permitido . Un proveedor puede cobrarle la diferencia en su costo y la cantidad permitida.
Ortodoncia² Limitado a hijos menores de 18 años	Usted no paga un deducible. Hay un beneficio de por vida de \$1,000 por cada niño cubierto.	Usted no paga un deducible. Hay un beneficio de por vida de \$1,000 por cada niño cubierto.
Pago máximo	\$2,000 por persona cada año para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y prostodoncia.	\$1,000 por persona cada año para servicios de diagnóstico y prevención, básicos y prostodoncia.

Ejemplos de comparación de planes

Escenario 1: Chequeo de rutina

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

	Dental Plus (dentro de la red)	Dental Plus (fuera de la red)	Dental Básico
Cargo inicial del dentista	\$235.00	\$235.00	\$235.00
Cantidad permitida³	\$145.00	\$180.00	\$75.00
Monto pagado por el Plan (100%)	\$145.00	\$180.00	\$75.00
Su coseguro (0%)	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Diferencia entre el monto permitido y el cargo	\$90.00 El dentista descarta esto	\$55.00	\$160.00
Usted paga	\$0.00	\$55.00 Diferencia en permitido importe y cargo	\$160.00 Diferencia en permitido importe y cargo

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

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

³ Las cantidades permitidas pueden variar según el dentista de la red y/o la ubicación física del dentista.

Escenario 2: Dos empastes de amalgama en superficie

	Dental Plus (dentro de la red)	Dental Plus (fuera de la red)	Dental Básico
Cargo inicial del dentista	\$190.00	\$190.00	\$190.00
Cantidad permitida^{4,5}	\$145.00	\$177.00	\$44.80
Monto pagado por el Plan (80%)	\$116.00	\$141.60	\$35.84
Su coseguro (20%)	\$29.00	\$35.40	\$8.96
Diferencia entre el monto permitido y el cargo	\$45.00 El dentista descarta esto	\$13.00	\$145.20
Usted paga	\$29.00	\$48.40 20% de coseguro más diferencia	\$154.16 20% de coseguro más diferencia

4 Las cantidades permitidas pueden variar según el dentista de la red y/o la ubicación física del dentista.

5 El ejemplo asume que se ha cumplido con el deducible anual de \$25.

Exclusiones: servicios dentales no cubiertos

El documento del *Plan de Beneficios de Seguro Dental Grupal* 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 cubiertos

- Tratamiento recibido de un proveedor que no sea un dentista con licencia. La limpieza o raspado de los dientes por parte de un higienista dental con licencia está cubierta cuando se realiza bajo la supervisión y dirección de un dentista.
- Servicios más allá del alcance de la licencia del dentista.
- Servicios prestados por un dentista que es miembro de la familia de la persona cubierta o por los cuales la persona cubierta no se le cobró previamente o no le pagó al dentista.
- Servicios o suministros dentales prestados antes de la fecha en que usted es elegible para la cobertura del Plan.
- Cargos hechos directamente a una persona cubierta por un dentista por suministros dentales (es decir, cepillo de dientes, cepillo de dientes mecánico, enjuague bucal o hilo dental).
- Servicios no dentales, como citas rotas y cumplimentación de formularios de reclamación.
- Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales, instrucción en higiene bucal o

capacitación en cuidado dental preventivo.

- Los servicios y suministros por los cuales no se realiza ningún cargo o no se requiere ningún pago si la persona no tuviera este beneficio, incluidos los cargos no facturables bajo el plan de seguro primario de la persona.
- Servicios o suministros no reconocidos como prácticas dentales aceptables por la Asociación Dental Americana.

Beneficios cubiertos por otro plan

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

Procedimientos específicos no cubiertos

- Mantenedores de espacio para dientes deciduos (primarios)

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.
- Onlays o coronas, cuando se utilizan con fines preventivos o estéticos o debido a la erosión, abrasión o desgaste.
- Servicios y suministros con fines cosméticos o estéticos, incluidos los cargos por personalización o caracterización de dentaduras postizas, excepto para el tratamiento de ortodoncia según lo dispuesto en este Plan.
- Terapia miofuncional (es decir, corrección del empuje de la lengua).
- Aparatos o terapia para la corrección o el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (ATM).
- Servicios para alterar la dimensión vertical.
- Entablillado, incluyendo estribos adicionales para puentes.
- Servicios de pruebas y exámenes de laboratorio, incluyendo pero no limitado a, cultivos bacterianos para determinar agentes patológicos, pruebas de susceptibilidad a caries (destrucción dental o ósea), cultivos virales, muestras de saliva, pruebas genéticas, fotografías diagnósticas y exámenes histopatológicos.
- Tapón pulpar, directo o indirecto (excluida la restauración final).
- Fécula provisional intracoronal y extracoronal (corona).
- Trasplante de dientes o reposicionamiento quirúrgico de dientes.
- Ajuste oclusal (completo). Los protectores oclusales están cubiertos para ciertas condiciones. El proveedor debe archivar los registros del consultorio y la foto de las superficies oclusales que exhiben patrones de desgaste con el reclamo para que el consultor dental lo revise.
- Procedimientos temporales, como empastes o coronas temporales.
- Procedimientos de cambio de base.
- Aliviadores de estrés.
- Accesorios de precisión.
- Procedimientos que se realizan el mismo día y considerados partes de un tratamiento más definitivo (i.e., un

Radiografía tomada el mismo día).

- Inlays (metal fundido, composite, resina, porcelana, cerámica). Los beneficios para las inlays se basan en la asignación de una restauración de amalgama alternativa.
- Gingivectomía/gingivoplastia en conjunción con o con el propósito de colocar restauraciones.
- Aplicación tópica de selladores por diente para pacientes mayores de 16 años.
- CT, CAT, MRI o cualquier servicio relacionado.

Beneficios limitados

- Más de dos de estos procedimientos durante cualquier año del plan: examen oral, consultas (deben ser proporcionadas por un especialista) y profilaxis (limpieza de los dientes).
- Más de dos profilaxis periodontales. (La profilaxis periodontal, el raspado o el alisado radicular están disponibles solo para pacientes que tienen antecedentes de tratamiento/cirugía periodontal). Se permiten cuatro limpiezas al año (una combinación de profilaxis y profilaxis periodontal) para pacientes con antecedentes de tratamiento/cirugía periodontal.
- Radiografías de aleta de mordida más de dos veces durante cualquier año del plan, más de una serie de radiografías de boca completa o una película panorámica en cualquier período de 36 meses, a menos que el dentista documente una necesidad especial de estos servicios a intervalos más frecuentes y BlueCross lo apruebe.
- Aplicación tópica de selladores 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 conducto radicular en el mismo diente. El tratamiento adicional (retratamiento) debe presentarse con el código de procedimiento de la Asociación Dental Americana correspondiente y la documentación de su dentista.
- Más de cuatro cuadrantes en cualquier período de 36 meses de legrado gingival, gingivectomía, cirugía ósea (ósea) o raspado periodontal y alisado radicular.

- Injertos de reemplazo óseo realizados en el mismo sitio más de una vez en cualquier período de 36 meses.
- Desbridamiento bucal completo para el tratamiento de la inflamación gingival si se realiza más de una vez en la vida.
- El acondicionamiento de los tejidos para las dentaduras postizas superiores e inferiores se limita a dos veces por dentadura postiza en cualquier período de 36 meses.
- La aplicación de medicamentos desensibilizantes se limita a dos veces por cuadrante por año, y el único propósito del medicamento utilizado debe ser la desensibilización.
- No más de una restauración de composite o amalgama por superficie en un período de 12 meses.
- Reemplazo de restauraciones de yeso (coronas, puentes, implantes) o prótesis (dentaduras postizas completas y parciales) dentro de los cinco años posteriores a la colocación original, a menos que se presente evidencia y sea satisfactoria para el administrador de reclamos de terceros de que: la restauración o dentadura postiza de yeso existente no se puede hacer útil; o que 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 entregue o se asiente dentro de los 12 meses posteriores a la entrega o la fecha de asiento de la dentadura postiza temporal inmediata.
- Adición de dientes a un puente parcial o fijo removible existente, a menos que se presente evidencia y sea satisfactoria 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 prostodónticos y ortodónticos

- Los beneficios no son pagaderos por las prótesis (es decir, coronas, coronas asentadas sobre implantes, puentes, dentaduras postizas parciales o completas) hasta que se asienten o se entregan. Otras exclusiones y limitaciones de estos servicios incluyen:
- Prostodoncia (incluyendo puentes, coronas e implantes) y su adaptación que se ordenaron mientras la persona estaba cubierta por el Plan, pero que se entregaron o se sentaron más de 90 días después de la terminación de la cobertura.
- Reemplazo de prótesis, mantenedores de espacio o aparatos de ortodoncia perdidos o robados, o cargos por

dentaduras postizas o aparatos de repuesto o duplicados.

- Sustitución de aparatos de ortodoncia o protectores oclusales rotos o perdidos.
- Reemplazo de prostodoncia de yeso existente, a menos que se especifique lo contrario en el documento del plan dental.
- Tratamiento de ortodoncia para empleados, jubilados, cónyuges o hijos cubiertos mayores de 19 años.
- Pago por tratamiento de ortodoncia sobre el máximo de por vida.
- Servicios de ortodoncia después del mes en que un niño cubierto deja de ser elegible para la cobertura de ortodoncia.
- El único beneficio de los servicios de ortodoncia es el pago de ortodoncia de por vida de \$1,000 por cada niño cubierto de 18 años o menos.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios dentales están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para asegurarse de que una persona cubierta por más de un plan de seguro no sea reembolsada más de una vez por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan primario paga primero. El plan secundario paga después del plan primario; Sin embargo, la suma de los pagos combinados nunca será mayor que la cantidad permitida para sus procedimientos dentales cubiertos.

La cantidad permitida es la cantidad que Dental Básico enumera para cada procedimiento dental en el Programa de Procedimientos Dentales y las Cantidades Permitidas en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Dental Plus tiene cantidades permitidas más altas. Cuando la cobertura dental de su estado es secundaria, paga hasta el monto permitido de su cobertura dental estatal menos lo que pagó el plan primario.

Para garantizar que los beneficios se paguen correctamente, los miembros deben completar un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. BlueCross no procesará ni pagará reclamaciones hasta que reciba su información. Inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit para actualizar esta información.

Ciertos procedimientos quirúrgicos orales están cubiertos por el Plan de Salud Estatal y los planes dentales. El más común de ellos es la extirpación quirúrgica de los dientes impactados. Los beneficios se aplican bajo el Plan de Salud del Estado, y luego se coordinan bajo Dental Plus y Dental Básico si el miembro está cubierto por un plan dental. El monto pagado bajo el

plan dental puede ser reducido en función del pago del Plan de Salud del Estado, como se explica en la última oración del párrafo anterior.

Nunca recibirá más de la cobertura dental de su estado que el beneficio anual máximo, 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 los servicios de ortodoncia es de \$1,000, independientemente de si está cubierto por Dental Plus o Dental Básico, y se limita a los niños cubiertos de 18 años o menos. Consulte la tabla en la página 79 para obtener más información.

Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, incluyendo cómo determinar qué plan paga primero, consulte la página 38. Si la cobertura dental de su estado es secundaria, debe enviar la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que reciba de su plan primario con su reclamación a BlueCross. Para asegurarse de que los beneficios se paguen correctamente, debe completar un formulario de coordinación de beneficios cada año. Inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit para actualizar esta información. Seleccione Mi plan y beneficios, luego Dental, luego Otro seguro dental.

Si tiene preguntas, llame a BlueCross al 888.214.6230 o 803.264.7323, o PEBA.

Cómo presentar un reclamo dental

La forma más fácil de presentar un reclamo es asignar beneficios a su dentista. La asignación de beneficios significa que usted autoriza a su dentista a presentar sus reclamaciones y a recibir el pago del plan por su tratamiento. Para hacer esto, muéstrele a un miembro del personal en el consultorio de su dentista su tarjeta de identificación dental y pida que se presente el reclamo por usted. Asegúrese de firmar las autorizaciones de pago en las casillas 36 y 37 del formulario de reclamación. Luego, BlueCross le pagará directamente a su dentista. Si está cubierto por Dental Plus y visita a un proveedor de la red, usted es responsable de su 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 presentarlas ante BlueCross. El formulario de reclamación está disponible en peba.sc.gov/forms o StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Complete los bloques 4–23 en el formulario de reclamación y pida a su dentista que complete los bloques 1–2, 24–35 y 48–58.

Si su dentista no completa las 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 proveedor (NPI);
- El nombre del paciente;
- La fecha de cada servicio;
- El nombre o el código de procedimiento de cada servicio; y
- El cargo por cada servicio.

Adjunte la factura al formulario de reclamo completado y envíela por correo a la dirección que aparece 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 consultorio, radiografías y otras ayudas de diagnóstico para determinar el beneficio de algunos procedimientos dentales. Es posible que se le pida a su dentista que proporcione esta documentación para que la revise el consultor dental de BlueCross. El plan no pagará una tarifa 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 incurrieron en los cargos, excepto en ausencia de capacidad legal, o no se pagarán los beneficios.

¿Y si necesito ayuda?

Puede llamar a BlueCross al 888.214.6230 y visitar StateSC.SouthCarolinaBlues.com o escriba a BlueCross a la dirección arriba indicada.

Apelaciones

Si BlueCross rechaza la totalidad o parte de su reclamación o tratamiento propuesto, se le informará de inmediato. Si tiene preguntas sobre la decisión, revise la información en este capítulo o llame para obtener una explicación. Si cree que la decisión fue incorrecta, puede pedirle a BlueCross que vuelva a examinar su decisión. La solicitud de revisión deberá presentarse por escrito, dentro de los seis meses siguientes a 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

Debe incluir las razones por las que su solicitud debe ser aprobada, y también puede solicitar una revisión acelerada.

BlueCross tomará su decisión dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión. Si se solicitan registros médicos, la decisión se proporcionará a más tardar 30 días después de que se reciba la información solicitada. Si la información solicitada no se recibe dentro de los 30 días, la decisión de BlueCross se tomará sobre la base de la información disponible en ese momento. La notificación de BlueCross indicará las razones específicas de su determinación.

Si aún no está satisfecho después de que BlueCross haya completado su proceso de revisión, puede pedirle a PEBA que revise el asunto enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la denegación de su apelación por parte de BlueCross. Incluya una copia de la(s) denegación(es) anterior(es) de BlueCross con su apelación ante PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division 202

Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Si su apelación se relaciona con un embarazo, un niño recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento que salva vidas, puede enviar su solicitud a PEBA por correo electrónico a urgentappeals@peba.sc.gov.

Un proveedor de atención médica, incluido un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico y un representante o agente de dicho proveedor y fabricante; El empleador o administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apelaron la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el miembro, o su representante legal o un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor, o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su expediente de reclamación

de BlueCross, como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando se complete la revisión de su apelación por parte de PEBA, recibirá una determinación por escrito.

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

Cuidado de la vista

PEBA ofrece beneficios de cuidado de la vista a través del Plan Estatal de la Visión, un producto totalmente asegurado proporcionado a través de EyeMed Vision Care®.

Información sobre los beneficios de la vista en línea

Inicie sesión en el sitio de EyeMed, www.eyemedvisioncare.com/pebaoe, para:

- La función Buscar un proveedor;
- La función Ver sus beneficios, que incluye qué miembros de la familia están cubiertos y cuándo todos serán elegibles para servicios particulares a continuación; Debido a las pautas de privacidad, EyeMed muestra solo a los miembros de la familia que son menores de 18 años. Cualquier persona mayor de 18 años deberá registrarse para obtener su propia cuenta.
- Acceso a las actualizaciones del estado de las reclamaciones;
- Una tarjeta de identificación imprimible y un formulario de reclamo de fuera de la red;
- La opción de dejar de usar papel para sus Explicaciones de Beneficios (EOB);
- Pedir lentes de contacto a través de ContactsDirect; y
- La sección de Bienestar de la Visión, donde puede obtener más información sobre los exámenes de la vista, las enfermedades oculares y la selección de anteojos.

Plan Estatal de Visión

El Plan Estatal de la Vista está disponible para los empleados elegibles; Jubilados; Sobrevivientes; docentes permanentes a tiempo parcial; Suscriptores de COBRA; ex cónyuges; y sus familiares cubiertos. Los suscriptores pagan la prima sin una 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 anteojos y lentes de contacto convencionales. Se ofrece un descuento del 15% sobre el precio de venta al público y del 5% sobre un precio promocional en la corrección de la visión LASIK y PRK en los EE. UU. Red Láser. El tratamiento médico de los ojos, como las enfermedades oculares o la cirugía, está cubierto por su plan de salud. Es posible que los descuentos en servicios no estén disponibles en todos los proveedores participantes. Antes de su cita, consulte con su proveedor para determinar si se ofrecen descuentos.

Un beneficio no se puede combinar con ningún descuento, oferta promocional u otro plan de beneficios grupales. El impuesto

sobre las ventas de cualquier beneficio, como anteojos o lentes de contacto, no está cubierto por el Plan Estatal de la Visión. Hay descuentos adicionales disponibles en Ofertas especiales para miembros registrados en www.eyemedvisioncare.com/pebaoe. Los descuentos de ofertas especiales se pueden combinar con los beneficios de la vista para miembros.

Exámenes de la vista

Un examen ocular completo no solo detecta la necesidad de corregir la visión, sino que también puede revelar signos tempranos de muchas afecciones médicas, como diabetes, presión arterial alta y enfermedades cardíacas. Un examen completo está cubierto como parte de su beneficio de EyeMed una vez al año con un copago de \$10.

Para asegurarse de que solo se le cobre el copago de \$10 por el examen de la vista, dígame a su proveedor que solo desea los servicios que el Plan Estatal de la Vista define como un examen completo de la vista.

Algunos proveedores pueden ofrecer un examen de imágenes de retina opcional por hasta \$39. Proporciona imágenes de alta resolución del interior del ojo. Este es un descuento, no un beneficio cubierto.

Frecuencia de beneficios

El Plan Estatal de la Visión cubre:

- Un examen de la vista completo una vez al año;
- Lentes de plástico estándar para anteojos o lentes de contacto una vez al año;
- Marcos una vez al año; y
- Los miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2 son elegibles para visitas de servicio al consultorio y pruebas diagnósticas una vez cada seis meses para detectar signos de cambios diabéticos en el ojo.

Resumen de las ventajas para la visión^{1,2}

	En la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Examen completo con dilatación según sea necesario Limitado a una vez al año	Un copago de \$10 .	Hasta \$35.
Imágenes de la retina Cubierto solo para miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2	Hasta \$39 .	No hay reembolso.
Descuento en imágenes de retina Opcional; No es un beneficio cubierto	Hasta \$39 .	No aplicable.

Gafas

	En la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Marcos Disponible todos los años; Se aplica a cualquier marco disponible en la ubicación del proveedor	Un copago de \$0 y el 80% del saldo superior a \$150 de asignación. Este beneficio no se puede utilizar con ninguna promoción.	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar³ (limitados a una vez al año)		
Visión sencilla	Un copago de \$10 .	Hasta \$25.
Bifocal	Un copago de \$10 .	Hasta \$40.
Trifocal	Un copago de \$10 .	Hasta \$55.
Lenticular	Un copago de \$10 .	Hasta \$55.
Complementos de lentes		
Tratamiento UV, tinte Sólido, degradado; recubrimiento estándar contra arañazos; y Lente de policarbonato estándar (menores de 19 años)	Un copago de \$0 por cada opción.	Hasta \$5 por cada opción.
Lente de policarbonato estándar (adultos)	Un copago de \$30 .	Hasta \$5.
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45 .	No aplicable.
Recubrimiento antirreflejante premium	Consulte la tabla a continuación.	No aplicable.
Polarizado	20% de descuento en el precio de venta minorista.	No aplicable.
Lentes de plástico de transición	Un copago de \$60 .	Hasta \$5.
Otros complementos	20% de descuento en el precio de venta minorista.	No aplicable.
Ahorros adicionales		
Pares de gafas adicionales	40% de descuento en pares completos de anteojos recetados después de usar el beneficio financiado.	No aplicable.

¹ Es posible que se apliquen exclusiones y limitaciones del Plan Estatal de la Vista. Consulte la página 90 para obtener más detalles.

² Los beneficios a continuación están disponibles solo bajo el Plan Estatal de la Vista. Los anteojos, lentes de contacto y los exámenes para su adaptación están excluidos en el Plan de Salud del Estado. Consulte la página 90 para obtener más detalles.

³ Los lentes de vidrio no están cubiertos por el Plan. Como artículo no cubierto, las lentes de vidrio se ofrecen con un 20% de descuento.

Lente progresiva y revestimiento antirreflejante⁴

	En 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.
Otros progresivos premium (no programados)	Un copago de \$35 y el 80% de cuenta menos \$120 de asignación	Hasta \$55.
Recubrimiento antirreflejante		
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45	No aplicable
Recubrimientos antirreflejantes premium (programado)	\$57-\$68.	No aplicable
Otros recubrimientos antirreflejantes premium (no programados)	80% del cargo	No aplicable
Otros complementos y servicios	20% de descuento en el precio de venta minorista	No aplicable

Lentes de contacto⁵

Disponible en lugar de la lente de anteojos; Limitado a una vez al año.

	En la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe
Ajuste 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, incluidas 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 recibe un 10% de descuento sobre el precio de venta menos \$40 de asignación	Hasta \$40.
Convencional	Un copago de \$0 y el 85% del saldo superior a \$130 de asignación.	Hasta \$104.
Desechables	Un copago de \$0 y un saldo de más de \$130 de asignación	Hasta \$104.
Lentes de contacto medicamento necesarios	Un copago de \$0	Hasta \$200.
Lentes de contacto adicionales	% de descuento en lentes de contacto convencionales después de usar el beneficio financiado.	No aplicable

⁴ Los productos enumerados como progresivos premium y antirreflejantes premium están sujetos a una revisión anual por parte del director médico de EyeMed y pueden cambiar según las condiciones del mercado. El copago indicado se aplica a determinadas marcas de lentes. Los proveedores no están obligados a llevar todas las marcas en todos los niveles. Los proveedores pueden dar a los miembros nombres y precios de productos específicos si lo solicitan. Una lista completa de marcas está disponible en www.eyemedvisioncare.com/theme/pdf/microsite-template/eyemedlenslist.pdf.

⁵ El permiso para lentes de contacto incluye solo materiales. La asignación para lentes de contacto desechables es de \$130, y no tiene que usar esta asignación de una sola vez. Por ejemplo, puede usar \$50 de la asignación cuando compre su primer suministro de lentes de contacto desechables y el resto de la asignación más adelante.

⁶ Un ajuste estándar de lentes de contacto incluye lentes de contacto claros, suaves, esféricos y de uso diario para prescripciones de visión sencilla. 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, posquirúrgicas y gas permeable. También incluye lentes de uso prolongado o nocturno.

Lentes de contacto médicamente necesarios

El beneficio proporciona cobertura para lentes de contacto médicamente necesarios cuando existe una de las siguientes condiciones:

- Anisometropía de 3D en potencias meridianas;
- Alta ametropía superior a -10D o +10D en potencias meridianas;
- Queratocono en el que la visión del miembro no es corregible a 20/30 en uno o ambos ojos utilizando

lentes oftálmicas estándar; o

- Mejora de la visión para los miembros cuya visión se puede corregir: dos líneas de mejora en la tabla de agudeza visual en comparación con las lentes oftálmicas estándar mejor corregidas.

Es posible que el beneficio no se amplíe para otras afecciones oculares, incluso si usted o sus proveedores consideran que los lentes de contacto son necesarios para otras afecciones oculares o para la mejora visual.

Resumen de los beneficios de la visión para diabéticos

Frecuencia de diabéticos tipo 1 y tipo 2: hasta dos servicios por año de prestación.

	En 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 extendida	Un copago de \$0 ; cubierto al 100%.	Hasta \$15 por servicio.
Gonioscopia	Un copago de \$0 ; cubierto al 100%.	Hasta \$15 por servicio.
Escáner láser	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 médicos privados y minoristas de óptica en Carolina del Sur y en todo el país. Los minoristas incluyen LensCrafters®, Target Optical® y las ubicaciones participantes de Pearle Vision®. Cuando usa un proveedor de la red, usted es responsable solo de los copagos y cualquier cargo que quede después de que las asignaciones y los descuentos se hayan aplicado a su factura. Además, el proveedor de la red presentará su reclamo.

Para encontrar un proveedor de la red

- Verifique los proveedores de la red en o cerca de su código postal en la lista que viene con su tarjeta de membresía.
- Visite www.eyemedvisioncare.com/pebaoc para consultar el directorio más reciente. Luego, ingrese su código postal o dirección.
- Use el sistema de Respuesta de Voz Interactiva o hable con un representante en el Centro de Atención al Cliente al 877.735.9314. Para hablar con un representante de servicio al cliente, elija su idioma (1 es para inglés)

y luego diga, Localizador de proveedores.

- También puede preguntarle a su proveedor si acepta la cobertura de EyeMed.

Cuando programe una cita, hágale saber al proveedor que está cubierto por EyeMed. No es necesario que traiga su tarjeta de identificación del State Vision Plan a su cita, pero puede ser útil hacerlo.

Cómo pedir lentes de contacto en línea

Por lo general, puede ahorrar dinero utilizando el beneficio de su red del Plan Estatal de la Vista para pedir lentes de contacto a través de ContactsDirect.com. Haga clic en Seguro en la barra en la parte superior de la página de inicio, regístrese y siga las instrucciones. Necesitará una receta de su médico e información sobre su seguro de la vista. Sus lentes de contacto serán enviados por correo a su casa sin costo alguno.

Beneficios fuera de la red

Sus beneficios son más bajos cuando usa un proveedor fuera de la red. Para saber lo que se le reembolsará si

utiliza un proveedor fuera de la red para servicios y suministros cubiertos, consulte las tablas en las páginas 88-89.

Para recibir servicios fuera de la red:

- Puede presentar un reclamo fuera de la red electrónicamente. El formulario de reclamo electrónico se encuentra en el sitio web para miembros de EyeMed Vision Care, www.eyemed.com. También puede imprimir uno en peba.sc.gov/forms.
- Cuando reciba servicios, pague por ellos y pídale 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

Su reembolso será enviado a usted.

Para obtener información sobre servicios fuera de la red, llame al Centro de Atención al Cliente de EyeMed al 877.735.9314. Es posible que necesite tener a mano su tarjeta de identificación del Plan Estatal de la Visión.

Exclusiones y limitaciones

Algunos servicios y productos no están cubiertos por sus beneficios de

cuidado de la vista. Incluyen:

- Entrenamiento ortopédico (problemas con el uso de los músculos oculares) o de la vista, ayudas visuales subnormales y cualquier prueba complementaria asociada;
- Lentes aniseikonic (lentes para corregir una afección 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 la vista o de la vista o gafas correctivas requeridas por un empleador como condición de empleo;
- Gafas de seguridad;
- Servicios que serían proporcionados por el gobierno bajo cualquier ley de compensación para trabajadores o legislación similar, ya sea federal, estatal o local;
- Lentes planos (sin receta) o lentes de contacto;
- Gafas de sol sin receta;
- Dos pares de gafas en lugar de bifocales;

- Servicios prestados por cualquier otro plan de beneficios grupales que ofrezca cuidado de la vista; bifocales;
- Servicios prestados después de la fecha en que el afiliado ya no está cubierto por la póliza, excepto cuando se entregan los materiales de la vista ordenados antes de que finalice la cobertura, y los servicios se proporcionan al afiliado dentro de los 31 días a partir de la fecha en que se ordenaron los materiales;
- Los lentes, monturas, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos no serán reemplazados hasta la próxima vez que se programe su reemplazo bajo la Frecuencia de los Beneficios;
- Un beneficio no se puede combinar con ningún descuento, oferta promocional u otros planes de beneficios grupales.

Contactar a EyeMed

Puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de EyeMed llamando al 877.735.9314. También puede iniciar sesión en la página de inicio de EyeMed y seleccionar Contáctenos en Ayuda y recursos. Asegúrese de tener a mano la siguiente información:

- El nombre y apellido del suscriptor;
- El número de identificación de beneficios o el número de seguro social del suscriptor;
- El número de grupo del Plan Estatal de Visión (9925991); y
- Un número de fax o dirección, si solicita información por fax o correo.

EyeMed tiene una aplicación que proporciona el mismo acceso que el sitio web para miembros de EyeMed. Visite su tienda de aplicaciones y busque la aplicación gratuita EyeMed Members. Está disponible para dispositivos iPhone, iPad, iPod Touch y Android.

Apelaciones

Si una pregunta de reclamaciones no puede ser resuelta por el Centro de Atención al Cliente, 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 apelaciones de EyeMed, cuyos

miembros no estuvieron involucrados en la decisión original. Todas las apelaciones son resueltas por EyeMed dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el subcomité las recibe.

Dado que el Plan de Cuidado de la Vista está totalmente asegurado, no puede apelar las determinaciones de EyeMed ante PEBA.

Ejemplos del Plan Estatal de Visión

Ejemplo 1

	Precio medio de venta al público ⁸	Beneficio del Plan Estatal de la Vista	Su costo dentro de la red
Examen de la vista	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Marcos	\$200.00	Copago de \$0 y 20% de descuento en saldo superior a \$150 de asignación	\$40.00
Lentes			
Visión sencilla	\$90.00	Copago de \$10	\$10.00
Policarbonato (adulto)	\$64.00	Copago de \$30	\$30.00
Antirreflejante premium (Crizal Alize)	\$123.00	Copago de \$68	\$68.00
Usted paga	\$607.00		\$158.00

Ejemplo 2

	Precio medio de venta al público ⁸	Beneficio del Plan Estatal de la Vista	Su costo dentro de la red
Examen de la vista	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Marcos	\$150.00	Copago de \$0 y 20% de descuento en saldo superior a \$150 de asignación	\$0.00
Lentes			
Progresivo premium (Nivel 2)	\$323.00	Copago de \$65	\$65.00
Antirreflejante premium (Crizal Alize)	\$123.00	Copago de \$68	\$68.00
Usted paga	\$726.00		\$143.00

Ejemplo 3

	Precio medio de venta al público ⁸	Beneficio del Plan Estatal de la Vista	Su costo dentro de la red
Examen de la vista	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Ajuste y seguimiento estándar de lentes de contacto	\$71.00	Copago de \$0	\$0.00
Lentes de contacto desechables	\$130	Asignación de \$130	\$0.00
Usted paga	\$328.00		\$10.00

⁸ Basado en promedios de la industria. Los precios y costos variarán según el mercado y el tipo de proveedor. Las primas no están incluidas.



Seguro de Vida

El programa de seguro de vida de PEBA está suscrito por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). El seguro que se ofrece es un seguro de vida a término, lo que significa que la cobertura se proporciona durante un período de tiempo específico. La póliza no tiene valor en efectivo.

El contrato para el programa de seguro de vida consiste en la póliza, que se emite a PEBA, la solicitud de PEBA y su solicitud de inscripción. La póliza está en manos de PEBA. El contrato de seguro puede ser modificado en cualquier momento siempre y cuando MetLife y PEBA acuerden el cambio. Nadie más tiene la autoridad para cambiar el contrato. Todos los cambios deben ser por escrito, formar parte de la póliza y estar 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 de tiempo completo que reciba compensación de un departamento, agencia, junta, comisión o institución del estado; distrito escolar público; el gobierno del condado, incluidos los miembros del consejo del condado; empleador optativo participante; u otro empleador elegible que esté aprobado por el estado y participa en el Programa de Seguro del Estado. Los miembros de la Asamblea General de Carolina del Sur, los empleados administrativos y de oficina de la Asamblea General y los jueces de los tribunales estatales también son elegibles para la cobertura de seguro de vida.

A efectos del seguro, un empleado se clasifica como a tiempo completo si trabaja al menos 30 horas a la semana. Si trabaja al menos 20 horas a la semana, también puede ser elegible en los casos en los que su empleador cubierto haya definido el tiempo completo como un empleado que trabaja al menos 20 horas a la semana. PEBA también debe aprobar esta decisión. Además, la elegibilidad requiere que los empleados sean ciudadanos o residentes legales de los Estados Unidos, sus territorios y sus protectorados. Los empleados temporales, arrendados o estacionales no son elegibles.

Requisito de trabajo activo

Para convertirse en asegurado o recibir un aumento en el monto de su cobertura de seguro de vida, debe estar "Trabajando Activamente". Esto significa que está realizando plenamente sus deberes habituales durante el número de horas programadas regularmente en el lugar normal de trabajo del empleador o en otros lugares a los que el negocio del empleador requiera que viaje.

Si no está trabajando debido a una enfermedad o lesión, no

cumple con los requisitos de Trabajo Activo. Si recibe pago por enfermedad, beneficios por discapacidad a corto plazo o beneficios por discapacidad a largo plazo, tampoco cumple con los requisitos.

Si usted no está trabajando activamente en la fecha en que la cobertura comenzaría, o en la fecha en que un aumento en la cantidad de su seguro de vida entraría en vigencia, no será elegible para la cobertura o el aumento hasta que regrese al trabajo activo. Si la ausencia es en un día no laborable, la cobertura no se retrasará siempre que haya estado trabajando activamente el día laborable inmediatamente anterior al día no laborable. Salvo que se disponga lo contrario en el certificado de seguro de vida, usted es elegible para continuar asegurado solo mientras permanezca activamente en el trabajo.

Cualquier selección de cobertura de seguro de vida o aumento en la cobertura realizada mientras no está trabajando activamente no será elegible para reclamos. Recibirá un reembolso de la prima de cualquier cobertura de seguro de vida que haya pagado para la cual no era elegible o no será elegible para reclamos.

Aplicaciones

El *Aviso de Elección* y una *Declaración de Salud* electrónica que complete para estar cubierto por este Plan se consideran su solicitud de cobertura de seguro de vida. MetLife puede usar declaraciones erróneas u omisiones en su solicitud para impugnar la validez del seguro o denegar un reclamo.

Después de que la cobertura de seguro del asegurado haya estado en vigor durante su vida durante dos años a partir de la fecha de inicio de su cobertura, MetLife no puede impugnar la cobertura del asegurado excepto por fraude o el incumplimiento en el pago de primas. Sin embargo, si ha habido un aumento en la cantidad de seguro para el cual el asegurado estaba obligado a solicitar o para el cual MetLife requirió evidencia médica, entonces, en la medida del aumento, cualquier pérdida que ocurra dentro de los dos años posteriores a la fecha efectiva del aumento será impugnabile.

Cualquier declaración que el asegurado haga en su solicitud, en ausencia de fraude, se considerará representaciones (verdaderas en ese momento) y no garantías (verdaderas en ese momento y seguirán siendo verdaderas en el futuro). Además, cualquier declaración que haga un asegurado no se utilizará para anular su seguro, ni para defenderse de un reclamo, a menos que la declaración esté contenida en la solicitud.

¿Cuál es la cantidad mínima de seguro de vida que debe

tener? Para ayudarlo a tener una idea de cuánto considerar, pruebe la calculadora de MetLife en www.metlife.com/scpeba.

Seguro de Vida Básico

La inscripción automática en el beneficio del seguro de vida básico, incluida la cobertura de muerte accidental y desmembramiento, se proporciona a los empleados elegibles inscritos en el Plan de Salud Estatal o en el Plan Suplementario de TRICARE. No hay formularios que completar para participar, y usted recibe este beneficio sin costo alguno. La cobertura de seguro de vida básica proporciona:

- \$3,000 en seguro de vida a término para empleados elegibles de 69 años o menos; y
- \$1,500 a los empleados elegibles de 70 años o más.

Los montos de la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento son los mismos que los del seguro de Vida Básico.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que está trabajando activamente como empleado a tiempo completo. Si se vuelve elegible en un día que no sea el primer día calendario o el primer día hábil del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente. Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas al requisito de Trabajo Activo (consulte la página 94).

Seguro de vida opcional

Para muchas personas, comprar un seguro de vida adicional a la cobertura proporcionada por el empleador puede ayudar a brindar una mayor seguridad financiera. El beneficio del seguro de vida opcional, con cobertura por muerte accidental y desmembramiento, es un beneficio voluntario en el que usted paga la prima completa sin contribuciones de PEBA o su empleador.

Inscripción inicial: empleados activos

Si usted es un empleado elegible, puede inscribirse en un seguro de vida opcional dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que fue contratado. Deberá completar los formularios requeridos. Puede elegir la cobertura, en incrementos de \$10,000, hasta tres veces sus ganancias anuales básicas (redondeadas al \$10,000 más cercano), o hasta \$500,000, lo que sea menor, sin proporcionar evidencia médica.

Puede solicitar un nivel de beneficio más alto, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$500,000, completando una Declaración de Salud electrónica para proporcionar evidencia médica. Recibirá un correo electrónico de MetLife para completar

una *Declaración de salud*.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que está trabajando activamente como empleado a tiempo completo. Si se vuelve elegible en un día que no sea el primer día calendario o el primer día hábil del mes, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente. Si se inscribe en una cantidad de cobertura que requiere evidencia médica, la fecha de vigencia de su cobertura para la cantidad que requiere evidencia médica será el primer día del mes después de la aprobación.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas a la disposición de Trabajo Activo (consulte la página 94).

Entrada tardía

Con la función de Prima de Seguro de Grupo Pretax

Si participa en la función de Prima de Seguro de Grupo Pretax de MoneyPlus y no se inscribe en la cobertura de Vida Opcional dentro de los 31 días a partir de la fecha en que comienza a trabajar, solo puede inscribirse dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad (ver Página 19) o durante el período de inscripción abierta anual cada octubre. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede comprar cobertura de vida opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$50,000 sin proporcionar evidencia médica. La cobertura elegida debido a una situación de elegibilidad especial que no requiere evidencia médica entrará en vigencia en la fecha de la solicitud.

La cobertura elegida debido a una situación de elegibilidad especial que requiere evidencia médica entrará en vigencia el primer día del mes después de que complete y presente un *Aviso de elección*. De lo contrario, deberá completar un *Aviso de Elección* y una *Declaración de Salud* electrónica durante el período de inscripción abierta. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigencia el primer día de enero después del período de inscripción o, si se aprueba después del 1 de enero, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la aprobación. Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas a la disposición de Trabajo Activo (consulte la página 93).

Sin la función de prima de seguro grupal antes de impuestos

Si no participa en la función de prima de seguro grupal antes de impuestos de MoneyPlus y no se inscribe en la cobertura de vida opcional dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que comienza a trabajar, puede inscribirse durante todo el año siempre y cuando proporcione evidencia médica y sea aprobada por MetLife. Para inscribirse, deberá completar un *Aviso de Elección* y una *Declaración de Salud* electrónica. Su cobertura

entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la aprobación. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede comprar cobertura de vida opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$50,000, sin proporcionar evidencia médica. La cobertura entrará en vigencia en la fecha de la solicitud.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Trabajo Activo (consulte la página 93).

Primas

Las primas de seguro de vida opcionales están determinadas por su edad al 31 de diciembre anterior y la cantidad de cobertura que seleccione. Los empleados activos pueden pagar primas por hasta \$50,000 de cobertura antes de impuestos a través de MoneyPlus (consulte la página 116). Los empleados jubilados no son elegibles para pagar primas a través de MoneyPlus.

¿Qué pasa si mi categoría de edad cambia?

Las tarifas se basan en su edad y aumentarán cuando cambie su categoría de edad. Si 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 entra en vigor el 1 de enero del siguiente año calendario.

Cambiar el monto de su cobertura

Con la función de prima de seguro grupal antes de impuestos

Si participa en la función de prima de seguro grupal antes de impuestos de MoneyPlus, puede aumentar, disminuir o cancelar su cobertura de seguro de vida opcional solo durante el período de inscripción abierta anual en octubre o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial (consulte la página 19).

Para aumentar su cobertura durante el período de inscripción abierta, deberá proporcionar evidencia médica y ser aprobado por MetLife. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigencia el 1 de enero siguiente al período de inscripción. Todas las fechas de vigencia de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Trabajo Activo (consulte la página 93). Si está aumentando su cobertura de Vida Opcional debido a una situación de elegibilidad especial, puede aumentar, en incrementos de \$10,000 hasta \$50,000 (\$500,000 sirve como el monto máximo de cobertura) sin proporcionar evidencia médica.

Sin la función de Prima de Seguro de Grupo Pretax

Si no participa en la función de Prima de Seguro de Grupo Pretax de MoneyPlus, puede solicitar aumentar su cantidad de cobertura de Vida Opcional en cualquier momento durante el

año proporcionando evidencia médica y siendo aprobado por MetLife. Su cobertura en el nuevo nivel entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación. En ciertas situaciones especiales de elegibilidad, puede comprar cobertura de vida opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$50,000, sin proporcionar evidencia médica. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes después de que complete y presente el *Aviso de Elección*.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura de Vida Opcional están sujetas al requisito de Trabajo Activo (consulte la página 93). Puede disminuir o cancelar su cobertura en cualquier momento. Sin embargo, si desea volver a inscribirse o aumentar la cobertura en una fecha posterior, debe proporcionar evidencia médica y ser aprobado por MetLife.

Seguro de Vida para Dependientes

Dependientes elegibles

Si usted es elegible para la cobertura de seguro de vida, puede inscribir a sus dependientes elegibles en el seguro de vida para dependientes, incluso si no se ha inscrito en el programa de vida opcional o en la cobertura de seguro de salud estatal.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legal:
 - Puede que no sea elegible para la cobertura como empleado de un empleador participante.
- Niños:
 - Incluye hijos naturales, hijos adoptados legalmente, niños dados en adopción (desde la fecha de colocación con los padres adoptivos hasta la adopción legal), hijastros o hijos de los que tiene la tutela legal.
 - Desde el nacimiento hasta los 19 años, o un niño que tiene al menos 19 años, pero menos de 25 que asiste a la escuela a tiempo completo (según lo definido por la institución) como su actividad principal y es principalmente dependiente de usted para su apoyo financiero.

Los cambios en la elegibilidad del seguro realizados por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, modificada por la Ley de Reconciliación de Cuidado de Salud y Educación de 2010, no se aplican al seguro de vida por hijo dependiente.

Los niños de cualquier edad son elegibles si son física o mentalmente incapaces de autosuficiencia, son incapaces de

autosuficiencia antes de los 25 años y dependen financieramente de usted por más de la mitad de su soporte y mantenimiento.

Para obtener más información sobre cómo cubrir a un niño discapacitado, consulte la página 14.

Una persona que es elegible como empleado o jubilado bajo la póliza, o asegurado bajo continuación, no es elegible como dependiente. Solo una persona puede asegurar a un hijo dependiente elegible.

PEBA puede llevar a cabo una auditoría de la elegibilidad de un dependiente asegurado. Si se determina que el dependiente no es elegible, no se pagarán beneficios.

Si ambos esposos trabajan para un empleador participante, solo uno puede tener cobertura de dependientes para hijos dependientes elegibles, y los cónyuges no pueden cubrirse entre sí.

Para presentar un reclamo bajo el Seguro de Vida por Hijo-Dependiente para un hijo de 19 a 24 años, se le requerirá que demuestre que el hijo era un estudiante de tiempo completo en el momento de la inscripción y en el momento del reclamo. Necesitará una declaración en papel membretado de la institución educativa que verifica al niño era un estudiante de tiempo completo y proporciona las fechas de inscripción del niño. El estado de cuenta debe entregarse a su administrador de beneficios, quien lo enviará a MetLife con el *Formulario de Reclamo de Seguro de Vida*.

Para presentar un reclamo por un discapacitado mayor de 25 años, debe entregar un certificado de incapacidad a su administrador de beneficios, quien lo enviará a MetLife con el *Formulario de Reclamo de Seguro de Vida*.

Dependientes excluidos

- Cualquier dependiente que sea elegible como empleado para la cobertura de seguro de vida, o que esté en servicio militar a tiempo completo, no será considerado un dependiente.
- Un ex cónyuge y ex hijastros no pueden estar cubiertos por el seguro de vida para dependientes a través de PEBA, incluso con una orden judicial.
- Un hijo de crianza temporal no es elegible para la cobertura de Vida para Dependientes.

Cobertura de vida dependiente - cónyuge

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 requiere evidencia médica para todos los montos de cobertura superiores a \$20,000, aumentos de monto de cobertura de más de \$20,000 y cobertura no elegida cuando su cónyuge se convirtió en elegible por primera vez o debido a una situación de elegibilidad especial.

La cobertura de su cónyuge se reducirá a las edades de 70, 75 y 80 años según su edad.

Los cónyuges inscritos en la cobertura de Vida para Dependientes también están cubiertos para los beneficios de Muerte Accidental y Desmembramiento. Tienen derecho a la prestación del cinturón de seguridad, a la prestación del airbag, a la prestación para el cuidado de los hijos y a la prestación de educación de los hijos (véanse las páginas 99 y 100).

Cobertura de Vida Dependiente - Hijo

El beneficio de Vida Dependiente - Hijo es de \$15,000 por hijo, y la cobertura está garantizada. Los hijos son elegibles desde nacidos vivos hasta los 19 o 25 años si son estudiantes de tiempo completo. Un niño puede ser cubierto por solo uno de los padres bajo este Plan.

Inscripción

Dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se contrata, puede inscribirse en el seguro de vida para cónyuges dependientes de hasta \$20,000 sin proporcionar evidencia médica. Se requiere la inscripción en la Vida Opcional para inscribirse en la cobertura de Vida Dependiente-Cónyuge por más de \$20,000. No puede cubrir a un ex cónyuge.

Los niños elegibles pueden ser agregados en la inscripción inicial y durante todo el año sin proporcionar evidencia médica.

Para inscribirse en el seguro de vida para dependientes, debe completar un Aviso de elección y devolverlo a su administrador de beneficios. Cada dependiente que desee cubrir debe estar incluido en el *Aviso de Elección*.

La cobertura de su dependiente comienza el primer día del mes si usted está trabajando activamente ese día como empleado de tiempo completo. Si se vuelve elegible el primer día hábil del mes (el primer día que no es sábado, domingo o feriado observado), 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 se vuelve elegible en un día que no sea el primer día calendario o el primer día hábil del mes, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente.

En cualquier momento durante el año, puede inscribirse o agregar cobertura adicional de Cónyuge Vitalicio Dependiente completando una *Declaración de Salud* electrónica para proporcionar evidencia médica. La cobertura adicional entra en vigencia el primer día del mes después de la aprobación de la evidencia médica.

Todas las fechas de vigencia están sujetas al requisito de Trabajar Activamente (consulte la página 93) y a la disposición de no confinamiento dependiente, que se encuentra más adelante en esta sección.

Agregar un nuevo cónyuge

Si desea agregar un cónyuge porque se casa, puede inscribirse en la cobertura de Vida Dependiente-Cónyuge de \$10,000 o \$20,000 sin proporcionar evidencia médica. Para hacer esto, complete un *Aviso de elección* dentro de los 31 días posteriores a la fecha de su matrimonio. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes después de completar y presentar el *Aviso de Elección*. No puede cubrir a su cónyuge como dependiente si su cónyuge es o se convierte en empleado de un empleador que participa en el plan.

Si se divorcia, debe dar de baja a su cónyuge de la cobertura de vida para personas dependientes. Deberá completar un *Aviso de elección* dentro de los 31 días posteriores a la fecha de su divorcio. La cobertura termina el último día del mes en el que el divorcio es definitivo.

Pérdida del empleo del cónyuge

Si el empleo de su cónyuge con un empleador participante termina, puede inscribir a su cónyuge en la cobertura de seguro de vida para dependientes por hasta \$20,000 dentro de los 31 días posteriores a su terminación sin proporcionar evidencia médica. Si su cónyuge pierde el seguro de vida a través de un empleador que no participa en el seguro PEBA, puede inscribirse durante todo el año completando una *Declaración de salud* electrónica para proporcionar evidencia médica.

Entrada tardía

Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que comienza a trabajar o se casa, puede inscribir a su cónyuge durante todo el año siempre y cuando proporcione evidencia médica y sea aprobada por MetLife. Para hacerlo, complete un *Aviso de Elección* y una *Declaración de Salud* electrónica.

La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la aprobación. Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas al requisito de trabajo activo y a la disposición de no confinamiento dependiente.

Agregando hijos

Los hijos elegibles pueden ser agregados durante todo el año sin proporcionar evidencia médica completando un *Aviso de Elección* y devolviéndolo a su administrador de beneficios. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes después de completar y presentar el formulario.

Su hijo elegible está cubierto automáticamente durante 30 días a partir del nacimiento vivo del niño. Para continuar con la cobertura de su hijo, deberá incluir a cada niño en su *Aviso de elección* dentro de los 31 días posteriores al nacimiento; De lo contrario, la cobertura del niño terminará al final del período de 30 días.

Debe anotar a cada niño en su *Aviso de Elección* dentro de los 31 días posteriores al nacimiento, incluso si tiene cobertura de Seguro de Vida para Dependientes cuando tiene un nuevo hijo elegible.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas a la disposición de no confinamiento para dependientes, como se describe a continuación.

Si un dependiente es hospitalizado o confinado debido a una enfermedad o dolencia en la fecha en que su seguro entraría en vigencia, su fecha de vigencia se retrasará hasta que sea dado de alta de dicha hospitalización o confinamiento. Esto no se aplica a un niño recién nacido. Sin embargo, en ningún caso el seguro sobre un dependiente será efectivo antes de que su seguro de vida sea efectivo.

Primas

La cobertura de Vida Dependiente-Cónyuge y la cobertura de Vida Dependiente - Hijo son beneficios separados por los cuales usted paga primas separadas. Las primas son pagadas en su totalidad por usted, sin ninguna contribución de su empleador, y pueden pagarse a través de la deducción de la nómina.

Las primas para el cónyuge vitalicio dependiente están determinadas por la edad del cónyuge.

La prima para la cobertura de Vida Dependiente - Hijo es de \$1.26, independientemente del número de niños 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, a menos que haya renunciado a este derecho. Si no tiene beneficiarios elegibles nombrados, los beneficios por fallecimiento se pagarán a:

1. Su patrimonio;
2. Su cónyuge legítimo, si vive; si no:

3. Su hijo o hijos naturales o legalmente adoptados, en partes iguales, si están vivos; si no:
4. Sus padres, en partes iguales, si viven; si no:
5. Sus hermanos, en partes iguales, si viven.

Cambiar sus beneficiarios

Puede cambiar sus beneficiarios en línea a través de [MyBenefits.sc.gov](https://www.mylife.com/benefits), o notificando a su administrador de beneficios y completando un *Aviso de Elección*. El cambio entrará en vigor en la fecha en que se firme la solicitud. Tenga en cuenta que MetLife permitirá cambios de beneficiarios por poder notarial solo si los documentos indican específicamente que un apoderado tiene el poder de cambiar las designaciones 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 cesión de el certificado o de cualquier interés en él, a menos que se haga como una declaración escrita, usted presenta el instrumento original o una copia certificada en la oficina central de MetLife y MetLife le envía una copia confirmada

MetLife no se hace responsable de la validez de ninguna cesión. Deberá asegurarse de que la asignación sea legal en su estado y logre los objetivos previstos. Si un reclamo se basa en una cesión, MetLife puede requerir prueba de interés del reclamante. Una cesión válida tendrá prioridad sobre cualquier reclamación de un beneficiario

Muerte accidental y desmembramiento

Esta sección no se aplica a jubilados o hijos dependientes.

Calendario de pérdidas accidentales y beneficios

Además de cualquier beneficio de seguro de vida, MetLife pagará beneficios por muerte accidental y desmembramiento equivalentes a la cantidad del seguro de vida básico y opcional para el cual el empleado está asegurado y una cantidad igual a la cantidad del seguro de vida para cónyuge dependiente para el cual el cónyuge está asegurado, de acuerdo con el programa a continuación, si:

1. Sufre lesiones corporales accidentales mientras su seguro está en vigor;

2. Una pérdida resulta directamente de dicha lesión, independientemente de todas las demás causas, y es involuntaria, inesperada e imprevista; y
3. Dicha pérdida ocurre dentro de los 365 días posteriores a la fecha del accidente que causó la lesión.

La pérdida de una mano o un pie se refiere a la separación real y permanente del cuerpo en o por encima de la articulación de la muñeca o el tobillo. La pérdida de la vista, el habla o la audición significa una pérdida total e irreparable. La pérdida de un pulgar y un dedo índice de la misma mano significa la separación real y permanente del cuerpo en o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas.

El monto del beneficio será un porcentaje del monto del seguro de Vida Básico, Opcional y de Dependientes-Cónyuge. El porcentaje está determinado por el tipo de pérdida, como se muestra en la tabla a continuación.

Descripción de la pérdida	Porcentaje del monto del seguro de vida
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Habla y audición en ambos oídos	100%
Cualquier mano o pie, y la vista de un ojo	100%
Movimiento de las extremidades superiores e inferiores (cuadruplejía)	100%
Movimiento de ambas extremidades inferiores (paraplejía)	75%
Movimiento de ambas piernas y un brazo, o de ambos brazos y una pierna	75%
Movimiento de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo (hemiplejía)	50%
Cualquier mano o pie	50%
Visión de un ojo	50%
Habla o 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 beneficios por muerte accidental y desmembramiento bajo esta sección por cualquier pérdida causada o contribuida por:

- Lesiones autoinfligidas intencionalmente.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Cometer o intentar cometer un delito grave.
- Padecimiento, enfermedad o dolencia física o mental.
- Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- El uso voluntario de medicamentos recetados, medicamentos sin receta, drogas ilegales, medicamentos, venenos, gases, humos u otras sustancias tomadas, absorbidas, inhaladas, ingeridas o inyectadas, a menos que se tome bajo el consejo de un médico autorizado en la forma y dosis prescritas verificables.
- Colisión o accidente de vehículo motorizado en el que usted es el operador del vehículo motorizado y su nivel de alcohol en la sangre cumple o supera el nivel en el que se define la intoxicación en el estado donde ocurrió la colisión o el accidente, independientemente de cualquier procedimiento legal al respecto y la dosis.
- Infección, distinta de la infección que se produce simultáneamente con la lesión accidental y como resultado directo e independiente de la misma.
- Tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos de diagnóstico o cualquier complicación resultante, incluidas las complicaciones de accidentes médicos. La guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada.
- Servicio en las fuerzas armadas de cualquier nación, excepto los EE. UU. Guardia Nacional.

Beneficios de Muerte accidental y desmembramiento

Beneficio de cinturón de seguridad y bolsa de aire (básico, opcional y cónyuge vitalicio por dependiente por muerte accidental y desmembramiento solamente)

El beneficio del cinturón de seguridad es un 10% adicional de su beneficio por muerte accidental. Sin embargo, el monto que MetLife pagará por este beneficio no será menos de \$1,000 ni más de \$25,000. Por ejemplo, si el monto de su seguro de vida opcional es de \$20,000 y muere en un accidente, se le pagará un beneficio adicional de \$20,000

adicional de \$20,000 por muerte accidental. El beneficio del cinturón de seguridad aumenta este beneficio por muerte accidental en un 10%, o \$2,000. El beneficio total por muerte accidental será entonces de \$22,000, lo que significa que el beneficio total por muerte será \$42,000.

El beneficio de la bolsa de aire es un 5% adicional. Sin embargo, el monto pagado por este beneficio no será menos de \$1,000 ni más de \$10,000 de su beneficio por muerte accidental. Por ejemplo, si el monto de su seguro de vida es de \$20,000 y muere en un accidente, se le pagará un beneficio adicional de \$20,000 por muerte accidental. El beneficio del cinturón de seguridad aumenta el beneficio por muerte accidental en \$2,000, y el beneficio de la bolsa de aire aumenta el beneficio por muerte accidental en \$1,000 (5% de \$20,000), lo que significa que el beneficio por muerte total será de \$43,000.

Para ser elegible para estos beneficios, se debe aplicar lo siguiente:

1. El asiento en el que estaba sentado el asegurado estaba equipado con una bolsa de aire correctamente instalada en el momento del accidente.
2. El automóvil privado de pasajeros estaba equipado con cinturones de seguridad.
3. El cinturón de seguridad estaba en buen uso por parte del asegurado en el momento del accidente, según lo certificado en el informe oficial del accidente o por el oficial de investigación.
4. En el momento del accidente, el conductor del automóvil privado de pasajeros era un conductor con licencia y no estaba intoxicado, discapacitado o bajo la influencia del alcohol o las drogas.

Beneficio por Cuidado de Niños (Opcional y Dependiente -Cónyuge Solo por Muerte Accidental y Desmembramiento)

Se pagará un beneficio de cuidado infantil a cada dependiente que sea menor de 7 años (en el momento de la muerte del asegurado) y que esté inscrito en un programa de cuidado diurno. El beneficio para cada hijo al año será la menor de:

1. Doce por ciento de su cantidad de seguro de Muerte Accidental y desmembramiento; o
2. \$5,000; o
3. Gastos reales de cuidado infantil incurridos.

Se pagará por cada dependiente que califique por no más de dos años. Este beneficio está en vigor en la fecha en que el empleado o el cónyuge fallece, y no hay un hijo dependiente que pueda calificar para este beneficio,

MetLife pagará \$1,000 al beneficiario.

Beneficio de Educación por Hijo Dependiente (Opcional y Dependiente - Cónyuge Muerte Accidental y Desmembramiento solamente)

Se paga un beneficio educativo por cada dependiente que califica como estudiante. Un dependiente calificado debe ser un estudiante postsecundaria que asista a una escuela de educación superior a tiempo completo en el momento de la muerte del asegurado, o estar en el 12º grado y convertirse en un estudiante postsecundaria a tiempo completo en una escuela de educación superior dentro de los 365 días posteriores a la muerte del asegurado. El beneficio es de un máximo de \$10,000 por año académico, con un beneficio general máximo del 25% del monto de la cobertura. El beneficio será pagadero al comienzo de cada año 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 vigente el día en que usted fallece o su cónyuge fallece y usted no tiene un hijo que pueda calificar para él, MetLife pagará \$1,000 a su beneficiario.

Beneficio por Agresión Criminal (Muerte Accidental y Desmembramiento Opcional, Solo para Empleados)

Se paga un beneficio por agresión delictiva si usted resulta herido en una agresión delictiva, y la lesión resulta en una pérdida por la cual se pagan beneficios bajo el beneficio de muerte accidental y desmembramiento. El beneficio es el menor de sus ingresos anuales, \$25,000 o el monto de su cobertura de seguro opcional por muerte accidental y desmembramiento.

Una agresión grave es una agresión física por parte de otra persona que resulta en daño corporal para usted. La agresión debe implicar el uso de la fuerza o la violencia con la intención de causar daño, y debe ser un delito grave según las leyes de la jurisdicción en la que se cometió el acto.

Prestación de repatriación (vida básica, vida facultativa y vida a cargos- muerte accidental y desmembramiento del cónyuge)

Se pagará un beneficio de repatriación si usted o su cónyuge con cobertura de cónyuge dependiente a vida fallece de una manera que estaría cubierta por el beneficio de muerte accidental y desmembramiento y si la muerte ocurre más de

100 millas de su residencia principal.

El Beneficio de Repatriación será el menor de:

- Los gastos reales incurridos por:
- Preparación del cuerpo para el entierro o la cremación,

y

- Traslado del cuerpo al lugar de entierro o cremación;

o

- \$5,000, el monto máximo para este beneficio.

Beneficio de Transporte Público (Transportista Común) (Básico, Opcional por Muerte Accidental y Desmembramiento, Solo para Empleados)

Si muere como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras es un pasajero que paga la tarifa en un vehículo de transporte público, MetLife pagará un beneficio adicional igual a su monto total de seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento.

Vehículo de transporte público significa cualquier vehículo aéreo, terrestre o acuático operado bajo una licencia para el transporte de pasajeros que pagan tarifas.

MetLife AdvantagesSM

Sus beneficios de seguro de vida opcional incluyen acceso a MetLife AdvantageSM, un conjunto integral de servicios valiosos para apoyo, planificación y protección cuando más lo necesita sin costo alguno para usted.

Preparación del testamento

Tener un testamento evita el estrés innecesario y garantiza que sus últimos deseos sean claros. MetLife ofrece valiosos recursos legales a través de MetLife Legal Plans para ayudarlo a crear o actualizar un testamento sin costo adicional. Elija reunirse con cualquiera de los más de 18,500 abogados de la red en persona o por teléfono para una consulta personalizada en un entorno privado y de apoyo.

Para obtener más información, visite

legalplans.com/estateplanning.

Servicios de Resolución de Patrimonios

Los representantes y beneficiarios del patrimonio pueden recibir asistencia legal ilimitada en persona para legalizar su patrimonio y el de su cónyuge. Los beneficiarios también pueden consultar a un abogado de la red de más de 18,500 abogados participantes de MetLife Legal Plans si tienen preguntas generales sobre el proceso de sucesión.

Para obtener más información, llame a MetLife Legal Plans al 800.821.6400, 8 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes. Infórmele al Representante de Servicio al Cliente que está con PEBA (número de

grupo 200879) y proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

Planificación Patrimonial Digital

Con Digital Estate Planning, es más fácil que nunca crear y ejecutar documentos clave de planificación patrimonial en línea respondiendo a unas sencillas preguntas. ¿La mejor parte? Puede hacer que sus documentos de planificación patrimonial sean testificados y notariados desde la comodidad de su hogar con identificación verificación de ID en tiempo real y notario por video, donde lo permita la ley.

Visite www.metlife.com/estateplanning y siga las instrucciones en línea. Deberá crear una cuenta con su dirección de correo electrónico y una contraseña.

Descuentos funerarios y servicios de planificación

Aliviando la carga de hacer los arreglos funerarios de sus seres queridos, los empleados obtienen acceso exclusivo a la red más grande de funerarias y cementerios para planificar con anticipación con un asesor y recibir descuentos en servicios funerarios.

Para obtener más información, comuníquese con Dignity Memorial al 866.853.0954 o www.finalwishesplanning.com.

Consejería de Duelo

Consejería de Duelo ofrece apoyo profesional en momentos de necesidad a través de sesiones cara a cara con un consejero licenciado para ayudar a los empleados a sobrellevar una pérdida o un cambio importante en la vida. Los empleados también pueden hablar con un consejero autorizado desde la comodidad de su hogar a través de la línea de ayuda.

Llame al 888.319.7819, luego seleccione la Opción 2 para recibir asesoramiento sobre el duelo o visite one.telushealth.com. El nombre de usuario es metlifeassist y la contraseña es support.

Cuenta de Control Total (TCA)

Este beneficio reduce la presión de las decisiones financieras inmediatas. Los beneficiarios pueden tomarse su tiempo para tomar la decisión correcta con la opción de liquidación flexible que les brinda acceso completo a los fondos de la póliza mientras ganan una tasa de interés mínima garantizada a través de TCA.

Para obtener más información, visite www.metlife.com/insurance/life-insurance/learn-about-tca.

Soluciones de transición

Los empleados reciben ayuda con las decisiones financieras y de

beneficios urgentes para ayudarlos a tomar las decisiones correctas durante los cambios en el empleo.

Llame al 877.ASK.MET7 (877.275.6387) para hablar con un representante financiero local. MetLife ha hecho arreglos para que profesionales financieros externos especialmente capacitados respondan preguntas y brinden orientación para ayudarlo a tomar las decisiones correctas para proteger su futuro financiero.

Asistencia para Reclamaciones de Beneficiarios

Sus beneficiarios reciben orientación de expertos a medida que analizan sus opciones y necesidades financieras con los servicios de Asistencia para Reclamaciones de Beneficiarios.

Llame al 877.ASK.MET7 (877.275.6387). MetLife ha hecho arreglos para que profesionales financieros externos especialmente capacitados estén disponibles para brindar asistencia en persona o por teléfono.

Reclamaciones

Para pagar los beneficios, MetLife debe recibir una prueba escrita de la pérdida. Esto significa que se debe presentar un reclamo como se describe a continuación.

Su beneficio acelerado

Si usted o su dependiente cubierto son diagnosticados por un médico con una enfermedad terminal, puede solicitar que MetLife pague hasta el 80% de su seguro de vida antes de su muerte. Los beneficios restantes se pagarán a su beneficiario después de su muerte. Una enfermedad terminal significa que usted tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos.

Para presentar un reclamo, notifique a su empleador. Luego, usted, su empleador y el médico tratante completarán cada uno una sección del formulario de *Opción de Beneficio Acelerado de MetLife*.

Cómo presentar una reclamación

Cuando usted o su dependiente fallece, se debe notificar a su empleador. Esto debe hacerse tan pronto como sea razonablemente posible. El administrador de beneficios notificará a PEBA y PEBA enviará la información para iniciar un reclamo de seguro de vida a MetLife. PEBA enviará al beneficiario una declaración de beneficiario y una carta de condolencias, en la que se solicita un certificado de defunción certificado. El beneficiario debe enviar por correo o fax la declaración del beneficiario y el certificado de defunción certificado original a MetLife.

Cuando MetLife reciba una prueba aceptable de la muerte de su dependiente cubierto, le pagará el beneficio del seguro de vida. Si usted ya no está con vida, se le pagará

a su beneficiario.

Cuando un jubilado fallece, el beneficiario, o el empleador en su nombre, debe notificar a MetLife de la muerte llamando al 800.638.6420.

Provisión de suicidio

No se pagará ninguna prestación vitalicia opcional, vitalicia por dependiente-cónyuge o vida por hijos a cargo si la muerte se produce por suicidio dentro de los dos años siguientes a la fecha de vigencia. Si la muerte por suicidio ocurre dentro de los dos años posteriores a un aumento de cobertura, el beneficio por fallecimiento pagadero se limita a la cantidad de cobertura vigente antes del aumento.

Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento

En el caso de muerte accidental, se debe notificar a su empleador. El administrador de beneficios notificará a PEBA, y PEBA enviará cierta información para iniciar un reclamo de seguro de vida a MetLife. El administrador de beneficios completará y presentará el *Formulario de Reclamo de Seguro de Vida* de MetLife con información y documentación de respaldo para validar la muerte accidental. MetLife pagará el beneficio por muerte accidental a sus beneficiarios.

Si sufrió otras pérdidas cubiertas por Muerte Accidental y Desmembramiento, usted, su empleador y su médico deben completar el *Formulario de Reclamo por Muerte Accidental y Desmembramiento* y enviarlo a MetLife. El beneficio por otras pérdidas que haya sufrido se le pagará si está vivo. De lo contrario, se pagará a su beneficiario.

El beneficio por muerte accidental y desmembramiento de un dependiente se le pagará a usted si está vivo. De lo contrario, se pagará a su beneficiario.

Exámenes y autopsias

MetLife se reserva el derecho de que usted sea examinado médicamente a su cargo cuando y con la frecuencia que pueda razonablemente requerir siempre que haya un reclamo pendiente y, donde no lo prohíba la ley, MetLife se reserva el derecho de realizar una autopsia en caso de muerte.

¿Cuándo termina su cobertura?

Terminación de la cobertura

Su seguro finalizará a medianoche del día que ocurra primero:

- El último día del mes en que termina su empleo;
- El último día del mes en el que se toma una licencia no aprobada
- El último día del mes ingresa a una clase de empleados que no son elegibles para la cobertura (por ejemplo, un cambio de tiempo completo a tiempo parcial);
- La fecha en que finaliza la póliza de PEBA; o
- El último día del mes no paga la prima requerida para ese mes.

La cobertura para jubilados terminará el 1 de enero después de que:

- Cumpla 70 años, si continuó con la cobertura y se jubiló antes del 1 de enero de 1999; o
- Cumpla 75 años, si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 y después.

Las reclamaciones incurridas antes de la fecha en que finalice la cobertura del seguro no se verán afectadas por la terminación de la cobertura.

Terminación de la cobertura del seguro de vida para dependientes

La cobertura de su dependiente terminará a la medianoche del primer día.

- El día en que termine la póliza de PEBA;
- El día que usted, el empleado, muera;
- El último día del mes en el que el dependiente ya no cumple con la definición de dependiente; o
- El día en que vencen las primas de la cobertura de seguro de vida para dependientes y no se pagan durante un período de 30 días.

Las reclamaciones incurridas antes de la fecha en que finalice la cobertura del seguro no se verán afectadas por la terminación de la cobertura.

Extensión de beneficios

Se proporciona una extensión de los beneficios de acuerdo con los requisitos a continuación. MetLife no está obligado por contrato a proporcionar estos beneficios a menos que usted cumpla con estos requisitos.

Licencia de ausencia

Si usted está en una licencia de ausencia aprobada por el empleador y sigue siendo elegible para los beneficios activos, puede continuar con su seguro de vida opcional hasta por 12 meses a partir del primer día del mes después del último día trabajado, siempre y cuando

pague las primas requeridas. MetLife puede requerir una prueba escrita de la aprobación de su licencia de ausencia antes de que se pague cualquier reclamación.

Licencia militar

Si ingresa al servicio militar activo y se le otorga una licencia militar por escrito, su cobertura de seguro de vida (incluida la cobertura de vida para dependientes) puede continuar hasta por 12 meses a partir del primer día del mes después del último día trabajado, siempre y cuando pague las primas requeridas. Si la licencia finaliza antes de la fecha acordada, esta continuación terminará inmediatamente. Si regresa del servicio militar activo después de haber sido dado de baja y califica para regresar al trabajo según la ley federal o estatal aplicable, puede ser elegible para la cobertura de seguro de vida que tenía antes de que comenzara la licencia de ausencia, siempre que sea recontratado por el mismo empleador y solicite la reincorporación dentro de los 31 días posteriores a su regreso al trabajo.

Discapacidad

Si queda discapacitado, su cobertura de seguro de vida puede continuar hasta por 12 meses a partir de su último día de trabajo, siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios activos y:

- Usted continúa pagando las primas; y
- La póliza de seguro de vida opcional no termina.

Cuando pierde la elegibilidad para los beneficios activos debido a una discapacidad

- Si es elegible para un seguro para jubilados, puede convertir su cobertura a una póliza de vida individual o continuar con su seguro de vida opcional hasta los 75 años. Obtenga más información sobre sus opciones de seguro de vida en la página 139.
- Si no es elegible para un seguro para jubilados, puede convertir su cobertura a una póliza de vida individual. Debe solicitar la conversión dentro de los 31 días posteriores a la terminación de su cobertura de empleado activo.
- Si más adelante se le aprueban los beneficios de jubilación por discapacidad y, por lo tanto, es elegible para el seguro de jubilación, puede inscribirse en hasta la misma cantidad de cobertura de vida opcional que tenía cuando finalizó su elegibilidad para los beneficios activos. Para hacerlo, comuníquese con MetLife dentro de los 31 días posteriores a la fecha de aprobación de su jubilación por discapacidad. La cobertura comenzaría el primer día del mes después de su aprobación para la jubilación por discapacidad.

Para obtener más información sobre la elegibilidad para el seguro de jubilación, consulte la página 136.

Continuar o convertir su seguro de vida

Tenga en cuenta que la cobertura de muerte accidental y desmembramiento no puede continuar ni convertirse.

Continuación

Si es elegible para el seguro de jubilados, puede continuar su cobertura de seguro y pagar las primas directamente a MetLife. MetLife le enviará un paquete de conversión/continuación. Los paquetes se envían por correo de EE. UU. de tres a cinco días hábiles después de que MetLife recibe el archivo de elegibilidad de PEBA. Para continuar su cobertura, complete el formulario que se incluirá en su paquete de MetLife. La cobertura se pierde debido a la jubilación aprobada o a la jubilación por discapacidad aprobada.

Si tiene preguntas sobre sus opciones para continuar con su cobertura de seguro o desea solicitar formularios de continuación, llame a MetLife al 888.507.3767, de 8 a.m. hasta las 11 p.m., de lunes a viernes. Se debe recibir una solicitud completa dentro de los 31 días posteriores a la terminación de su beneficio.

Si continúa con su cobertura, recibirá una factura de MetLife por sus primas. Usted pagará sus primas directamente a MetLife. Llame a MetLife al 888.507.3767 si desea hacer cambios en su cobertura.

Conversión

Si su seguro de vida básico, opcional o para dependientes termina porque su empleo o elegibilidad para la cobertura termina, puede solicitar convertir su cobertura en una póliza de seguro de vida entera individual, una forma permanente de seguro de vida, sin proporcionar evidencia médica. MetLife le enviará por correo un paquete de conversión. Los paquetes se envían por correo de EE. UU. de tres a cinco días hábiles después de que MetLife recibe el archivo de elegibilidad de PEBA. Para convertir su cobertura, siga las instrucciones incluidas en su paquete de MetLife. La póliza se emitirá sin evidencia médica si solicita y paga la prima dentro de los 31 días.

Cuando solicite cobertura, recuerde estas reglas:

1. No puede solicitar más de la cantidad de seguro de vida que tenía bajo su seguro de vida grupal terminado.

2. Su nueva prima para la póliza de conversión se establecerá a la tarifa estándar de MetLife para la cantidad de cobertura que desea convertir y su edad.

Debe comunicarse con MetLife dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura de seguro.

Se pone fin a la póliza de grupo

Si su seguro de vida grupal termina debido a la terminación por parte del estado de la póliza o la terminación como una clase, puede ser elegible para una póliza de conversión. Para obtener más información, consulte el certificado de MetLife en la sección Opción de conversión.

Beneficio por fallecimiento durante el período de conversión

Si usted fallece dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se canceló su seguro grupal y cumple con los requisitos de elegibilidad para la conversión, MetLife pagará un beneficio por fallecimiento independientemente de si se ha presentado una solicitud de cobertura bajo una póliza individual. El beneficio por fallecimiento será la cantidad de seguro que usted habría sido elegible para convertir bajo los términos de la sección de Derecho de Conversión.

Discapacidad a largo plazo

Discapacidad a Largo Plazo Básica

El Plan Básico de Discapacidad a Largo Plazo (BLTD), administrado por Standard Insurance Company (The Standard), es un plan de discapacidad financiado por el empleador proporcionado por el estado. Ayuda a proteger una parte de sus ingresos si queda discapacitado según lo define el Plan. Este beneficio se proporciona sin costo alguno para usted.

Si tiene preguntas o necesita más información, comuníquese con The Standard al 800.628.9696, o www.standard.com/mybenefits/scpeba.

Resumen de los beneficios del plan BLTD

	Beneficio
Período de espera de beneficios	90 días
Porcentaje de beneficio mensual de BLTD	Hasta el 62.5% de sus ingresos previos a la discapacidad, reducido por los ingresos deducibles.
Beneficio Máximo	\$800 por mes
Período de beneficio máximo	Hasta los 65 años si queda discapacitado antes de los 62 años. Si queda discapacitado a la edad de 62 años o más, el máximo de beneficios de elegibilidad se basa en su edad en el momento de la discapacidad. El período máximo de beneficios para las personas de 69 años o

Elegibilidad

Usted es elegible para BLTD si está cubierto por el Plan de Salud Estatal o el Plan Suplementario de TRICARE y es un empleado activo de tiempo completo según lo define el Plan o un empleado académico de tiempo completo y está empleado por: un departamento, agencia, junta, comisión o institución del estado; un distrito escolar público; un gobierno del condado (incluidos los miembros del consejo del condado); u otro grupo que participe en el programa de seguro del estado. Los miembros de la Asamblea General y los jueces de los tribunales estatales también son elegibles para la cobertura.

Para recibir beneficios, usted debe tener un empleo activo cuando se produce su discapacidad.

Si queda discapacitado, puede ser elegible para beneficios adicionales a través de PEBA que son independientes de los beneficios descritos aquí.

Llame al 803.737.6800 para obtener más información.

Período de espera de beneficios

El período de espera de beneficios es el período de tiempo que debe estar discapacitado antes de que se paguen los beneficios. El plan BLTD tiene un período de espera de beneficios de 90 días y los beneficios no se pagan durante este período.

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 contiene las disposiciones de control de este plan de seguro. Ni el certificado ni ningún otro material, incluida esta publicación, puede modificar las disposiciones del documento del plan.

¿Cuándo se le considera discapacitado?

Se le considera discapacitado y elegible para recibir beneficios si no puede cumplir con los requisitos de su ocupación debido a una lesión cubierta, una enfermedad física, un trastorno mental o un embarazo. También deberá cumplir con el período de espera de beneficios y cumplir con las definiciones de discapacidad aplicables a continuación durante el período al que se aplican.

Incapacidad laboral propia

Usted es incapaz de realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales¹ de su propia ocupación durante el período de espera de la prestación y los primeros 24 meses de incapacidad. "Ocupación propia" significa cualquier empleo, negocio, oficio, profesión, vocación o vocación que implique deberes materiales del mismo carácter general que su empleo regular y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuándo su trabajo está disponible.

Cualquier discapacidad laboral

Es incapaz de cumplir, con razonable continuidad, los deberes materiales¹ de cualquier ocupación.

"Cualquier ocupación" significa cualquier ocupación o empleo

¹ Por "deberes materiales" se entiende las tareas, funciones y operaciones esenciales, así como las competencias, destrezas, conocimientos, formación y experiencia generalmente requeridos por los empleadores a quienes se dedican a una ocupación determinada.

que usted puede desempeñar, debido a la educación, capacitación o experiencia, que está disponible en uno o más lugares de la economía nacional y en la que se puede esperar que gane al menos el 65% de sus ingresos previos a la discapacidad (ajustados por inflación) dentro de los 12 meses siguientes a su regreso al trabajo, independientemente de si está trabajando en esa u 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.

Incapacidad parcial

Se considera que usted está parcialmente discapacitado si, durante el período de espera de beneficios y el propio período de ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80% de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en su propia ocupación.

Se considera que usted está parcialmente discapacitado si, durante cualquier período de ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65% de sus ingresos previos a 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 haya documentado médicamente como existente, o para el cual se incurrió en tratamiento médico, servicio médico, recetas u otro gasto médico en cualquier momento durante el período de condición preexistente que se muestra en las Características de Cobertura del *Certificado de Cobertura*.

No se pagarán beneficios por una discapacidad causada o a la que contribuya una condición preexistente a menos que en la fecha en que quede discapacitado:

Ha estado cubierto continuamente por el plan durante al menos 12 meses (este es el período de exclusión); o

- Su fecha de discapacidad cae dentro de los 12 meses posteriores a la entrada en vigencia de su cobertura BLTD, y cumplió todo el período sin tratamiento sin haber recibido tratamiento médico, servicios médicos o recetas; o haber incurrido en cualquier otro gasto médico en relación con la condición preexistente.

Reclamaciones

Una vez que parezca que estará discapacitado por 90 días o más,

o que su empleador esté modificando sus deberes debido a una condición de salud, hable con su administrador de beneficios y revise las [Preguntas frecuentes sobre la cobertura LTD proporcionadas por The Standard](#) para obtener detalles sobre cómo presentar un reclamo y qué esperar una vez que se presente su reclamo.

Para presentar un reclamo por teléfono, llame al Centro de Servicio de Admisión de Reclamaciones de The Standard al 800.628.9696.

Para presentar una reclamación en línea, visite www.standard.com/mybenefits/scpeba para comenzar el proceso de reclamación. Se proporcionarán instrucciones a lo largo de todo el proceso de presentación de reclamos.

Para presentar un reclamo en papel, descargue un paquete de formulario de reclamo en peba.sc.gov/forms. El paquete contiene:

- *Declaración del empleado;*
- *Autorización para obtener y divulgar información;*
- *Autorización para Obtener Notas de Psicoterapia;*
- *Declaración del médico tratante; y*
- *Declaración del empleador.*

Usted es responsable de asegurarse de que estos formularios se completen y se devuelvan a The Standard. Puede enviar los formularios por fax al 800.437.0961, o puede enviarlos por correo a la dirección que aparece en el formulario de reclamación. Si tiene preguntas, llame a The Standard al 800.628.9696.

Debe presentar su reclamo ante The Standard dentro de los 90 días posteriores al final de su período de espera de beneficios. Si no puede cumplir con este plazo, debe presentar su reclamo tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese período de 90 días. Si usted no presenta su reclamo dentro de este tiempo, a menos que The Standard determine su incapacidad legal, The Standard puede denegar su reclamo.

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 de vigencia programada de su cobertura, su cobertura no entrará en vigencia hasta el día después de que esté trabajando activamente durante un día completo.

Ingresos antes de la discapacidad

Las ganancias previas a la discapacidad son las ganancias mensuales, incluidos los aumentos por mérito y longevidad, de su empleador cubierto a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo,

o en la fecha en que se convirtió en miembro si no era miembro el 1 de enero. No incluye sus bonos, comisiones, horas extras o pago de incentivos. Si usted es profesor, no incluye su compensación por la escuela de verano, pero sí incluye la compensación ganada durante las sesiones regulares de verano por el personal de la universidad.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de BLTD se reducirán según sus ingresos deducibles, es decir, los ingresos que recibe o es elegible para recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad u otra continuación del salario (incluido el fondo común de licencia por enfermedad);
- Prestaciones primarias de la Seguridad Social;
- Compensación de trabajadores;
- Otros beneficios grupales por discapacidad (excepto los beneficios suplementarios por discapacidad a largo plazo descritos en la página 110);
- Beneficios máximos de jubilación del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que el pago de vacaciones está excluido de los ingresos deducibles. El seguro BLTD sirve como seguro de reemplazo de ingresos. El Plan BLTD no tiene un beneficio mínimo, por lo que si tiene suficientes ingresos deducibles, su beneficio se reducirá a \$0.

Ejemplo uno: sin ingresos deducibles

Ingresos antes de la discapacidad	\$1,280.00
	× 62.5%
Máximo beneficio	\$800.00
Ingresos deducibles	- \$0.00
Su beneficio BLTD	\$800.00

Ejemplo dos: todas las demás fuentes de ingresos deducibles

Ingresos antes de la discapacidad	\$1,280.00
	× 62.5%
Máximo beneficio	\$800.00
Ingresos deducibles	- \$800.00
Su beneficio BLTD	\$0.00

En otro ejemplo, suponga que el 62.5% de sus ganancias antes de la discapacidad son \$1,200 y usted está trabajando a tiempo parcial. The

Standard pagará el beneficio máximo de \$800, y su beneficio BLTD se reducirá cuando sus ganancias laborales (ingresos deducibles) superen los \$400. En otras palabras, su beneficio se reducirá cuando el beneficio máximo de \$800 agregado a sus ganancias laborales totalice una cantidad que exceda sus ganancias antes de la discapacidad. En este ejemplo, no se pagarían beneficios si sus ganancias de laborales fueran de \$1,200 o más.

Debe cumplir con los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles para los que es elegible. PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Comuníquese con PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430 para obtener más información.

Cuando se otorgan otros beneficios, pueden incluir pagos adeudados a usted mientras recibía beneficios de BLTD. Si la indemnización incluye beneficios pasados, o si recibe otros ingresos antes de notificar a The Standard, es posible que su reclamación de BLTD se pague en exceso. Esto se debe a que recibió beneficios del Plan e ingresos de otra fuente durante el mismo período de tiempo. Tendrá que reembolsar al Plan por este sobrepago.

Cuando finaliza la cobertura BLTD

Su cobertura BLTD finaliza automáticamente en la primera de las siguientes situaciones:

- La fecha en que finaliza el plan;
- La fecha en que ya no cumple con los requisitos anotados en la sección de Elegibilidad de este capítulo;
- La fecha en la que su cobertura de salud como empleado activo termine; o
- La fecha en que termina su empleo.

Cuando terminan los beneficios

Sus beneficios terminarán automáticamente en la primera de las siguientes situaciones:

- La fecha en que ya no está inhabilitado según los términos del plan BLTD;
- La fecha en que finaliza su período máximo de beneficios (consulte Exclusiones y limitaciones);
- La fecha en que los beneficios se hacen pagaderos bajo cualquier otra póliza de seguro grupal por discapacidad a largo plazo bajo la cual se aseguró durante un período de recuperación temporal; o
- La fecha de su muerte.

Si usted es un empleado de un empleador opcional, su empleador se hace responsable de sus pagos de beneficios BLTD si su empleador deja de participar en el programa de seguro estatal.

Exclusiones y limitaciones

- Las discapacidades resultantes de la guerra o de cualquier acto de guerra no están cubiertas.
- Las lesiones autoinfligidas intencionales no están cubiertas.
- Los beneficios no son pagaderos cuando usted no está bajo el cuidado continuo de un médico en la especialidad apropiada.
- Los beneficios no son pagaderos por ningún período en el que usted no esté participando, de buena fe, en un curso de tratamiento médico, capacitación vocacional o educación aprobado por The Standard, a menos que su discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no son pagaderos por ningún período de discapacidad cuando usted está confinado por cualquier motivo en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no son pagaderos después de que usted haya sido discapacitado bajo los términos del plan BLTD durante 24 meses durante toda su vida, excluyendo el período de espera de beneficios, por una discapacidad causada o a la que contribuyó por:
 - Un trastorno mental, a menos que esté confinado continuamente en un hospital únicamente debido a un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - Su uso de alcohol, alcoholismo, uso de cualquier droga ilícita, incluidos los alucinógenos o la adicción a las drogas;
 - Dolor crónico, condiciones musculoesqueléticas o de tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o afecciones relacionadas; o
 - Sensibilidades químicas y ambientales.
- Durante los primeros 24 meses de incapacidad, después del período de espera de beneficios de 90 días, no se pagarán beneficios de BLTD por ningún período de discapacidad cuando pueda trabajar en su propia ocupación y pueda ganar al menos el 20% de sus ganancias previas a la discapacidad, ajustadas a la inflación, pero elija no trabajar.
- Mientras vive fuera de los Estados Unidos o Canadá,

el pago de beneficios se limita a 12 meses por cada período de discapacidad continua.

Apelaciones

Si The Standard rechaza su reclamo de beneficios básicos por discapacidad a largo plazo, puede apelar la decisión ante The Standard enviando su apelación por correo electrónico a su analista de reclamos asignado o enviando un aviso por escrito dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de denegación.

Envíe el llamamiento a:

Standard Insurance Company
P.O. Box -5031
White Plains, NY 10602

Si The Standard mantiene su decisión después de una revisión por su Unidad de Revisión Administrativa, puede apelar esa decisión enviando un [Formulario de Solicitud de Apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la denegación de la Unidad de Revisión Administrativa. Incluya una copia de las dos denegaciones anteriores con su apelación a PEBA. Denegación de la unidad. 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 atención médica, incluido un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico y un representante o agente de dicho proveedor y fabricante; empleador; o el administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre, incluso si apelaron la decisión ante el procesador de reclamaciones de terceros. Solo usted, el miembro, su representante legal o un abogado autorizado admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación de BLTD dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su archivo de reclamo de The Standard, como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando se complete la revisión de PEBA

de la apelación de su Plan, recibirá una determinación por escrito.

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

Discapacidad a Largo Plazo Suplementaria

El Seguro Suplementario de Incapacidad a Largo Plazo (SLTD), totalmente asegurado por Standard Insurance Company (The Standard), está diseñado para proporcionar asistencia financiera adicional más allá del plan Básico de Discapacidad a Largo Plazo si usted queda discapacitado. Su beneficio se basará en un porcentaje de sus ganancias previas a la discapacidad. Este programa está personalizado para usted. El resumen de beneficios del plan SLTD a continuación proporciona más información sobre su plan, que incluye:

- Su nivel de cobertura;
- Por cuánto tiempo continuarían los pagos de beneficios si

permanece discapacitado;

- El monto máximo del beneficio;
- Su elección de períodos de espera de beneficios; y
- Su horario de primas.

Lo que ofrece el seguro SLTD

- Tarifas grupales competitivas;
- Un beneficio de sobreviviente para dependientes elegibles;
- Cobertura por lesiones, enfermedades físicas, trastornos mentales o embarazo;
- Un incentivo para el regreso al trabajo;
- seguro de conversión SLTD;
- Un ajuste por costo de vida; y
- Prestación de seguridad de por vida.

Resumen de beneficios del plan SLTD

	Beneficio
Período de espera de beneficios	Plan 1: 90 días Plan 2: 180 días
Ganancias máximas cubiertas por SLTD 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 previos a la discapacidad, reducidos por ingresos deducibles
Beneficio mínimo	\$100 por mes
Beneficio máximo	\$8,000 por mes
Ajuste por costo de vida	Después de 12 meses consecutivos de recibir beneficios de 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 costo de vida no se aplica cuando recibe el beneficio mensual mínimo o un beneficio mensual de \$25,000 como resultado de estos ajustes
Período máximo de beneficio	Hasta los 65 años si queda discapacitado antes de los 62 años. Si queda discapacitado a la edad de 62 años o más, el período máximo de beneficios se basa en su edad en el momento de la discapacidad. El período máximo de beneficios para los mayores de 69 años es de un año. En ciertas circunstancias, los beneficios pueden continuar después del período máximo de beneficios. Consulte Beneficio de seguridad de por vida en la página 113 para obtener más información.
Tarifa de prima mensual³	Multiplique el factor de prima para su edad y selección de plan por sus ganancias mensuales cubiertas

² Estos beneficios no están sujetos a impuestos siempre que pague la prima después de impuestos.

³ La prima debe ser una cantidad par (la cantidad se redondea al siguiente número par). Visite peba.sc.gov/monthly-premiums.

Elegibilidad

Usted es elegible para el seguro SLTD si:

- Un empleado activo, a tiempo completo y remunerado, según lo definido por el Plan;
- Un empleado académico remunerado a tiempo completo; o
- Un miembro de la Asamblea General, o un juez de los tribunales estatales.

Usted no es elegible para esta cobertura si es un empleado de un empleador cubierto por cualquier otro plan grupal de discapacidad a largo plazo que asegure cualquier parte de sus ganancias previas a la discapacidad (que no sea el Plan BLTD); si está recibiendo beneficios de jubilación de PEBA y no se inscribió en la cobertura de empleado activo; si usted es un empleado temporal o de temporada; si eres 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 dentro de los 31 días posteriores a la elegibilidad. Puede elegir uno de los dos períodos de espera de beneficios que se describen a continuación. Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación, debe completar una declaración de historial médico. The Standard puede requerir que se someta a un examen físico y un análisis de sangre. También es posible que se le solicite que proporcione cualquier información adicional sobre su asegurabilidad que The Standard pueda requerir razonablemente a su cargo. Durante todo el año, puede inscribirse con evidencia médica de buena salud.

Período de espera de beneficios

El período de espera de beneficios es el período de tiempo que debe estar discapacitado antes de que se paguen los beneficios. Puede elegir un período de espera de beneficios de 90 días o 180 días, y puede cambiar de un período de espera de beneficios de 90 días a uno de 180 días en cualquier momento completando un *Aviso de Elección* y devolviéndolo a su administrador de beneficios.

Para cambiar de un período de espera de beneficios de 180 días a uno de 90 días, debe completar un *Aviso de Elección* y proporcionar evidencia médica de buena salud, que se considerará al determinar si se aprueba su solicitud.

Certificado

El certificado SLTD está disponible en peba.sc.gov/publications

bajo 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 elegible para recibir beneficios si no puede trabajar debido a una lesión cubierta, una enfermedad física, un trastorno mental o un embarazo. También deberá cumplir con el período de espera de beneficios apropiado y cumplir con las siguientes definiciones de discapacidad durante el período al que se aplican.

Incapacidad laboral propia

Usted es incapaz de realizar, con una continuidad razonable, las tareas materiales⁴ de su propia ocupación durante el período de espera de la prestación y los primeros 24 meses de beneficios SLTD pagaderos.

"Ocupación propia" significa cualquier empleo, negocio, oficio, profesión, vocación o vocación que implique deberes materiales⁴ del mismo carácter general que su empleo regular y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuándo su trabajo está disponible.

Cualquier discapacidad laboral

Es incapaz de cumplir, con razonable continuidad, los deberes materiales⁴ de cualquier ocupación.

"Cualquier ocupación" significa cualquier ocupación o empleo que pueda realizar, debido a su educación, capacitación o experiencia, que esté disponible en uno o más lugares de la economía nacional y en el que se pueda esperar que gane al menos el 65% de sus ganancias previas a la discapacidad (ajustadas a la inflación) dentro de los 12 meses posteriores a su regreso al trabajo. Independientemente de si está 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.

Incapacidad parcial

Se considera que usted está parcialmente discapacitado si, durante el período de espera de beneficios y el propio período de ocupación, está

⁴ Por "deberes materiales" se entiende las tareas, funciones y operaciones esenciales, así como las habilidades, destrezas, conocimientos, formación y experiencia que generalmente exigen los empleadores a quienes se dedican a una ocupación determinada.

trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80% de sus ingresos previos a la discapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en su propia ocupación.

Se considera que usted está parcialmente discapacitado si, durante cualquier período de ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65% de sus ingresos previos a 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 para el cual se incurrió en tratamiento médico, servicio médico, recetas u otros gastos médicos, en cualquier momento durante el período de condición preexistente que se muestra en las Características de Cobertura del *Certificado de Cobertura*.

No se pagarán beneficios por una discapacidad causada o a la que contribuyó una condición preexistente a menos que en la fecha en que quede discapacitado:

- Ha estado cubierto continuamente por el plan por el plan durante al menos 12 meses (este es el período de exclusión); o
- Su fecha de discapacidad cae dentro de los 12 meses posteriores a la entrada en vigencia de su cobertura SLTD, y ha cumplido todo el período sin tratamiento sin haber recibido tratamiento médico, servicio médico o recetas; o haber incurrido en cualquier otro gasto médico en relación con la condición preexistente.

La exclusión por condiciones preexistentes también se aplica cuando cambia del plan con el período de espera de beneficios de 180 días al plan con el período de espera de beneficios de 90 días. El período de condición preexistente, el período sin tratamiento y el período de exclusión para el nuevo plan se basarán en la fecha de vigencia de su cobertura bajo el plan de 90 días. Sin embargo, si los beneficios no se pagan bajo el plan de 90 días debido a la exclusión de condiciones preexistentes, su reclamo se procesará bajo el plan de 180 días como si no hubiera cambiado de plan.

Reclamaciones

Una vez que parezca que estará discapacitado por 90 días o más, o que su empleador esté modificando sus deberes debido a una condición de salud, hable con su administrador de beneficios y revise las [Preguntas frecuentes sobre la cobertura LTD](#)

[proporcionadas por The Standard](#) para obtener detalles sobre cómo presentar un reclamo y qué esperar una vez que se presente su reclamo.

Para presentar un reclamo por teléfono, llame al Centro de Servicio de Admisión de Reclamaciones de The Standard al 800.628.9696.

Para presentar un reclamo en línea, vaya a www.standard.com/mybenefits/scpeba para comenzar el proceso. Las instrucciones se proporcionarán a lo largo de todo el proceso de presentación de reclamos.

Para presentar un reclamo en papel, descargue un paquete de formulario de reclamo en peba.sc.gov/forms. El paquete contiene:

- *Declaración del empleado;*
- *Autorización para obtener y divulgar información;*
- *Autorización para Obtener Notas de Psicoterapia;*
- *Declaración del médico tratante; y*
- *Declaración del empleador.*

Usted es responsable de asegurarse de que estos formularios se completen y se devuelvan a The Standard. Puede enviar los formularios por fax al 800.437.0961, o puede enviarlos por correo a la dirección que aparece en el formulario de reclamación. Si tiene preguntas, llame a The Standard al 800.628.9696.

Debe presentar su reclamo ante The Standard dentro de los 90 días posteriores al final de su período de espera de beneficios. Si no puede cumplir con este plazo, debe presentar su reclamo tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese período de 90 días. Si usted no presenta su reclamo dentro de este tiempo, a menos que The Standard determine su incapacidad legal, The Standard puede denegar su reclamo.

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 de vigencia programada de su cobertura de seguro, su cobertura no entrará en vigencia hasta el día después de que esté trabajando activamente durante un día completo.

Cambio salarial

Su prima de SLTD se vuelve a calcular en función de su edad a partir del 1 de enero anterior. Cualquier cambio en sus ganancias previas a la discapacidad después de quedar discapacitado no tendrá ningún efecto en el monto de su beneficio de SLTD.

Ingresos antes de la discapacidad

Las ganancias previas a la discapacidad son las ganancias mensuales,

incluidos los aumentos por mérito y longevidad, de su empleador cubierto a partir del 1 de enero anterior a su último día completo de trabajo activo, o en la fecha en que se convirtió en miembro si no era miembro el 1 de enero. No incluye sus bonos, comisiones, pago de horas extras o pago de incentivos.

Si usted es profesor, no incluye su compensación por la escuela de verano, pero sí incluye la compensación ganada durante las sesiones regulares de verano por el personal de la universidad.

Ingresos deducibles

Sus beneficios de SLTD se reducirán según sus ingresos deducibles, es decir, los ingresos que recibe o es elegible para recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad u otra continuación del salario (incluido el fondo común de licencia por enfermedad);
- Prestaciones de la Seguridad Social primarias y dependientes;
- Compensación de trabajadores;
- Beneficios de BLTD;
- Otros beneficios grupales por discapacidad;
- Beneficio máximo de jubilación del plan; y
- Otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que el pago de vacaciones está excluido de los ingresos deducibles.

Por ejemplo, su beneficio de SLTD antes de ser reducido por los ingresos deducibles es el 65% de su salario cubierto antes de la discapacidad. Luego, el beneficio se reducirá por la cantidad de cualquier ingreso deducible que reciba o sea elegible para recibir. El total del beneficio reducido de SLTD más los ingresos deducibles proporcionará al menos el 65% de su salario cubierto antes de la discapacidad. El beneficio mínimo garantizado de SLTD es de \$100, independientemente de la cantidad de ingresos deducibles.

Usted está obligado a cumplir con los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles para los que es elegible para recibir. PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Llame a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430 para obtener más información.

Cuando se otorgan otros beneficios, pueden incluir pagos adeudados a usted mientras recibía beneficios de SLTD. Si la indemnización incluye beneficios pasados, o si recibe otros ingresos antes de notificar a The Standard, su reclamo de SLTD puede ser pagado en exceso. Esto se debe a que recibió

beneficios de The Standard e ingresos de otra fuente durante el mismo período de tiempo. Tendrá que reembolsar a The Standard por este sobrepago.

Prestación de seguridad de por vida

La cobertura SLTD proporciona beneficios por discapacidad a largo plazo de por vida si, en el último día del período de beneficio máximo regular, no puede realizar dos o más actividades de la vida diaria o sufre de un deterioro cognitivo grave que se espera que dure 90 días o más, según lo certifique un médico en la especialidad apropiada según lo determine The Standard. La prestación vitalicia será igual a la prestación que se estaba pagando el último día del período regular de incapacidad a largo plazo.

Prestaciones por defunción

Si usted fallece mientras los beneficios de SLTD son pagaderos, The Standard pagará un beneficio de suma global a su sobreviviente elegible. Este beneficio será igual a tres meses de su beneficio SLTD, no menos por ingresos deducibles. Los sobrevivientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge sobreviviente;
- Hijos solteros sobrevivientes menores de 25 años; y
- Cualquier persona que brinde cuidado y apoyo a cualquier niño elegible.

Este beneficio no está disponible para ningún sobreviviente elegible si sus beneficios y reclamo de SLTD han alcanzado el período máximo de beneficio antes de su muerte. Además, este beneficio no está disponible si ha sido aprobado o está recibiendo el beneficio de seguridad de por vida.

Cuando finaliza la cobertura SLTD

Su cobertura SLTD finaliza automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

- El último día del mes por el que pagó una prima;
- La fecha en que finaliza la directiva de grupo; o
- La fecha en que ya no cumple con los requisitos anotados en la sección de Elegibilidad de este capítulo.

¿Cuándo terminan los beneficios?

Sus beneficios terminarán automáticamente en la primera de estas fechas:

- La fecha en que ya no está discapacitado;
- La fecha en que finaliza su período máximo de beneficios, a menos que los beneficios de SLTD continúen con el beneficio de seguridad de por vida;
- La fecha en que los beneficios se hacen pagaderos bajo cualquier otra póliza de seguro grupal por discapacidad a largo plazo para la cual se asegura durante un período de recuperación temporal; o
- La fecha de su muerte.

Conversión

Cuando termine su seguro SLTD, puede comprar un seguro de conversión SLTD si cumple con todos estos criterios:

- Su seguro termina por una razón que no sea la siguiente:
 - Terminación o modificación de la póliza de grupo;
 - Su falta de pago de una prima requerida; o
 - Su jubilación.
- Estuvo asegurado bajo el plan de seguro de discapacidad a largo plazo de su empleador durante al menos un año a partir de la fecha en que finalizó su seguro.
- Usted no está discapacitado en la fecha en que finaliza su seguro.
- Usted es ciudadano o residente de los Estados Unidos o Canadá.
- Usted completa y devuelve a The Standard un paquete de *Solicitud de Materiales de Conversión por Discapacidad a Largo Plazo* y paga la primera prima del seguro de conversión SLTD dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su seguro.

Si tiene preguntas sobre cómo convertir su póliza SLTD, llame a The Standard al 800.378.4668. Deberá mencionar el 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 intencionales no están cubiertas.
- Los beneficios no son pagaderos cuando usted no está bajo

el cuidado continuo de un médico en la especialidad apropiada.

- Los beneficios no son pagaderos por ningún período en el que usted no esté participando, de buena fe, en un curso de tratamiento médico, capacitación vocacional o educación aprobado por The Standard, a menos que su discapacidad le impida participar.
- Los beneficios no son pagaderos por ningún período de discapacidad cuando usted está confinado por cualquier motivo en una institución penal o correccional.
- Los beneficios no son pagaderos después de que usted haya sido discapacitado bajo los términos del plan SLTD durante 24 meses durante toda su vida, excluyendo el período de espera de beneficios, por una discapacidad causada o aportada por:
 - Un trastorno mental, a menos que esté confinado continuamente en un hospital únicamente debido a un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - Su uso de alcohol, alcoholismo, uso de cualquier droga ilícita, incluidos los alucinógenos o la adicción a las drogas;
 - Dolor crónico, condiciones musculoesqueléticas o de tejido conectivo;
 - Fatiga crónica o afecciones relacionadas; o
 - Sensibilidades químicas y ambientales.
- Durante los primeros 24 meses de incapacidad, después del período de espera de beneficios, los beneficios de SLTD no se pagarán por ningún período de discapacidad cuando pueda trabajar en su propia ocupación y pueda ganar al menos el 20% de su salario antes de la discapacidad, ajustado a la inflación, pero elija no trabajar. Después de este tiempo, no se pagarán beneficios de SLTD por ningún período de discapacidad cuando pueda trabajar en cualquier ocupación y pueda ganar al menos el 20% de sus ganancias previas a la discapacidad ajustadas a la inflación, pero elija no trabajar.
- Por lo general, los beneficios no son pagaderos por ningún período de discapacidad cuando usted no está recibiendo beneficios por discapacidad bajo el plan BLTD. Sin embargo, es posible que esto no se aplique si:
 - Usted recibe o es elegible para recibir otros ingresos que son deducibles bajo el plan BLTD, y el monto de esos ingresos es igual o superior al monto de los beneficios que de otro modo le serían

pagaderos bajo ese plan;

- Los beneficios que de otro modo le serían pagaderos bajo el plan BLTD se están utilizando para reembolsar un pago en exceso de cualquier reclamo; o
- Usted no estaba asegurado bajo el plan BLTD cuando quedó discapacitado.
- Mientras vive fuera de los Estados Unidos o Canadá, el pago de beneficios se limita a 12 meses por cada período de discapacidad continua.

Apelaciones

Si The Standard rechaza su reclamo de beneficios suplementarios por discapacidad a largo plazo, puede apelar la decisión mediante notificación por escrito dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de denegación. La notificación por escrito se puede enviar por correo electrónico a su analista de reclamaciones asignado o a través de U. S. Enviar por correo a:

Standard Insurance Company
P.O. Box 5031
White Plains, NY 10602

Si The Standard confirma su decisión, la reclamación recibirá una revisión independiente por parte de la Unidad de Revisión Administrativa de The Standard.

Debido a que la Discapacidad a Largo Plazo Suplementaria está totalmente asegurada por The Standard, no puede apelar las decisiones de SLTD ante PEBA.



MoneyPlus

MoneyPlus le permite ahorrar dinero en costos médicos y de cuidado de dependientes elegibles. Con MoneyPlus, usted elige contribuir con una cantidad anual a una cuenta de gastos flexibles aprobada por el IRS. Sus contribuciones se deducen de su cheque de pago, antes de impuestos. Puede usar estos fondos para pagar sus gastos médicos y de cuidado de dependientes elegibles. A medida que incurre en gastos elegibles durante el año del plan, solicita un reembolso. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. Puede obtener más información en peba.sc.gov/moneyplus.

Cómo MoneyPlus puede ahorrarle dinero

Con MoneyPlus, usted se beneficia de tener menos ingresos imposables en cada uno de sus cheques de pago, lo que significa más ingresos gastables para usar en sus gastos médicos y de cuidado de dependientes elegibles. El ejemplo de ahorros mensuales en esta página muestra cómo pagar gastos elegibles con una deducción de nómina antes de impuestos puede aumentar sus ingresos gastables. 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	MoneyPlus advantage
Salario mensual bruto¹	\$3,750.00	\$3,750.00	
Contribución estatal a la jubilación (9%)	- \$337.50	- \$337.50	
Cargo de la cuenta de gastos médicos	- \$2.14	- \$0.00	
Cargo de la cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	- \$2.14	- \$0.00	
Deducciones de nómina antes de impuestos de MoneyPlus			
Cuenta de Gastos Médicos	- \$56.00	- \$0.00	
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	- \$400.00	- \$0.00	
Plan Estándar, Primas de Dental Básico Pagadas con la función Antes de impuestos con el nivel de cobertura para empleados/hijos	- <u>\$157.58</u>	- <u>\$0.00</u>	
Ingresos brutos imposables	\$2,794.64	\$3,412.50	\$617.86
Impuestos estimados sobre la nómina (27%)²	- \$754.55	- \$921.38	\$166.92
Gastos			
Gastos médicos	- \$0.00	- \$56.00	
Gastos de cuidado de dependientes	- \$0.00	- \$400.00	
Plan Estándar, Primas Dental Básico Nivel de cobertura de empleados/hijos	\$0.00	\$157.58	
Su sueldo neto	\$2,040.09	\$1,877.54	\$162.55

¹ Supone un salario anual de \$45,000.

² Incluye impuestos estatales y federales; Casado, que presenta una declaración conjunta.

Cuotas administrativas

Las cuentas de MoneyPlus tienen una tarifa administrativa, que está configurada para tener un impacto mínimo en relación con los ahorros fiscales que brindan las cuentas. Pagará una tarifa administrativa por cada cuenta en la que se inscriba. Debido a que MoneyPlus se rige por el Código de Rentas Internas, existen requisitos y restricciones del Servicio de Rentas Internas (IRS) para los participantes del programa.

Cuotas administrativas mensuales 2025

Cuenta	Cuota
Cuenta de Gastos Médicos	\$2.14
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	\$2.14
Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes	\$2.14

La función de prima de seguro grupal antes de impuestos le permite pagar sus primas con dinero antes de impuestos y no hay tarifa administrativa.

Recursos para miembros

Sitio web de ASIFlex

El sitio web, www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, le permite:

- Revisar su cuenta, estado de cuenta en línea, reclamaciones información de reclamos y transacciones con tarjeta;
- Presentar reclamaciones;
- Configurar el depósito directo;
- Configurar notificaciones de alerta por correo electrónico y/o texto para su cuenta;
- Conocer los beneficios fiscales específicos disponibles para usted; y
- Acceder a recursos, incluidos gastos elegibles, descripciones de programas, información de tarjetas de débito, formularios administrativos y de reclamos en línea, y una herramienta de estimación de gastos y ahorros 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

documentación utilizando la cámara del dispositivo móvil y enviar esa documentación con su reclamación. La aplicación móvil también le permite usar la función de micrófono para ingresar un reclamo. Esto significa que puede optar por hablar, en lugar de escribir, parte de la información de la reclamación. Además de presentar reclamos, puede ver el monto de su elección anual, el saldo de la cuenta, las contribuciones, los reembolsos y las reclamaciones presentadas anteriormente. La aplicación es gratuita y está disponible en línea en

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o a través de Google Play o App Store.

Responsabilidades por el uso de una cuenta

Cuando se inscribe en cualquier cuenta de gastos de MoneyPlus, certifica que:

- Solicite y guarde copias de la documentación que necesitará para sus reclamos de reembolso, incluidas las declaraciones de servicio detalladas y la explicación de beneficios (EOB) del plan de seguro;
- Use la cuenta para pagar solo los gastos calificados por el IRS para usted y sus dependientes elegibles para el IRS;
- Primero use todas las demás fuentes de reembolso, incluidas las proporcionadas por su plan o planes de seguro, antes de solicitar el reembolso de su cuenta de gastos; y
- No solicitar el reembolso a través de ninguna fuente adicional después de haberlo solicitado de su cuenta.

Crédito tributario por ingreso del trabajo

Las contribuciones hechas antes de impuestos a una Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes o a una Cuenta de Gastos Médicos reducen su ingreso del trabajo imponible. Cuanto menor sea su ingreso del trabajo, mayor será el crédito tributario por ingreso del trabajo. Consulte la Publicación 596 del IRS o hable con un profesional de impuestos para obtener más información.

Reglas del IRS para 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), las MSA de uso limitado y las Cuentas de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCSA) no se renuevan automáticamente.
- Puede cambiar su elección si experimenta un evento de cambio de estado que califique, como

se indica en el plan.

- No es necesario que esté inscrito en los planes médicos, dentales o de la vista de PEBA para participar. Por ejemplo, puede tener seguro a través del empleador de su cónyuge y aún puede inscribirse para obtener cuentas de gastos a través de PEBA (sujeto a los límites del plan y del IRS).
- Tiene acceso a la cantidad total de su elección de MSA en la fecha de entrada en vigencia de su elección. Por lo tanto, puede ser reembolsado hasta este monto, menos los reembolsos anteriores, en cualquier momento durante el año, independientemente de su saldo.
- No puede pagar ninguna prima de seguro a través de ningún tipo de cuenta de gastos flexibles. Estas cuentas son independientes de la función de prima de seguro grupal antes de impuestos.
- No puede pagar un gasto de cuidado de dependientes de su MSA, ni un gasto médico de su DCSA.
- El MSA incluye una disposición de traspaso. Puede transferir hasta \$660 de fondos no utilizados al nuevo año del plan en su cuenta de gastos médicos. Perderá los fondos no utilizados que superen los \$ 660.
- El DCSA incluye un período de gracia. Esto significa que puede seguir gastando los fondos de 2025 hasta el 15 de marzo de 2026. Los gastos incurridos entre el 1 de enero de 2025 y el 15 de marzo de 2026 se pueden considerar para el reembolso de su cuenta de 2025.
- Es posible que no se le reembolsen a través de sus cuentas de MoneyPlus los gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente.
- No puede deducir los gastos reembolsados de su impuesto sobre la renta.
- Solo se le puede reembolsar por los servicios recibidos. No se le puede reembolsar por un servicio futuro, ni puede realizar un pago por adelantado por un servicio futuro.

Función de prima de seguro grupal antes de impuestos

La función antes de impuestos le permite pagar sus primas de salud, incluida la prima por uso de tabaco, con dinero de su cheque de pago antes de que se retengan los impuestos. También puede usar sus ingresos antes de impuestos para pagar las primas de Dental Plus, Dental Básico, State Vision Plan, Optional Life coverage de hasta \$50,000 y el Plan Suplementario de TRICARE.

Elegibilidad y matrícula

Los empleados activos que pagan primas de salud, dentales, de cuidado de la vista, de vida opcional o del plan suplementario TRICARE se inscriben automáticamente en la función de prima de seguro grupal antes de impuestos; sin embargo, puede rechazarlo cuando se inscriba por primera vez.

Si rechaza la función, puede inscribirse en ella durante el período de inscripción abierta, que se lleva a cabo en octubre, o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. Para hacer esto, consulte Cómo hacer cambios en su cobertura de MoneyPlus en la página 126. Para obtener más información sobre situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 19.

Cuenta de Gastos Médicos

Una cuenta de gastos médicos (MSA, por sus siglas en inglés) le permite pagar gastos médicos elegibles no cubiertos por el seguro, incluidos copagos y coseguros, con ingresos antes de impuestos. Los 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 reclamaciones de reembolso. Puede transferir hasta \$660 de fondos colocados en su MSA que no utilizó durante el año del plan al siguiente año del plan. Perderá los fondos que superen los \$660 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Debe ser elegible para los beneficios del seguro grupal estatal para participar en una MSA. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguro para participar. Se alienta a los miembros inscritos en el Plan Estándar a participar en un MSA.

Inscripción

Puede inscribirse en una MSA dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación a través de su empleador. Si no se inscribe en ese momento, puede inscribirse durante el próximo período de inscripción abierta en octubre a través de MyBenefits en [MyBenefits.sc.gov](https://www.mybenefits.sc.gov).

También puede inscribirse o realizar cambios en esta cuenta dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. Para hacer esto, consulte Cómo hacer cambios en su cobertura de MoneyPlus en la página 127. Para obtener más información sobre situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 19.

Deberá volver a inscribirse cada año durante el período de inscripción abierta para continuar con su cuenta el año siguiente.

Decidir cuánto apartar

Calcule la cantidad que usted y su familia gastarán en gastos médicos de rutina, recurrentes y predecibles durante todo el año. Se le permite transferir más de \$660 de fondos cada año al próximo año del plan. Tiene hasta el 31 de marzo de 2026 para presentar reclamaciones de reembolso y presentar documentación de los gastos elegibles incurridos durante 2025. Perderá los fondos que superen los \$660 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

La cantidad anual que elija aportar 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 un MSA y decida cuánto contribuir, el monto total estará disponible en su fecha de vigencia. No tiene que esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta antes de que se le reembolsen los gastos médicos elegibles.

Límites de contribución

El límite de contribución para 2025 es de \$3,300. Si está casado y su cónyuge es elegible para la cobertura de seguro patrocinada por PEBA como empleado, cada uno puede contribuir hasta \$3,300 al año.

Personas que pueden estar cubiertas por una MSA

Un MSA se puede usar para reembolsar gastos elegibles por:

- Usted;
- Su cónyuge (incluso si tienen una MSA por separado);
- Su hijo calificado; y
- Su pariente calificado.

Una persona es un hijo calificado si no es hijo calificado de otra persona, aunque un hijo elegible de padres divorciados es tratado como dependiente de ambos, por lo que uno o ambos padres pueden establecer una MSA. Además, un niño califica si:

- No cumplir 27 años de edad durante el año tributario (si un hijo calificado es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo, no hay límite de edad);
- Tener una relación de tipo familiar específica con usted: hijo/a, hijastro/a, hijo de acogida elegible, hijo adoptado legalmente o niño colocado para adopción legal; y

- ¿Es usted ciudadano de los EE. UU., nacional de los EE. UU. o residente de los EE. UU., México o Canadá?

Un individuo es un pariente calificado si es ciudadano de los EE. UU., nacional o residente de los EE. UU., México o Canadá y:

- Tiene una relación de tipo familiar específica con usted, no es el hijo calificado 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 de su hogar y vive en él (sin violar la ley local) durante todo el año fiscal y recibe más de la mitad de su apoyo de usted durante el año fiscal.

Para obtener más información, comuníquese con su empleador o profesional de impuestos. También puede comunicarse con el IRS en www.irs.gov o al 800.829.1040, o ver las Publicaciones 501 y 502 del IRS.

Gastos elegibles

Los gastos elegibles para reembolso incluyen sus copagos, deducibles y coseguros. También puede usar su MSA para pagar:

- Visitas al consultorio médico;
- Cuidado de la vista, que incluye anteojos/gafas de sol recetados, lentes de contacto, soluciones de limpieza, gotas para los ojos para usuarios de lentes de contacto, anteojos de lectura de venta libre y cirugía de corrección de la visión;
- Honorarios dentales de bolsillo, como deducibles o coseguros, incluidos empastes, coronas, puentes, dentaduras postizas y adhesivos, protectores oclusales, implantes y ortodoncia;
- Exámenes de audición, audífonos y baterías;
- Gastos de kilometraje incurridos al viajar para obtener atención médica (sujeto al límite del IRS);
- Artículos de venta libre para el cuidado de la salud, como vendas adhesivas, anticonceptivos, productos de higiene femenina, kits de embarazo y fertilidad, vitaminas prenatales, extractores de leche, protector solar o bálsamo labial (SPF 15 y de amplio espectro), suministros/botiquines de primeros auxilios, aparatos ortopédicos y soportes para articulaciones, monitores de presión arterial, suministros para diabéticos, termómetros, bastones, muletas, pastilleros/divisores y miles de otros artículos;

- Medicamentos o drogas de venta libre (analgésicos, medicamentos para la alergia, medicamentos para el resfriado/tos/gripe, ayudas estomacales/digestivas, etc.); y
- Cualquier otro gasto médico de bolsillo deducible según las leyes fiscales vigentes, incluidos los viajes hacia y desde las instalaciones médicas (sujeto a los límites del IRS).

Gastos no elegibles

- Primas de seguros;
- Garantías de visión y contratos de servicio;
- Gastos por un servicio aún no prestado o por presupuestos de pretratamiento;
- Gastos para la buena salud y el bienestar general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por seguro o cualquier otra fuente;
- Cuotas de membresía de clubes de salud o fitness; y
- Cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una afección médica.

Uso de los fondos de su MSA

Tiene varias formas de acceder a sus fondos de MSA. Puede utilizar una tarjeta de débito especial, conocida como tarjeta ASIFlex, para pagar los gastos directamente, o puede solicitar que se le reembolsen los gastos mediante depósito directo presentando una reclamación en línea en

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, o a través de la aplicación móvil ASIFlex, fax gratuito o correo postal.

Tarjeta ASIFlex

La tarjeta ASIFlex, una tarjeta de débito emitida sin costo para los participantes de MSA, se puede usar para pagar 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 darle una a su cónyuge o hijo.

Activando su tarjeta

Para activar su tarjeta ASIFlex y empezar a utilizarla, llame al número gratuito que figura en la pegatina de la tarjeta. Puede configurar un PIN que solo usted conozca.

Usando su tarjeta

Puede firmar para transacciones de crédito o ingresar su PIN para transacciones de débito.

La tarjeta es una tarjeta de uso limitado y se puede usar en

proveedores de atención médica y comercios que aceptan VISA®. También se puede utilizar en los comercios minoristas que utilizan el Sistema de Aprobación de Información de Inventario, conocido como IIAS, e identificar qué productos son elegibles para MSA.

Para encontrar una lista actualizada de los comerciantes disponibles del IIAS, vaya a

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

El uso de la tarjeta no es sin papel. Cada vez que pase la tarjeta, pídale al proveedor un estado de cuenta de servicio detallado 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 tantas transacciones como sea posible; sin embargo, las regulaciones del IRS requieren que proporcione documentación de respaldo para justificar ciertas transacciones.

Puede solicitar la documentación y conservar la copia en papel; o simplemente tome una foto de la documentación y guárdela en la galería de su dispositivo. Consulte la sección Validación automática de transacciones a continuación para obtener más información.

Documentando las transacciones con tarjeta ASIFlex

Según el IRS, no es necesario presentar documentación para:

- Copagos conocidos por servicios prestados a través del Plan de Salud Estatal en el que está inscrito;
- Medicamentos recetados elegibles comprados 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 pagos mensuales de ortodoncia); o
- Productos para el cuidado de la salud de venta libre aprobados por el IRS.

Validación automática de transacciones

Para otros gastos de atención médica, se necesita documentación. ASIFlex recibirá datos de reclamaciones de BlueCross, BlueShield of South Carolina y EyeMed. ASIFlex validará automáticamente las transacciones con tarjeta de débito que pueda hacer coincidir con las reclamaciones recibidas de otros proveedores. Si ASIFlex no puede validar una reclamación, deberá proporcionar documentación para esa transacción.

Las solicitudes de documentación se envían por correo electrónico y se publican en línea en su cuenta. 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 con tarjeta.
- Aviso de recordatorio: se envía 21 días después del aviso inicial.

- Aviso de desactivación: enviado 21 días después del aviso de recordatorio. Su tarjeta será desactivada y las futuras reclamaciones se compensarán con el importe pendiente.

Cuando se presente la documentación, su tarjeta se restablecerá automáticamente. Cualquier monto del año del plan que no esté documentado antes del 31 de marzo de 2026 no cumplirá con las pautas del IRS y se gravará como ingreso.

Debe conservar todos los documentos que respalden sus reclamaciones durante al menos un año y presentarlos a ASIFlex si así lo solicitan.

Tarjetas perdidas

Si pierde o le roban su tarjeta ASIFlex, llame a ASIFlex al 833.726.7587 de inmediato.

Solicitando el reembolso de gastos elegibles

Antes de presentar reclamos de reembolso, primero debe presentar reclamos de seguro por los beneficios que ha recibido. Los gastos de bolsillo restantes después de esa fecha pueden enviarse a ASIFlex para su reembolso por parte de su MSA. El reembolso mínimo del cheque es de \$25, excepto el último reembolso, que lleva el saldo de su cuenta a cero. Asegúrese de registrarse para el depósito directo, ya que no hay un mínimo para las transacciones electrónicas.

Si no utiliza su tarjeta ASIFlex, puede presentar un *Formulario de Reclamación de MoneyPlus* en línea en

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o a través de la aplicación móvil ASIFlex. Puede también presentar un formulario de reclamo en papel, junto con una copia de su documentación de gastos o la *Explicación de Beneficios*. Además, debe tener en cuenta los plazos descritos en la sección de restricciones del IRS en la página 118.

Al recopilar documentación, tenga en cuenta estos requisitos:

- La documentación puede ser una factura o factura de su proveedor de atención médica que enumere la fecha del servicio, el costo del servicio, el tipo de servicio, el proveedor de servicios y la persona para quien se prestó el servicio. Nota: los recibos de copago deben mostrar una descripción, como "copago por visita al consultorio".
- La documentación también puede ser una *Explicación de los Beneficios* de su plan de seguro que muestre el pago del plan de seguro y la cantidad que usted es responsable de pagar.
- En el caso de productos para el cuidado de la salud, medicamentos o medicamentos de venta libre,

proporcione el recibo comercial detallado.

- En el caso de las recetas, proporcione el recibo de la farmacia que muestre el número de receta y el nombre del medicamento. También puede solicitar un impreso en la farmacia que detalle sus recetas; o de lo contrario, obtener esta información del sitio web de la farmacia. Para recetas de pedidos por correo, simplemente proporcione el recibo detallado del pedido por correo.
- En algunas circunstancias, es posible que se necesite una declaración escrita de su proveedor de atención médica que indique que el servicio era médicamente necesario. Puede encontrar un ejemplo de carta de necesidad médica en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus en la pestaña Recursos.

ASIFlex tramitará su reclamación en un plazo de tres días hábiles desde su recepción. Su reembolso puede ser depositado directamente en su cuenta bancaria dentro de un día de procesar sus reclamaciones. Este servicio no tiene cargo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, inicie sesión en su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe inscribirse para recibir alertas por correo electrónico y/o mensaje de texto.

Comparación del MSA con la reclamación de gastos en el Formulario 1040 del IRS

Puede reclamar gastos médicos y dentales detallados en su Formulario 1040 del IRS solo si exceden 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 no asegurados y de su bolsillo. Consulte la tabla de la página 117 para ver un ejemplo.

Para obtener más información sobre el crédito fiscal, consulte la *Publicación 502 del IRS* o utilice los servicios de un profesional de impuestos.

¿Qué le sucede a su MSA cuando deja su trabajo?

Cuando tiene una MSA y deja su trabajo, puede ser elegible para continuar contribuyendo a su MSA hasta el final del año del plan.

La cobertura de COBRA consistirá en la cantidad que tenga en su MSA en el momento del evento que califique, más contribuciones adicionales hasta la cantidad anual que eligió contribuir. Usted pagará el 102% de su costo normal, que es

el monto de su contribución más la cuota administrativa de \$2.14, por la cobertura de COBRA. Si le quedan fondos al final del año del plan, hasta \$660 se transferirán y estarán disponibles para usted hasta el final de su período 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 primero, para presentar los gastos elegibles de MSA incurridos antes del primer día del mes siguiente al último día trabajado. Los fondos que aún estén en su cuenta no se le devolverán.

Si regresa a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA dentro de los 30 días, sus elecciones originales de MSA se restablecerán automáticamente. Si regresa a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA después de 30 días, no puede participar en una MSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, puede volver a inscribirse durante el período de inscripción abierta para el próximo año del plan.

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) puede afectar sus derechos a continuar con la cobertura mientras está de licencia. Contacte a su empleador para obtener más información.

¿Qué le sucede a su MSA después de su muerte?

Su MSA termina en la fecha en que fallece, y el saldo no se reembolsa a sus sobrevivientes. 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 tiene 90 días a partir de la fecha de su fallecimiento o del final del período de vencimiento, lo que ocurra primero, para presentar reclamaciones por gastos elegibles incurridos hasta la fecha de su fallecimiento.

La muerte de un cónyuge o hijo crea un cambio en el estatus.

Usted puede suspender, iniciar o cambiar la cantidad aportada a su MSA en ese momento. Tiene 31 días a partir de la fecha de su fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 126 para obtener información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de gastos para el 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 ingresos antes de impuestos. Esta cuenta es solo para los costos de guardería para niños y adultos dependientes, y no se puede usar para

Pagar por la atención médica de dependientes. Los fondos se pueden usar solo para gastos incurridos durante el año del plan 2025. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2026 para gastar los fondos aportados durante 2025. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2026 para solicitar el reembolso de sus fondos de 2025 por los gastos incurridos el 15 de marzo de 2026 o antes. Perderá los fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para los beneficios del seguro grupal estatal para participar en una DCSA. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguro para participar.

Inscripción

Puede inscribirse en una DCSA dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación a través de su empleador. Si no se inscribe en ese momento, puede inscribirse durante el próximo período 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 dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. Para hacer esto, consulte Cómo hacer cambios en su cobertura de MoneyPlus en la página 126. Para obtener más información sobre situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 19.

Deberá volver a inscribirse cada año durante el período de inscripción abierta para continuar con su cuenta el año siguiente.

Decidir cuánto apartar

Calcule la cantidad que gastará en el cuidado de dependientes durante todo el año. Considere las vacaciones y los días festivos, cuando es posible que no tenga que pagar por el cuidado de dependientes. La cantidad anual que elija aportar a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá de cada cheque de pago antes de impuestos.

El IRS no permitirá que se le devuelva ningún dinero que aún esté en su cuenta después de que haya reclamado todos sus gastos al final del año, o que se transfiera al próximo año del plan. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2026 para gastar los fondos aportados durante 2025. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2026 para solicitar el reembolso de los gastos incurridos el 15 de marzo de 2026 o antes. Perderá los fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Una vez que se inscriba en una DCSA y decida cuánto

contribuir, debe esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta antes de que se le reembolsen los gastos elegibles.

Límites de contribución

El límite de contribución para una DCSA se basa en su estado civil para efectos de la declaración de impuestos. A continuación, se muestran los límites de 2025.

- Casados, declarando por separado: \$2,500
- Soltero, cabeza de familia: \$5,000
- Casados, presentando en conjunto: \$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 2025, la DCSA tiene un límite de \$1,600 para los empleados altamente remunerados. Para 2025, el IRC define a los empleados altamente compensados como aquellos que ganaron \$155,000 o más en el año calendario 2024. El límite está sujeto a ajustes durante el año si el DCSA de PEBA no cumple con la prueba de beneficios promedio federal. La prueba está diseñada para garantizar que los empleados altamente remunerados no reciban un beneficio que esté fuera de proporción con el beneficio recibido por otros empleados.

Para obtener más información, hable con un profesional de impuestos o comuníquese con el IRS al www.irs.gov o al 800.829.1040.

Personas que pueden estar cubiertas por una DCSA

Los gastos de cuidado de sus hijos y dependientes deben ser para el cuidado de una o más personas calificadas. Una persona calificada es:

1. Su hijo calificado que es su dependiente y era menor de 13 años cuando se proporcionó el cuidado;
2. Su cónyuge que no era física o mentalmente capaz de cuidar de sí mismo y vivió con usted durante más de la mitad del año; o
3. Una persona que no era física o mentalmente capaz de cuidar de sí misma, vivió con usted durante más de la mitad del año y:
 - a. Era su dependiente; o
 - b. Habría sido su dependiente, excepto que:
 - i. Recibieron ingresos brutos de \$4,050 o más;
 - ii. Presentaron una declaración conjunta; o
 - iii. Usted o su cónyuge, si presentan una declaración conjunta, podrían ser

reclamados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.

Gastos elegibles

Por lo general, los costos de cuidado de niños, adultos y ancianos que le permiten a usted y a su cónyuge trabajar o buscar trabajo activamente son elegibles para el reembolso. Si está casado, su cónyuge debe trabajar, ser estudiante a tiempo completo o ser mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo. Algunos ejemplos son:

- Tarifas de guarderías;
- Tarifas de los campamentos diurnos locales;
- Cuidado antes o después de la escuela;
- 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 tributario no pueden proporcionar el cuidado.

Gastos no elegibles

- Pagos de manutención de menores o cuidado de menores si usted es un padre sin custodia.
- Pagos por servicios de cuidado de dependientes proporcionados por su dependiente, el dependiente de su cónyuge o su hijo menor de 19 años.
- Costos de atención médica.
- Matrícula educativa.
- Campamentos de pernocta.
- Cuidado nocturno para sus dependientes, a menos que le permita a usted y a su cónyuge trabajar durante ese tiempo.
- Tarifas de hogares de ancianos.
- Servicios de pañales.
- Libros y útiles.
- Tarifas actividad.
- Enseñanza.

Solicitando el reembolso de gastos elegibles

Cuando tiene un gasto por cuidado de dependientes, usted solicita Reembolso de su cuenta en línea en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus También deberá presentar documentación para su gasto. Un formulario de reclamo impreso también

está disponible en línea en peba.sc.gov/forms.

Su reclamación y la documentación de gastos deben mostrar lo siguiente:

- Las fechas en que su dependiente recibió la atención, no la fecha en que pagó por el servicio;
- El nombre y la dirección de la instalación; y
- El nombre, la dirección y la firma de la persona que proporcionó el cuidado del 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 solicitan.

ASIFlex tramitará su reclamación en un plazo de tres días hábiles desde su recepción. Su reembolso puede ser depositado directamente en su cuenta bancaria dentro de un día de procesar sus reclamaciones. Este servicio no tiene cargo adicional e incluye notificaciones de cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, inicie sesión en su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe inscribirse para recibir alertas por correo electrónico y/o mensaje de texto en ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

Un gasto aprobado tampoco será reembolsado hasta después de la última fecha de servicio para la cual está solicitando el reembolso. Por ejemplo, si le paga a su proveedor de cuidado de dependientes el 1 de octubre por el mes de octubre, puede enviar su solicitud de reembolso para todo el mes. Sin embargo, el pago no se realizará hasta que reciba el último día de atención de octubre.

Un gasto aprobado tampoco será reembolsado hasta que haya suficientes fondos en la DCSA para cubrirlo. En su reclamo, puede dividir las fechas de servicio en períodos que correspondan con su ciclo de nómina. Esto le permitirá ser reembolsado por parte del monto en la documentación cuando haya fondos suficientes en su cuenta.

Cómo reportar su DCSA al IRS

Si participa en una DCSA, debe adjuntar el Formulario 2441 del IRS a su declaración de impuestos sobre la renta 1040. De lo contrario, es posible que el IRS no permita su exclusión antes de impuestos. Para reclamar la exclusión de ingresos por gastos de cuidado de dependientes en el Formulario 2441, debe indicar 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 de la DCSA con el crédito por cuidado de hijos y dependientes

Si paga por el cuidado de dependientes para poder trabajar, es posible que pueda reducir sus impuestos reclamando esos gastos en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos a través del crédito por cuidado de hijos y dependientes en lugar de usar una DCSA. Dependiendo de sus circunstancias, participar en una DCSA sobre la base de una reducción salarial puede producir un mayor beneficio fiscal. Para obtener más información, consulte la Publicación 503 del IRS o hable con un profesional de impuestos calificado.

¿Qué le sucede a su DCSA si deja su trabajo?

Si deja su trabajo permanentemente o toma una licencia sin goce de sueldo, no puede continuar contribuyendo a su DCSA. Sin embargo, puede continuar incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo del año siguiente y solicitar el reembolso de los gastos elegibles hasta el 31 de marzo del año siguiente, o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra primero.

Si regresa a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA dentro de los 30 días, sus elecciones originales de DCSA se restablecerán automáticamente. Si regresa a trabajar con un empleador que participa en un seguro administrado por PEBA después de 30 días, no puede participar en un DCSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, puede volver a inscribirse durante el período de inscripción abierta para el próximo año del plan.

¿Qué le sucede a su DCSA después de su muerte?

Su DCSA termina en la fecha en que usted fallece y no se reembolsa a sus sobrevivientes. Las reclamaciones de DCSA por gastos que ocurrieron hasta la fecha de su fallecimiento se pueden presentar hasta que se agote la cuenta o hasta el final del año del plan.

La muerte de un cónyuge o hijo crea un cambio en el estatus. Usted puede suspender, iniciar o cambiar la cantidad aportada a su DCSA A en ese momento. Tiene 31 días a partir de la fecha de su fallecimiento para realizar el cambio. Consulte la página 126 para obtener información sobre cómo cambiar su contribución.

Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Si está haciendo contribuciones a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), también puede ser elegible para una Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado (MSA). Esta cuenta solo se puede usar para gastos dentales y de atención de la vista.

Excepto por la restricción sobre qué tipos de gastos son reembolsables, una MSA de uso limitado funciona igual que una cuenta de gastos médicos. Inscribirse en una MSA de uso limitado le permite ahorrar los fondos de su HSA para gastos médicos futuros. Más información sobre las HSA está disponible en la página 129.

Gastos elegibles

Puede usar su HSA, pero no su MSA de uso limitado, para deducibles médicos y coseguros. Puede usar su MSA de uso limitado para gastos dentales y de cuidado de la vista.

Gastos no elegibles (solo MSA de uso limitado)

- Primas de Seguros;
- Garantías de visión y contratos de servicio;
- Gastos por un servicio aún no prestado o por presupuestos de pretratamiento;
- Gastos para la buena salud y el bienestar general;
- Operaciones ilegales;
- Gastos pagados por seguro o cualquier otra fuente;
- Cuotas de membresía de clubes de salud o fitness;
- Cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una afección médica;
- Deducibles y coseguros del plan médico; y
- Productos de venta libre para el cuidado de la salud que no son para el cuidado dental o de la vista.

Cómo hacer cambios en su cobertura de MoneyPlus

Usted tiene circunstancias limitadas para iniciar o detener su DCSA, MSA y MSA de uso limitado, o para variar las cantidades que contribuye. 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 iniciar una DCSA si tiene un

bebé o adopta a un niño. Es posible que desee disminuir su contribución a la MSA si se divorcia y ya no pagará los gastos médicos de bolsillo de su ex cónyuge.

Dentro de los 31 días posteriores a uno de los eventos que se enumeran a continuación, comuníquese con su empleador si desea realizar cambios.

Cualquier reclamación relacionada que presente mientras ASIFlex está procesando su cambio de estado se retendrá hasta que se complete el procesamiento. El nacimiento, la adopción y la colocación para adopción son efectivos en la fecha del evento. Todos los demás cambios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Algunas situaciones especiales de elegibilidad que pueden permitir cambios en su cuenta de MoneyPlus son:

- Matrimonio o divorcio (no puede hacer cambios porque está en proceso de divorcio, pero puede hacerlo después de que sea definitivo);
- Nacimiento, colocación en adopción o adopción;
- Colocación para la custodia;
- El dependiente pierde la elegibilidad;
- Muerte del cónyuge o del hijo;
- Ganancia o pérdida de empleo;
- Inicio o fin de la licencia sin goce de sueldo;
- Cambio de empleo a tiempo completo a tiempo parcial o viceversa;
- Cuidado diurno al comienzo y/o al final durante todo el año; y
- Cambio en el proveedor de cuidado infantil.

Cómo afectan los cambios a su período de cobertura

Su cuenta de gastos flexibles de MoneyPlus está configurada para todo el año calendario, que es su período de cobertura. Si realiza un cambio aprobado en las elecciones de mitad de año del plan y aumenta sus contribuciones, los gastos que tenía antes del cambio de mitad de año no se le pueden reembolsar más dinero del que había en la cuenta en el momento del cambio.

Apelaciones

Reembolso o reclamación de prestaciones

Si su solicitud de reembolso o reclamo de beneficios es denegada en su totalidad o en parte, tiene derecho a apelar la decisión. Las apelaciones se aprueban solo si las circunstancias atenuantes y la documentación de respaldo están dentro de las regulaciones de su empleador, su proveedor de seguros y el IRS que rigen el Plan.

Envíe una solicitud por escrito dentro de los 31 días posteriores a la denegación para revisión a:

ASIFlex Appeals
Attn: S.C. MoneyPlus
P.O. Box 6044
Columbia, MO 65205-6044

Guarde copias de las reclamaciones y recibos para sus registros.

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 rechazó su solicitud;
- Una copia de la solicitud denegada;
- Una copia de la carta de denegación que recibió;
- Por qué cree que su solicitud no debería haber sido denegada; y
- Cualquier documento, información o comentario adicional que crea que puede tener relación con su apelación.

Se le notificará los resultados de esta revisión dentro de los 31 días hábiles posteriores a la recepción de su apelación. En casos inusuales, como cuando una apelación requiere documentación adicional, la revisión podría llevar más tiempo. Si su apelación es aprobada, se requiere tiempo de procesamiento adicional para modificar sus elecciones de beneficios.

Si aún no está satisfecho después de que se vuelva a examinar la decisión, puede solicitar a PEBA que revise el asunto enviando un [Formulario de solicitud de apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la denegación de su apelación por parte de ASIFlex. 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 atención médica, incluido un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico y un representante o agente de dicho proveedor y fabricante; empleador; o su administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante legal o un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

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

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

Inscripción

También tiene derecho a apelar las decisiones de inscripción 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, entonces usted puede apelar enviando un [Formulario de Solicitud de Apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la decisión. 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 atención médica, incluido un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante farmacéutico y un representante o agente de dicho proveedor y fabricante;

empleador; o su administrador de beneficios no puede apelar a PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante legal o un abogado con licencia admitido para ejercer en Carolina del Sur puede iniciar una apelación a través de PEBA. Un proveedor o su agente o representante, fabricante o su agente o representante, empleador o administrador de beneficios no puede ser un representante autorizado.

PEBA hará todo lo posible para procesar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su información, como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando se complete la revisión de su apelación por parte de PEBA, recibirá una determinación por escrito.

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

Contactar con ASIFlex

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus

Centro de Atención al Cliente

8 a.m.-8 p.m., de lunes a viernes 10 a.m.-2 p.m., sábados
833.SCM.PLUS (833.726.7587)

Fax gratuito de reclamaciones: 877.879.9038

asi@asiflex.com

Cuenta de ahorros para la salud

Se alienta a los miembros del Plan de Ahorros del Plan Estatal de Salud a participar en una Cuenta de Ahorros para la Salud o HSA. Una HSA es una cuenta con beneficios fiscales que ofrece varias ventajas para ahorrar para futuros gastos de atención médica e incluso para la jubilación. Las HSA se transfieren de un año a otro, y usted no tiene que gastar los fondos en el año en que se depositan.

Incluso puede llevarse su cuenta consigo si deja su trabajo. Debido a esto, puede usar su HSA para ahorrar con el tiempo para futuros gastos médicos y, al hacerlo, puede compensar el deducible más alto de su plan de seguro. También puede usar la tarjeta de débito emitida por HSA Central para todos sus gastos médicos calificados. Obtenga más información sobre el Plan de Ahorros 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 libres de impuestos siempre y cuando los fondos se gasten en gastos médicos calificados (consulte la sección de elegibilidad). Obtenga más información sobre las opciones de inversión en

schsa.centralbank.net.

Elegibilidad

Usted debe estar inscrito en el Plan de Ahorros para ser elegible para una HSA. No puede estar cubierto por ningún otro plan de salud que no sea un plan de salud con deducible alto, incluido Medicare. Sin embargo, es posible que aún esté cubierto por lesiones específicas, accidentes, discapacidad, atención dental, atención de la vista y atención a largo plazo. No es elegible si ha recibido beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) 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 impuestos sobre la renta de otra persona.

Una Cuenta de Gastos Médicos (MSA), incluso la MSA de un cónyuge, se considera otro plan de salud según las regulaciones de HSA, y como tal, impide que contribuyas a una HSA. Si no tiene fondos en su MSA el 31 de diciembre, puede comenzar a contribuir a una HSA el 1 de enero.

Cuando un suscriptor activo que está inscrito en el Plan de Ahorros cumple 65 años, sigue siendo elegible para contribuir a una HSA si retrasa la inscripción en la Parte A de Medicare al retrasar los beneficios del Seguro Social. Pueden retrasar su inscripción en el Seguro Social hasta que cumplan 70 años y medio. Una vez que se inscriben en el Seguro Social y, por lo tanto, en la Parte A de Medicare, ya no pueden hacer contribuciones a una HSA. Los fondos ya en la HSA

sin embargo, pueden ser retirados para pagar las primas de Medicare y los gastos de bolsillo, como el deducible y el coseguro, pero no pueden ser utilizados para pagar las primas del Suplemento de Medicare (Medigap).

Inscripción

Puede inscribirse, cambiar o detener sus contribuciones de nómina antes de impuestos a una HSA en cualquier momento, pero los cambios están limitados a una vez al mes. No tiene que esperar para inscribirse o hacer cambios durante el período de inscripción abierta o una situación de elegibilidad especial. Puede inscribirse enviando una NOE a su administrador de beneficios. Una vez que se inscriba en una HSA, no necesita volver a inscribirse siempre y cuando siga siendo elegible.

ASIFlex administra las HSA, y HSA Central actúa como custodio de las HSA. Para participar, debe inscribirse en el Plan de Ahorros y elegir contribuir a una HSA. HSA Central configurará automáticamente su cuenta bancaria en función de la información de inscripción de PEBA. Recibirá un correo electrónico de bienvenida de HSA Central una vez que esté configurado, y recibirá una tarjeta de débito dentro de siete a 10 días hábiles. Para abrir completamente la cuenta, debe iniciar sesión en su cuenta en línea schsa.centralbank.net, aceptar los términos y 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 contribuciones a la nómina se registrarán automáticamente en su cuenta bancaria dentro de un día hábil después de 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 2025.

- Cobertura individual: \$4,300
- Cobertura familiar: \$8,550
- Contribuciones adicionales para ponerse al día para un suscriptor de 55 años o más: \$1,000

Cuando se inscribe en una HSA, puede comenzar a contribuir su máximo a partir del primer día del mes en que entra en vigencia, pero solo mientras siga siendo elegible durante los siguientes 12 meses. Puede contribuir hasta el máximo en un pago único o en cantidades iguales a través de la deducción de nómina.

ASIFlex monitoreará sus contribuciones HSA y enviará

una alerta a su empleador si supera su límite de contribución a través de deducciones de nómina. La mejor manera de evitar contribuir en exceso es dividir su contribución anual deseada entre la cantidad de cheques de pago que recibe, o que espera recibir durante el resto del año si se inscribe a mitad de año del plan. Por ejemplo, si tiene cobertura individual, puede aportar un máximo de \$4,300 para 2025. Si recibe 24 cheques de pago cada año, puede contribuir con \$179.16 en cada período de pago.

Los suscriptores que están haciendo la transición de una MSA a una HSA pueden enfrentar una restricción sobre cuándo pueden comenzar a hacer contribuciones a la HSA. Las regulaciones del IRS no le permiten usar su MSA junto con una HSA; sin embargo, las regulaciones le permiten usar una MSA de uso limitado junto con una HSA.

Puede usar una MSA de uso limitado para pagar los gastos de atención dental y de la vista. Hacerlo 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 del nuevo año del plan. Obtenga más información sobre las MSA de uso limitado en la página 127.

Cuotas administrativas

Las HSA tienen una tarifa administrativa mensual, que está configurada para tener un impacto mínimo en relación con los ahorros fiscales que proporciona la cuenta. HSA Central deducirá una tarifa administrativa de \$0.50 por mes de su cuenta, independientemente de su saldo.

Cuando estarán disponibles sus fondos

Cada contribución a su HSA estará disponible después de que la nómina de su empleador sea recibida, procesada y depositada en su HSA. Los fondos estarán disponibles en su cuenta del banco central de HSA a más tardar un día hábil después de que ASIFlex reciba el dinero de su empleador.

Uso de sus fondos

Después de inscribirse en una HSA, recibirá una tarjeta de débito Mastercard® de HSA Central para usar en todos sus gastos médicos calificados. Puede reembolsarse a sí mismo con un depósito directo a una cuenta corriente o de ahorros de su elección o a través del Servicio de Pago de Cuentas sin cargo adicional. Si usa su tarjeta de débito para una transacción y no tiene suficiente dinero en su cuenta, la transacción no se realizará o podría

sobregirar su cuenta.

Puede iniciar sesión en su cuenta de HSA Central para verificar su saldo, hacer contribuciones en línea después de impuestos, revisar los estados de cuenta mensuales y los informes de impuestos anuales, transferir fondos, configurar su cuenta de inversión HSA y más.

HSA Central proporcionará estados de cuenta electrónicos mensuales sin costo alguno, pero puede optar por recibir estados de cuenta impresos por una tarifa mensual de \$3.

Gastos subvencionables y documentación

Puede usar los fondos de su HSA, libres de impuestos, para pagar gastos médicos elegibles no reembolsados para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales. Los gastos médicos incluyen los costos de diagnóstico, cura, tratamiento o prevención de defectos o enfermedades físicas o mentales, incluidos los gastos dentales y de la vista.

Debe guardar los recibos de los gastos pagados con su HSA con sus declaraciones de impuestos en caso de que el IRS audite su declaración de impuestos y solicite copias. También puede cargar copias escaneadas o imágenes de sus recibos elegibles iniciando sesión en su cuenta de 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 tomó de su HSA, así como a una multa del 20%, si es menor de 65 años.

Inversión de fondos HSA

Los fondos de su HSA se mantendrán en una cuenta que devenga intereses con HSA Central. A medida que la cuenta crece, puede ser elegible para invertir sus fondos más de \$1,000. Las inversiones no están aseguradas por la FDIC; no son un depósito u otra obligación de ningún banco ni están garantizados por ningún banco; puede perder valor, incluida la posible pérdida del capital invertido; y no están asegurados por ninguna agencia federal. Debe revisar las inversiones en detalle antes de hacer sus selecciones de inversión.

El riesgo de inversión es la incertidumbre de cómo se comportará una determinada inversión. Cuando elige invertir sus fondos, el saldo de su cuenta se ve afectado por las ganancias o pérdidas de inversión como resultado de esas elecciones. Usted asume todos los riesgos de inversión relacionados con su HSA. Si elige invertir sus fondos de HSA en más de \$1,000, el cargo anual de la cuenta de inversión es del 0.35% deducido trimestralmente de su cuenta de inversión con un cargo mensual de \$1 por servicio de inversión de la HSA. Es posible que se cobren tarifas adicionales en función de las opciones de inversión que

seleccione.

Obtenga más información sobre las opciones de inversión disponibles para usted en schsa.centralbank.net.

Cómo reportar su HSA al IRS

Después de fin de año, HSA Central proporcionará a los participantes información para usar en el informe de contribuciones y retiros de HSA cuando presente sus impuestos. Debe guardar la documentación, incluidos los recibos, las facturas y las explicaciones de los beneficios de su procesador de reclamaciones de seguro médico, en caso de que se le pida que muestre al IRS pruebas de que los fondos de su HSA se utilizaron para gastos calificados.

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 que se gravara. No debe deducir esta cantidad en su declaración de impuestos. Solo se pueden deducir las contribuciones después de impuestos. Consulte con un profesional de impuestos para obtener más información.

¿Qué sucede 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 es alguien que no sea su cónyuge, la cuenta dejará de ser una HSA en la fecha de su fallecimiento. Si el beneficiario es su patrimonio, el valor justo 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 patrimonio, el valor justo de mercado de la cuenta está sujeto a impuestos para el beneficiario para el año fiscal en el que falleció.

Si tiene preguntas sobre lo que le sucede a su HSA después de su muerte, llame a HSA Central al 833.571.0503.

Cierre de su HSA

Si ya no es elegible para contribuir a una HSA a través de PEBA o desea dejar de contribuir antes de impuestos a través de la deducción de nómina, debe completar un formulario de Aviso de elección y devolverlo a su administrador de beneficios. Puede continuar usando los fondos restantes de su HSA para gastos médicos calificados y no reembolsados. Si desea cerrar su cuenta bancaria HSA por completo, debe llamar a HSA Central al 833.571.0503.

Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Si está haciendo contribuciones a una HSA, también puede ser

elegible para una cuenta de gastos médicos de uso limitado (MSA). Esta cuenta se puede utilizar para gastos elegibles no cubiertos por el Plan de Ahorros. Los gastos elegibles incluyen atención dental y de la vista. El uso de una MSA de uso limitado le permite ahorrar los fondos de su HSA para gastos médicos futuros. Además, tiene acceso a la totalidad de su monto de contribución a MSA de uso limitado el 1 de enero o la fecha de vigencia de su cobertura, lo que ocurra más tarde. Excepto por la restricción sobre qué tipos de gastos son reembolsables, una MSA de uso limitado funciona igual que una cuenta de gastos médicos. Obtenga más información en la página 127.

Apelaciones de inscripción

Usted tiene el derecho de apelar las decisiones de inscripción enviando 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, entonces usted puede apelar enviando un [Formulario de Solicitud de Apelación](#) a PEBA dentro de los 90 días posteriores a la notificación de la decisión. 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 atención médica, empleador o su administrador de beneficios no pueden apelar a PEBA en su nombre. Solo usted, el miembro, su representante autorizado o un abogado con licencia admitido 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 dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que reciba su información, como se describe en el Plan. Sin embargo, este tiempo puede extenderse si se solicita material adicional o si usted solicita una extensión. PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estado de su revisión. Cuando se complete la revisión de su apelación por parte de PEBA, recibirá una determinación por escrito. Si la denegación es confirmada por PEBA, tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en el Tribunal de Derecho Administrativo, según lo dispuesto en las Secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de S. C., según enmendado.

Contactando HSA Central

schsa.centralbank.net

Servicio al Cliente

8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes

833.571.0503



Seguro colectivo para jubilados

¿Es elegible para el seguro grupal para jubilados?

Algunos de los beneficios de seguro que disfruta como empleado activo pueden estar disponibles para usted como jubilado a través de los programas de seguro grupal patrocinados por PEBA. Este capítulo cubre la elegibilidad del seguro grupal para jubilados y si su empleador puede pagar una parte de sus primas de seguro para jubilados.

La elegibilidad para el seguro grupal para jubilados no es lo mismo que la elegibilidad para la jubilación.

Un empleado se ha jubilado y ha establecido una fecha de jubilación para el propósito del Plan de Salud Estatal si:

1. Ha terminado de toda relación laboral con un empleador participante;
2. Ha terminado toda relación laboral cubierta por un plan de jubilación administrado por PEBA; y
3. Es elegible para recibir un beneficio de jubilación por servicio o discapacidad de un plan de jubilación administrado por PEBA.

Determinar la elegibilidad del seguro para jubilados es complicado, y solo PEBA puede hacer esa determinación. Es muy importante ponerse en contacto con PEBA antes de hacer los arreglos finales para la jubilación.

Su elegibilidad para la cobertura y el financiamiento del seguro grupal para jubilados depende de varios factores, incluida su elegibilidad para un beneficio de jubilación, la fecha en que fue contratado para un puesto elegible para el 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 devengado es el tiempo ganado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA; tiempo trabajado mientras participaba en el Programa Estatal de Jubilación Opcional (ORP Estatal); o el tiempo trabajado para un empleador que participa en el Plan de Salud del Estado, pero no en los planes de jubilación que administra PEBA.

El crédito de servicio acumulado no incluye ningún crédito de servicio comprado que no se considere servicio devengado 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 participa en el Plan de Salud Estatal.

Si usted es miembro de uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA, su elegibilidad para el seguro grupal para jubilados dependerá de si ha cumplido con los requisitos legales mínimos para la elegibilidad de jubilación establecidos para el plan en el que es miembro cuando deje de trabajar.

Los planes de beneficios definidos de PEBA incluyen el Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), el Sistema de Jubilación de Oficiales de Policía (PORS), el Sistema de Jubilación de la Asamblea General (GARS) y el Sistema de Jubilación de Jueces y Abogados (JSRS).

PEBA también administra un plan de contribución definida, el Programa Estatal de Jubilación Opcional (State ORP). Para los participantes y empleados de ORP estatales cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur.

Si regresa a un puesto elegible para el seguro después de jubilarse, no obtendrá crédito de servicio adicional para la elegibilidad del seguro para jubilados. Por lo tanto, si no era elegible para el seguro de salud para jubilados o las primas financiadas cuando se jubiló, no puede obtener la elegibilidad al regresar al trabajo.

¿Su empleador pagará parte de sus primas de seguro para jubilados?

Como empleado activo, su empleador paga parte del costo de su seguro médico y dental. Cuando se jubile, varios factores determinan si paga la totalidad o parte de sus primas de seguro. Estos factores incluyen sus años de crédito de servicio ganado, el tipo de empleador del que se jubila y la fecha en que fue contratado para un puesto elegible para el seguro.

Los empleados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos, así como escuelas chárteres que participan en la jubilación, que participan en el programa de seguro estatal pueden ser elegibles para una contribución estatal a sus primas de seguro para jubilados en función de cuándo comenzaron a trabajar y de su número de años de crédito de servicio ganado.

Las reglas de elegibilidad para el seguro para jubilados son las mismas para los jubilados de empleadores opcionales y escuelas chárter que participan solo en el seguro que para los jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos

y las escuelas chárteres que participan en la jubilación. Sin embargo, la financiación es diferente. Empleadores opcionales participantes y escuelas chárter que participan solo en seguros podrían pagar una parte del costo de las primas de seguro de sus jubilados. Cada empleador opcional o escuela chárter participante desarrolla su propia póliza para financiar las primas de seguro de jubilados para sus jubilados elegibles. Si usted es un empleado de un empleador opcional participante o de una escuela chárter que solo participa en el seguro, comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre las primas de seguro para jubilados.

Jubilación anticipada: miembros de la Clase Dos del SCRS

Un miembro de Clase Dos de SCRS que se jubila bajo la disposición de jubilación anticipada 55/25 y que de otra manera es elegible para recibir fondos para las primas de seguro para jubilados del Fondo Fiduciario de Seguro de Salud para Jubilados de Carolina del Sur debe pagar la prima completa (participación del empleado y del empleador) hasta que cumpla 60 años o la fecha en que habría alcanzado los 28 años de crédito de servicio si no se hubiera jubilado, lo que ocurra primero. Comuníquese con su empleador si no está seguro de si participa en el Fondo Fiduciario del Seguro Médico para Jubilados. Las primas para los empleadores opcionales pueden variar.

Los jubilados también pueden retrasar o rechazar la inscripción hasta los 60 años o la fecha en que habrían alcanzado los 28 años de crédito de servicio si no se hubieran jubilado.

Ciertos funcionarios electos

Las reglas especiales del seguro para jubilados se aplican a los miembros de la Asamblea General y a los miembros de un consejo municipal o del condado que comenzaron a trabajar con derecho a la cobertura del Plan de Salud del Estado antes del 2 de mayo de 2008. Póngase en contacto con PEBA para obtener información más detallada.

Solo PEBA puede confirmar su elegibilidad

La elegibilidad para el seguro grupal para jubilados no es lo mismo que la elegibilidad para la jubilación. Determinar la elegibilidad del seguro para jubilados es complicado, y solo PEBA puede hacer esa determinación. Le recomendamos que confirme su elegibilidad antes de jubilarse. Después de la confirmación de la elegibilidad, debe presentar los formularios necesarios para inscribirse en la cobertura para jubilados. La cobertura no continúa automáticamente con la jubilación. Si solicitó la jubilación, no necesita presentar un *Registro de Verificación de Empleo* porque su

solicitud de jubilación inicia el proceso para determinar su elegibilidad para el seguro de jubilación. Recibirá una carta en la que se le notificará su elegibilidad para el seguro de jubilación.

Si planea jubilarse en tres a seis meses, envíe un *Registro de Verificación de Empleo* completo a PEBA. Si planea jubilarse dentro de los 90 días, complete 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 *Registro de Verificación de Empleo*, el *Aviso de Elección de Jubilado* y el paquete de jubilado están disponibles en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o llamar a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

En algunas situaciones, las determinaciones de elegibilidad están disponibles en Acceso para miembros, el portal para miembros para beneficios de jubilación y/o MyBenefits. PEBA también le enviará una confirmación por escrito de su elegibilidad. PEBA no confirma la elegibilidad para fechas de jubilación más allá de seis meses. PEBA no puede confirmar la elegibilidad para el seguro grupal para jubilados o la financiación de sus primas de seguro para jubilados por teléfono.

Elegibilidad y financiamiento para el seguro para jubilados

Para miembros que trabajan para una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o una escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación

Los gráficos que comienzan en la página 137 ilustran las pautas de elegibilidad y financiamiento para el seguro grupal para jubilados. Consulte el Plan de Beneficios para obtener información más detallada sobre estas y otras reglas de elegibilidad y financiamiento. Al revisar los gráficos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Para cualquier cobertura para jubilados, sus últimos cinco años de empleo deben haber sido servidos consecutivamente en un puesto permanente de tiempo completo, elegible para el seguro, con un empleador que participe en el Plan de Salud del Estado.
- Cambiar de trabajo podría afectar su elegibilidad para recibir fondos. La información en la página 137 se aplica solo si su último empleador antes de jubilarse es una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público u otro empleador que participe en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados del estado. Contacte a su empleador si no está seguro de si participa en el Fondo Fiduciario

del Seguro Médico para Jubilados.

- Para recibir fondos estatales para sus primas, sus últimos cinco años de empleo deben haber estado en servicio con una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público u otro empleador, como una escuela chárter, que participe en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados del estado. La jubilación anticipada del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur bajo la disposición 55/25 retrasará su elegibilidad para el financiamiento.
- Si la escuela chárter para la que trabaja no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA y usted cumple con los requisitos de elegibilidad para el seguro grupal para jubilados, la financiación del empleador, si la hubiera, queda a discreción de su escuela chárter.
- El crédito de servicio devengado es el tiempo ganado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA. El crédito de servicio acumulado no incluye ningún crédito de servicio comprado que no se considere servicio devengado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado o licencia sabática aprobada por el empleador).
- Para los participantes y miembros de ORP estatales cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), incluido el logro de la elegibilidad para la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito de servicio ganado. Obtenga más información sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación de SCRS en el [Manual para miembros](#) del [Sistema de Jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados en un puesto elegible para el seguro antes del 2 de mayo de 2008

Crédito de servicio acumulado con un empleador que participa en el

Estado de jubilación	Plan Estatal de Salud	Responsabilidad de pagar las primas
Dejó su empleo después de alcanzar la elegibilidad para el servicio militar o la jubilación por discapacidad Obtenga más información sobre la elegibilidad para la jubilación en peba.sc.gov .	Cinco años, pero menos de 10 años	Usted paga la prima completa (parte del empleado y del empleador).
	10 años o más	Usted paga solo la parte del empleado de la prima.
Dejó su empleo antes de alcanzar la elegibilidad para la jubilación.	Menos de 20 años jubilados.	Usted no es elegible para la cobertura de seguro para
	20 años o más	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para la jubilación. ¹ Usted paga solo la parte del empleado de la prima.

¹ La elegibilidad para la jubilación significa que ha cumplido con los requisitos legales mínimos para la elegibilidad para la jubilación establecidos para el plan del que es miembro. Para los participantes y miembros de ORP estatales cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), incluido el logro de la elegibilidad para la jubilación.

Empleados contratados en un puesto elegible para el seguro a partir del 2 de mayo de 2008
Crédito de servicio acumulado con
un empleador que participa en el

Estado de jubilación	Plan Estatal de Salud	Responsabilidad de pagar las primas
Dejó su empleo después de alcanzar la elegibilidad para el servicio militar o la jubilación por discapacidad Obtenga más información sobre la elegibilidad para la jubilación en peba.sc.gov .	Cinco años, pero menos de 15 años	Usted paga la prima completa (parte del empleado y del empleador).
	15 años, pero menos de 25 años	Usted paga la parte del empleado de la prima y el 50% de la parte del empleador de la prima.
	25 años o más	Usted paga solo la parte del empleado de la prima.
Dejó su empleo antes de alcanzar la elegibilidad para la jubilación	Menos de 20 años	Usted no es elegible para la cobertura de seguro para jubilados.
	20 años, pero menos de 25 años	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para jubilación. ² Usted paga la parte del empleado de la prima y el 50% de la parte del empleador de la prima.
	25 años o más	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para la jubilación. ² Usted paga solo la parte de la prima que le corresponde al empleado.

² La elegibilidad para la jubilación significa que ha cumplido con los requisitos legales mínimos para la elegibilidad para la jubilación establecidos para el plan del que es miembro. Para los participantes y miembros de ORP estatales cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), incluido el logro de la elegibilidad para la jubilación.

Para los miembros que trabajan para empleadores opcionales participantes, como gobiernos de condados y municipios, y escuelas chárter que participan solo en seguros

La tabla en la página 139 ilustra la elegibilidad y las pautas de financiamiento para el seguro grupal para jubilados. Consulte el Plan de Beneficios para obtener información más detallada sobre estas y otras reglas de elegibilidad y financiamiento. Al revisar los gráficos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Sus últimos cinco años de empleo deben haber sido servidos consecutivamente en un puesto permanente de tiempo completo, elegible para el seguro, con un empleador que participe en el Plan de Salud del Estado.
- Cambiar de trabajo podría afectar su elegibilidad para recibir fondos. La información a continuación se aplica solo si su último empleador antes de la jubilación es un empleador opcional u otro empleador que no participa en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados del estado. Contacte a su

empleador si no está seguro de si participa en el Fondo de Seguro de Salud para Jubilados.

- El crédito de servicio ganado es el tiempo acumulado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra PEBA. El crédito de servicio acumulado no incluye ningún crédito de servicio comprado que no se considere servicio ganado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado).

Si su empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, su elegibilidad se determina como si fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), incluido el logro de la elegibilidad para la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito de servicio ganado. Obtenga más información sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación de SCRS en el [Manual para miembros del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur](#).

**Empleados contratados en un puesto elegible para el seguro
Crédito de servicio
acumulado con un empleador
que participa en el**

Estado de jubilación	Plan Estatal de Salud	Responsabilidad de pagar las primas
Dejó su empleo después de alcanzar la elegibilidad para el servicio militar o la jubilación por discapacidad Obtenga más información sobre la elegibilidad para la jubilación en peba.sc.gov .	Al menos cinco años	Su parte de la prima, hasta el monto total de la participación del empleado y del empleador, queda a discreción de su empleador
Dejó su empleo antes de alcanzar la elegibilidad para la jubilación	Menos de 20 años	Usted no es elegible para la cobertura de seguro para jubilados.
	20 años o más	Usted es elegible para la cobertura al alcanzar la elegibilidad para la jubilación. ³ Su parte de la prima, hasta el monto total de la participación del empleado y del empleador, queda a discreción de su empleador

³ La elegibilidad para la jubilación significa que ha cumplido con los requisitos legales mínimos para la elegibilidad para la jubilación establecidos para el plan en el que es miembro. Para los participantes y miembros de ORP estatales cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur (SCRS), incluido el logro de la elegibilidad para la jubilación.

Sus opciones de cobertura de seguro para jubilados

Si no es elegible para Medicare

Si usted, su cónyuge y sus hijos cubiertos no son elegibles para Medicare, es posible que estén cubiertos por uno de estos planes:

- Plan Estándar del Plan Estatal de Salud; o
- Plan Estatal de Ahorros para la Salud; o
- Plan Suplementario de TRICARE (para miembros elegibles de la comunidad militar).

Los beneficios de su seguro de salud, que se describen en el capítulo de seguro de salud (consulte las páginas 31 y 32), serán los mismos que si fuera un empleado activo. Sus primas pueden cambiar dependiendo de si usted es un jubilado financiado, parcialmente financiado o no financiado (consulte Elegibilidad para el seguro para jubilados, fondos en las páginas 136 a 139).

Si está considerando el Plan de Ahorro

Si usted es un jubilado que no es elegible para Medicare, puede inscribirse en el Plan de Ahorros, pero las contribuciones a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) de su pago de anualidad no se deducen antes de impuestos. Puede deducir sus contribuciones a una HSA en su declaración de impuestos sobre la renta.

Si tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare

Si, cuando se jubile, tiene 65 años o más y no es elegible para Medicare, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA). La SSA le enviará una carta de denegación de cobertura de Medicare. Entregue una copia de la carta a su administrador de beneficios. Puede inscribirse en un seguro de salud como jubilado dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la cobertura activa, dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial o durante un período anual de inscripción abierta. También puede inscribir a los miembros de su familia elegibles.

Si es elegible para Medicare

Si usted, su cónyuge o sus hijos cubiertos son elegibles para Medicare, es posible que esté cubierto por uno de estos planes:

- Plan Suplementario de Medicare; o
- Plan de exclusión.

Usted y sus dependientes elegibles para Medicare se inscribirán automáticamente en Express Scripts Medicare®, el programa de medicamentos recetados Medicare Parte D del Plan de Salud del Estado. Para obtener más información sobre el programa, incluyendo cómo optar por no participar en el programa, consulte el manual de *Cobertura de seguro de PEBA para los miembros elegibles*

para Medicare en peba.sc.gov/publications.

Para obtener más información sobre cómo se ofrece el seguro de salud a través de PEBA trabaja con Medicare:

- Lea el manual de *Cobertura de seguro de PEBA para los miembros elegibles de Medicare*; o
- Llame a PEBA al 803.737.6800 o 888.260.9430.

Para obtener más información sobre Medicare:

- Lea 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 de elegibilidad enumerados en las páginas 136-139. La información sobre los beneficios dentales se encuentra en la página 77.

Cuidado de la vista

Si se jubila de un empleador participante, puede continuar con la cobertura de su Plan Estatal de la Vista si cumple con los requisitos de elegibilidad enumerados en las páginas 136-139. La información sobre los beneficios del cuidado de la vista se encuentra en la página 85.

¿Cuándo inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados?

Su seguro no continúa automáticamente cuando se jubila. Antes de inscribirse en el seguro para jubilados, deberá confirmar su elegibilidad para el seguro grupal para jubilados. Puede confirmar su elegibilidad hasta seis meses antes de su fecha de jubilación completando un *Registro de Verificación de Empleo* (EVR). Si no presenta un EVR, PEBA determinará automáticamente su elegibilidad cuando solicite la jubilación de un empleador que participe en los beneficios de jubilación administrados por PEBA.

Si es elegible, envíe los formularios requeridos a PEBA (consulte la página 136) al menos 31 días, pero no más de seis meses antes de su fecha de jubilación o la fecha de su aprobación para los beneficios por discapacidad. Esto le dará a PEBA tiempo suficiente para procesar su inscripción para que su cobertura de seguro como jubilado comience el día en que finalice su cobertura como empleado activo.

Si no presenta los formularios requeridos para inscribirse dentro de los 31 días posteriores a su fecha de jubilación, puede inscribirse

durante el próximo período de inscripción abierta, que ocurre anualmente en octubre. La cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente. También puede inscribirse dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. La inscripción dental está disponible solo durante los períodos de inscripción abierta en años impares (por ejemplo, octubre de 2025) o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial.

Retiro de servicio

Si es elegible, puede inscribirse en un seguro para jubilados dentro de los 31 días posteriores a su jubilación. Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a su jubilación, puede inscribirse dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial (definida en la página 19) o durante un período 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 beneficios definidos que administra PEBA (SCRS, PORS, GARS o JSRS), y cumple con las reglas de elegibilidad para el seguro grupal para jubilados (consulte las páginas 136 a 139), puede solicitar un seguro grupal para jubilados dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la carta de PEBA que aprueba sus beneficios por discapacidad.

Si la Administración del Seguro Social le aprueba la discapacidad, pero no es elegible para la cobertura de seguro como jubilado a través de PEBA, su cobertura bajo PEBA no puede comenzar antes del primer día del mes que ocurra después de su aprobación de discapacidad del Seguro Social.

Los participantes de ORP estatales y los empleados de empleadores opcionales o escuelas chárter que no participan en un plan de jubilación administrado por PEBA son considerados jubilados por discapacidad si cumplen con los requisitos para un beneficio de jubilación por discapacidad de SCRS. Para las jubilaciones después del 31 de diciembre de 2013, la aprobación de los beneficios de jubilación por discapacidad de SCRS requiere la aprobación de los beneficios por discapacidad de la Administración del Seguro Social. Puede solicitar un seguro grupal para jubilados dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la carta de la Administración del Seguro Social que aprueba sus beneficios por discapacidad. Su cobertura de seguro para jubilados entrará en vigencia el primer día del mes después de que PEBA reciba la documentación que establezca su elegibilidad para los beneficios de jubilación por discapacidad.

Dentro de los 31 días de una situación especial de elegibilidad

Una situación especial de elegibilidad es creada por ciertos eventos, como el matrimonio, el nacimiento de un hijo o la pérdida de otra cobertura de seguro. Una situación de elegibilidad especial le permite inscribirse en un plan de seguro o hacer cambios en la inscripción. Tiene 31 días a partir de la fecha del evento para inscribirse o realizar cambios. Más información sobre situaciones especiales de elegibilidad se encuentra en la página 19.

Durante un período de inscripción abierta

Si usted, su cónyuge e hijos no se inscriben dentro de los 31 días posteriores a su jubilación, 31 días después de la aprobación de los beneficios por discapacidad o 31 días de una situación de elegibilidad especial, puede inscribirse durante un período de inscripción abierta, que se lleva a cabo en octubre. La cobertura dental puede agregarse o eliminarse solo durante un período de inscripción abierta en un año impar. Su cobertura entrará en vigor el siguiente mes de enero 1. Puede usar el sitio web seguro de inscripción de beneficios de seguro en línea de PEBA, [MyBenefits.sc.gov](https://www.mysc.gov), para hacer cambios en la inscripción abierta, pero no para inscribirse en la cobertura.

Cómo inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados

Si es elegible para continuar con la cobertura de seguro administrada por PEBA al momento de la jubilación, complete un *Aviso de Elección para Jubilados* y un formulario de *Certificación sobre el Uso de Tabaco y Cigarrillos Electrónicos* y envíelo a PEBA. Esto se suma a su *Registro de Verificación de Empleo* presentado anteriormente. Los formularios están disponibles en [peba.sc.gov/forms](https://www.peba.sc.gov/forms) También puede obtener copias de su empleador o llamar a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430. Puede pedirle a su administrador de beneficios que le ayude a completar los formularios.

Puede inscribirse a sí mismo y a cualquier miembro de su familia elegible. Como jubilado harás nuevas elecciones; No tiene que mantener la misma cobertura ni cubrir a los mismos miembros de la familia elegibles que cubrió como empleado activo.

Es posible que deba presentar los documentos apropiados para demostrar que los miembros de la familia que desea cubrir son elegibles para la cobertura. Más información sobre los documentos necesarios para la inscripción se encuentra en la página 16.

Después de que PEBA procese su inscripción en el seguro para jubilados, recibirá una carta confirmando la cobertura seleccionada

y las primas adeudadas cada mes. Usted tiene 31 días a partir de la fecha en que su seguro de jubilación entra en vigencia para hacer cualquier corrección o cambio a su cobertura. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, que ocurre todos los años en octubre, o hasta una situación de elegibilidad especial para realizar cambios. Si no se inscribe en la cobertura dental dentro de los 31 días posteriores a la elegibilidad, su próxima oportunidad para agregar, cancelar o cambiar la cobertura dental será durante la inscripción abierta en octubre de un año impar.

Primas de jubilados y pago de primas

Jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior y distritos escolares públicos

Si recibe un beneficio mensual de un plan de jubilación de beneficios definidos administrado por PEBA, PEBA deduce sus primas de salud, dentales y de la vista del pago mensual de beneficios. Si no recibe un beneficio mensual de un plan de jubilación administrado por PEBA, PEBA le enviará una factura mensual por su prima de seguro para jubilados.

Cuando se jubile, es posible que sus primas de seguro deban pagarse antes de que comiencen sus beneficios. Si esto sucede, PEBA le enviará una factura mensual por sus primas de seguro hasta que reciba su primer pago de anualidad.

Su anualidad se paga el último día hábil de cada mes y las primas de su seguro se pagan a principios de mes. Por ejemplo, las primas de seguro de abril se deducen del pago de la anualidad de marzo. Dependiendo de cuándo se procese su documentación de jubilación, es posible que deba más de un mes de prima. Sin embargo, como nuevo jubilado, PEBA deducirá solo un mes de su primer pago de anualidad. Recibirá una carta que proporciona dos opciones para remitir el saldo restante. Si en algún momento el total de las primas adeudadas suma una cantidad mayor que la cantidad de su pago de anualidad, PEBA le facturará el monto total. Le recomendamos que se inscriba en nuestro programa gratuito de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT).

Esta es la forma más eficiente, segura y precisa de pagar sus primas de seguro. Para inscribirse en el programa EFT, descargue y complete el formulario de [Acuerdo de Autorización](#) para la [Transferencia Electrónica de Fondos \(EFT\)](#).

Jubilados opcionales de empleadores participantes

Usted paga sus primas de salud, dental y de la vista a su antiguo empleador. Su empleador los envía a PEBA. Comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre sus primas de seguro durante la jubilación.

Jubilados de escuelas chárter

Si su escuela chárter participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, PEBA deduce sus primas de salud, dental y de la vista del pago mensual de la anualidad que recibe de PEBA. Si en algún momento el total de las primas adeudadas suma una cantidad mayor que la cantidad de su pago de anualidad, PEBA le facturará el monto total.

Le recomendamos que se inscriba en nuestro programa gratuito de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT). Esta es la forma más eficiente, segura y precisa de pagar sus primas de seguro. Para inscribirse en el programa EFT, descargue y complete el formulario de [Acuerdo de Autorización para la Transferencia Electrónica de Fondos \(EFT\)](#).

Si su escuela chárter no participa en un plan de jubilación administrado por PEBA, usted paga sus primas de salud, dental y de la vista a la escuela chárter. La escuela chárter los envía a PEBA. Comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre sus primas de seguro durante la jubilación.

Impago de primas

Las primas de salud, dentales y de la vista vencen el día 10 de cada mes. Si no paga la totalidad de la factura, incluida la prima para el consumidor de tabaco, si corresponde, PEBA cancelará su cobertura.

¿Cuándo comienza su cobertura como jubilado?

Si pasa directamente de un empleo cubierto a la jubilación, su cobertura de jubilación comenzará el día después de que finalice su cobertura activa. Si se inscribe en una cobertura de seguro para jubilados después de 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 vigencia será la fecha del evento o el primer día del mes posterior al evento, según el tipo de evento.

Más información sobre situaciones especiales de elegibilidad se encuentra en la página 19. Si se inscribe durante un período anual de inscripción abierta, su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero siguiente.

Si trabajó para una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público o una escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación, PEBA es su administrador de beneficios después de jubilarse. Si trabajó para un empleador opcional participante o una escuela chárter que solo participa en seguros, su administrador de beneficios es su empleador anterior después de que se jubile.

Información que recibirá

Después de inscribirse, PEBA le enviará una carta confirmando que tiene cobertura de seguro grupal 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 dice que puede continuar su cobertura bajo COBRA. Un *Certificado de Cobertura Acreditable*, que indica las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura, está disponible a pedido. Llame al Servicio al Cliente de PEBA al 803.737.6800 para solicitar uno. Por lo general, estas cartas no requieren ninguna acción de su parte.

Si usted es elegible para Medicare, se le inscribirá automáticamente en Express Scripts Medicare, el programa de medicamentos recetados Medicare Parte D del Plan de Salud del Estado. Express Scripts, el administrador de beneficios de farmacia del Plan de Salud del Estado, le enviará un paquete de información que incluye una carta en la que le indicará que puede optar por no participar en el programa de medicamentos de Medicare y permanecer inscrito en el programa de medicamentos del Plan de Salud del Estado para los miembros que no son elegibles para Medicare. El administrador de beneficios de farmacia debe darle 21 días para optar por no participar.

Para los miembros principales de Medicare inscritos en Express Scripts Medicare o en el programa de medicamentos del plan de salud estatal, las recetas de la Parte B cubiertas por el beneficio médico podrían requerir autorización previa de los CMS. Los miembros deben usar una farmacia minorista de la red que acepte Medicare. Tenga en cuenta que algunos medicamentos especializados administrados en el consultorio de un proveedor pueden requerir autorización previa.

Sus tarjetas de identificación del seguro en la jubilación

Puede conservar y usar sus mismas tarjetas de identificación de 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 en Dental Plus o

en el Plan de Visión Estatal por primera vez.

Si usted o sus dependientes cubiertos se inscriben en Express Scripts Medicare, cada miembro recibirá una tarjeta de medicamentos recetados emitida a su nombre. Los miembros de la familia cubiertos que no estén inscritos en el programa de medicamentos de Medicare recibirán tarjetas que demuestren que están inscritos en el programa de medicamentos recetados del Plan Estatal de Salud. Se emiten dos tarjetas a nombre del suscriptor.

Si su tarjeta se pierde, es robada o dañada, puede solicitar una nueva tarjeta a estos proveedores:

- Plan de salud Estatal: BlueCross BlueShield of South Carolina.
- Programa de medicamentos recetados del Plan Estatal de Salud: Express Scripts;
- Plan Suplementario de TRICARE: Selman & Company;
- Dental Plus: BlueCross BlueShield de Carolina del Sur;
- Dental Básico: PEBA o su antiguo administrador de beneficios; o
- Plan Estatal de la Visión: 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 de un empleo cubierto a la jubilación y es elegible para un seguro grupal 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 elegibles. Los paquetes se envían a través de U. S. de tres a cinco días hábiles después de que MetLife reciba el archivo. El período de aplicación de continuación y conversión es sensible al tiempo. Si MetLife no recibe los formularios apropiados dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura como empleado activo, perderá su derecho al seguro de vida grupal para jubilados. Si necesita ayuda para completar estos formularios, comuníquese con su administrador de beneficios o con PEBA. Si tiene preguntas sobre temas de cobertura de seguro de vida, como facturación o reclamaciones, llame a MetLife al 866.365.2374.

La cobertura del seguro de vida para jubilados no incluye

beneficios por muerte accidental y desmembramiento.

Si se jubiló antes del 1 de enero de 1999 y continuó con su cobertura, su cobertura terminará después de las 11:59 p.m. del 31 de diciembre después de la fecha en que cumpla 70 años.

Seguro de Vida Básico

Este seguro de vida a término, que se ofrece sin cargo para usted como empleado activo, termina con la jubilación o cuando deja su trabajo por otra razón. 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 a término 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 posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura. Su cobertura puede continuar en incrementos de \$10,000 hasta el monto final de la cobertura vigente el día antes de que dejó el empleo cubierto y perdió la cobertura de empleado activo.

Seguro de Vida para Dependientes

Cualquier cobertura de seguro de vida para dependientes que tenga termina cuando deja el empleo activo. Sin embargo, puede convertir la cobertura para su cónyuge o hijo en una póliza individual de vida entera dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura.

Continuación

Como jubilado, puede continuar con su cobertura de vida opcional a las mismas tarifas que pagaba cuando era empleado. El monto mínimo que se puede continuar es de \$10,000.

No puede aumentar su cobertura, pero puede reducirla. 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 luego terminará después de las 11:59 p.m. el 31 de diciembre después de la fecha en que cumple 75 años de edad si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 o después. Cuando su cobertura se reduce o finaliza, puede convertir el monto de la cobertura reducida o perdida en un plazo de 31 días, como se describe en la sección Conversión a continuación. La cobertura continua es un seguro de vida a término.

Para continuar con su cobertura, complete la información que reciba de MetLife después de su jubilación. Envíelo a MetLife a la dirección o al número de fax proporcionado. MetLife

debe recibir sus formularios completados dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de su cobertura.

El seguro de vida a término proporciona cobertura por un período de tiempo específico. No tiene valor en efectivo.

Conversión

Dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la cobertura, puede convertir su cobertura de Vida Básica, Vida Opcional o Vida Dependiente en una póliza individual de vida entera.

MetLife ha contratado a Barnum Financial Group para ayudar con la conversión de la cobertura. Para convertir su póliza de Vida Básica, Vida Opcional o Vida por Dependientes en una póliza individual de vida entera, llame a MetLife al 877.275.6387 para comunicarse con un profesional financiero de Barnum Financial Group.

La póliza se emitirá sin evidencia médica si solicita y paga la prima dentro de los 31 días. Si no cumple con la fecha límite, perderá su derecho a convertir su seguro de vida.

Si no es elegible para los beneficios del seguro para jubilados o ha sido aprobado para los beneficios por discapacidad a largo plazo, tiene 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura para convertir su póliza. Consulte a su administrador de beneficios para obtener más información.

Continuación y conversión

También puede dividir su cobertura entre un seguro de vida a término (continuación) y un seguro de vida entera individual (conversión), pero no puede exceder el monto total de su 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 debido a una lesión o una enfermedad prolongada que le impide trabajar. Cuando deja el empleo activo y se jubila, su seguro básico de discapacidad a largo plazo y su seguro complementario de discapacidad a largo plazo terminan. No puede continuar con ninguna de las pólizas y no puede convertir ninguna de las pólizas en cobertura individual al momento de la jubilación.

MoneyPlus

MoneyPlus no está disponible en la jubilación. Sin embargo, cuando se jubile, es posible que pueda continuar con su Cuenta de Gastos Médicos (MSA, por sus siglas en inglés) o Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado (MSA de uso limitado) después de impuestos a

través de COBRA. Consulte la página 122 para obtener más información. Si desea continuar con su cuenta, comuníquese con su administrador de beneficios dentro de los 31 días posteriores a su último día de trabajo y complete 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 primero, para presentar los gastos elegibles de MSA incurridos antes de dejar el empleo. Los fondos que aún estén en su cuenta no se le devolverán.

No puede continuar contribuyendo a su Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes después de jubilarse. Sin embargo, puede continuar incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo del año siguiente y solicitar el reembolso de los gastos elegibles hasta el 31 de marzo del año siguiente, o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra primero.

La función de prima de seguro grupal antes de impuestos, que le permite pagar primas de seguro de salud, dental, de la vista y algunas primas de seguro de vida antes de impuestos, no está disponible durante la jubilación.

Cambiar la cobertura

Cada mes de octubre se lleva a cabo un período de inscripción abierta. Los empleados elegibles, jubilados, sobrevivientes y suscriptores de COBRA pueden inscribirse o cancelar su propia cobertura de salud y agregar o cancelar a su cónyuge e hijos elegibles sin tener en cuenta situaciones especiales de elegibilidad. Los suscriptores elegibles también pueden cambiar de plan de salud. Esto incluye cambiar a o desde el Plan Suplementario de Medicare si el suscriptor está jubilado y el suscriptor o los dependientes son elegibles para Medicare.

Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden cambiarse al Plan Suplementario de TRICARE o del Plan Suplementario si no son elegibles para Medicare. Los suscriptores elegibles también pueden inscribirse o darse de baja del Plan Estatal de la Vista. Durante los períodos de inscripción abierta que se llevan a cabo en años impares, los suscriptores elegibles pueden agregar o eliminar Dental Plus y Dental Básico.

PEBA ofrece una publicación de inscripción abierta, *Benefits Advantage*, para jubilados, sobrevivientes, suscriptores de COBRA y ex cónyuges.

Más información sobre la inscripción abierta se encuentra en la página 18 en el capítulo de **Información general**.

Dar de baja a un cónyuge o hijo cubierto

Si un cónyuge o hijo cubierto deja de ser elegible, debe darlos de baja de su cobertura de salud, dental y de la vista.

Esto puede ocurrir debido a un divorcio o cuando un dependiente cubierto obtiene cobertura bajo el Plan de Salud del Estado. Para cancelar 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 posteriores 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 su edad, PEBA lo cancelará automáticamente de la cobertura. Si es su último hijo cubierto, su nivel de cobertura cambiará.

Un *Certificado de Cobertura Acreditable* está disponible a pedido. Enumera las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Llame al Servicio al Cliente de PEBA al 803.737.6800 para solicitar uno.

Regresar a trabajar en un trabajo elegible para el seguro

Si regresa a trabajar para un empleador participante y es elegible para inscribirse en los beneficios del seguro, y usted, su cónyuge o sus hijos están cubiertos por el seguro grupal para jubilados, debe elegir la cobertura activa o rechazar toda la cobertura patrocinada por PEBA. Hay una excepción a esta regla.

Los jubilados que no son elegibles para Medicare y que se jubilaron de un empleador que no participa en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados del estado pueden permanecer en la cobertura para jubilados si regresan a trabajar en un puesto elegible para el seguro. Contacte a su empleador anterior si no está seguro de si participa en el Fondo de Seguro de Salud para Jubilados.

Cuando deje de trabajar y termine su cobertura de grupo activo, puede volver a inscribirse en la cobertura de grupo de jubilados dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que dejó el empleo activo. Si deja de trabajar y regresa a la cobertura grupal para jubilados antes de los 65 años, asegúrese de comunicarse con la Administración del Seguro Social dentro de los 90 días posteriores a cumplir 65 años para inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando sea elegible.

Todos los empleados que son elegibles para inscribirse en el Plan de Salud Estatal (el Plan Estándar y el Plan de Ahorros) también son elegibles para estos programas:

- Dental Plus y Dental Básico;
- Plan Estatal de Visión;
- Seguro de Vida Básico, Opcional y para Dependientes (con

la excepción de los maestros a tiempo parcial elegibles para el Plan de Salud del Estado, de acuerdo con el Código de Carolina del Sur § 59-25-45);

- Seguro Básico y Suplementario de Incapacidad a Largo Plazo (con la excepción de los maestros a tiempo parcial elegibles para el Plan de Salud del Estado, de acuerdo con S. C. Código § 59-25-45);
- MoneyPlus, que incluye la función de prima de seguro grupal 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; y,
- Cuenta de Ahorros para la Salud para los empleados inscritos en el Plan de Ahorros.

Jubilados que continuaron con el seguro de vida

Jubilados contratados en un trabajo elegible para el seguro

Si continuó con su cobertura de Vida Opcional como jubilado, tendrá la opción de mantener su póliza continua y pagar las primas directamente a MetLife, o inscribirse en la Vida Opcional como empleado activo recién contratado con un límite de tres veces su salario anual sin evidencia médica, hasta un máximo de \$500,000. No se pueden tener ambos.

Comuníquese con MetLife dentro de los 31 días posteriores a su regreso al trabajo para cancelar su cobertura continua si decide inscribirse en la cobertura activa. Si se niega a inscribirse como empleado activo, también rechaza el beneficio de Vida Básica de \$3,000, la cobertura de Vida Opcional y la cobertura de Vida para Dependientes. Su cobertura grupal activa entrará en vigencia solo si suspende la cobertura de continuación para jubilados

Si se le considera un nuevo empleado, consulte el capítulo sobre el **Seguro de vida** que comienza en la página 92.

Si usted o un miembro de su familia está cubierto por Medicare

De acuerdo con la ley federal, Medicare no puede ser el seguro primario para usted o cualquiera de sus familiares cubiertos mientras esté inscrito en la cobertura como empleado activo. Para cumplir con esta regulación, debe suspender su cobertura grupal para jubilados e inscribirse como empleado activo con Medicare como pagador secundario, o debe rechazar la cobertura patrocinada por PEBA para usted y los miembros de su familia elegibles y tener solo cobertura de Medicare.

Si se inscribe en la cobertura de grupo activo, debe notificar a la

Administración del Seguro Social, porque Medicare pagará después o en segundo lugar de su cobertura de grupo activo. Puede seguir inscrito en Medicare Parte B y continuar pagando la prima, y Medicare será el pagador secundario. También puede retrasar o cancelar la Parte B de Medicare sin una multa mientras tenga cobertura grupal activa. Comuníquese con la Administración del Seguro Social para obtener información adicional.

Cuando deje de trabajar y termine su cobertura de grupo activo, puede volver a inscribirse en la cobertura de grupo de jubilados dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que dejó el empleo activo. También debe notificar a la Administración del Seguro Social que ya no está cubierto por un grupo activo para que pueda volver a inscribirse en la Parte B de Medicare si lo abandonó antes.

Si su nuevo puesto no lo hace elegible para los beneficios, su cobertura grupal de jubilados continúa y Medicare sigue siendo el pagador principal.

Cuando termina su cobertura de seguro para jubilados

Su cobertura terminará:

- Si no paga la prima mínima requerida para todas las coberturas inscritas cuando se vence.
- La fecha en que finaliza para todos los empleados y jubilados.
- Al día siguiente de su muerte.
- La fecha en que su empleador opcional se retira de la participación.

La cobertura de los miembros de su familia terminará:

- La fecha en que finaliza su cobertura.

La fecha de cobertura para cónyuges o hijos ya no se ofrece.

- La fecha de cobertura para cónyuges o hijos ya no se ofrece. Si la cobertura de su cónyuge o hijo termina, pueden ser elegibles para la continuación de la cobertura bajo COBRA (consulte la página 25).

Si va a retirar a un cónyuge o hijo de su cobertura, debe completar un *Aviso de Elección de Jubilado* dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que el cónyuge o hijo ya no es elegible para la cobertura.

Muerte de un jubilado

Si un jubilado fallece, un miembro de la familia sobreviviente debe comunicarse con PEBA para informar la muerte y terminar la

cobertura de seguro del jubilado. Si el difunto se jubiló de su empleo con un empleador opcional participante o una escuela chárter que solo participa en el seguro, comuníquese con el administrador de beneficios que trabaja en la oficina de beneficios de su empleador anterior. Si un jubilado continuó o convirtió su seguro de vida, un familiar sobreviviente también debe comunicarse con MetLife al 800.638.6420 para iniciar un reclamo.

Sobrevivientes de un jubilado

Los cónyuges o hijos que están cubiertos como dependientes por el Plan de Salud del Estado, el Servicio Dental Básico o el Plan Estatal de la Vista se clasifican como sobrevivientes cuando fallece un empleado o jubilado cubierto. Los sobrevivientes de jubilados financiados de una agencia estatal, institución pública de educación superior o distrito escolar público pueden ser elegibles para una exención de un año de las primas de seguro médico. Los sobrevivientes de un jubilado parcialmente financiado serán responsables del 50% de la prima del empleador durante el período de exención de un año. Los sobrevivientes de jubilados no financiados pueden continuar con su cobertura; sin embargo, deben pagar la prima completa.

Los empleadores opcionales participantes no están obligados a hacerlo, pero pueden renunciar a las primas de los sobrevivientes de los jubilados. Un sobreviviente puede continuar con la cobertura a la tarifa completa durante el tiempo que sea elegible. Si usted es un jubilado de un empleador opcional participante o de una escuela chárter que solo participa en el seguro, consulte con su administrador de beneficios para ver si se aplica la exención.

Para continuar con la cobertura, se debe completar un *Aviso de Elección de Sobreviviente* dentro de los 31 días posteriores a la fecha de fallecimiento del suscriptor. Se creará un nuevo Número de Identificación de Beneficios (BIN, por sus siglas en inglés) y los proveedores emitirán nuevas tarjetas de identificación para los programas en los que están inscritos los sobrevivientes.

Después del primer año, un sobreviviente que califica para la exención debe pagar la prima completa para continuar con la cobertura. Al final de la exención, la cobertura de salud puede cancelarse o continuarse para todos los miembros de la familia cubiertos. Si la cobertura continúa, no se puede dar de baja a ningún miembro de la familia cubierto hasta un período anual de inscripción abierta o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial.

Si usted y su cónyuge están cubiertos como suscriptores a través del empleo, o si son jubilados financiados en el momento de la muerte, su cónyuge sobreviviente no es elegible para la exención de la prima.

Las primas de visión no se eximen. Las primas dentales

no suelen ser eximidas; las primas dentales se exigen solo para los sobrevivientes de un empleado activo o retirado que fue asesinado en el cumplimiento del deber después del 31 de diciembre de 2001, mientras trabajaba para una agencia estatal, una institución de educación superior o un distrito escolar público. Sin embargo, los sobrevivientes, incluidos los sobrevivientes de un suscriptor inscrito en el Plan Suplementario de TRICARE, con cobertura dental o de la vista, pueden continuar con la cobertura pagando la prima completa. Como cónyuge sobreviviente, puede continuar con la cobertura hasta que se vuelva a casar. Si usted es un niño, puede continuar con la cobertura hasta que ya no sea elegible. Si ya no es elegible para la cobertura como sobreviviente, puede ser elegible para continuar con la cobertura bajo COBRA. Si su cónyuge se jubiló de una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público o escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación, comuníquese con PEBA para obtener más información. Si su cónyuge se jubiló de un empleador opcional o de una escuela chárter que solo participa en el seguro, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador anterior.

Un cónyuge o hijo sobreviviente de un militar retirado debe comunicarse con Selman & Company sobre la cobertura de TRICARE.

Siempre y cuando un sobreviviente permanezca cubierto por un seguro de salud, dental o de la vista, puede agregar cobertura de salud y visión en el momento de la inscripción abierta o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial.

La cobertura dental se puede agregar o cancelar, pero solo durante un período de inscripción abierta en un año impar o dentro de los 31 días posteriores a una situación de elegibilidad especial. **Si un sobreviviente tiene cobertura de**

salud, dental y de la vista, y abandona las tres, ya no es elegible para la cobertura de sobreviviente y no puede volver a inscribirse, ni siquiera durante un período anual de inscripción abierta.

Si un cónyuge sobreviviente se convierte en un empleado activo de un empleador participante, puede cambiar a la cobertura activa. Cuando el cónyuge sobreviviente deja el empleo activo, puede volver a la cobertura de sobreviviente dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura si no se ha vuelto a casar.

Hasta que sea elegible para Medicare, su seguro de salud paga las reclamaciones de la misma manera que lo hacía cuando era un empleado activo. Para obtener más información, consulte el capítulo sobre el seguro de salud y la tabla en la página 32.



Términos útiles

Estas son las definiciones de algunos términos utilizados en la Guía de Beneficios de Seguro. Para obtener más información, consulte las páginas enumeradas o comuníquese con su administrador de beneficios.

Cantidad permitida

La cantidad máxima que el plan permite para un servicio, procedimiento o suministro cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del Plan como su tarifa total.

Representante autorizado

Una persona con la que un plan de salud tiene permiso para hablar sobre la información médica protegida de una persona cubierta. Se puede nombrar a un representante autorizado completando un Formulario de Representante Autorizado, que está disponible en el sitio web de PEBA en peba.sc.gov/forms.

Factura de saldo

La diferencia entre lo que un plan de salud paga por un servicio y el cargo real del proveedor. Es posible que los proveedores de la red de State Health Plan no salden a los miembros de la factura. Consulte también diferencial fuera de la red.

Administrador de beneficios

Un miembro del personal que trabaja en su empleador y ayuda con la inscripción en el seguro, los cambios, la jubilación y las terminaciones. Los administradores de beneficios no son agentes de PEBA y sus acciones no pueden vincular a PEBA.

Certificado de Cobertura Acreditable

Un certificado que enumera las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Una copia está disponible a pedido.

Cambio de estado

Un evento, como matrimonio, divorcio o nacimiento de un hijo que puede permitir un cambio en una cuenta de gastos médicos o una cuenta de gastos para el cuidado de dependientes. Para obtener más información, consulte la página 19.

Coseguro

Un porcentaje del costo de la atención médica que un miembro paga después de que se haya alcanzado su deducible. Según el Plan de Salud del Estado, la tarifa de coseguro es diferente para los servicios de la red, los servicios fuera de la red, el tratamiento de la infertilidad y los medicamentos para la fertilidad.

Máximo de coseguro

La cantidad de coseguro que un afiliado debe pagar cada año antes de que ya no esté obligado a pagar el coseguro.

Coordinación de beneficios

Un sistema para determinar cómo se manejan las reclamaciones cuando una persona está cubierta por más de un plan de seguro. Para obtener información sobre cómo se coordinan las reclamaciones de salud, consulte la página 38. Para obtener información sobre cómo se coordinan las reclamaciones dentales, consulte la página 82.

Copago

Una cantidad fija que un suscriptor debe pagar por un medicamento o servicio. Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos. Los miembros del Plan Estándar pagan copagos por medicamentos recetados y copagos por visitas al consultorio, atención de emergencia y servicios de instalaciones ambulatorias. Para obtener más información, consulte la página 36.

Revisión de la cobertura

Un 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 miembro debe pagar anualmente por la atención médica cubierta antes de que el plan comience a pagar una parte del costo de su atención. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

Dependiente

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

Gestión de la cantidad de medicamentos

Un tipo de revisión de cobertura que el Plan de Salud Estatal utiliza para asegurarse de que las recetas se surtan a niveles que la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) considera seguros.

Explicación de Beneficios (EOB)

Un informe que se crea cuando su plan de seguro procesa una reclamación. Un EOB le muestra:

Cuánto cobró su proveedor por los servicios.

Cuánto pagó el Plan.

El monto del que será responsable, como su copago, deducible y coseguro.

El monto total que puede adeudarle al proveedor (no incluye ningún monto que ya haya pagado).

Exclusión

Una condición por la cual, o una circunstancia bajo la cual, un plan de seguro no pagará beneficios.

Formulario

La lista de medicamentos preferidos de la red de un administrador de beneficios de farmacia (PBM), incluidos los genéricos y los medicamentos de marca. El Comité de Farmacia y Terapéutica del PBM, compuesto por médicos y farmacéuticos, revisa y compara continuamente los medicamentos del formulario de una red de farmacias. Como resultado, algunos medicamentos seguros y eficaces se vuelven "preferidos" y otros pueden convertirse en "no preferidos". El formulario guía el copago que usted paga por un medicamento recetado.

Seguro de vida entera individual

Una forma permanente de seguro de vida.

Estado de cuenta detallado

Una *Explicación de Beneficios*, factura o recibo de un proveedor de atención médica o de cuidado de 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 proporcionó el servicio (independientemente de cuándo se pagó) y el monto en dólares del servicio/suministro.

Miembro

Una persona cubierta por un plan de salud, dental o de la vista.

Formulario Nacional Preferido (NPF)

El formulario, o lista de medicamentos preferidos, utilizado por Express Scripts, el administrador de beneficios de farmacia del Plan de Salud del Estado. Los medicamentos preferidos son aquellos que se determina que son seguros y eficaces, pero pueden costar menos que las alternativas.

Tarifa negociada

Importe máximo que puede pagar a un proveedor de la red por un servicio cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del Plan como su tarifa total. La tarifa negociada es la misma que la cantidad permitida.

Red

Un grupo de proveedores, centros o proveedores bajo contrato para brindar atención a personas cubiertas por un plan de salud, dental o de la vista.

Empleador opcional

Cualquier grupo participante que no sea una agencia estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público. De conformidad con la Sección 1-11-720 del Código de Leyes, la participación opcional en el programa de beneficios de seguro estatal está disponible para las subdivisiones políticas del estado de Carolina del Sur, como condados, municipios y distritos de propósito especial, así como para las agencias gubernamentales o

instrumentalidades de dichas subdivisiones políticas.

Diferencial fuera de la red

Un miembro de State Health Plan paga un coseguro del 40%, en lugar del 20%, cuando utiliza un proveedor que no está en la red. Para obtener más información, consulte la página 42.

Servicios de instalaciones ambulatorias

Servicios prestados en un hospital para pacientes que no pasan la noche, o servicios prestados en un centro médico independiente.

Política de pago de la diferencia

Si un miembro compra un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, se le cobrará el copago genérico más la diferencia entre los montos permitidos para el medicamento genérico y el medicamento de marca. Solo el copago del medicamento genérico se aplicará al copago máximo de su medicamento recetado. Para obtener más información y gráficos que ilustran la política, consulte las páginas 71 y 72.

La política de pago por diferencia no se aplica a Express Scripts Medicare, el programa Medicare Parte D del State Health Plan.

Plan de beneficios

Un documento que establece los requisitos de elegibilidad y los beneficios ofrecidos a las personas cubiertas por el Plan de Salud del Estado.

Autorización previa

Requerir autorización previa es requerir que un miembro obtenga permiso del plan antes de recibir un servicio, suministro o equipo en particular. Por ejemplo, Medi-Call preautoriza algunos servicios para los miembros del Plan de Salud del Estado. El término autorización previa también es utilizado por el programa de beneficios de farmacia del Plan de Salud Estatal y ciertos medicamentos especializados cubiertos por el programa de beneficios médicos. En estos casos, una autorización previa es un tipo de revisión de cobertura que puede ser necesaria cuando se receta un medicamento para el cual existe una alternativa eficaz y segura, de menor costo

Prima

El monto que una persona cubierta paga por la cobertura de seguro.

Evento calificado

Un cambio en la vida de una persona, como una reducción en las horas de trabajo, la pérdida del empleo o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de seguro, que los hace a ellos o a sus dependientes elegibles para inscribirse en la cobertura continúa proporcionada bajo COBRA.

Situación especial de elegibilidad

Un evento que permite a un empleado elegible, jubilado, sobreviviente o suscriptor de COBRA inscribirse o cancelar la cobertura para sí mismo y para los miembros de su familia elegibles fuera de un período de inscripción abierta. El cambio de cobertura debe realizarse dentro de los 31 días posteriores al evento.

Medicamentos de especialidad

Por lo general, se definen como medicamentos recetados que se usan para tratar afecciones complejas, crónicas y raras. También pueden requerir un manejo y administración especiales.

Terapia escalonada

Un tipo de revisión de 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 costosas.

Subrogación

Un reclamo se subroga cuando otra persona es responsable de la lesión de un miembro. En la medida en que lo disponga la ley de Carolina del Sur, los planes de salud ofrecidos a través de PEBA tienen derecho a recuperar el pago total de los beneficios proporcionados a una persona cubierta según los términos del plan cuando la lesión o enfermedad ocurre 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 causó la lesión o enfermedad, la persona cubierta acepta reembolsar al plan en su totalidad los gastos médicos pagados por el plan.

Suscriptor

Una persona, como un empleado o un jubilado, que está cubierta por un plan de seguro. Debido a que la persona es elegible y está cubierta, los miembros de su familia también pueden ser elegibles para inscribirse en el plan.

Seguro de vida a término

Cobertura de seguro de vida que se proporciona por un período de tiempo específico. No tiene valor en efectivo. Todos los seguros de vida ofrecidos a través de PEBA son de vida a término.

Procesador de reclamaciones de terceros (procesador de notificaciones)

Una compañía, como BlueCross BlueShield of South Carolina, que tiene un contrato con PEBA para procesar las reclamaciones de los miembros.

Vendedor

Una empresa bajo contrato con PEBA.



Información de contacto

S.C. PEBA

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223 8:30 a.m. - 5 p.m., lunes - viernes

- Centro de Contacto al Cliente: 803.737.6800 o 888.260.9430
- Facturación de jubilados: 803.734.1696
- peba.sc.gov

Proveedores de seguros 2025

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

Plan Estatal de Salud Plan Estándar, Plan de Ahorro, Plan Suplementario de Medicare

P.O. Box 100605 | Columbia, SC 29260-0605

- Servicio al Cliente: 803.736.1576 o 800.868.2520
- Servicios de salud conductual y manejo de la salud de la población: 877.505.7390
- Programa BlueCard: 800.810. AZUL
- 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 conductual)

P.O. Box 100185, AX-315 | Columbia, SC 29202

- Servicio al Cliente: 803.736.1576 o 800.868.2520
- Precertificación: 800.868.1032
- Manejo de casos/entrenamiento de salud conductual: 800.868.1032, ext. 25835
- Cesación de nicotina: 866.784.8454
- www.CompanionBenefitAlternatives.com

Coaching de salud

- 855.838.5897
- Fax: 803.264.4204

Evolent (autorización previa de radiología avanzada)

- 866.500.7664
- www.RadMD.com

Dental Plus y 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 Suplementario GEA TRICARE

Attn: Claims

P.O. Box 14043 | Lexington, KY 40512

- Fax de presentación de reclamaciones: 800.310.5514
- Servicio al cliente e inscripción: 800.638.2610, Opción 1
- info.selmanco.com/peba

Express Scripts

Programa de Medicamentos Recetados del Plan Estatal de Salud, Express Scripts Medicare

- Reclamaciones: Express Scripts Attn: Commercial Claims

P. O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711

- Miembros de Medicare: Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. 14718 Lexington, KY 40512-4718
- Servicio al Cliente del Programa de Medicamentos Recetados: 855.612.3128
- Express Scripts Medicare: 855.612.3128
- www.Express-Scripts.com

EyeMed

Plan Estatal de la Visión (Nº de Grupo: 9925991)

- Reclamaciones:

EyeMed

Reclamaciones de cuidados de vista OON

P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

- Centro de Atención al Cliente: 877.735.9314
- www.eyemedvisioncare.com/pebaoc

MetLife

Vida Básica, Vida Opcional, Vida Dependiente (N° de póliza: 200879-1-G)

Servicios de Inscripción y Mantenimiento de Registros de MetLife

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 a Largo Plazo (N° de Grupo: 621144)

P.O. Box 2800 | Portland, OR 97208-2800

- Servicio al cliente: 800.628.9696
- Fax: 800.437.0961
- Evidencia médica: 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 ahorro 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



MyBenefits

¿Está registrado?

MyBenefits ofrece fácil acceso a los beneficios de su seguro administrado por PEBA. Visite mybenefits.sc.gov para crear su cuenta hoy mismo y comenzar a administrar la información de su seguro.

Con MyBenefits, usted puede:

- 1 Acceder a la información de cobertura de beneficios de su seguro.**
- 2 Actualizar su información de contacto.**
- 3 Acceder a su Número de Identificación de Beneficios (BIN) de ocho dígitos.**
- 4 Revisar y actualizar los beneficiarios de su seguro de vida.**
- 5 Hacer cambios en su cobertura durante el período anual de inscripción abierta.**
- 6 Iniciar o Iniciar o aprobar cambios en la cobertura realizados como resultado de cierta elegibilidad especial**

¿Necesita ayuda para registrarse?

¡Tenemos recursos para ayudar! Visite nuestra página *Navegando por sus Beneficios* en peba.sc.gov/nyb para ver nuestro video “Configurando una Nueva Cuenta MyBenefits” y acceder a nuestro folleto *Configurando una Nueva Cuenta MyBenefits*.



Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur

Sirviendo a los que sirven a Carolina del Sur

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223

803.737.6800 | 888.260.9430

peba.sc.gov



Este documento no constituye una representación completa o vinculante con respecto a los beneficios para empleados ofrecidos por PEBA. Los términos y condiciones de los planes de seguro ofrecidos por PEBA se establecen en los documentos del plan aplicables y están sujetos a cambios. El lenguaje de este folleto no crea ningún derecho contractual ni prerrogativas para ninguna persona. 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