



Guía de beneficios del seguro médico

2026

Al servicio de quienes sirven a Carolina del Sur

Índice

Descargo de responsabilidad.....	9	Obtener otra cobertura.....	22
Derechos adquiridos del Plan de Salud Estatal	9	Obtener cobertura de Medicare	22
Aviso de no discriminación.....	10	Pérdida de otra cobertura	23
Asistencia lingüística.....	10	Cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños.....	23
Información general.....	11	Obtener la cobertura de Medicaid o CHIP	23
Novedades para el 2026	12	Requisitos para recibir asistencia con las primas a través de Medicaid o CHIP	23
Requisitos para calificar para los beneficios del seguro	12	Pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.....	24
Empleados activos	12	Licencias.....	24
Beneficios en los que se pueden inscribir los empleados que califiquen.....	13	Primas durante una licencia no remunerada.....	24
Jubilado elegible	13	Seguro de vida durante una licencia no remunerada.....	24
Cónyuge elegible	13	Seguro suplementario por discapacidad a largo plazo durante una licencia remunerada o no remunerada.....	24
Hijo elegible	14	Ley de Licencia Familiar y Médica	24
Sobreviviente.....	15	Licencia militar.....	24
Inscripción inicial.....	15	Compensación por accidente laboral.....	25
Empleados	15	Cuando finalice la cobertura	25
Jubilados.....	15	Continuación de la cobertura.....	25
Cuándo enviar sus documentos de inscripción	16	Elegibilidad.....	25
Documentos que necesita para inscribirse	16	Cuándo no se ofrece cobertura continua	25
Cómo completar su inscripción inicial.....	17	Cómo continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA.....	26
Después de su inscripción inicial	17	Ejemplo sobre el seguro COBRA.....	26
Tarjetas del seguro	17	Cómo se cancela la cobertura continua bajo el seguro COBRA	26
Número de identificación de beneficios	18	Cuándo se agotan los beneficios bajo el seguro COBRA	26
Inscribirse como empleado transferido.....	18	Extender la cobertura bajo el seguro COBRA.....	26
Inscripción abierta anual	18	Otras opciones de cobertura	27
Cambiar los planes o la cobertura durante un periodo de inscripción abierta	18	Fallecimiento de un titular de póliza, de su cónyuge o hijo cubierto.....	27
Portal MyBenefits.....	19	Sobrevivientes	27
Sistema de inscripción en línea de la PEBA para los beneficios del seguro.....	19	Apelar determinaciones de elegibilidad	28
Situaciones especiales de elegibilidad	19	¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con una decisión sobre la elegibilidad?.....	28
Matrimonio	19		
Divorcio	20		
Añadir hijos	20		
Sacar a su cónyuge o hijos del seguro	22		
		Seguro médico.....	30
		Opciones del Plan de Salud Estatal	31
		Plan estándar.....	31

Plan de ahorros	31	Diferencia por servicios fuera de la red	42
Plan suplementario de Medicare	31	Plan estándar	43
Comparación de planes	31	Plan de ahorros.....	43
Comparación de planes de salud	32	Obtener la autorización previa para atención médica.....	44
Herramientas en línea del Plan de Salud Estatal	34	Autorización previa para atención médica	44
StateSC.SouthCarolinaBlues.com	34	Autorización previa para análisis de laboratorio	44
My Health Toolkit®	34	Cómo obtener la autorización previa de su tratamiento	44
Personify Health.....	34	Autorización previa para servicios de salud conductual.	45
Companion Benefit Alternatives	34	Autorización previa para radiología avanzada: Evolent..	46
Blue CareOnDemand SM	35	Cuidado de la salud	46
MUSC Health Virtual Care	35	PEBA Perks.....	46
Cómo paga el Plan de Salud Estatal los beneficios cubiertos	35	Gestión de cuidados	51
Monto permitido	36	Programas de gestión de casos médicos.....	52
Pagar gastos de atención médica con el plan estándar	36	Blue365® y descuentos para miembros	54
Deductible anual.....	36	Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal	54
Copagos.....	36	Enfermeros de práctica avanzada	54
Coseguro	37	Plan de tratamiento alternativo	54
Máximo del coseguro	37	Servicio de ambulancia.....	54
Pagar gastos de atención médica con el plan de ahorros..	37	Beneficios para el trastorno del espectro autista	55
Deductible anual.....	37	Beneficios para la salud conductual	55
Copagos.....	38	Gestión de casos de salud conductual	55
Coseguro	38	Trasplantes de médula ósea, de células madre y de	
Máximo del coseguro	38	órganos sólidos	55
Pagar gastos de atención médica si califica para Medicare	38	Atención quiropráctica	56
Coordinación de beneficios.....	38	Anticonceptivos	56
Cuestionario de coordinación de beneficios	39	Cuidado dental	56
Enfermedad renal en fase terminal.....	39	Suministros para diabéticos	56
Usar las redes de proveedores del Plan de Salud Estatal...	39	Visitas médicas	56
Encontrar un proveedor médico o de salud		Equipos médicos duraderos.....	57
conductual dentro de la red	40	Tratamiento de trastornos alimentarios.....	57
Encontrar un proveedor dentro de la red (fuera del		Atención médica domiciliaria	57
estado o en el extranjero).....	40	Cuidados paliativos.....	57
Atención personalizada	41	Infertilidad.....	57
Red de proveedores de medicamentos recetados.....	42	Servicios como paciente hospitalizado	58
Beneficios fuera de la red	42	Servicios de centros ambulatorios.....	58
Facturación de saldos.....	42	Embarazo y atención pediátrica.....	58
		Medicamentos con receta.....	59

Cirugía reconstructiva tras una mastectomía médicamente necesaria	59	Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal	69
Cuidados de rehabilitación	59	Plan estándar.....	69
Segundas opiniones.....	59	Plan de ahorros	69
Centros de enfermería especializada.....	60	SilverScript Employer PDP®	70
Terapia del habla.....	60	Red de farmacias	70
Cirugía.....	60	Cómo encontrar farmacias participantes	70
Otros beneficios cubiertos.....	60	Farmacias minoristas.....	70
Exclusiones: servicios no cubiertos	60	Red Retail90	70
Límites adicionales en el plan estándar	62	Servicio de farmacia por correo postal de Caremark.....	70
Límites y exclusiones adicionales en el plan de ahorros	62	Cómo abastecer una receta por fax	71
Cómo enviar una reclamación del Plan de Salud Estatal....	63	Copagos por recetas médicas y lista de medicamentos aprobados.....	71
Servicios en Carolina del Sur	63	Nivel 1: genéricos	71
Servicios fuera de Carolina del Sur	63	Nivel 2: medicamentos de marca preferidos	71
Apelaciones	63	Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos.....	71
Revisión de primer nivel: reclamaciones y apelaciones de autorizaciones previas ante terceros encargados de tramitar reclamaciones	63	Medicamentos no incluidos en la lista de fármacos aprobados	71
Revisión médica de segundo nivel: reclamaciones y apelaciones de autorizaciones previas ante terceros encargados de tramitar reclamaciones que requieren revisión de la necesidad médica.....	64	Política de pagar la diferencia	71
Apelaciones ante la PEBA: autorizaciones previas y servicios ya recibidos.....	64	Programas de farmacias especializadas.....	72
Plan suplementario de TRICARE	65	Revisiones de cobertura	72
Elegibilidad.....	65	Autorización previa	72
Hijos dependientes elegibles.....	66	Gestión de la cantidad de medicamentos	72
Cómo inscribirse	66	Terapia escalonada.....	72
Características del plan	66	Recetas compuestas.....	73
Presentar una reclamación.....	67	Coordinación de beneficios.....	73
Elegibilidad para Medicare y el plan suplementario de TRICARE.....	67	Cobertura de Medicare de medicamentos autoadministrados durante una estancia hospitalaria de observación	73
Pérdida de la elegibilidad para TRICARE	67	Exclusiones	73
Más información	67	Beneficios de recetas médicas, basados en el valor, sin costo alguno para usted	74
Beneficios de recetas médicas	68	Cómo hacer una reclamación por medicamentos recetados	74
Cómo utilizar sus beneficios de recetas médicas	69	Apelaciones	74
Recursos para miembros.....	69	Primera reconsideración de la denegación clínica	74
		Segunda reconsideración de la denegación clínica	75
		Apelaciones ante la PEBA.....	75

Seguro dental	76	Exclusiones y limitaciones	90
Recursos en línea.....	77	Comuníquese con EyeMed	90
Clases de tratamiento	77	Apelaciones	90
Dental Plus.....	77	Ejemplos del Plan de Visión Estatal	91
Red del plan Dental Plus	77	Ejemplo 1	91
Basic Dental	77	Ejemplo 2	91
Disposiciones especiales de la cobertura de Basic Dental	78	Ejemplo 3	91
Comparación entre Dental Plus y Basic Dental.....	79		
Ejemplos de comparación de planes	79		
Escenario 1: Chequeo de rutina	79		
Escenario 2: Empastes de amalgama de dos superficies	80		
Exclusiones: servicios dentales no cubiertos	80		
Beneficios generales no ofrecidos.....	80		
Beneficios cubiertos por otro plan	80		
Procedimientos específicos no cubiertos	81		
Beneficios limitados.....	81		
Beneficios de prótesis y ortodoncia	82		
Coordinación de beneficios.....	82		
Cómo presentar una reclamación dental	83		
¿Qué pasa si necesita ayuda?	83		
Apelaciones	83		
Cuidado de la visión.....	85		
Información en línea sobre beneficios de visión	86		
Plan de Visión Estatal	86		
Exámenes oculares	86		
Frecuencia de los beneficios.....	86		
Resumen de los beneficios de visión	87		
Anteojos	87		
Lentes progresivos y tratamiento antirreflejos.....	88		
Lentes de contacto.....	88		
Resumen de los beneficios de visión para diabéticos.....	89		
Usar la red de proveedores de EyeMed.....	89		
Para encontrar un proveedor dentro de la red.....	89		
Cómo pedir lentes de contacto en línea	89		
Beneficios fuera de la red	89		
		Exclusiones y limitaciones	90
		Comuníquese con EyeMed	90
		Apelaciones	90
		Ejemplos del Plan de Visión Estatal	91
		Ejemplo 1	91
		Ejemplo 2	91
		Ejemplo 3	91
Seguro de vida	92		
Elegibilidad.....	93		
Requisito de participación activa en el trabajo	93		
Solicitudes.....	93		
Seguro de vida básico	94		
Seguro de vida opcional.....	94		
Inscripción inicial: empleados activos	94		
Entrada tardía.....	94		
Primas.....	95		
Cambiar el monto de su cobertura.....	95		
Seguro de vida para dependientes.....	95		
Dependientes elegibles	95		
Dependientes excluidos.....	96		
Cobertura para cónyuges dependientes	96		
Cobertura del seguro de vida para hijos dependientes..	96		
Inscripción.....	96		
Primas.....	97		
Beneficiarios	97		
Cambiar sus beneficiarios.....	98		
Cesión	98		
Muerte accidental y desmembramiento.....	98		
Lista de pérdidas accidentales y beneficios.....	98		
¿Qué no está cubierto?.....	99		
Beneficios por muerte accidental y desmembramiento.	99		
MetLife Advantages SM	100		
Preparar un testamento.....	100		
Servicios de resolución de sucesiones	100		
Planificación patrimonial digital.....	101		
Descuentos y servicios de planificación funeraria.....	101		

Asesoramiento para el duelo	101	Exclusiones y limitaciones.....	109
Control completo de la cuenta.....	101	Apelaciones.....	109
Soluciones durante una transición	101	Seguro suplementario de discapacidad a largo plazo	110
Asistencia con reclamaciones de beneficiarios	101	Qué ofrece el seguro suplementario por discapacidad a largo plazo (SLTD).....	110
Reclamaciones	101	Resumen de los beneficios del plan SLTD	110
Beneficio anticipado	101	Elegibilidad.....	111
Cómo presentar una reclamación	101	Inscripción.....	111
Disposición sobre suicidio	102	Periodo de espera para recibir beneficios.....	111
Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento.....	102	Certificado.....	111
Exámenes y autopsias	102	¿Cuándo se le considera discapacitado?.....	111
Cuándo finaliza su cobertura	102	Reclamaciones.....	112
Finalización de la cobertura.....	102	Requisito de participación activa en el trabajo	112
Finalización de la cobertura del seguro de vida para dependientes.....	102	Cambio de salario	113
Extensión de beneficios	103	Ingresos previos a la incapacidad	113
Licencia laboral.....	103	Ingresos deducibles	113
Si pierde la elegibilidad para recibir beneficios activos debido a una discapacidad	103	Beneficio de seguridad vitalicia.....	113
Continuar o convertir su seguro de vida.....	103	Beneficios en caso de fallecimiento.....	113
La póliza grupal finaliza	104	Cuándo finaliza la cobertura por SLTD.....	113
Beneficio por fallecimiento durante el periodo de conversión.....	104	Cuándo finalizan los beneficios.....	114
Discapacidad a largo plazo	105	Conversión.....	114
Seguro básico de discapacidad a largo plazo.....	106	Exclusiones y limitaciones.....	114
Resumen de los beneficios del plan BLTD	106	Apelaciones.....	115
Elegibilidad.....	106		
Periodo de espera para recibir beneficios.....	106		
Certificado.....	106		
¿Cuándo se le considera discapacitado?.....	106		
Afecciones preexistentes	107		
Reclamaciones.....	107		
Requisito de participación activa en el trabajo	107		
Ingresos previos a la incapacidad	107		
Ingresos deducibles	108		
Cuándo finaliza la cobertura por BLTD	108		
Cuándo finalizan los beneficios.....	108		
MoneyPlus	116		
Cómo ahorra dinero con <i>MoneyPlus</i>	117		
Cuotas administrativas.....	118		
Cuotas administrativas mensuales del 2026.....	118		
Recursos para los miembros.....	118		
Sitio web de ASIFlex	118		
Aplicación móvil de ASIFlex.....	118		
Responsabilidades por el uso de una cuenta	118		
Crédito fiscal por ingresos de trabajo	118		
Normas del IRS para las cuentas de gastos.....	118		
Característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos	119		
Elegibilidad e inscripción.....	119		
Cuenta de gastos médicos.....	119		

Elegibilidad.....	119	Cuenta de ahorros para la salud.....	129
Inscripción.....	119	Elegibilidad.....	130
Límites de contribución.....	120	Inscripción.....	130
Quiénes están cubiertos por una MSA.....	120	Límites de contribución.....	130
Gastos elegibles	120	Cuotas administrativas.....	131
Gastos inelegibles	121	Cuándo estarán disponibles sus fondos.....	131
Cómo utilizar los fondos de su MSA.....	121	Cómo usar sus fondos.....	131
Tarjeta de ASIFlex.....	121	Gastos elegibles y documentación	131
Solicitud de reembolso de gastos elegibles.....	122	Invertir los fondos de la HSA	131
Comparación entre la MSA y la declaración de gastos en el formulario 1040 del IRS	122	Declaración de su HSA al IRS.....	132
¿Qué sucede con su MSA si deja su trabajo?.....	122	¿Qué sucede con su HSA si fallece?.....	132
¿Qué sucede con su MSA si fallece?.....	123	Cierre de su HSA	132
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes.....	123	Cuenta de gastos médicos de uso limitado.....	132
Elegibilidad.....	123	Apelaciones de inscripción	132
Inscripción.....	123	Cómo ponerse en contacto con HSA Central.....	132
Decidir cuánto apartar	123		
Límites de contribución.....	124		
Personas que podrían estar cubiertas por una DCSA ...	124		
Gastos elegibles	124		
Gastos inelegibles	124		
Solicitud de reembolso de gastos elegibles.....	124		
Declaración de su DCSA al IRS.....	125		
Comparación entre la DCSA y el crédito fiscal por cuidado de hijos y dependientes	125		
¿Qué sucede con su DCSA si deja su trabajo?	125		
¿Qué sucede con su DCSA si fallece?.....	125		
Cuenta de gastos médicos de uso limitado.....	126		
Gastos elegibles	126		
Gastos inelegibles (solo MSA de uso limitado).....	126		
Cambios en su cobertura MoneyPlus	126		
Cómo los cambios afectan su periodo de cobertura	126		
Apelaciones	127		
Reembolso o reclamación de beneficios	127		
Inscripción.....	127		
Cómo ponerse en contacto con ASIFlex	128		
		Sus opciones de cobertura del seguro para jubilados.....	138

Si no califica para Medicare	138
Si tiene 65 años o más y no califica para Medicare	138
Si reúne los requisitos para Medicare.....	138
Beneficios dentales.....	139
Cuidado de la visión	139
Cuándo inscribirse en la cobertura del seguro para jubilados.....	139
Jubilación por servicio.....	139
Jubilación por discapacidad	139
Dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad	140
Durante un periodo de inscripción abierta	140
Cómo inscribirse en la cobertura del seguro para jubilados.....	140
Primas para jubilados y pago de primas	140
Jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior y distritos escolares públicos	140
Jubilados de empleadores opcionales participantes.....	141
Jubilados de escuelas chárter.....	141
Incumplimiento en el pago de las primas.....	141
Cuándo comienza su cobertura como jubilado	141
Qué información recibirá	141
Sus tarjetas de identificación del seguro durante la jubilación.....	141
Otros programas de seguro ofrecidos por la PEBA.....	142
Seguro de vida.....	142
Discapacidad a largo plazo	143
MoneyPlus.....	143
Cambio de cobertura	143
Baja de un cónyuge o hijo cubierto	143
Regreso al trabajo en un empleo con derecho a seguro..	144
Jubilados que continúan el seguro de vida.....	144
Si usted o un miembro de su familia están cubiertos por Medicare	144
Cuándo finaliza su cobertura de seguro para jubilados	145
Fallecimiento de un jubilado	145
Sobrevivientes de un jubilado	145

Definiciones 147

Información de contacto..... 151

S.C. PEBA.....	152
Proveedores del seguro para el 2026	152
BlueCross BlueShield of South Carolina	152
Selman & Company	152
Caremark.....	152
EyeMed.....	152
MetLife.....	153
Standard Insurance Company.....	153
ASIFlex	153
HSA Central	153
Otros contactos.....	153
Medicare.....	153
Administración del Seguro Social.....	153

Descargo de responsabilidad

Los administradores de beneficios y otras personas elegidas por su empleador para ayudarle a participar en los programas de beneficios para empleados administrados por la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (PEBA, *Public Employee Benefit Authority*) no son agentes ni empleados de la PEBA y no están autorizados para vincular ni hacer declaraciones en nombre de la PEBA.

La *Guía de beneficios* contiene una descripción resumida de los beneficios de los seguros ofrecidos 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 de todos los demás beneficios de los seguros. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios ofrecidos por o a través de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur. Si desea revisar estos documentos, comuníquese con su administrador de beneficios o con la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur.

El lenguaje utilizado en 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 ni privilegio contractual. La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur se reserva el derecho de revisar el contenido de este documento, en parte o en su totalidad. Ninguna promesa o garantía, ya sea escrita u oral, que sea contraria o incompatible con los términos de este párrafo dará lugar a ningún contrato de trabajo.

Derechos adquiridos del Plan de Salud Estatal

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

Según lo permitido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó dicha ley. El hecho de ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que es posible que su plan no incluya ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de brindar servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con otras protecciones al consumidor establecidas en la Ley de Cuidado de Salud Asequible, por ejemplo, eliminar ciertos límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos, y cuáles no, y qué podría provocar que un plan dejara de tener la condición de plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan, llamando al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Aviso de no discriminación

La Autoridad de Beneficios para Empleados Pùblicos de Carolina del Sur cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La PEBA no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

La PEBA:

- Brinda ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - intérpretes cualificados del lenguaje de signos e
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros).
 - Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - intérpretes cualificados e
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el oficial de
privacidad de la PEBA.

Si cree que la PEBA no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el oficial de privacidad de la PEBA (*PEBA Privacy Officer*), a la dirección 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 888.260.9430 (teléfono), 803.570.8110 (fax) o a través de privacyofficer@peba.sc.gov.

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o electrónico, o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, el oficial de privacidad de la PEBA está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

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

Asistencia lingüística

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

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

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ 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.

સુધ્યના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુદ્ધ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.888.260.9430.

نإف، هـغلا ركذا ثـدحتـنـكـاذـإـ: ظـوـحـلـمـ 1.888.260.9430 . مـقـرـبـ لـصـتاـ. نـاجـمـلـابـ

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 सेवाएँ उपलब्ध हैं। 1 888 260 9130 पर कॉल करें।

ប្រយោជន៍ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាដំឡើង ផ្លូវ ភាសាខ្មែរ ដែលមិនត្រួតពីរបាយ គឺអាជាហានសំរប់បៀវិជ្ជការ ច្បាប់ ទូរស័ព្ទ 1 ៨៨៨ ២៦០ ៩៤៣០

Información general

Esta guía ofrece una descripción general de los programas de seguros que ofrece la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur, así como información de contacto. Si bien la guía ofrece 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 la PEBA.

La sección "Novedades para el 2026" destaca los principales cambios en los beneficios que se ofrecerán en el 2026.

Novedades para el 2026

Los siguientes cambios entrarán en vigor el 1 de enero de 2026.

- Caremark es el nuevo administrador de beneficios farmacéuticos del Plan de Salud Estatal. Más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en la página 68.
- Las primas mensuales para el 2026 no figuran en esta guía. Las primas están disponibles en peba.sc.gov/monthly-premiums. Las primas para los empleados opcionales pueden variar. Comuníquese con su empleador para verificar sus tarifas.
 - Las primas del seguro médico para empleados activos y jubilados con financiación no aumentarán en el 2026.
 - En el 2026 aumentarán las primas del seguro médico para los jubilados con financiación parcial, los jubilados sin financiación, los titulares de póliza del seguro COBRA, sobrevivientes y excónyuges.
 - En el 2026 aumentarán las primas del plan Dental Plus.
 - Se reducirán las comisiones administrativas de la cuenta de gastos flexibles MoneyPlus a \$1.10 por cuenta al mes.
 - Los participantes con cuentas de ahorros para la salud (*Health Savings Account*) ya no pagarán una cuota administrativa mensual.

Requisitos para calificar para los beneficios del seguro

Empleados activos

Los empleados elegibles son, por lo general, aquellos que:

- trabajan a tiempo completo y reciben una remuneración del estado, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público, una escuela chárter participante o un empleador opcional

participante, como un gobierno municipal o del condado participante, y

- son contratados para un puesto con derecho a seguro.

Los empleados elegibles también incluyen a los empleados administrativos y de oficina a tiempo completo de la Asamblea General de Carolina del Sur, los jueces de los tribunales estatales y los miembros de la Asamblea General. Los maestros permanentes de medio tiempo que trabajan entre 15 y 30 horas a la semana tienen derecho a seguro médico, dental y de visión, así como a *MoneyPlus* y a una cuenta de ahorros para la salud, pero no pueden optar a otros beneficios de la PEBA, como seguro de vida y seguro por discapacidad a largo plazo.

Se consideran empleados a tiempo completo los miembros electos de los consejos de municipios y condados participantes cuyos miembros califiquen para participar en uno de los sistemas de jubilación que administra la PEBA. Los concejales deben ponerse en contacto con su empleador para ver si califican para recibir beneficios. Por lo general, los miembros de otras juntas directivas no tienen derecho a cobertura. Si usted trabaja para más de un grupo participante, comuníquese con su administrador de beneficios para más información. Otras normas de elegibilidad se describen en el *Plan de Beneficios*.

Tipos de empleados

Los empleadores son responsables de clasificar a los empleados según las siguientes categorías:

- Nuevos empleados a tiempo completo que el empleador espera que trabajen al menos 30 horas a la semana. Son elegibles para cobertura dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación.
- Maestros permanentes a medio tiempo que trabajan entre 15 y 30 horas semanales.
- Nuevos empleados con horario variable, a medio tiempo o temporales que el empleador no espera que tengan un promedio de 30 horas semanales durante los primeros 12 meses de empleo. Debido a que el empleador no puede determinar su elegibilidad, no pueden inscribirse en los beneficios de inmediato. El empleador debe medir las horas de estos empleados para determinar si trabajaron un promedio de 30 horas a la semana durante los 12 meses a partir del primer día del mes siguiente a su contratación. Si un empleado trabajó un promedio de 30 horas semanales durante este periodo, califica para la cobertura durante los 12 meses siguientes.
- Empleados actuales que hayan completado su periodo de medición inicial (del 4 de octubre de 2024 al 3 de octubre de 2025). Si un empleado activo trabajó un

promedio de 30 horas semanales durante este periodo de 12 meses, califica para la cobertura durante el 2026, incluso si sus horas de trabajo disminuyen durante el 2026. Si un empleado activo trabajó un promedio de menos de 30 horas semanales durante este periodo, no tendrá derecho a la cobertura durante el 2026, a menos que esté cubierto a través de alguna otra disposición del plan.

Beneficios en los que se pueden inscribir los empleados que califiquen

Seguro médico

- Plan de Salud Estatal (incluye cobertura de salud conductual y de medicamentos recetados).
- plan estándar;
- plan de ahorros (elegible para una cuenta de ahorros para la salud);
- plan suplementario de TRICARE para miembros elegibles de la comunidad militar retirada, o
- plan suplementario de Medicare para jubilados, sobrevivientes y titulares de póliza del seguro COBRA que califican para Medicare.

Seguro dental

- seguro Dental Plus, o
- seguro Basic Dental.

Seguro de visión

- Plan de Visión Estatal.

Seguro de vida

- seguro básico de vida con cobertura por muerte accidental y desmembramiento (inscripción automática si se inscribe en el seguro médico);
- seguro de vida opcional con cobertura por muerte accidental y desmembramiento;
- cónyuge dependiente con cobertura por muerte accidental y desmembramiento, e
- hijos dependientes.

Seguro por discapacidad a largo plazo

- seguro básico por discapacidad a largo plazo (inscripción automática si se inscribe en el seguro médico), y
- seguro suplementario por discapacidad a largo plazo.

MoneyPlus

- Prima de seguro colectivo antes de impuestos (permite que los titulares de póliza elegibles paguen sus primas de salud, incluida la prima por consumo de tabaco, dental, de visión y hasta \$50,000 en cobertura

del seguro de vida opcional con dólares antes de impuestos);

- cuenta de gastos médicos (para los inscritos en el plan estándar o quienes no están inscritos en un plan de salud a través de la PEBA);
- cuenta de gastos para el cuidado de dependientes, y
- cuenta de gastos médicos de uso limitado (para los inscritos en el plan de ahorros).

Cuenta de ahorros para la salud

- Cuenta de ahorros para la salud (para los inscritos en el plan de ahorros).

Jubilado elegible

Un empleado también puede calificar para cobertura médica, dental y de visión durante la jubilación si cumple los requisitos para dicha cobertura. Para los jubilados, calificar para la cobertura y financiación del seguro depende de varios factores, entre ellos la elegibilidad del empleado para recibir beneficios por jubilación, la fecha en que fue contratado para un puesto con derecho a seguro, los créditos de servicio por jubilación acumulados mientras trabajaba para un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal y la naturaleza de los últimos cinco años de empleo con un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal.

Consulte la página 133 para más información sobre los requisitos de elegibilidad para el seguro de jubilados.

Cónyuge elegible

Un cónyuge elegible es aquel reconocido por la ley de Carolina del Sur. Un cónyuge elegible para la cobertura del seguro como empleado de cualquier grupo participante, incluido un empleador opcional, no puede estar cubierto como cónyuge en ningún plan. Un cónyuge que sea maestro permanente a medio tiempo puede estar cubierto como empleado o como cónyuge, pero no ambos. Además, un cónyuge que califica para cobertura de jubilado y cuya prima con el empleador es financiada completamente por el Fondo Fiduciario de Seguros Médicos para Jubilados de Carolina del Sur no puede estar cubierto como cónyuge en ningún plan. Un cónyuge que califique para recibir cobertura como jubilado, pero que no reciba financiación o solo reciba financiación parcial de las primas por el Fondo Fiduciario de Seguros Médicos para Jubilados, puede estar cubierto como jubilado o como cónyuge, pero no ambos.

Un excónyuge puede inscribirse en su propia póliza si un empleado activo o jubilado está obligado por orden de un tribunal a brindarle cobertura. Véase la sección "Divorcio" en la página 20.

Hijo elegible

- debe ser menor de 26 años, y
- debe ser un hijo biológico, adoptivo (incluido el que esté en proceso de adopción legal), hijastro, hijo en acogida¹, hijo bajo la custodia legal del titular de la póliza o hijo que el titular de la póliza está en la obligación de mantener por una orden judicial.²

Si ambos padres califican para la cobertura, solo uno de ellos puede incluir a los hijos en un plan. Por ejemplo, si uno de los padres tiene a los hijos cubiertos en un seguro médico y dental, el otro parent no puede tenerlos cubiertos por un seguro médico ni por uno dental. Uno de los padres puede incluir a los hijos en el seguro médico y el otro en el seguro dental.

Hijo de entre 19 y 25 años

De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y la Ley Cuidado de Salud Asequible, modificada por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010, los hijos de entre 19 y 25 años no necesitan estar certificados como estudiantes a tiempo completo ni como hijos discapacitados para entrar en la cobertura del seguro médico, dental o de visión de sus padres.

El padre o la madre puede cubrir a un hijo que califique para beneficios estatales porque trabaja para un empleador que participa en los beneficios del seguro de la PEBA. El menor puede estar cubierto por el seguro médico, dental y de visión de sus padres, y estar sujeto a exclusiones adicionales de cobertura en virtud del Plan de Salud Estatal, como exclusión de la cobertura de tratamientos por infertilidad, exclusión de embarazos, partos o complicaciones derivadas del embarazo. Si está cubierto por sus padres, el menor no tiene derecho a seguro de vida básico, seguro de vida opcional, seguro de vida para hijos dependientes, seguro por discapacidad a largo plazo, MoneyPlus ni a una cuenta de ahorros para la salud.

Un menor que califique para la cobertura bajo el seguro de sus padres, pero que también califique para recibir beneficios porque trabaja para un empleador participante, debe elegir entre estar cubierto por sus padres como menor de edad o tener cobertura por su cuenta como empleado. No puede estar cubierto como hijo en un seguro (como el seguro de salud) y luego inscribirse para obtener cobertura

como empleado en otro (como el de visión). A efectos del seguro de vida, un hijo que rechaza la cobertura para permanecer en el plan de sus padres no es elegible para la cobertura del seguro de vida para hijos dependientes.

Hijo incapacitado

Su hijo mayor de 26 años puede continuar bajo su cobertura si está incapacitado y usted es responsable económicamente de él. Para cubrir a su hijo dependiente incapacitado, su hijo debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe ser soltero y permanecer soltero para seguir calificando para los beneficios.
- Debe ser incapaz de mantener un empleo debido a una enfermedad mental o una discapacidad intelectual o física que se haya producido antes de cumplir los 26 años.
- Debe depender principalmente (más del 50 %) para su manutención y sustento de usted el empleado, jubilado, sobreviviente o titular de póliza del seguro COBRA.
- Debe haber estado cubierto de forma continua como dependiente antes de la edad de incapacitación y desde que cumplió los 26 años.

Se debe demostrar la discapacidad a más tardar 31 días después de que el menor cumpla 26 años, momento en el que deja de calificar para la cobertura como hijo, o en un plazo de 31 días desde la inscripción inicial en el seguro. Para la cobertura del seguro de vida para hijos dependientes, se debe demostrar la discapacidad a más tardar 31 días después de que cumplan 19 años si no es estudiante a tiempo completo.

Por lo general, las cartas se enviarán 90 días antes de que se pierda la cobertura. Si recibe una carta de este tipo, tome medidas lo antes posible para evitar que surjan problemas durante la transición.

Usted y el médico de su hijo deben completar un formulario de *Certificación sobre la discapacidad de un hijo*. Incluya una copia de su última declaración federal de impuestos sobre la renta, que demuestre que su hijo depende principalmente de usted para su manutención y sustento. Si no incluye a su hijo en su declaración de impuestos, debe completar una hoja de cálculo para determinar la manutención (*Publicación 501 del IRS*). Adjunte también un *formulario de representante autorizado* debidamente cumplimentado y firmado por su hijo incapacitado, así como una copia de los documentos de tutela o un poder notarial que acredite su autoridad para actuar en nombre de su hijo, si procede. Cualquiera de estos documentos le otorga a la PEBA permiso para discutir o

1 Un hijo en acogida es un menor que le fue asignado por una agencia de acogida autorizada o por un tribunal.

2 Un hijo sobre el que el titular de la póliza tiene la custodia legal es aquel del cual tiene la responsabilidad de tutela, no solo la responsabilidad financiera, según una orden judicial. del seguro de vida, un hijo que rechaza la cobertura para permanecer en el plan de sus padres no califica para la cobertura del seguro de vida para hijos dependientes.

divulgar la información médica protegida de su hijo con el representante que este autorice.

La PEBA le enviará la información que usted haya presentado a la compañía Standard Insurance Company (conocida como "The Standard") para que revise la información médica. Es posible que la compañía requiera documentación médica adicional de parte del doctor de su hijo. The Standard le hará una recomendación a la PEBA. Sin embargo, la PEBA tomará la decisión final.

Cobertura bajo el seguro de vida para hijos dependientes

De acuerdo con la ley estatal, solo los hijos dependientes de entre 19 y 24 años que sean estudiantes a tiempo completo, no estén casados ni trabajen a tiempo completo pueden estar cubiertos por el seguro de vida para hijos dependientes. Un hijo de cualquier edad que haya sido certificado por la PEBA como hijo incapacitado puede seguir estando cubierto por el seguro de vida para hijos dependientes. Para más información sobre los requisitos para la cobertura del seguro de vida para hijos dependientes, consulte la página 96.

Sobreviviente

Los cónyuges e hijos cubiertos por el Plan de Salud Estatal, los planes Dental Plus o Basic Dental, o el plan de Visión Estatal, se clasifican como sobrevivientes cuando el empleado o jubilado cubierto fallece. Para 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 el seguro dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que sea elegible o durante el periodo de inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y/o hijos que califiquen. Un grupo participante es una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público, condado, municipio u otro grupo, incluidas las escuelas chárter, que está autorizado por ley a participar y que participa en el programa estatal de seguros.

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Su cobertura comienza el primer día natural del mes en el que usted empieza a calificar para la cobertura,³ si

³ La cobertura del seguro de vida está sujeta a la *Disposición de no confinamiento de dependientes* (página 97), así como al requisito de participación activa en el trabajo (página 93). Para más información sobre la inscripción inicial en el seguro de vida opcional, consulte la página 94.

usted está trabajando⁴ activamente ese día.

- Si su fecha de contratación es el primer día hábil del mes (el primer día que no sea sábado, domingo ni feriado oficial) y no es el primer día del calendario, usted puede elegir que su cobertura comience el primer día de ese mes (es posible que deba pagar primas retroactivas) o el primer día del mes siguiente.
- Si su fecha de contratación es el primer día del mes (por ejemplo, el 1 de marzo), su cobertura comienza el primer día de ese mes (es posible que deba pagar primas retroactivas).
- Si usted comienza a calificar para la cobertura del seguro en una fecha distinta al primer día natural o al primer día hábil del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- La cobertura de su cónyuge o hijos inscritos comienza el mismo día en que comienza la suya.
- Usted debe realizar cualquier elección inicial de cobertura en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que sea elegible para recibir beneficios activos.

Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que pasa a ser elegible para recibir beneficios activos o se encuentra en una situación especial de elegibilidad, no podrá inscribirse usted mismo, ni a su cónyuge o hijos elegibles sino hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual, que es en octubre. La cobertura que elija durante el periodo de inscripción abierta anual comenzará siguiente el 1 de enero.

Jubilados

Si usted es jubilado de un grupo participante en Carolina del Sur, puede inscribirse en el seguro dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que toma una licencia sin goce de sueldo y es elegible para jubilarse, o durante el periodo de inscripción abierta. También puede inscribir a su cónyuge y/o hijos que reúnan los requisitos. Un grupo participante es una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público, condado, municipio u otro grupo, incluidas las escuelas chárter, que está autorizado por ley a participar y que participa en el programa estatal de seguros.

Para inscribirse, se requiere un *Formulario de verificación de*

⁴ El empleo activo significa realizar todas las tareas habituales de un puesto de trabajo en la jornada laboral programada por el empleador. Usted pudiera estar trabajando en su lugar de trabajo habitual o en otro lugar, si se le exige viajar. También se considera que está trabajando activamente mientras cumple con sus obligaciones como jurado, disfruta de un día de vacaciones pagas o de un un día feriado normal de su empresa, si estuvo trabajando activamente el día laboral anterior. La cobertura no se retrasará si usted falta al trabajo por motivos de salud cuando corresponda que comience su cobertura.

empleo para determinar la elegibilidad y el *Aviso de elección de jubilados*. Tenga en cuenta que los formularios en papel requieren más tiempo de tramitación.

Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a la fecha de su jubilación o dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad, ni usted ni su cónyuge o sus hijos elegibles podrán inscribirse sino hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual, que es en octubre. La cobertura que elija durante el periodo de inscripción abierta anual comenzará siguiente el 1 de enero.

Más información sobre la cobertura del seguro durante la jubilación, incluyendo cómo inscribirse, en el capítulo sobre **seguros colectivos para jubilados**, en la página 133.

Cuándo enviar sus documentos de inscripción

En algunos casos, como por ejemplo si pierde la cobertura de otro grupo, es posible que no disponga de la documentación adecuada antes de la fecha límite de inscripción. Si se acerca la fecha límite de inscripción, envíe su elección de beneficios sin la documentación antes de la fecha y envíe la documentación tan pronto como esté disponible. Cuando se trate de beneficios del seguro por matrimonio, no espere a recibir los documentos de cambio de nombre para inscribirse. Los cambios en la cobertura no están garantizados y no se procesarán hasta que no se hayan recibido todos los documentos. Sin embargo, la fecha de vigencia seguirá siendo la fecha en la que se produjo la situación especial que le da derecho a la cobertura.

Qué información necesita para inscribirse

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

Información obligatoria

Para usted	Número de seguro social; correo electrónico personal; salario anual; fecha de contratación (fecha de incorporación al trabajo). Utilice su nombre legal.
Para cada miembro de la familia que desee incluir en la cobertura	Número de seguro social; fecha de nacimiento. Utilice los 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 elegibilidad; fecha efectiva de la cobertura de Medicare.
Para cada beneficiario de su seguro de vida básico u optional	Fecha de nacimiento; número de seguro social (preferible, pero no es obligatorio).
Para beneficiarios que sean patrimonios o fideicomisos	Nombre; dirección; fecha en que se firmó el fideicomiso.

Documentos que necesita para inscribirse

Debe entregar la documentación que se indica a continuación para inscribir a sus dependientes en la cobertura del seguro durante el periodo de inscripción abierta o como resultado de una situación especial de elegibilidad. Les recomendamos a los empleados que suban la documentación en línea durante el proceso de inscripción o a través del portal *MyBenefits*.

Si decide enviar copias físicas por correo postal a la PEBA, no resalte ni haga anotaciones en los documentos. Tampoco le envíe documentos originales a la PEBA, ya que no se le devolverán. Permita tiempo adicional para el procesamiento.

	Información obligatoria
Para cubrir a un cónyuge	Certificado de matrimonio.
Para cubrir a hijos naturales	Certificado de nacimiento (formato largo) en el que figura el titular de la póliza como progenitor.
Para cubrir a hijastros	Certificado de nacimiento (formato largo) con el nombre del progenitor biológico y la prueba de que el progenitor biológico y el titular de la póliza están casados.
Para cubrir a hijos adoptados o en proceso de adopción	Certificado de nacimiento en formato largo en el que figure el titular de la póliza como progenitor o el documento legal de adopción expedido por un tribunal en el que se indique que la adopción se completó; o una carta de colocación de parte de un abogado, una agencia de adopción o el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur en la que se indique que la adopción está en trámite.
Para cubrir a hijos en acogida	Una orden del tribunal u otro documento legal que le asigne la custodia del menor al titular de la póliza.
Para cubrir a otros hijos	Para todos los demás hijos sobre los que el titular de la póliza tenga la custodia legal, una orden del tribunal u otro documento legal que le otorgue la custodia de dicho hijo al titular de la póliza (el documento debe verificar que el titular de la póliza tiene la responsabilidad de tutela, no solo la responsabilidad financiera).
Para cubrir a hijos discapacitados	Formulario de <i>Certificación sobre la discapacidad de un hijo</i> (consulte la sección sobre hijos discapacitados en la página 14 para ver toda la información sobre el proceso) y prueba de la relación.
Para inscribirse en el plan suplementario de TRICARE	Tarjeta de identificación de TRICARE del titular de la póliza.
Cualquier documentación en un idioma distinto al inglés debe traducirse completamente al inglés e incluir una carta de certificación del traductor.	

Cómo completar su inscripción inicial

Su administrador de beneficios iniciará el proceso de inscripción. Usted debe facilitarle a un correo electrónico válido a su empleador y, luego, hacer sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones en el correo electrónico que recibirá de la PEBA. Para obtener información sobre los beneficios, consulte el *Resumen sobre la cobertura del seguro 2026* y otras publicaciones, presentaciones y folletos en línea en peba.sc.gov.

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

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

- Complete todo el formulario y escriba con claridad.
- Bajo cada beneficio, elija un plan o marque "Rechazar". Cuando corresponda, seleccione un nivel de cobertura.
- Asegúrese de revisar que el formulario que esté correcto. Fírmelo y entrégueselo a su administrador de beneficios junto con copias de los documentos necesarios.

Después de su inscripción inicial

Tarjetas del seguro

Si se inscribe en el plan estándar del Plan de Salud Estatal, en el plan de ahorros o en el plan suplementario de Medicare, BlueCross BlueShield de Carolina del Sur (BlueCross) le enviará las tarjetas de seguro médico para usted y los miembros de su familia cubiertos. En las tarjetas solo aparece el nombre del titular de la póliza, pero todos los familiares incluidos en la cobertura las pueden utilizar. Caremark le enviará dos tarjetas de beneficios farmacéuticos. Los titulares de póliza del plan Dental Plus también reciben una tarjeta de BlueCross, que actúa como el proveedor del plan dental. No se emiten tarjetas de seguro para el del plan Basic Dental. Los titulares de póliza del Plan de Visión Estatal reciben dos tarjetas de EyeMed Vision Care.

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

Compruebe que su cobertura está activa antes de acudir al médico o surtir una receta.

Número de identificación de beneficios

La PEBA le asigna a cada titular de póliza un número de identificación de beneficios (BIN, *Benefits Identification Number*) de ocho dígitos. Este número único se utiliza en lugar del número del seguro social en los correos electrónicos y en las comunicaciones escritas entre usted, su cónyuge, sus hijos y la PEBA, y está diseñado para que su información personal esté más segura.

El Plan de Salud Estatal le añade un prefijo de tres letras a su número 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 del plan Dental Plus. El BIN sin el prefijo de tres letras se utiliza en las tarjetas de beneficios de medicamentos con recetas. Si usted no tiene cobertura de un plan que utiliza el BIN, la PEBA le enviará su número.

Los titulares de póliza necesitan su BIN, sin el prefijo, para utilizar *MyBenefits*, el sistema en línea para inscribirse en los beneficios de los seguros de la PEBA. Si olvida su BIN, visite mybenefits.sc.gov y haga clic en "Get my BIN" (Obtener mi BIN).

Si se producen emergencias médicas antes de recibir su tarjeta

Si necesita atención médica de urgencia antes de recibir sus tarjetas del seguro, puede demostrar su cobertura obteniendo su BIN.

Para obtener su BIN, visite mybenefits.sc.gov y haga clic en "Get my BIN". Facíltele su BIN a su proveedor de asistencia médica. Si tiene problemas o preguntas para obtener la verificación de sus beneficios, usted o el proveedor de atención médica de emergencia deben comunicarse con BlueCross para recibir ayuda.

Inscribirse como empleado transferido

La PEBA considera que se trata de una transferencia si cambia de empleo, de un grupo participante a otro, sin interrupción en los beneficios o en un plazo de 15 días naturales.

Si se va a transferir a otro grupo participante, asegúrese de comunicárselo al administrador de beneficios de su empleador actual para evitar interrupciones en la cobertura o retrasos en la tramitación de las reclamaciones. Consulte con el administrador de beneficios de su nuevo empleador para asegurarse de que sus beneficios se transfirieron.

Si usted es un empleado académico, se le considera transferido si completa un periodo escolar y se traslada a otro empleador académico participante al comienzo del siguiente periodo escolar, incluso si no trabaja durante el

verano. Su cobertura de seguro con el empleador que está dejando seguirá vigente hasta que comience a trabajar con el nuevo empleador (normalmente el 1 de agosto o el 1 de septiembre para los empleados académicos) siempre y cuando pague sus primas. En esa fecha, su nuevo empleador se hará cargo de su cobertura (en la fecha de su contratación). Sin embargo, debe ponerse en contacto con su antiguo empleador para continuar con la cobertura durante el verano. Si no se transfiere a otro empleador académico participante, su cobertura finaliza el último día del mes en el que trabaje activamente. Sus primas se deben deducir de su salario final o debe acordar el pago con el empleador que está dejando para evitar una interrupción en la cobertura. Cualquier interrupción en la cobertura puede afectar su capacidad para obtener cobertura como jubilado.

Inscripción abierta anual

Durante el periodo de inscripción abierta de octubre, los empleados, jubilados, sobrevivientes, titulares de póliza del seguro COBRA y excónyuges que califiquen pueden cambiar su cobertura ⁵sin necesitar una situación especial de elegibilidad.

Cambiar los planes o la cobertura durante un periodo de inscripción abierta

Los cambios realizados durante un periodo de inscripción abierta entran en vigor el 1 de enero siguiente.

- Durante el periodo de inscripción abierta usted puede agregar o eliminar la cobertura del Plan de Salud Estatal para usted, su cónyuge e hijos elegibles. Durante el periodo de inscripción abierta también puede cambiar entre el plan estándar y el plan de ahorros.
- Los jubilados y sobrevivientes, sus cónyuges e hijos elegibles que estén cubiertos por un plan de salud pueden cambiarse al plan suplementario de Medicare dentro de los 31 días posteriores a calificar para Medicare o durante un periodo de inscripción abierta.
- Durante el periodo de inscripción abierta, los miembros elegibles de la comunidad militar jubilada pueden añadir o eliminar la cobertura del plan suplementario de TRICARE para ellos y sus dependientes elegibles.
- Durante el periodo de inscripción abierta en los años impares, puede agregar o eliminar la cobertura de los

⁵ Solo durante el periodo de inscripción abierta en octubre de los años impares, o dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad, es que se puede agregar o eliminar la cobertura de los planes Dental Plus y Basic Dental.

- planes Dental Plus y Basic Dental para usted, su cónyuge e hijos elegibles.
- Durante el periodo de inscripción abierta, puede agregar o eliminar la cobertura del Plan de Visión Estatal para usted, su cónyuge e hijos elegibles.
- Puede inscribirse en la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos o inscribirse/volver a inscribirse en una cuenta de gastos flexibles 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 de discapacidad a largo plazo, pueden requerir pruebas médicas. Los detalles sobre los cambios que puede hacer se explican antes de cada periodo de inscripción abierta.

Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más detalles si usted es un empleado activo 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. Los jubilados, sobrevivientes o titulares de póliza del seguro COBRA deben ponerse en contacto con la PEBA. Si usted es un empleado activo, jubilado, sobreviviente o titular de póliza del seguro COBRA de un empleador opcional o de una escuela chárter que solo participa en el seguro, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador a través del cual tiene cobertura.

Portal *MyBenefits*

Sistema de inscripción en línea de la PEBA para los beneficios del seguro

La forma más fácil de gestionar su cobertura de seguro es a través del portal *MyBenefits* en mybenefits.sc.gov. Como titular de la póliza, puede utilizar el portal *MyBenefits* para:

- Actualizar su información de contacto.
- Imprimir una lista de los planes de seguro con los que tiene cobertura.
- Obtener su número de identificación de beneficios de ocho dígitos.
- Actualizar sus beneficiarios.
- Iniciar o aprobar cambios resultantes de determinadas situaciones especiales de elegibilidad.

No puede acceder a ninguna información sobre el estatus de ninguna reclamación ni sobre sus beneficios en el portal *MyBenefits*. Consulte el capítulo correspondiente en esta guía.

Para proteger la confidencialidad de su información del seguro, debe registrarse la primera vez que utilice *MyBenefits*. Se aplican algunas restricciones. Comuníquese con su administrador de beneficios si no puede acceder a *MyBenefit*.

Situaciones especiales de elegibilidad

Una situación especial de elegibilidad es un evento que le permite a usted, como empleado elegible, jubilado, sobreviviente, titular de póliza del seguro COBRA o excónyuge, inscribirse o cancelar la cobertura para usted o sus familiares elegibles fuera del periodo de inscripción abierta.⁶

Como empleado activo, puede hacer cambios a través de *MyBenefits* si se encuentra en una situación especial que le da derecho a ello, como tener un recién nacido, un matrimonio, un divorcio o una adopción. *MyBenefits* mostrará los documentos necesarios para hacer cada cambio, los cuales se pueden cargar a través del portal.

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

- completar y enviarle a su administrador de beneficios un *Aviso de elección* en un plazo de 31⁷ días a partir de la fecha del evento, y
- cargar la documentación en *MyBenefits* o entregársela a su administrador de beneficios.

Si usted es un empleado activo y tiene derecho a cambiar su cobertura de seguro médico, dental, de visión o de vida opcional debido a una situación especial de elegibilidad, también puede inscribirse o darse de baja de la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos, que se explica en la página 119.

Matrimonio

Si desea añadir a su cónyuge a su cobertura porque se casó, inicie sesión en *MyBenefits* y seleccione el motivo del cambio en un plazo de 31 días a partir de la fecha de su matrimonio. La fecha de entrada en vigor de la cobertura, con excepción del seguro de vida para cónyuges dependientes, es la fecha del matrimonio. Para obtener información sobre la fecha efectiva de la cobertura del seguro de vida para cónyuges dependientes, añadida debido al matrimonio, consulte la página 95. Los documentos necesarios se pueden cargar a través del portal *MyBenefits*.

Para hacer el cambio a través de su administrador de

⁶ Un aumento/disminución salarial o un traslado no crean una situación especial de elegibilidad.

⁷ Los cambios relacionados con Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) deben hacerse en un plazo de 60 días.

beneficios, complete un *Aviso de elección* y envíeselo, junto con una copia de su certificado de matrimonio, dentro de los 31 días posteriores a la fecha de boda.

Si ni usted ni sus dependientes elegibles tienen cobertura, puede agregar cobertura médica, dental y de visión para usted, sus dependientes elegibles actuales, su nuevo cónyuge y nuevos hijastros en un plazo de 31 días a partir de la fecha de matrimonio. Si agrega a su nuevo cónyuge o nuevos hijastros a su cobertura médica, también puede cambiar de plan de salud. Puede añadir a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros a la cobertura dental y al Plan de Visión Estatal. Se requiere una copia del certificado de matrimonio para incorporar al nuevo cónyuge al seguro. Se requieren los certificados de nacimiento en formato largo para cada hijastro que desee incluir. El matrimonio también permite que un titular de póliza cubierto se inscriba o aumente su cobertura del seguro de vida opcional hasta \$50,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. Para obtener información sobre los requisitos para la cobertura del seguro de vida para cónyuges dependientes, incluidas las cantidades por las que un cónyuge recién elegible puede inscribirse sin necesidad de presentar pruebas médicas, consulte la sección sobre el seguro de vida para dependientes, que comienza en la página 95 del capítulo sobre seguros de vida.

No puede incluir a su cónyuge si este califica por su cuenta para recibir cobertura como empleado de un grupo que participa en el seguro o como jubilado financiado de un grupo participante. Si no añade a su nuevo cónyuge o a sus nuevos hijastros en un plazo de 31 días a partir de la fecha del matrimonio, no podrá añadirlos sino hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, que es en octubre, o en un plazo de 31 días a partir de otra situación especial de elegibilidad.

Divorcio

Si se divorcia, su excónyuge y exhijastros ya no tendrán derecho a la cobertura de su póliza. Los excónyuges elegibles pueden elegir la cobertura para excónyuges si usted está obligado por orden de un tribunal a brindarle a su excónyuge cobertura de seguro o 36 meses de cobertura del seguro COBRA. Si un excónyuge elegible decide inscribirse en la cobertura del seguro para excónyuges, renuncia a sus derechos a los 36 meses de cobertura del seguro COBRA. Su excónyuge debe tener su propia póliza dentro del plan. La cobertura para un excónyuge puede incluir cobertura médica, dental y de visión. El costo de la cobertura del excónyuge es el importe total de la prima.

Dado que la cobertura del excónyuge está vinculada al

patrocinador (empleado o jubilado), si el patrocinador pierde su cobertura, el excónyuge también la pierde.

Para cubrir a su excónyuge, este debe completar un *Aviso de elección de excónyuge* en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se finalice el divorcio y enviárselo a la PEBA junto con una copia de la sentencia de divorcio que le ordena a usted cubrir a su excónyuge.

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

Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un *Aviso de elección* y envíe una copia completa de su sentencia de divorcio en un plazo de 31 días a partir de la fecha que figura en la sentencia de divorcio. Si el *Aviso de elección* no se envía en un plazo de 31 días a partir de la fecha del divorcio, no se podrá elegir cobertura para el excónyuge. La cobertura para su excónyuge y exhijastros finalizará el último día del mes siguiente a la fecha que figura en la sentencia de divorcio. Si usted excluye a su excónyuge o a sus exhijastros de la cobertura después de 31 días a partir de la fecha que figura en la orden judicial o en la sentencia de divorcio dictada por el tribunal, el cambio en la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que usted firme el *Aviso de elección* en el que excluye a sus antiguos dependientes.

Bajo ninguna circunstancia puede seguir cubriendo a su excónyuge ni a sus exhijastros con el seguro de vida para dependientes. La cobertura del seguro de vida para dependientes finaliza el último día del mes en que se hace efectivo el divorcio.

Cuando su divorcio sea definitivo, podrá inscribirse en la cobertura del seguro de vida opcional o aumentarla hasta \$50,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. También puede cancelar o reducir su cobertura del seguro de vida opcional.

Además, es posible que pueda hacer cambios a una cuenta de gastos médicos o de gastos por cuidados de dependientes.

Los excónyuges y exhijastros que pierdan su cobertura debido a ciertos eventos, como un divorcio, podrían calificar para continuar bajo el seguro COBRA. Para más información, comuníquese con el administrador de beneficios del titular de la póliza o con la 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 después.

Añadir hijos

Para añadir a los hijos que califiquen, vaya a [MyBenefits](#) e indique el motivo correspondiente para el cambio. Puede

cargar los documentos necesarios a través de [MyBenefits](#). Para hacer el cambio a través de su administrador de beneficios, complete un formulario de *Aviso de elección*. La PEBA debe recibir el solicitud de cambio en un plazo de 31 días a partir de:

- el nacimiento (con efecto a partir la fecha de nacimiento);
- el matrimonio del titular de la póliza con el progenitor del menor (con efecto a partir de la fecha del matrimonio);
- la obtención de la custodia o tutela mediante una orden judicial (con efecto a partir de la fecha en que el tribunal selló la orden);
- la adopción o la colocación en adopción (con efecto a partir de la fecha de nacimiento si la adopción se produce en los 31 días siguientes al nacimiento. Si no, con efecto a partir de la fecha de adopción o de la colocación para adopción);
- la colocación de un hijo en acogida (con efecto a partir de la fecha de colocación) o
- la pérdida de otra cobertura (con efecto a partir de la fecha de pérdida de la cobertura).

Al hijo recién elegible se le debe ofrecer cobertura médica, dental y de visión. Si el empleado y sus dependientes elegibles no tenían cobertura anteriormente, también pueden optar por la cobertura en este momento. Si usted y sus dependientes actuales tenían cobertura anteriormente, puede cambiar de plan de salud cuando añada a su nuevo hijo.

Si, en un plazo de 31 días, un empleado añade al seguro a un recién nacido, a un hijo adoptado o en acogida para adopción, el empleado puede inscribirse en el seguro de vida opcional o aumentar su cobertura hasta \$50,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas.

Un empleado también puede inscribirse en el seguro de vida para hijos dependientes.

Debe inscribir a sus hijos individualmente para que tengan cobertura, incluso si usted ya tiene cobertura familiar completa o cobertura para empleados/hijos. También debe entregar una copia del certificado de nacimiento en formato largo de su hijo. Notificarle a MediCall el nacimiento de su bebé no implica que este quede incluido en su seguro médico. Véase la página 97

Para añadir a un hijastro, envíe una copia del certificado de nacimiento en formato largo en el que figure el nombre del progenitor biológico y una prueba de que el progenitor biológico y el titular de la póliza están casados.

Para añadir a menores de 18 años adoptados o en proceso de adopción, envíe uno de los siguientes documentos:

Para añadir a menores de 18 años adoptados o en proceso de adopción, envíe uno de los siguientes documentos:

- una copia del certificado de nacimiento en formato largo en el que figure el titular de la póliza como progenitor;
- una copia de la documentación legal del tribunal que verifique que la adopción se completó, 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 curso.

La fecha de entrada en vigor de la cobertura médica, dental y de visión es la fecha de nacimiento del niño si este es acogido en los 31 días siguientes a su nacimiento. De lo contrario, será la fecha de adopción o colocación. Para obtener información sobre adopciones internacionales, consulte con su administrador de beneficios.

Para añadir a sus hijos en acogida, envíe una copia de la orden del tribunal u otro documento legal que acredite que usted, el titular de la póliza, tiene la custodia de los menores. Los hijos en acogida no califican para la cobertura del seguro de vida para dependientes.

Para añadir a otros hijos sobre los que tiene la custodia legal, envíe una copia de la orden del tribunal u otro documento legal del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur o de una agencia de acogida que le otorgue la custodia o la tutela. Los documentos deben verificar que el titular de la póliza tiene la responsabilidad de la tutela y no solo la responsabilidad financiera.

Si se emite una orden del tribunal que le exige cubrir a su hijo, debe notificárselo a su empleador y a la PEBA y elegir la cobertura en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que el tribunal selló la orden judicial. Tenga en cuenta que si la orden del tribunal era para cobertura médica o dental, o ambas, usted debe inscribirse en el seguro si aún no tiene cobertura. Se debe adjuntar al *Aviso de elección* una copia de la orden judicial completa o del decreto de divorcio sellada por el tribunal, e incluir en el aviso los nombres de los hijos que estarán cubiertos y el tipo de cobertura que deben tener.

Si usted y su cónyuge califican para la cobertura, solo uno de ustedes puede incluir a sus hijos en un plan. Por ejemplo, uno de los padres puede cubrir a los hijos en el seguro médico y el otro puede cubrirlas en el seguro dental. Solo uno de los padres puede tener seguro de vida para sus hijos dependientes que califiquen.

También podría calificar para hacer cambios en su cuenta de gastos médicos o de gastos para el cuidado de dependientes.

Sacar a su cónyuge o hijos del seguro

Si un cónyuge o hijo cubierto deja de ser elegible, debe sacarlo de su seguro médico, dental, de visión y de vida para dependientes. Esto puede ocurrir debido a un divorcio. Para eliminar a su cónyuge o hijo de su cobertura, inicie sesión en [MyBenefits](#), seleccione el motivo del cambio correspondiente, en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que dejen de ser elegibles, y cargue la documentación correspondiente.

Cuando su hijo deja de calificar para recibir cobertura médica, dental o de visión por haber cumplido 26 años, se le eliminará automáticamente el primer día del mes siguiente de su cumpleaños. Se modificará su nivel de cobertura si este es su último hijo cubierto que sale de la cobertura.

La elegibilidad para la cobertura del seguro de vida para hijos dependientes finaliza a los 19 años, a menos que su hijo sea estudiante a tiempo completo o tenga una discapacidad. El titular de la póliza es responsable de sacar a los hijos que no califiquen del seguro de vida para hijos dependientes.

Si su hijo califica para seguro médico, dental, de visión o de vida colectivo patrocinado por un empleador, ya sea como empleado o cónyuge, usted tiene la opción de darle de baja de su cobertura médica, dental o de visión. Debe darle de baja del seguro de vida para hijos dependientes. En un plazo de 31 días a partir de la fecha de elegibilidad, debe entregarle a su administrador de beneficios una carta del empleador en la que se indique la fecha en que el hijo pasó a ser elegible para la cobertura. Su hijo quedará excluido de la cobertura el primer día del mes siguiente a la notificación.

Obtener otra cobertura

Si su cónyuge obtiene la elegibilidad para la cobertura como empleado de un grupo que también ofrece seguro a través de la PEBA, debe darle de baja a su cónyuge en un plazo de 31 días completando un *Aviso de elección*. No se necesita más documentación.

Si usted, su cónyuge o sus hijos obtienen cobertura fuera del seguro que tiene con la PEBA y desea cancelar su seguro de la PEBA para usted o cualquier dependiente, tiene 31 días para hacerlo. Debe completar un *Aviso de elección* y enviárselo a su oficina de beneficios junto con una prueba de la otra cobertura. Para documentar la obtención de la cobertura, debe presentar documentación que incluya la fecha de entrada en vigor 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 del seguro, etc.). Solo se puede sacar a quienes obtuvieron cobertura. Si no cancela la cobertura en un plazo de 31 días, debe esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta. Para más información, comuníquese con su administrador de beneficios o con la PEBA.

Si usted, su cónyuge o sus hijos van a prisión: la persona encarcelada obtiene otra cobertura y se puede sacar del seguro de la PEBA en un plazo de 31 días. Debe completar un *Aviso de elección* y enviárselo a su oficina de beneficios junto con prueba de la otra cobertura.

Obtener 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 renunciar a la cobertura médica a través de la PEBA en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que entre en vigor la Parte A de Medicare.⁸ Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare al *Aviso de elección* y entréguesela a su administrador de beneficios en un plazo de 31 días a partir de la fecha que figura en la carta de confirmación de la Administración del Seguro Social. La cobertura se cancelará en la fecha de entrada en vigor de la cobertura de la Parte A de Medicare o, en algunas circunstancias, el primer día del mes siguiente a la obtención de Medicare.

Un jubilado, cónyuge o sobreviviente que obtenga cobertura de la Parte A de Medicare puede inscribirse en el plan suplementario de Medicare al enviar un *Aviso de elección* en un plazo de 31 días a partir de obtener la cobertura de la Parte A de Medicare. Si usted es jubilado y no califica para Medicare, pero su cónyuge o hijo sí califica, usted tiene la opción de inscribirse en el plan suplementario de Medicare. Los miembros de la familia que no califiquen para Medicare estarán cubiertos por las disposiciones del plan estándar. Un titular de póliza del seguro COBRA que obtenga cobertura de Medicare no es elegible para continuar con la cobertura del seguro COBRA.

Obtener cobertura de Medicare no le permite al titular de la póliza cambiar la cobertura dental o de visión.

Para más información, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare*, disponible en peba.sc.gov/publications, en la sección "Health" (Salud).

⁸ Los empleados activos o sus dependientes que califiquen para Medicare no pueden inscribirse en el plan suplementario de Medicare.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles debido a otra cobertura, es posible que más adelante puedan inscribirse en el seguro si usted, su cónyuge o sus hijos pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la cobertura).

- Si usted es el empleado o jubilado y pierde la otra cobertura colectiva de salud, y aún no está cubierto por un seguro de salud a través de la PEBA, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en la cobertura de salud, dental y de visión. Si ya cuenta con la cobertura de salud, no puede hacer cambios.
- Si se redujeron sus horas de trabajo y perdió su cobertura mientras no se encontraba en un período de estabilidad, puede inscribirse en la cobertura de salud, dental y de visión si califica para estar cubierto como cónyuge o hijo en el plan de su cónyuge o de sus padres.
- Si usted es empleado o jubilado y tiene un cónyuge o hijos que pierden otra cobertura médica colectiva, puede inscribir al cónyuge y a los hijos que califiquen en su cobertura médica, dental y de visión. Si usted aún no tiene seguro, debe inscribirse junto con la persona que perdió la cobertura. No se puede inscribir a otros dependientes que no hayan perdido la cobertura del seguro médico. Si usted ya está cubierto como empleado o jubilado, puede cambiar de plan de salud (por ejemplo, de un plan de ahorros a un plan estándar) cuando añada a su cónyuge o hijos que perdieron su cobertura del seguro médico. Las contribuciones hacia su deducible comenzarán de nuevo.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos pierden la cobertura dental, la de visión, o ambas, pero no pierden la cobertura médica, pueden inscribirse en el mismo tipo de cobertura que perdieron. Si usted aún no tiene seguro, debe inscribirse junto con la persona que perdió la cobertura.
- Si usted rechazó la cobertura porque estaba cubierto por el plan de sus padres y pierde esa cobertura, usted y sus familiares elegibles puede inscribirse en la cobertura médica, dental y de visión. El seguro de vida opcional, el seguro de vida para cónyuges dependientes y/o el seguro suplementario por discapacidad a largo plazo requieren pruebas médicas. Se puede añadir un hijo dependiente durante todo

el año sin necesidad de presentar pruebas médicas. Para inscribirlo, comuníquese con su administrador de beneficios.

- La pérdida de la cobertura de TRICARE es una situación especial de elegibilidad que le permite a un empleado o jubilado elegible y a sus dependientes elegibles inscribirse en la cobertura médica, dental y de visión.
- Si usted, su cónyuge o sus hijos salen de prisión: la persona liberada pierde esa cobertura y califica para elegir una nueva cobertura en un plazo de 31 días.

Debe completar un *Aviso de elección* en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice la otra cobertura. Para inscribirse debido a una pérdida de cobertura, debe entregarle a su oficina de beneficios documentos que incluyan los nombres de las personas cubiertas y la fecha en que perdieron la cobertura (por ejemplo, carta con membrete, correo electrónico de la oficina de beneficios, copia de la tarjeta del seguro, etc.). También debe enviar un *Aviso de elección* debidamente cumplimentado y copias de los documentos pertinentes que demuestren su relación con el miembro de la familia. Si un titular de póliza, su cónyuge o hijo pierde la cobertura médica, puede inscribirse en la cobertura de visión o dental, incluso si no han perdido dicha cobertura.

Cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños

Obtener la cobertura de Medicaid o CHIP

Si usted o los miembros de su familia pasan a ser elegibles para la cobertura de Medicaid o de CHIP, tiene 60 días a partir de la fecha de notificación para cancelar la cobertura a través de la PEBA. Un empleado puede cancelar la cobertura médica, dental o de visión si obtiene cobertura de Medicaid. Si un cónyuge o un hijo obtiene Medicaid, solo se puede dar de baja al miembro de la familia que obtuvo la cobertura. Se debe adjuntar al *Aviso de elección* una copia de la carta de aprobación de Medicaid.

Requisitos para recibir asistencia con las primas a través de Medicaid o CHIP

Si usted, su cónyuge o sus hijos califican para recibir asistencia con las primas a través de Medicaid o CHIP, es posible que puedan inscribirse en un seguro médico patrocinado por la PEBA. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determine su elegibilidad para la asistencia con las primas.

Pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP

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

Licencias

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

Primas durante una licencia no remunerada

Si se inscribió en el seguro y sigue calificando para la cobertura, esta continuará. Debe ponerse en contacto con su administrador de beneficios para hablar sobre las condiciones de pago.

Si está de licencia no remunerada y en periodo de estabilidad, puede continuar con su seguro. Si no hace el pago del plan de salud en el que se inscribió a través de la PEBA, su empleador puede terminar toda su cobertura con la PEBA como una cancelación voluntaria. Debido a que está renunciando voluntariamente a la cobertura, ni usted ni ninguno de sus dependientes serán elegibles para continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA. Si abandona su cobertura, solo se le permitirá volver a inscribirse durante el periodo de inscripción abierta o en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que califique según una disposición del plan, como una situación especial de elegibilidad. Debe consultar con su empleador para confirmar su estatus de estabilidad.

Si su cobertura se cancela debido al impago de las primas, no tendrá derecho a cobertura bajo el seguro COBRA y no podrá volver a inscribirse en los beneficios de su empleador sino hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, si cumple los requisitos, o en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que cumpla los requisitos según lo dispuesto en el plan. Para más información sobre la continuación de la cobertura bajo el seguro COBRA, consulte la página 25.

Un periodo de licencia no remunerada también podría afectar su elegibilidad para la cobertura del seguro médico para jubilados si no acumula créditos de servicio para la jubilación durante la licencia. El crédito de servicio para la jubilación adquirido para una licencia aprobada no se considera servicio acumulado en un plan de jubilación administrado por la PEBA, salvo en determinadas

circunstancias. Si tiene preguntas sobre cómo un periodo de licencia no remunerada podría afectar su elegibilidad para la cobertura del seguro médico para jubilados, comuníquese con la PEBA. Para más información sobre los requisitos para acceder al seguro colectivo para jubilados, consulte la página 134.

Seguro de vida durante una licencia no remunerada

Puede continuar con su seguro de vida opcional, seguro de vida para cónyuges dependientes y seguro de vida para hijos dependientes hasta 12 meses después de su último día trabajado. Si usted decide no continuar su seguro de vida mientras se encuentra con licencia sin goce de sueldo, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida vitalicia o de vida a término comunicándose con MetLife dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura.

Seguro suplementario por discapacidad a largo plazo durante una licencia remunerada o no remunerada

Si su seguro suplementario por discapacidad a largo plazo, finalizará 31 días después de su último día de trabajo. No existe una opción para continuar con el seguro suplementario por discapacidad a largo plazo (SLTD). Sin embargo, usted puede convertir esa cobertura. Para más información, consulte la página 114 o comuníquese con su administrador de beneficios.

Ley de Licencia Familiar y Médica

En virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, *Family and Medical Leave Act*) los empleadores están obligados a brindar licencia con protección del empleo, la continuación de determinados beneficios y el restablecimiento de otros beneficios al regresar de la licencia por determinados motivos familiares y médicos específicos. Comuníquese con su administrador de beneficios para más información si usted se va de licencia bajo la Ley FMLA o se va a reincorporar tras el periodo de licencia.

Licencia militar

En virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (*Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act*), los empleadores están obligados a brindar determinados derechos de reempleo y beneficios a los empleados que están o han estado en los servicios uniformados. Comuníquese con su administrador de beneficios para más información si va a tomarse o regresa de una licencia militar.

Compensación por accidente laboral

Usted puede mantener su cobertura si está de licencia autorizada, recibe beneficios por un accidente laboral según la legislación estatal y paga la prima correspondiente. El seguro ofrecido a través de la PEBA no pretende sustituir a la indemnización por accidentes laborales y no afecta a ningún requisito para la cobertura del seguro de indemnización por accidentes laborales. No tiene por objeto ofrecer ni duplicar los beneficios por las lesiones laborales contempladas en la Ley de Indemnización por Accidentes Laborales (*Workers' Compensation Act*). Si requiere más información, comuníquese con su oficina de beneficios.

Cuando finalice la cobertura

Su cobertura finalizará:

- el último día del mes en el que trabajó activamente, a menos que se transfiera a otro grupo participante;
- el último día del mes en el que deja de calificar para la cobertura (es decir, sus horas de trabajo se reducen de tiempo completo a medio tiempo mientras no se encuentre en un periodo de estabilidad);
- el día después de su muerte;
- la fecha en que finaliza la cobertura para todos los titulares de pólizas, o
- el último día del mes en el que se pagaron por completo todas las primas. Usted debe pagar las primas por completo, incluida la prima por consumo de tabaco, si procede.

La cobertura para su cónyuge e hijos finalizará:

- la fecha en que finaliza su cobertura;
- la fecha en la que deje de ofrecerle cobertura a su cónyuge e hijos, o
- el último día del mes en que finaliza la elegibilidad de su cónyuge o de sus hijos para la cobertura.

Si su cobertura o la cobertura de su cónyuge o hijo finaliza, usted podría calificar para continuar con la cobertura como jubilado, como sobreviviente o bajo el seguro COBRA. Para darle de baja a un cónyuge o hijo de su seguro, complete un *Aviso de elección* dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que su cónyuge o hijo ya califique para la cobertura.

Se puede solicitar un *Certificado de cobertura acreditable*. En él figuran las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Comuníquese con el servicio de atención al cliente de la PEBA en peba.sc.gov/contact para solicitarlo.

Continuación de la cobertura

Elegibilidad

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) exige que se le ofrezca a usted y a su cónyuge e hijos cubiertos continuación de su cobertura médica, de visión, dental o de la cuenta para gastos médicos⁹ si ya no son elegibles para la cobertura debido a ciertos eventos. Los eventos que lo califican para el seguro COBRA incluyen:

- las horas de trabajo del empleado cubierto se reducen de tiempo completo a medio tiempo (fuera de un periodo de estabilidad);
- el empleado cubierto renuncia voluntariamente a su trabajo, se jubila, le dan de baja por motivos comerciales ("laid-off") o es despedido (a menos que el despido se deba a una falta grave determinada por el empleador);
- un cónyuge cubierto pierde su elegibilidad debido a un cambio en su estado civil, o
- un hijo ya no califica para la cobertura.

La PEBA actúa como el administrador de beneficios del seguro COBRA para los titulares de póliza que trabajan para organismos estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos y escuelas chárter que participan tanto en seguros como en planes de jubilación. Los titulares de póliza del seguro COBRA de empleadores optionales participantes o de escuelas chárter que solo participan en el seguro conservan el mismo administrador de beneficios.

Selman & Company ofrece cobertura continua para los titulares de póliza con el plan suplementario de TRICARE. Los empleados despedidos pueden continuar con su cobertura hasta los 65 años. Los titulares de póliza recibirán una carta de cancelación y sobre la opción de continuar con la portabilidad de facturación directa, y Selman & Company les facturará directamente.

Cuándo no se ofrece cobertura continua

No se ofrecerá cobertura continua bajo el seguro COBRA a una persona o beneficiario calificado que pierda su cobertura:

- por falta de pago de las primas;

⁹ Las personas que califiquen para continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA pueden seguir participando en una cuenta de ahorros para la salud siempre y cuando sigan estando cubiertas por el plan de ahorros y cumplan con los demás requisitos de elegibilidad.

- cuando la cobertura se cancela a petición del titular de la póliza, o
- cuando un miembro se considere inelegible por cualquier otro motivo.

Cómo continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA

Su administrador de beneficios le dará información sobre la cobertura bajo el seguro COBRA. Para que un cónyuge, hijo o ambos sigan teniendo cobertura bajo el seguro COBRA, el titular de la póliza debe notificarle a su oficina de beneficios dentro de los 60 días posteriores al evento que lo califica para el seguro COBRA o la fecha en que se habría perdido la cobertura debido a dicho evento, lo que suceda después. De lo contrario, la persona perderá su derecho a continuar con la cobertura.

Para continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA, se debe enviar un *Aviso de elección de COBRA* y las primas. Las primas se deben pagar en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que se eligió la cobertura. El primer pago debe incluir las primas atrasadas desde la fecha en que se perdió la cobertura.

La cobertura continua comienza cuando se paga la primera prima y entra en vigor al día siguiente de finalizar la cobertura anterior. La cobertura solo permanecerá vigente mientras las primas estén al día. Se considera que la prima se pagó en la fecha del sello postal o en que se entrega en mano, no en la fecha del cheque.

Ejemplo sobre el seguro COBRA

Usted perdió su cobertura el 30 de junio, eligió el seguro COBRA el 15 de agosto y pagó la prima inicial el 17 de septiembre. Usted tendría que pagar tres primas: una por el mes siguiente a la fecha en que perdió su cobertura (julio), otra por el mes en que eligió la cobertura (agosto) y la tercera por el mes en que hizo su primer pago (septiembre).

Cómo se cancela la cobertura continua bajo el seguro COBRA

La cobertura continua finalizará antes de que termine el periodo máximo de beneficios si:

1. el titular de la póliza no paga la prima completa a tiempo;
2. un beneficiario calificado tiene derecho a Medicare;
3. se produce un acontecimiento que provocaría que la PEBA pusiera fin a la cobertura de cualquier titular de póliza, como por ejemplo, que el titular cometiera fraude;

4. un beneficiario calificado obtiene cobertura bajo otro plan colectivo de salud;
5. durante una prórroga por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, o
6. La PEBA ya no ofrece cobertura colectiva de salud.

El beneficiario calificado, su representante o su tutor son responsables de notificarle a la PEBA cuando ya no sean elegibles para continuar con la cobertura. La PEBA cancelará automáticamente la cobertura del seguro COBRA en las situaciones 1, 2 y 3 enumeradas anteriormente. En las situaciones 4 y 5, el beneficiario calificado es responsable de enviar un *Aviso para cancelar la cobertura del seguro COBRA*, junto con los documentos justificativos.

Si decide cancelar su cobertura del seguro COBRA antes de tiempo, por lo general no puede obtener un plan del mercado de seguros médicos fuera del periodo de inscripción abierta. Además, si el periodo de elección expira y luego decide cancelar su cobertura del seguro COBRA antes de tiempo, no podrá cambiar de opinión y volver al seguro COBRA en una fecha posterior. Un beneficiario calificado puede cancelar la cobertura del seguro COBRA enviando un formulario debidamente completado de *Aviso para cancelar la cobertura del seguro COBRA*.

Cuándo se agotan los beneficios bajo el seguro COBRA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, *Health Insurance Portability and Accountability Act*) garantiza que las personas que han agotado la cobertura continua bajo el seguro COBRA y no son elegibles para cobertura bajo otro plan de salud grupal tengan acceso a un seguro médico sin estar sujetos a un periodo de exclusión por condiciones preexistentes. Sin embargo, deben cumplirse ciertas condiciones. En Carolina del Sur, el Fondo Común de Seguros Médicos de Carolina del Sur ofrece esta garantía de cobertura del seguro médico. Para obtener información, llame al 803.788.0500 (ext. 46401) o 800.868.2500 (ext. 46401).

Extender la cobertura bajo el seguro COBRA

Si se inscribe en la cobertura continua bajo el seguro COBRA debido a un despido o una reducción de horas, es posible que pueda obtener una extensión del periodo máximo de cobertura si usted, como beneficiario calificado, sufre una discapacidad o se produce un segundo evento calificativo. Debe notificarle a su administrador del seguro COBRA, dentro de ciertos plazos, cualquier discapacidad o segundo

evento calificativo para extender el periodo de cobertura continua. El hecho de no avisar oportunamente de una discapacidad o de un segundo evento calificativo podría afectar el derecho a extender el periodo de cobertura continua bajo el seguro COBRA.

Otras opciones de cobertura

Usted puede adquirir cobertura a través del mercado de seguros médicos, en virtud de la Ley Federal de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*). En el mercado de seguros médicos, podría calificar para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual. La información sobre las primas, los deducibles y otros gastos de bolsillo está disponible antes de inscribirse en un seguro. La elegibilidad para el seguro COBRA no limita su elegibilidad para un crédito fiscal a través del mercado de seguros médicos.

Fallecimiento de un titular de póliza, de su cónyuge o hijo cubierto

Si fallece un empleado activo o un jubilado de una empresa participante opcional o de una escuela chárter que participa en el seguro, un familiar debe ponerse en contacto con el empleador para informar del fallecimiento, cancelar la cobertura del empleado y comenzar la cobertura para su cónyuge e hijos como sobrevivientes. Si fallece 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, un familiar debe ponerse en contacto con la PEBA.

Para continuar con la cobertura, se debe completar un *Aviso de elección por parte de un sobreviviente* dentro de los 31 días posteriores al fallecimiento del titular de la póliza. Se creará un nuevo número de identificación de beneficios (BIN) y los proveedores de los programas que cubren a los sobrevivientes emitirán tarjetas de identificación.

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

Los titulares de póliza jubilados de empleadores opcionales participantes o de escuelas chárter que solo participan en el seguro conservan el mismo administrador de beneficios de su empleador.

Sobrevivientes

Cobertura para los sobrevivientes de empleados que no fallecieron en el cumplimiento de su deber

Cuando un empleado cubierto fallece, su cónyuge e hijos que estén cubiertos por el Plan de Salud Estatal tienen derecho, como sobrevivientes, a una exención de un año en el pago de las primas del seguro médico, incluida la prima por consumo de tabaco, si procede.

Tras el fallecimiento de un jubilado de una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público o escuela chárter que participe tanto en el seguro como en el plan de jubilación y que estuviera recibiendo financiación total o parcial de la parte de la prima del seguro médico para jubilados que corresponde al empleador, los sobrevivientes elegibles del jubilado quedarán exentos durante un año del pago de la parte de la prima correspondiente al empleado y de la parte financiada por el empleador. Este no es necesariamente el caso de los jubilados de un empleador opcional participante o de una escuela chárter que solo participa en el seguro, ya que los empleadores opcionales participantes pueden optar por eximir a los sobrevivientes de los jubilados del pago de las primas, pero no están obligados a hacerlo. Los sobrevivientes de jubilados de empleadores opcionales participantes o escuelas chárter que solo participan en el seguro deben consultar con el administrador de beneficios del jubilado para determinar si se aplica la exención.

Después de que se haya eximido el pago de la prima durante un año, el sobreviviente deberá pagar la parte de la prima correspondiente al titular de la póliza y al empleador para continuar con la cobertura. Si el cónyuge sobreviviente está cubierto como empleado o jubilado en el momento del fallecimiento, no tendrá derecho a la exención del pago de la prima.

Las primas dentales y de visión no están exentas, aunque los sobrevivientes, incluidos los sobrevivientes de un titular de póliza cubierto por el plan suplementario de TRICARE, pueden continuar con la cobertura dental y de visión si pagan la prima completa.

Cobertura para sobrevivientes de empleados que fallecieron en el cumplimiento de su deber

Si un empleado cubierto, contratado por un grupo participante, fallece en acto de servicio mientras trabaja para un grupo participante, su cónyuge e hijos cubiertos estarán exentos del pago de las primas del seguro médico y dental durante el primer año tras el fallecimiento. Los sobrevivientes deben presentar una verificación de que la muerte ocurrió en el cumplimiento del deber.

En los casos en que un empleado cubierto por el plan suplementario de TRICARE fallezca en acto de servicio mientras trabaja para un grupo participante, su cónyuge o su hijo cubierto quedará eximido del pago de las primas dentales durante el primer año tras el fallecimiento. También en este caso, los sobrevivientes deben presentar una certificación de fallecimiento en acto de servicio.

En los casos en que el empleado fallecido trabajaba 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, el cónyuge y los hijos sobrevivientes cubiertos pueden optar por continuar con la cobertura si pagan la tarifa financiada por el empleador después de que finalice esta exención de un año. El cónyuge y los hijos pueden continuar a esta tarifa hasta que dejen de ser elegibles. La tarifa de la prima para la cobertura para sobrevivientes puede variar en los casos en que el fallecido trabajara para un empleador opcional o una escuela chárter que solo participe en el seguro. El empleador o la escuela chárter participantes pueden optar por contribuir a la prima del seguro para supervivientes, pero no están obligados a hacerlo. Incluso cuando los empleadores no contribuyan, los sobrevivientes pueden continuar con la cobertura si pagan la tarifa completa mientras sigan siendo elegibles.

Elegibilidad continua e inscripción abierta para sobrevivientes

El cónyuge sobreviviente puede continuar con la cobertura hasta que vuelva a casarse. Un hijo puede continuar con la cobertura hasta que ya no sea elegible. Consulte la sección de hijos elegibles en la página 14 para más información. Para la cobertura, notifíquela a la PEBA dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de la elegibilidad. Una persona que ya no reúne los requisitos para recibir cobertura como sobreviviente podría calificar para continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA. Comuníquese con la PEBA para más información.

Mientras un sobreviviente siga estando cubierto por un seguro médico, de visión o dental, podrá añadir la cobertura médica y de visión durante el periodo de inscripción abierta anual en octubre, o en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. La cobertura dental se puede añadir o eliminar, pero solo durante el periodo de inscripción abierta en los años impares o en los 31 días siguientes a una situación especial de elegibilidad.

Si un sobreviviente renuncia al seguro médico, de visión y dental, dejará de calificar para ser considerado sobreviviente y no podrá volver a inscribirse en la cobertura, ni siquiera durante el periodo de inscripción abierta.

Si un cónyuge sobreviviente se convierte en empleado activo de un empleador participante, debe hacer el cambio a la cobertura activa. Cuando deje de tener empleo activo, puede volver a la cobertura para sobrevivientes en un plazo de 31 días si no se ha vuelto a casar.

Apelar determinaciones de elegibilidad

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

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

Si no está conforme con la determinación de elegibilidad, puede solicitarle a la PEBA que revise la decisión.

- Los empleados pueden iniciar una solicitud de revisión a través de su oficina de beneficios. Los administradores de beneficios pueden solicitar una revisión en línea.
- Los jubilados, sobrevivientes y titulares de póliza del seguro COBRA de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos y escuelas chárter que participan tanto en seguros como en jubilaciones pueden enviarle solicitudes de revisión directamente a la PEBA, que actúa como el administrador de sus beneficios.
- Los jubilados, sobrevivientes o titulares de póliza del seguro COBRA de empleadores opcionales o de escuelas chárter que participan únicamente en el seguro pueden enviar solicitudes de revisión a través de la oficina de beneficios de su empleador, que actúa como el administrador de sus beneficios.

Para apelar una decisión con la que no está de acuerdo, envíe un [Formulario de apelación](#) a la PEBA en un plazo de 90 días a partir de 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 a la dirección postal

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division
202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Si su apelación está relacionada con un embarazo, un hijo recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento que salva vidas, envíe su [Formulario de apelación](#) por correo electrónico a la PEBA a urgentappeals@peba.sc.gov o por fax al 803.740.1376.

La apelación solo la puede hacer la persona cubierta en cuestión o su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos, un fabricante de productos farmacéuticos, el empleador o un representante o agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba la información correspondiente. Sin embargo, este plazo podría ampliarse si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación.

Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Seguro médico

Opciones del Plan de Salud Estatal

El Plan de Salud Estatal ofrece el plan estándar, el plan de ahorros y, si está jubilado y califica para Medicare, el plan suplementario de Medicare. Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden inscribirse en el plan suplementario de TRICARE (página 65).

En este capítulo, encontrará información sobre cómo se determinan sus gastos de bolsillo, las redes de proveedores, qué servicios están cubiertos y otras características comunes de los programas de seguro médico que ofrece la 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 comienza a pagar los beneficios para esa persona, incluso si no se ha alcanzado el deducible familiar. Con el plan estándar, cuando usted compra un medicamento recetado solo paga el copago correspondiente en lugar del monto total permitido. El monto permitido se define como el máximo que un plan de salud permite para un servicio o producto cubierto, ya sea que se preste dentro o fuera de la red. Cuando los proveedores se unen a la red, se comprometen a suministrar recetas y que los miembros solo deban el copago.

Plan de ahorros

Como titular de una póliza del plan de ahorro, usted ahorra dinero gracias a primas más bajas y asume una mayor responsabilidad por sus gastos médicos mediante un deducible anual más elevado. Usted paga el monto total permitido por los beneficios médicos cubiertos, incluidos los beneficios de salud conductual, como los de salud mental y por uso de sustancias, así como los beneficios de medicamentos recetados, hasta alcanzar su deducible. Con el plan de ahorros, se debe cumplir con el deducible familiar antes de que cualquier miembro reciba el pago de beneficios. El estatus del plan de ahorros como plan de salud con deducibles altos y calificable a efectos fiscales significa que ofrece la ventaja de una cuenta de ahorros para la salud (HSA, *Health Savings Account*). Las HSA solo están disponibles si cumple con los siguientes criterios:

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

Los fondos de una HSA se pueden utilizar para pagar gastos médicos calificados para el titular de la póliza y sus dependientes, y se pueden transferir los fondos de un año al siguiente.

Plan suplementario de Medicare

Para obtener información sobre cómo funciona el plan suplementario de Medicare con Medicare, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare* en peba.sc.gov/publications, en la sección "Health" (Salud).

Comparación de planes

La tabla de la página 32 ilustra cómo funcionan conjuntamente su deducible, los copagos y el coseguro, así como otras características del plan estándar y del plan de ahorros.

Esta descripción general es solo para fines comparativos. El *Plan de Beneficios*, que incluye una descripción completa del plan, rige los planes estándar, de ahorros y suplementario de Medicare ofrecidos por la PEBA. El plan está disponible en peba.sc.gov/publications.

Comparación de planes de salud¹

	Plan estándar²	Plan de ahorros
Deductible anual	Usted paga hasta \$515 por persona o \$1,030 por familia.	Usted paga hasta \$4,000 por persona u \$8,000 por familia. ³
Coseguro⁴ El máximo excluye copagos y deducibles.	En la red, usted paga el 20 % hasta un máximo de \$3,000 por persona o \$6,000 por familia. Fuera de la red, usted paga el 40 % hasta un máximo de \$6,000 por persona o \$12,000 por familia.	En la red, usted paga el 20 % hasta un máximo de \$3,000 por persona o \$6,000 por familia. Fuera de la red, usted paga el 40 % hasta un máximo de \$6,000 por persona o \$12,000 por familia.
Visitas al consultorio médico⁵	Usted paga un copago de \$15 más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible. Luego, le corresponde el copago más el coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta alcanzar su deducible. Luego, paga el coseguro.
Centro de atención ambulatoria/ de urgencias^{6,7}	Usted paga un copago de \$115 (servicios ambulatorios) o de \$193 (atención de emergencia) más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible. Luego, le corresponde el copago más el coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta alcanzar su deducible. Luego, paga el coseguro.
Hospitalizaciones⁸	Usted paga el monto total permitido hasta alcanzar su deducible. Luego, paga el coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta alcanzar su deducible. Luego, paga el coseguro.
Quiropráctica	Límite de \$2,000 por persona cubierta	Límite de \$500 por persona cubierta
Medicamentos con receta⁹ Suministro para 30 días/ Suministro para 90 días ¹⁰ en una farmacia dentro de la red.	Nivel 1 (genéricos): \$13/\$32 Nivel 2 (de marca; preferidos): \$46/\$115 Nivel 3 (de marca; no preferidos): \$77/\$192 Usted paga hasta \$3,000 en copagos por medicamentos recetados. Luego, no paga nada.	Usted paga el monto total permitido hasta alcanzar su deducible anual. Luego, paga el coseguro. Los costos de los medicamentos se aplican a su máximo del coseguro. Después de alcanzar el máximo, no paga nada.
Cuentas con ventajas fiscales	Cuenta de gastos médicos	Cuenta de ahorros para la salud Cuenta de ahorros para la salud de uso limitado

¹ Los titulares de pólizas del Plan de Salud Estatal o sus dependientes que consuman tabaco pagarán un monto adicional mensual por su prima: \$40 solo por la cobertura del titular y \$60 por otros niveles de cobertura. La prima por consumo de tabaco no se aplica a los titulares de póliza con el plan suplementario de TRICARE.

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

³ Si tiene a más de un familiar cubierto, ninguno de ellos recibirá beneficios, salvo los preventivos, hasta que no se alcance el deducible familiar anual de \$8,000.

⁴ Un proveedor fuera de la red puede cobrarle más que el monto permitido 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 ni a los chequeos de bienestar para adultos, mujeres y niños.

⁶ El copago de \$115 por servicios ambulatorios se exime en el caso de servicios de urgencias, servicios oncológicos, visitas a clínicas de diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electroconvulsiva ni a la gestión de medicamentos psiquiátricos.

⁷ El copago de \$193 por atención de emergencia se exime si el paciente es hospitalizado.

⁸ Las hospitalizaciones requieren que el Plan de Salud Estatal autorice la cobertura previamente.

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

¹⁰ Usted pagará un copago más bajo en su farmacia local de la red, que participe en Retail90 Network, por un suministro de 90 días de un medicamento recetado que si comprara el medicamento mes a mes.

Plan suplementario de Medicare

Disponibilidad	Igual que Medicare y disponible para jubilados y dependientes/sobrevivientes cubiertos que sean elegibles para Medicare.
Deductible 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 límite máximo.
Visitas al consultorio médico	El plan paga el coseguro del 20 % de la Parte B.
Hospitalizaciones	
Hospitalizaciones/ Atención en centros de enfermería	El plan paga el deducible y el coseguro de Medicare durante los días 61 al 150 (los beneficios de Medicare pueden terminar antes si el miembro utilizó previamente alguno de sus 60 días de reserva de por vida); el plan paga el 100 % después de los 150 días (requiere la aprobación de Medi-Call).
Atención en centros de enfermería especializada	
	El plan paga el coseguro por los días 21 al 100; el plan paga el 100 % de los días aprobados más allá de los 100 días, hasta un máximo de 60 días al año.
Medicamentos con receta^{11,12}	Nivel 1 (genéricos): \$13/ \$32 Nivel 2 (de marca; preferidos): \$46/\$115 Nivel 3 (de marca; no preferidos): \$77/\$192 Usted paga hasta \$2,000 en copagos de medicamentos recetados. Luego, no paga nada.

¹¹ Los medicamentos recetados no están cubiertos en farmacias fuera de la red. Las recetas de la Parte B cubiertas por el beneficio médico pueden requerir la autorización previa de CMS. Los miembros principales de Medicare deben utilizar una farmacia dentro de la red que acepte Medicare.

¹² Se aplican las normas de Medicare.

Herramientas en línea del Plan de Salud Estatal

Estos sitios web contienen información específica sobre sus beneficios médicos y dentales. Más información sobre las herramientas en línea para sus beneficios de recetas médicas en la página 68 y sobre los beneficios del Plan de Visión Estatal en la página 85.

StateSC.SouthCarolinaBlues.com

El sitio web de BlueCross para los titulares de pólizas del Plan de Salud Estatal ofrece:

- Información sobre la cobertura
- Formularios y documentos
- Información sobre beneficios de salud preventivos, como el programa *No-Pay Copay* (sin copago), exámenes preventivos, vacunas y programas para dejar de fumar.
- El inicio de sesión en *My Health Toolkit®* para acceder a información específica para miembros.

My Health Toolkit®

Regístrate e inicie sesión para:

- actualizar otra información sobre los seguros médicos y dentales;
- ver cuánto ha pagado de su deductible y coseguro máximo;
- utilizar la herramienta “Find Care” (Buscar atención médica) para localizar proveedores de la red, incluidos proveedores odontológicos y de salud conductual;
- ver el estatus de reclamaciones, autorizaciones previas y facturas de proveedores de servicios médicos y dentales;
- ver su *Explicación de beneficios* en línea en lugar de recibir una copia por correo postal;
- solicitar una tarjeta de identificación de beneficios;
- completar una evaluación de salud personal de Personify Health;
- comunicarse con un gestor de cuidados y acceder a información sobre bienestar, y
- enviar sus preguntas al servicio de atención al cliente de BlueCross.

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

Personify Health

Como miembro del Plan de Salud Estatal, tiene acceso a Personify Health, una solución integral para el compromiso con la salud y el bienestar. Personify Health está diseñado para ayudarle 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 y usted merece más que una plataforma con consejos generales. Tanto si solo desea mantenerse saludable como si necesita controlar ciertos problemas de salud, Personify Health le ayuda a encaminarse hacia el éxito. Personify Health es un producto de Virgin Pulse, una empresa independiente que ofrece una plataforma digital de salud y bienestar en nombre del plan Estatal de Salud.

Con Personify Health, usted puede:

- Completar una evaluación de salud personal rápida para conocer su puntuación de salud, un resumen de su estado de salud general.
- Leer contenido diario basado en sus objetivos e intereses.
- Monitorear y registrar estadísticas de salud, incluyendo cuánto camina al día, horas de sueño y valores biométricos.
- Sincronizar su dispositivo personal para medir la actividad física (“fitness tracker”) y participar en retos grupales. Participe en competencias mientras explora destinos en todo el mundo utilizando sus propios pasos en un recorrido virtual, junto con retos diarios y semanales para mantenerse motivado con sus amigos y familiares.

Companion Benefit Alternatives

En la sección “Members” (miembros) del sitio web de Companion Benefit Alternatives,

www.CompanionBenefitAlternatives.com, encontrará:

- la herramienta “Find a Provider” (Encontrar un proveedor) para localizar proveedores de salud conductual dentro de la red;
- información sobre los programas de Companion Benefit Alternatives para la gestión de casos y el asesoramiento de salud conductual;
- el boletín electrónico mensual para miembros, “Balanced Living”, que ofrece consejos y trata temas de actualidad relacionados con la salud conductual, y
- recursos para gestionar problemas de salud mental.

Blue CareOnDemandSM

Los miembros del Plan de Salud Estatal inscritos en el plan estándar o el plan de ahorros tienen acceso a Blue CareOnDemand, una opción de telesalud (consultas por video) ofrecida a través del administrador externo, BlueCross. Esta plataforma se enfoca en las consultas por video, en vivo y directo a través de una computadora o dispositivo portátil, y utiliza tecnología bajo demanda con la que usted puede solicitar una consulta y conectarse con un proveedor en menos de dos minutos. Las consultas por video están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año, y ofrecen una alternativa asequible y más cómoda que las salas de emergencia y los centros de atención urgente.

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

Visitas médicas

Los médicos participantes en Blue CareOnDemand han recibido capacitación para tratar a los pacientes mediante tecnología virtual, siguiendo protocolos estrictos específicos para las consultas por video y utilizando las mejores prácticas en cuanto al comportamiento por el sitio web. Como parte de estos protocolos, el panel de proveedores trata diagnósticos comunes de atención urgente, como sinusitis, infecciones respiratorias, bronquitis, conjuntivitis y tos, a diferencia de las afecciones más graves que requieren atención integral. Si una consulta por video no es el tipo de servicio adecuado para usted, se le derivará al punto de servicio más apropiado con ayuda para garantizar que reciba la atención necesaria. Blue CareOnDemand les permite a los médicos ver la información previa indicada por los pacientes antes de la consulta, y se conecta con el sistema de afiliación de BlueCross para confirmar su elegibilidad y determinar el importe correcto que le corresponda.

En cada plan, esta opción de consultas por video está cubierta como una visita tradicional al consultorio. Por ejemplo, si tiene el plan estándar, una visita antes de alcanzar su deducible puede costar un total de \$59, y después de alcanzar su deducible puede costar un total de \$23.80. Si tiene el plan estándar, una visita antes de alcanzar su deducible puede costar un total de \$59, y después de alcanzar su deducible puede costar un total de \$11.80.

Visitas de salud conductual

No permita que las dificultades emocionales afecten su bienestar. Hable por video con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra desde la comodidad de su hogar. Además, la ayuda no termina tras la primera consulta.

Continúe con sus visitas de seguimiento durante el tiempo que sea necesario. Las citas están disponibles en el horario y con la frecuencia que más le convengan. Usted paga un copago de \$15,¹³ más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible. Descargue hoy mismo la aplicación gratuita o visite www.BlueCareOnDemandSC.com para programar su primera cita.

MUSC Health Virtual Care

MUSC Health Virtual Care es una forma sencilla de recibir tratamiento para afecciones comunes como alergias, conjuntivitis, sinusitis, erupciones en la piel, dolor de garganta, infecciones urinarias y gripe. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, pero no pretende sustituir a su médico de cabecera. Este servicio está disponible sin costo alguno para todos los afiliados del Plan Estatal de Salud, incluidos los miembros primarios a Medicare. Además, el uso de este servicio no tiene ningún costo para el plan.

Los miembros mayores de 18 años pueden crear una cuenta. Las visitas para los 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 encontrarse en el estado en el momento de la visita.

Más información sobre MUSC Health Virtual Care en www.MUSChealth.org/telehealth-services.

Cómo paga el Plan de Salud Estatal los beneficios cubiertos

La PEBA contrata a varias empresas para tramitar sus reclamaciones de forma rentable y oportuna. La información sobre algunas de estas empresas, como los beneficios por recetas médicas o de visión, se encuentra en capítulos separados. Estos administradores externos cubren tratamientos médicos, dentales y de salud conductual:

- BlueCross actúa como el procesador de reclamaciones médicas, gestionando reclamaciones médicas, de salud conductual y dentales. Medi-Call, una división de BlueCross, ofrece servicios de autorización médica previa y de gestión de casos. Para más información sobre Medi-Call, consulte la página 44.
- Companion Benefit Alternatives, una subsidiaria de propiedad total de BlueCross, es el administrador de salud conductual que se encarga de la autorización previa para tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias, de la gestión de casos y de las redes

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

de proveedores. Para más información, consulte el apartado de reclamaciones.

Los titulares de pólizas comparten el costo de sus beneficios pagando los deducibles, copagos y coseguros por los beneficios cubiertos.

Monto permitido

El monto permitido es lo máximo que un plan pagará por un servicio cubierto. Los proveedores dentro de la red aceptan el monto permitido como su tarifa total, por lo que usted solo debe hacerse cargo de los copagos y cualquier coseguro después de alcanzar su deducible anual. Los titulares de pólizas en el plan de ahorros no pagan copagos, sino el monto total permitido hasta alcanzar el deducible. En el caso de servicios fuera de la red, usted paga más en coseguro y el proveedor puede cobrar más que el monto permitido. Véase "Facturación de un saldo" en la página 42.

Pagar gastos de atención médica con el plan estándar

Deducible anual

El deducible anual es la cantidad que usted 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 por cobertura individual y
- \$1,030 por cobertura familiar.

Las familias inscritas en el plan estándar tienen el mismo deducible, independientemente del número de familiares cubiertos. El deducible familiar puede alcanzarse mediante cualquier combinación de gastos médicos cubiertos de dos o más miembros de la familia, siempre que el total sea de \$1,030. Por ejemplo, si cuatro personas tienen cada una \$257.50 en gastos cubiertos, se alcanzó el deducible familiar, aunque ninguna persona haya alcanzado el deducible individual de \$515. Si solo una persona ha alcanzado el deducible individual de \$515, el plan comenzará a pagar un porcentaje del costo de los beneficios de esa persona, pero no del resto de la familia hasta que no se alcance el deducible familiar. Ninguna reclamación de un familiar puede contribuir más de \$515 hacia el deducible familiar.

Si el titular de la póliza y su cónyuge, 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 deben figurar en el mismo *Aviso de elección*.

Los pagos por servicios no cubiertos, copagos y multas

por no llamar a Medi-Call, Evolent o a Companion Benefit Alternatives para obtener la autorización previa correspondiente no se tienen en cuenta 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 máximo de coseguro. Después de alcanzar su deducible anual, e incluso después de alcanzar su máximo de coseguro, usted continúa pagando los copagos.

Los titulares de pólizas con el plan estándar pagan los siguientes copagos:

- Servicios en el consultorio de un proveedor profesional; consultas por video; servicios en centros ambulatorios (en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro independiente) y atención en una sala de emergencias.
- Medicamentos con receta.

El copago por cada visita al consultorio de un proveedor profesional es de \$15 y no se aplica a las pruebas de Papanicolaou, a las mamografías de rutina ni a los chequeos de bienestar para adultos, mujeres y niños.

El ejemplo de la página 37 utiliza una visita al consultorio médico que tiene un monto permitido de \$56 en el plan estándar.

El copago por servicios ambulatorios es de \$115 e incluye servicios hospitalarios ambulatorios distintos de las visitas a las salas de emergencia y los servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. Este copago no se aplica a los servicios oncológicos, las visitas a clínicas de diálisis, la hospitalización parcial, los servicios ambulatorios intensivos, la terapia electroconvulsiva y la gestión de medicamentos psiquiátricos. El copago por cada visita a la sala de emergencias es de \$193 y no se aplica si usted es ingresado en el hospital.

El copago por medicamentos recetados es un monto total fijo que un titular de póliza del plan estándar paga cada vez que surte una receta en una farmacia dentro de la red. El copago máximo por medicamentos recetados para cada familiar cubierto es de \$3,000. Los copagos por medicamentos recetados no se aplican al deducible anual ni al máximo de coseguro. Para más información, consulte la página 69.

No se ha alcanzado el deducible anual	
Monto permitido	\$56.00
Copago	<u>-\$15.00</u>
Monto restante permitido	\$41.00
Se aplica al deducible anual	
Copago	\$15.00
Coseguro	<u>+\$8.20</u>
Su pago total	\$56.00
Se alcanzó el deducible anual	
Monto permitido	\$56.00
Copago	<u>-\$15.00</u>
Monto restante permitido	\$41.00
Se aplica al deducible anual	<u>x 20 %¹⁴</u>
Coseguro	\$8.20
Copago	\$15.00
Coseguro	<u>+\$8.20</u>
Su pago total	\$23.20

Coseguro

Después de alcanzar su deducible anual, el plan estándar paga el 80 % del monto permitido por sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos, si utiliza proveedores dentro de la red. Usted paga el 20 % del monto permitido como un coseguro, y ese pago se aplica a su máximo de coseguro.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el plan paga el 60 % del monto permitido para sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos. Usted paga el 40 % del monto permitido como un coseguro, y ese pago se aplica a su máximo de coseguro por servicios fuera de la red. Un proveedor fuera de la red puede cobrarle más del monto permitido. Cualquier cargo que supere el monto permitido por el plan para un beneficio médico o de salud conductual cubierto es su responsabilidad. Consulte la página 42 para más información sobre la facturación del saldo y la diferencia por servicios fuera de la red.

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

¹⁴ En este ejemplo, el plan estándar pagó el 80 % (o \$32.80) de los \$41 restantes después del copago.

Máximo del coseguro

El máximo de coseguro es la cantidad en coseguros que un titular debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que ya no tenga que pagar coseguros. En el plan estándar, el costo aplicable a los servicios dentro de la red es de \$3,000 si la cobertura es individual y de \$6,000 si es familiar; y para los servicios fuera de la red es de \$6,000 si la cobertura es individual y de \$12,000 si es familiar.

Tenga en cuenta que el coseguro para los servicios dentro de la red no se aplica al máximo de coseguro fuera de la red y viceversa, el coseguro para servicios fuera de la red no se aplica al máximo de coseguro dentro de la red. Por ejemplo, si usted tiene cobertura individual, el máximo de coseguro por servicios dentro de la red es de \$3,000, y ya pagó \$2,000 en coseguro dentro de la red y \$1,000 en coseguro fuera de la red, aún no ha alcanzado su máximo de coseguro dentro de la red. Los titulares de pólizas del plan estándar siguen pagando copagos incluso después de haber alcanzado su deducible anual y el máximo de coseguro. Los copagos por servicios en el consultorio de un proveedor, una consulta por video, en un centro ambulatorio y en la sala de emergencias no se aplican al deducible anual ni al máximo de coseguro. Los copagos por medicamentos recetados se aplican al máximo de copago por medicamentos recetados de \$3,000, 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 que se incurra cuando no se llama a Medi-Call, Evolent o Companion Benefit Alternatives para obtener la autorización previa correspondiente, no cuentan para el máximo de coseguro.

Pagar gastos de atención médica con el plan de ahorros

Deducible anual

El deducible anual es la cantidad que debe 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 por cobertura individual y
- \$8,000 por cobertura familiar.

No hay deducible individual si hay más de un familiar cubierto. Si el titular de la póliza y su cónyuge, que también está cubierto como empleado o jubilado, seleccionan el

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 no 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 no haya pagado \$8,000 por beneficios cubiertos. Sin embargo, si el titular de la póliza ha pagado \$3,999 por beneficios cubiertos, su 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 usted está cubierto por el plan de ahorros, también paga el monto total permitido por los medicamentos recetados cubiertos, que se aplica a su deducible anual.

Copagos

El plan de ahorros no tiene copagos. Usted pagará el monto total permitido por los servicios, que se aplicará a su deducible anual, hasta que alcance su deducible.

Coseguro

Una vez que alcance su deducible anual, el plan de ahorros paga el 80 % del monto permitido por sus beneficios médicos, medicamentos recetados y salud conductual cubiertos si utiliza proveedores dentro de la red. Usted paga un coseguro del 20 % del monto permitido. Una vez que alcance su máximo de coseguro, el plan pagará el 100 % del monto permitido.

Si utiliza proveedores fuera de la red, el plan paga el 60 % del monto permitido para sus beneficios médicos y de salud conductual cubiertos. Usted paga un coseguro del 40 % del monto permitido. Un proveedor fuera de la red puede cobrarle más del monto permitido. Cualquier cargo que supere el monto permitido por el plan para un beneficio médico o de salud conductual cubierto es su responsabilidad. Consulte la página 42 para más información sobre la facturación del saldo y la diferencia por servicios fuera de la red. Solo se pagan los beneficios de medicamentos recetados si utiliza una farmacia dentro de la red.

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

Máximo del coseguro

El máximo de coseguro es la cantidad en coseguros que un titular debe pagar por los beneficios cubiertos cada año antes de que ya no tenga que pagar coseguros. En el plan de ahorros, el costo aplicable a los servicios dentro de la red es de \$3,000 si la cobertura es individual y de \$6,000 si es familiar; y para los servicios fuera de la red es de \$6,000 si la cobertura es individual y de \$12,000 si es familiar.

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

Pagar gastos de atención médica si califica para Medicare

Para más información sobre cómo funcionan el plan "Carve-out" y el plan suplementario de Medicare con Medicare, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare* en la sección "Health" (Salud) de peba.sc.gov/publications.

Coordinación de beneficios

Algunas familias, como aquellas en las que uno de los cónyuges trabaja para un empleador participante y el otro trabaja para un empleador que no está cubierto por los beneficios de la PEBA, podrían calificar para estar cubiertas por dos planes de salud. Aunque la cobertura adicional podría significar que el seguro pague una mayor parte de sus gastos médicos, probablemente tendrán que pagar las primas de ambos planes. Evalúe las ventajas y desventajas antes de adquirir una cobertura adicional.

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

Con la coordinación de beneficios, el plan principal paga primero y el plan secundario paga después del plan principal. A continuación, se muestran algunos ejemplos de cómo funciona esto:

- El plan que cubre a una persona como empleado suele pagar antes que el plan que la cubre como dependiente.
- Cuando ambos padres cubren a un hijo, el plan del progenitor que cumple años antes paga primero. Tenga en cuenta que puede aplicarse otra normativa en situaciones especiales, como cuando los padres de un hijo están divorciados.
- Si usted califica para Medicare y tiene cobertura como empleado activo, la cobertura de su Plan de Salud Estatal paga antes que Medicare.
- Pueden aplicarse excepciones en el caso de la cobertura de Medicare debido a una enfermedad renal. Comuníquese con su oficina local de la Administración del Seguro Social para más detalles.
- Si una persona está cubierta por un plan porque el titular de la póliza es un empleado activo y por otro plan porque el titular de la póliza está jubilado, normalmente paga primero el plan que lo cubre como empleado activo. Puede haber excepciones a esta normativa.

El Plan Estatal de Salud no se hace responsable de presentar ni tramitar reclamaciones en nombre de un titular de póliza a través de otro plan de seguro médico.

El Plan de Salud Estatal como seguro secundario funciona así:

- Para una reclamación médica o de salud conductual, usted o su proveedor presentan ante BlueCross la *Explicación de beneficios* de su plan principal.
- El Plan Estatal de Salud pagará el menor de los siguientes importes:
 - lo que pagaría si fuera el pagador principal, o
 - el saldo después de que los descuentos de la red y los pagos del plan primario se deducen del cargo total.
- No aplica la prohibición del plan Estatal de Salud sobre la facturación del saldo. Por este motivo, considere utilizar un proveedor dentro de la red de su plan principal.
- Usted también será responsable de los copagos, deducibles y coseguros del Plan de Salud Estatal (si no 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 de cancelación y enviársela a BlueCross lo antes posible, ya que las reclamaciones no se pueden procesar ni pagar hasta que BlueCross no reciba su información.

Cuestionario de coordinación de beneficios

Todos los beneficios del Plan de Salud Estatal están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que una persona cubierta por más de un plan de seguro no reciba más de un reembolso por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan principal paga primero y el plan secundario paga después del plan principal. Para garantizar que los beneficios se paguen correctamente, los afiliados deben completar un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. BlueCross no tramitará ni pagará reclamaciones hasta que no 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.

Enfermedad renal en fase terminal

Al finalizar el periodo de coordinación de 30 meses para la enfermedad renal en etapa terminal, Medicare se convertirá en su seguro principal, independientemente de su estatus laboral. Si está cubierto como jubilado, debe ponerse en contacto con la PEBA en un plazo de 31 días para cambiarse del plan *Carve-out* al plan suplementario de Medicare. Para más información, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare*.

El periodo de coordinación puede ser diferente para los hijos dependientes cubiertos con enfermedad renal en etapa final o que recibieron un trasplante de riñón. Más información en el sitio web de Medicare.

Usar las redes de proveedores del Plan de Salud Estatal

Dado que el Plan de Salud Estatal funciona como una organización de proveedores preferidos, cuenta con redes de médicos y hospitales, centros ambulatorios quirúrgicos y de mamografías. En su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal notará las letras "PPO" impresas. El plan también pone a disposición de los titulares de pólizas redes para equipos médicos duraderos, laboratorios, radiología y rayos X, terapia física y ocupacional, logopedia, centros de enfermería especializada, centros de cuidados agudos a largo plazo y fin de la vida, y centros de diálisis. Al unirse a la red, estos proveedores aceptan el monto permitido por el plan como pago total por los beneficios cubiertos. Los proveedores de la red le cobrarán el deducible, el copago y el coseguro que a usted le corresponda cuando se presten los servicios. También enviarán las reclamaciones en su nombre.

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, usted pagará más por su atención.

Tenga en cuenta que, incluso si se encuentra en un hospital o en la consulta de un proveedor dentro de la red, el proveedor puede contratar a proveedores o técnicos fuera de la red. Si un proveedor fuera de la red presta servicios, incluso en un centro dentro la red, aún puede facturarle la diferencia y usted debe pagar la diferencia por usar un proveedor fuera de la red. La ley federal *No Surprises Act* limita los casos en los que un proveedor fuera de la red puede facturar la diferencia. Más información en peba.sc.gov/sites/default/files/surprise_billing.pdf. Para más información, consulte la página 42.

Encontrar un proveedor médico o de salud conductual dentro de la red

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

- Buscar un proveedor por nombre, ubicación y especialidad.
- Buscar alternativas a las salas de emergencias; es decir, otros lugares donde puede recibir atención médica, como centros de atención urgente y clínicas de atención sin cita previa.
- Si no tiene una cuenta en *My Health Toolkit*, es muy fácil registrarse. Busque *My Health Toolkit* en la tienda de aplicaciones de su celular y haga clic en "Sign Up" (Registrarse) o visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione "Create An Account" (Crear una cuenta). A continuación, introduzca su fecha de nacimiento y el número de identificación de beneficios que figura en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal. 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 los proveedores del Plan de Salud Estatal en su área. Companion Benefit Alternatives actúa como administrador de los beneficios de salud conductual, incluidos los beneficios por salud mental y consumo de sustancias. Para encontrar proveedores de salud conductual, utilice la herramienta "Find Care" en la sección "Resources" de su cuenta de *My Health Toolkit* en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Si necesita ayuda

para elegir a un proveedor, llame a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032.

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

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

Los miembros del Plan de Salud Estatal tienen acceso a la red de médicos y hospitales participantes de BlueCross en todo Estados Unidos a través del programa BlueCard® y en todo el mundo a través de BlueCross BlueShield Global® Core. Cuando viaje siempre lleve consigo sus tarjetas de identificación del plan de salud y la de medicamentos con recetas, ya que puede utilizarlas fuera del estado. Si está cubierto por el Plan de Salud Estatal 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 que más le convengan dentro de la red. A continuación, le indicamos cómo utilizar su cobertura médica cuando se encuentra fuera de su domicilio, pero dentro de los Estados Unidos:

1. Encuentre médicos y hospitales cercanos en StateSC.SouthCarolinaBlues.com.
2. Inicie sesión en su cuenta de *My Health Toolkit*, seleccione "Resources" y "Find Care" o llame a BlueCard Access al 800.810.2583.
3. Llame a Medi-Call en un plazo de 48 horas tras recibir atención de emergencia. El número gratuito figura en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal.

El proveedor debe enviar las reclamaciones ante la filial de BlueCross del estado en el que se prestaron los servicios. No debería tener que llenar ningún formulario de reclamación ni pagar por adelantado por los servicios médicos, salvo los gastos habituales que corren a cargo del paciente (deductibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos). BlueCross le enviará por correo una explicación de los beneficios.

Para 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 del Plan de Salud Estatal le da acceso a

médicos y hospitales en más de 200 países y territorios de todo el mundo, así como a una 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 Estatal de Salud no permite beneficios por servicios no cubiertos por Medicare, los titulares de póliza cubiertos por el plan suplementario de Medicare no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos.

Para más información, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare* de la PEBA en peba.sc.gov/publications.

A continuación, le indicamos cómo aprovechar el programa BlueCross BlueShield Global Core:

1. Si tiene alguna pregunta antes de su viaje, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal para verificar sus beneficios y obtener autorización previa, si es necesario. Sus beneficios de atención médica pueden ser diferentes fuera de los Estados Unidos.
2. El centro de servicios BlueCross BlueShield Global Core puede ayudarle a encontrar proveedores en el área a la que viaja y darle más información sobre la atención médica en el extranjero. Visite bcbsglobalcore.com. Debe aceptar los términos y las condiciones, e iniciar sesión con las tres primeras letras de su BIN. Luego, elija un tipo de proveedor. También puede elegir por especialidad, ciudad, país y distancia desde la ciudad donde esté. Llame al 800.810.2583 (llamada gratuita) o 804.673.1177 (llamada por cobrar), ya que los números gratuitos no siempre funcionan desde el extranjero.
3. Si lo hospitalizan, llame al centro de servicios de BlueCross BlueShield Global Core al 800.810.2583 (llamada gratuita) o al 804.673.1177 lo antes posible.
4. El centro de servicios de BlueCross BlueShield Global Core colaborará con su plan para organizar con el hospital la facturación directa por su estancia hospitalaria. Cuando se acuerda la facturación directa, usted es responsable de los gastos de bolsillo (servicios no cubiertos, deducibles, copagos y coseguros) que normalmente paga. El hospital presentará una reclamación en su nombre.
5. Tenga en cuenta que si no se ha acordado el pago directo entre el hospital y su plan, usted debe pagar la factura por adelantado y luego presentar una reclamación. En caso de atención ambulatoria y visitas al médico, debe pagarle al proveedor cuando reciba la atención y luego presentar una reclamación.
6. Para presentar una reclamación por los servicios que pagó cuando recibió atención médica o le pagó a proveedores que no forman parte de la red BlueCross BlueShield Global Core, complete un *Formulario de reclamación internacional de BlueCross BlueShield Global Core* y envíelo al centro de servicio de BlueCross BlueShield Global Core con la siguiente información: el cargo por cada servicio; la fecha de cada servicio; el nombre y la dirección de cada proveedor; la factura completa y detallada, que incluya descripciones de cada partida; y descripciones y fechas de todos los procedimientos y cirugías. Esta información no tiene por qué estar en inglés. Asegúrese de obtener toda esta información antes de salir del consultorio del proveedor.
7. El formulario de reclamación se encuentra en el sitio web de BlueCross, StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Vaya a la sección "Resources", luego a "Forms and Documents" (Formularios y documentos) y seleccione el formulario de reclamación internacional. También puede llamar al centro de atención al cliente al 800.810.2583 (llamada gratuita) o al 804.673.1177 (llamada por cobrar). La dirección del centro de servicio figura en el formulario de reclamación. BlueCross BlueShield Global Core se encargará de facturarle a BlueCross.

Si necesita una prueba de seguro para viajar al extranjero, solicítensela a la PEBA por escrito en peba.sc.gov/contact o por carta. La solicitud se debe hacer con al menos 10 días hábiles de antelación para garantizar que usted reciba el documento a tiempo.

Atención personalizada

Algunos proveedores dentro de la red del Plan de Salud Estatal ofrecen atención personalizada como parte de su enfoque de atención al paciente. La atención médica personalizada ("concierge care") también se conoce como medicina personalizada, medicina boutique, atención médica platino o atención directa. Los proveedores que ofrecen atención médica personalizada suelen cobrar una cuota anual de afiliación antes de aceptar pacientes o atenderlos. El Plan de Salud Estatal no cubre estas cuotas de afiliación, y los proveedores dentro de la red no pueden exigir el pago de una cuota de afiliación como condición para aceptarlo como paciente o para que reciba atención médica en virtud de los beneficios de su Plan de Salud Estatal. Como proveedores dentro de la red, estos deben cumplir toda la normativa del plan, lo que incluye aceptar los montos permitidos del plan por los servicios y no cobrar ningún suplemento por los servicios cubiertos. Esto significa que la cuota de afiliación de un proveedor no puede incluir

cargos adicionales por servicios o cosas que el Plan de Salud Estatal cubre normalmente.

Red de proveedores de medicamentos recetados

Para más información sobre su red de proveedores de medicamentos recetados, consulte la página 70.

Beneficios fuera de la red

Usted podría 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 por el plan para los beneficios fuera de la red, los titulares de pólizas del plan estándar deben cumplir primero con su deducible anual y luego con el máximo de coseguro individual de \$6,000 o el máximo de coseguro familiar de \$12,000 por los servicios fuera de la red. Los titulares de pólizas del plan de ahorros deben cumplir con su deducible anual y alcanzar el máximo de coseguro individual de \$6,000 o el máximo de coseguro familiar de \$12,000. Es posible que los titulares de pólizas de ambos planes también tengan que llenar formularios de reclamación.

Tenga en cuenta que no se pagarán beneficios por servicios radiológicos avanzados (tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética o tomografías por emisión de positrones) que no hayan sido autorizados previamente por Evolent.

No hay cobertura disponible para los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos. Los miembros inscritos en el Programa de Medicamentos Recetados del Plan de Salud Estatal que se enferman mientras viajan al extranjero tienen cobertura limitada de medicamentos. Para 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 cobre la diferencia. Cuando el Plan de Salud Estatal es su cobertura principal, los proveedores dentro de la red tienen prohibido facturarle por los beneficios cubiertos, excepto los copagos, el coseguro y el deducible. Sin embargo, un proveedor fuera de la red puede cobrarle más que el monto permitido por el plan para el beneficio cubierto (hasta los cargos del proveedor), lo que aumentará sus gastos de bolsillo.¹⁵ La diferencia entre lo que cobra el proveedor fuera de la red y el monto permitido se denomina facturación de y este monto no contribuye a su deducible anual ni el máximo de coseguro.

Diferencia por servicios fuera de la red

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

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

¹⁵ La ley federal *No Surprises Act* limita los casos en los que un proveedor fuera de la red puede facturar la diferencia. Más información en peba.sc.gov/sites/default/files/surprise_billing.pdf.

Plan estándar

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido ¹⁶	\$5,000.00
Deductible anual	- \$515.00
Monto permitido restante	\$4,485.00
Coseguro	x 20 % ¹⁷
Se aplica al máximo de coseguro	\$897.00
Copago ¹⁸	\$15.00
Deductible anual	+ \$515.00
Coseguro	+ \$897.00
Su pago total	\$1,427.00

Proveedor fuera de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido	- \$5,000.00
Factura del saldo ¹⁹	\$1,000.00
Monto permitido	\$5,000.00
Deductible anual	- \$515.00
Monto permitido restante	\$4,485.00
Coseguro	x 40 % ²⁰
Se aplica al máximo de coseguro	\$1,794.00
Copago	\$15.00
Deductible anual	+ \$515.00
Coseguro	+ \$1,794.00
Factura del saldo	+ \$1,000.00
Su pago total	\$3,324.00

Plan de ahorros

Proveedor dentro de la red	
Cargo facturado	\$6,000.00
Monto permitido ²¹	\$5,000.00
Deductible anual	- \$4,000.00
Monto permitido restante	\$1,000.00
Coseguro	x 20 % ²²
Se aplica al máximo de coseguro	\$200.00
Deductible 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	- \$5,000.00
Factura del saldo ²³	\$1,000.00
Monto permitido	\$5,000.00
Deductible anual	- \$4,000.00
Monto permitido restante	\$1,000.00
Coseguro	x 40 % ²⁴
Se aplica al máximo de coseguro	\$400.00
Deductible anual	\$4,000.00
Coseguro	+ \$400.00
Factura del saldo	+ \$1,000.00
Su pago total	\$5,400.00

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

17 El plan estándar pagó el 80 % del monto permitido de \$4,485 después del deducible, por un total de \$3,588.

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

19 Los proveedores fuera de la red pueden cobrar cualquier cantidad que elijan por encima del monto permitido y facturarle a usted la diferencia por encima del monto permitido.

20 El plan estándar pagó el 60 % del monto permitido de \$4,485 después del deducible, por un total de \$2,691.

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

22 El plan de ahorros pagó el 80 % de la cantidad permitida de \$1,000 después del deducible, por un total de \$800.

23 Los proveedores fuera de la red pueden cobrar cualquier cantidad que elijan por encima del monto permitido y facturarle a usted la diferencia por encima del monto permitido.

24 El plan de ahorros pagó el 60 % de la cantidad permitida de \$1,000 después del deducible, por un total de \$600.

Obtener la autorización previa para atención médica

Autorización previa para atención médica

Con el Plan de Salud Estatal, se requiere la autorización previa por teléfono de Medi-Call antes de que usted pueda recibir ciertos servicios cubiertos. Su proveedor de atención médica puede llamar por usted, pero es su responsabilidad asegurarse de que se haga la llamada. Para preautorizar su tratamiento médico, llame a Medi-Call al 800.925.9724.

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

Consulte la página 45 para información sobre salud conductual, la página 46 para radiología y la página 72 para medicamentos recetados.

Autorización previa para análisis de laboratorio

- Ciertos servicios de laboratorio requieren autorización previa y exigen que su proveedor le solicite a Avalon Healthcare Solutions (Avalon)²⁵ que revise dichos servicios antes de prestarlos. Las solicitudes de autorización previa se pueden enviar a Avalon por fax al 888.791.2181 o por teléfono al 844.227.5769, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., zona horaria EST. Una vez que Avalon reciba la solicitud, el personal clínico la revisa y le notifica la decisión a su proveedor. Una autorización para los análisis de laboratorio no garantiza el pago.

Cómo obtener la autorización previa de 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 de lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5 p. m., excepto los días feriados.

También le puede enviar la información a Medi-Call por fax las 24 horas del día. Medi-Call responderá en un plazo de dos días hábiles. Si envía un fax a Medi-Call, indique la siguiente información, como mínimo, para que se pueda comenzar la revisión:

- nombre del titular de la póliza;

- nombre del paciente;
- BIN del titular de la póliza;
- información sobre el servicio solicitado, y
- un número de teléfono en el que podamos localizarlo durante el horario laboral.

Medi-Call promueve una atención médica de alta calidad y rentable para usted y sus familiares cubiertos mediante revisiones que planifican, implementan, coordinan, controlan y evalúan las opciones y los servicios de atención médica necesarios para satisfacer las necesidades de cada persona. Debe ponerse en contacto con Medi-Call al menos 48 horas o dos días hábiles antes, lo que dure más, 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, incluida la admisión en un hospital para dar a luz;²⁶
- servicio ambulatorio preautorizado que da lugar a un ingreso hospitalario; debe llamar de nuevo para solicitar la aprobación de la hospitalización;
- cirugía ambulatoria para una septoplastia (cirugía del tabique nasal);
- cirugía ambulatoria o con hospitalización para una hysterectomía;
- escleroterapia (cirugía de venas) durante hospitalización, entorno ambulatorio o en consulta;
- inicio de un nuevo ciclo de quimioterapia o radioterapia (notificación única, luego anual);
- procedimiento radiológico (diagnóstico por imágenes) (véase la página 46 para más información);
- embarazo. Se recomienda que le notifique a Medi-Call durante los tres primeros meses del embarazo (véase la página 52 para más información);
- nacimiento de un hijo (si tiene previsto presentar una reclamación por cualquier gasto relacionado con el nacimiento);²⁷
- su bebé tiene complicaciones al nacer;

26 Para servicios de salud conductual, debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032. Consulte la página 45 para más información.

27 Contactar a Medi-Call para el parto de su bebé no añade al bebé a su seguro médico. Para añadir a su hijo debe iniciar sesión en el portal *MyBenefits*, solicitando el cambio y cargando la documentación necesaria, un certificado de nacimiento en formato largo, en un plazo de 31 días desde el nacimiento para que se puedan pagar los beneficios.

25 Avalon es una empresa independiente que presta servicios ambulatorios de laboratorio en nombre de BlueCross. Avalon no revisa las solicitudes de servicios prestados en salas de emergencias, centros quirúrgicos u hospitales (para pacientes hospitalizados).

- ingresa o va a ingresar en un centro de cuidados intensivos a largo plazo, un centro de enfermería especializada o necesita atención médica a domicilio, cuidados paliativos o un plan de tratamiento alternativo;
- necesita equipos médicos duraderos;
- fecundación in vitro, GIFT, ZIFT o cualquier otro procedimiento de infertilidad para usted o su cónyuge cubierto;
- evaluación para un trasplante (usted, su cónyuge o familiar cubierto), y
- servicios de rehabilitación durante hospitalización y la terapia física, del habla y lenguaje u ocupacional ambulatoria relacionada.

Una hospitalización en caso de emergencia, incluida la atención de urgencia relacionada con el nacimiento de un hijo, debe comunicarse en un plazo de 48 horas o al siguiente día hábil tras una admisión durante el fin de semana o un día feriado.

MediCall debe recibir por escrito, siete días antes de una cirugía, una solicitud de autorización previa para cualquier procedimiento que pueda considerarse cosmético. Los procedimientos incluidos en esta categoría son, entre otros, blefaroplastias, mamoplastias de reducción, mamoplastias de aumento, mastopexias, cirugía de la articulación temporomandibular y otras cirugías de la mandíbula, panniculectomías, abdominoplastias, rinoplastias y otras cirugías de la nariz, etc. Su equipo médico debe incluir fotografías si lo considera oportuno.

La determinación por parte de Medi-Call de que un tratamiento propuesto se ajusta a los estándares y procedimientos médicos generalmente reconocidos no garantiza el pago de la reclamación. Se deben cumplir otras condiciones, tales como los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones o exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan antes de que BlueCross haga el pago en nombre del Plan de Salud Estatal. Recuerde, si utiliza un proveedor fuera de la red, pagará más.

Autorización previa para servicios de salud conductual

La autorización previa y la gestión de casos de beneficios de salud conductual, como los beneficios por salud mental y consumo de sustancias, corren a cargo de Companion Benefit Alternatives, el gestor de beneficios de salud conductual del Plan de Salud Estatal.

Servicios que requieren autorización previa²⁸

Las visitas al consultorio de un proveedor de salud conductual, como psicólogos, trabajadores sociales clínicos o consejeros profesionales, no requieren autorización previa, a menos que sean uno de los siguientes servicios que se enumeran a continuación. Estos servicios deben ser preautorizados por Companion Benefit Alternatives:

- atención hospitalaria no urgente;
- atención hospitalaria ambulatoria intensiva;
- hospitalización parcial;
- terapia electroconvulsiva ambulatoria (servicios hospitalarios y médicos);
- terapia magnética transcraneal repetitiva;
- terapia de análisis conductual aplicado, y
- pruebas psicológicas/neuropsicológicas.

Para preautorizar los servicios, su proveedor debe llamar a Companion Benefit Alternatives al 800.868.1032 antes de la admisión para el servicio. En caso de emergencia, su proveedor debe llamar en un plazo máximo de 24 horas. Su proveedor debe llamar antes de prestar los servicios profesionales enumerados anteriormente. Companion Benefit Alternatives requerirá información clínica del proveedor de salud conductual que lo atiende para evaluar la necesidad médica. Su proveedor puede enviar la información clínica a través del centro de recursos de formularios en forms.companionbenefitalternatives.com, o por fax al 803.714.6456.

Aunque su proveedor puede ponerse en contacto con Companion Benefit Alternatives en su nombre, es su responsabilidad asegurarse de que se haga la llamada y se conceda la autorización previa. La decisión de Companion Benefit Alternatives no garantiza el pago. Antes de que BlueCross realice el pago, deben cumplirse otras condiciones, incluidos los requisitos de elegibilidad, otras limitaciones y exclusiones, el pago de deducibles y otras disposiciones del plan.

Sanciones por no solicitar la autorización previa necesaria para servicios de salud conductual

Si los servicios ambulatorios de salud conductual que requieren autorización previa (como la terapia de análisis conductual aplicado y las pruebas psicológicas/neuropsicológicas) no están preautorizados, no serán cubiertos.

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

Autorización previa para radiología avanzada: Evolent

El Plan de Salud Estatal cuenta con un proceso para obtener la autorización previa para tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías por emisión de positrones (PET). Los médicos, centros de radiología (diagnósticos por imágenes) y centros ambulatorios de radiología hospitalaria de Network South Carolina son responsables de solicitar la autorización previa de Evolent para radiología avanzada antes de hacer una prueba.

Los médicos pueden obtener más información en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](#) o llamando al 800.444.4311. Para solicitar una autorización previa en línea, los proveedores pueden visitar [www.RadMD.com](#) o llamar al 866.500.7664, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si un titular de póliza o un familiar cubierto tiene programada una CT, MRI, MRA o PET con un proveedor fuera de la red en Carolina del Sur o con cualquier proveedor fuera de Carolina del Sur, el titular de la póliza tiene la responsabilidad de asegurarse de que el proveedor solicite la autorización previa. Puede iniciar el proceso llamando al 866.500.7664. Debe facilitarle a Evolent el nombre y el teléfono del médico que realiza la solicitud, así como el nombre y el teléfono del centro de imagenología o del médico que prestará el servicio de radiología.

Evolent tomará una decisión sobre las solicitudes de autorización previa que no sean de emergencia en un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción de la solicitud del proveedor. Si la situación es urgente, la decisión se tomará en el plazo de un día hábil a partir de la recepción de la solicitud. Sin embargo, el proceso podría prolongarse si se necesita información clínica adicional para tomar una decisión.

Puede consultar el estatus de una solicitud de autorización previa de Evolent en su cuenta del portal *My Health Toolkit®* en [StateSC.SouthCarolinaBlues.com](#).

Sanciones por no llamar

Si un médico o centro de radiología dentro de la red de Carolina del Sur no solicita autorización previa para servicios de radiología avanzados, no se le pagará por el servicio y no se lo podrá facturar a el titular de la póliza. Si un titular de póliza o un familiar cubierto recibe servicios radiológicos avanzados 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 titular de la póliza será responsable del pago total de la factura.

Cuidado de la salud

PEBA Perks

Si el Plan de Salud Estatal es su cobertura de seguro médico principal, la PEBA le ofrece beneficios basados en el valor a bajo costo o gratis con los proveedores y farmacias dentro de la red. Estos beneficios pueden ayudarles a usted y a su familia a mantenerse saludables. Más información sobre los beneficios adicionales ("perks") de la PEBA, incluidos los requisitos de elegibilidad, en [www.PEBAPERKS.com](#).

Vacunas para adultos

Las vacunas para adultos, incluidas las de la gripe y del COVID-19, en los intervalos recomendados por los Centros para el Control de Enfermedades, están cubiertas en los proveedores participantes y sin costo alguno para los miembros del plan de ahorros, el plan estándar y el plan suplementario de Medicare. La cobertura incluye el costo de la vacuna y la tarifa de administración si el miembro se vacuna en el consultorio de un médico dentro de la red. Cualquier cargo asociado a la visita al consultorio seguirá la normativa habitual de cobertura del plan. Comuníquese con su médico dentro de la red o visite [www.cdc.gov/vaccines](#) y seleccione "Adultos" (mayores de 19 años) para saber qué vacunas están cubiertas.

Vacuna contra la gripe

La vacuna contra la gripe está disponible sin costo alguno para todos los miembros del plan de ahorros, el plan estándar y el plan suplementario de Medicare.

Los miembros pueden vacunarse en una farmacia dentro de la red con un copago de \$0. Si un miembro se vacuna en el consultorio de un médico dentro de la red, la vacuna contra la gripe y la tarifa de administración se pagarán en su totalidad. Sin embargo, cualquier cargo asociado con la visita al consultorio se procesará de acuerdo con la normativa habitual de cobertura del plan.

Salud conductual

Meru Health ofrece un programa de tratamiento de 12 semanas sin costo alguno para los miembros principales del Plan de Salud Estatal con el fin de reducir la ansiedad, el estrés, la depresión y el agotamiento. El programa combina el apoyo de terapeutas y psiquiatras, un dispositivo de capacitación con biorretroalimentación, el apoyo anónimo de otras personas en su misma situación, prácticas de meditación y actividades para cambiar hábitos. Más información sobre el programa e inscripciones en [meruhealth.com/cba](#). También pueden aprovechar, sin costo alguno, el asesoramiento de salud a través de BlueCross. Más información sobre los programas de salud disponibles en la página 51.

Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

El Plan Estatal de Salud solo cubre el costo de los análisis de laboratorio relacionados con una prueba de Papanicolaou por año calendario. Las afiliadas al plan estándar y al plan de ahorros que califiquen pueden beneficiarse de un chequeo anual para mujeres gratis, así como de un chequeo de bienestar anual para adultos también sin costo. Comuníquese 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 se cuentan para el deducible anual.

Según la recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos en los Estados Unidos (USPSTF, *United States Preventive Services Task Force*), el plan pagará beneficios por la prueba del virus del papiloma humano una vez cada cinco años para las mujeres de entre 30 y 65 años, o según lo recomiende el USPSTF.

Exámenes de detección de cáncer colorrectal

Para los miembros primarios del Plan de Salud Estatal, las pruebas de detección del cáncer colorrectal, tanto diagnósticas como rutinarias, no tienen costo con los proveedores dentro de la red. Las pruebas cubiertas incluyen colonoscopias y análisis de sangre oculta en heces. Las colonoscopias rutinarias 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, sin costo alguno para los miembros elegibles, algunas pruebas de detección temprana en casa para colonoscopias rutinarias y diagnósticas. 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 las instalaciones o análisis de laboratorio como resultado de la prueba de detección puede estar sujeto a la responsabilidad del paciente. Visite a un proveedor dentro de la red cualificado para ver qué opción de detección es la más adecuada para usted. También debe comunicarse con su proveedor para informarse sobre el costo de cualquier servicio relacionado.

Control de la diabetes

Virta es un programa para ayudar a revertir la diabetes tipo 2 mientras se reduce y controla de forma natural el nivel promedio de azúcar en sangre (HbA1c). El programa está disponible sin costo alguno para los miembros primarios elegibles del Plan de Salud Estatal. Más información en virtahealth.com/join/peba.

Los miembros principales del Plan de Salud Estatal también

pueden recibir, sin costo alguno, clases con educadores certificados en diabetes a través de un proveedor dentro de la red. La educación sobre la diabetes capacita a los diabéticos para que controlen su enfermedad, a fin de evitar las complicaciones relacionadas. Las personas que reciben educación sobre la diabetes son más propensas a utilizar servicios de atención primaria y preventivos, a tomar los medicamentos según lo indicado y a controlar sus niveles de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol. Visite a un proveedor dentro de la red para más información. Véase también en la página 51.

Peso saludable

Wondr Health es un programa clínico conductual centrado en la pérdida de peso y la prevención de la diabetes para los miembros del Plan de Salud Estatal, incluidos los cónyuges y los hijos dependientes mayores de 18 años. Los miembros con Medicare como seguro principal también califican. Algunas afecciones médicas o índices de masa corporal podrían impedirle participar en el programa.

Wondr Health le enseñará que para perder peso no se trata de lo que come, sino cuándo y cómo come. Además, puede reducir su riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes y cardiopatías, al tiempo que aumenta su probabilidad de vivir una vida más larga y saludable. El programa ofrece un sitio web fácil de usar, un kit de bienvenida y asesoramiento por video con 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 mantenerse a largo plazo. Cada semana, podrá ver las lecciones cuando le resulte más conveniente en su computadora, teléfono inteligente o tableta a través de las aplicaciones para iPhone o Android.

Tras las primeras 12 semanas, se le inscribirá automáticamente en las siguientes clases semanales personalizadas y en seis meses de apoyo continuo, según sea necesario. Este programa se caracteriza por su sencillez, comodidad y una experiencia atractiva para los miembros, que conduce a una mejora sostenible de la salud. Más información en www.wondrhealth.com/PEBA.

BlueCross también ofrece asesoramiento de salud para ayudarle a alcanzar sus objetivos de control de peso. Más información sobre los programas en la página 51.

Salud cardíaca

Hello Heart es un programa fácil de usar que le ayuda a controlar, comprender y gestionar la salud cardíaca desde la privacidad de su teléfono. *Hello Heart* está disponible sin costo para los miembros principales del Plan de Salud Estatal que califiquen, e incluye un tensiómetro gratuito que se conecta a una aplicación en su teléfono inteligente. ¡Es un

programa interesante y gratificante! Inscríbase y comience en join.helloheart.com/PEBA2.

También puede trabajar con un asesor de salud de BlueCross que le ayudará a comprender mejor su afección cardíaca y cómo controlarla. Más información sobre el asesoramiento en materia de salud en la página 51.

Mamografías

El Plan de Salud Estatal utiliza la red mamografías de BlueCross para las mamografías de rutina. Estas están cubiertas al 100 % si utiliza un proveedor dentro de la red de mamografías de BlueCross y cumple con los requisitos de elegibilidad. No se requiere una orden médica para que el plan cubra una mamografía de rutina, pero algunos centros podrían solicitarla. Los beneficios de mamografías incluyen:

- una mamografía de referencia (cuatro vistas) para mujeres de entre 35 y 39 años, y
- una mamografía anual de rutina (cuatro vistas) para las mujeres mayores de 40 años.

Considere programar su mamografía después de su cumpleaños para que recuerde hacérsela cada año. Puede encontrar un proveedor dentro de la red de mamografías con la herramienta "Find Care" (Buscar atención médica), en la sección "Resources" (Recursos) de su cuenta de *My Health Toolkit*. También puede llamar a BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520 si necesita asistencia. Además, el plan también cubre las mamografías de diagnóstico.

Los cargos por mamografías de rutina realizadas por proveedores de Carolina del Sur no están cubiertos a menos que el proveedor participe en la red de mamografías de BlueCross, incluso si el proveedor participa en la red del Plan de Salud Estatal. Las mamografías de rutina realizadas fuera de Carolina del Sur no están cubiertas, a menos que el proveedor participe en una red BlueCross en el otro estado. Los proveedores fuera de la red pueden cobrarle cualquier precio por sus servicios, por lo que es posible que usted pague más.

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

Las mujeres que están cubiertas como jubiladas e inscritas en Medicare deben ponerse en contacto con Medicare o consultar el manual *Medicare y usted* para obtener información sobre la cobertura. El Plan de Salud Estatal es el plan principal para las mujeres cubiertas como empleadas activas o como cónyuges de empleados activos, independientemente de su elegibilidad para Medicare.

Salud materna

Los miembros pueden inscribirse en *Coming Attractions*, un programa de salud materna, y aprender cómo recibir sacaleches eléctricos o manuales sin costo alguno.

No-Pay Copay

El programa *No-Pay Copay* les ofrece a los miembros elegibles del²⁹ Plan de Salud Estatal que padecen hipertensión arterial, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades cardiovasculares o enfermedades coronarias una exención del copago para determinados medicamentos genéricos que tratan estas afecciones.³⁰ El programa les ofrece a los miembros elegibles una exención del copago para ciertos medicamentos y suministros de marca de menor precio, y un copago más bajo para los medicamentos y suministros de marca de mayor precio que tratan la diabetes. El programa los anima a comprometerse más con su salud y les permite ahorrar dinero. Los participantes deben calificar anualmente para el programa. Al completar ciertas actividades durante el año, pueden recibir sin costo alguno ciertos medicamentos genéricos y suministros para diabéticos de bajo costo, así como un copago más bajo por ciertos suministros de marca más caros, durante el resto del año en curso y el año siguiente.

Los miembros son clasificados automáticamente en la plataforma Personify Health en una de las condiciones elegibles. Después de registrarse en Personify Health, se inscribe a los miembros en *NoPay Copay*, ya sea al declarar su afección en la evaluación de salud, al presentar una reclamación específica por dicha afección o al actualizar su situación de salud en la lista de revisión *My Care Checklist*.

Personify Health es fácil de usar y tiene opciones digitales similares a las que ya se utilizan en la vida cotidiana. Las funciones incluyen una evaluación personal de salud, tarjetas diarias, experiencias de salud, hábitos saludables,

29 Los empleados, jubilados y titulares de póliza del seguro COBRA, y sus sobrevivientes, cónyuges y excónyuges cubiertos, son elegibles si el Plan de Salud Estatal es su seguro principal. Si el titular de una póliza está inscrito en el plan suplementario de Medicare y su cónyuge cubierto no es elegible para Medicare, el cónyuge califica para el programa. Los hijos dependientes no califican para el programa, independientemente de su edad. Si un miembro califica para *No-Pay Copay* y luego pasa a ser elegible para Medicare, la exención finalizará cuando dicho miembro pase a ser miembro principal de Medicare y se inscriba en *SilverScript Employer PDP*, el programa de la Part D de Medicare del Plan de Salud Estatal. La inscripción en *SilverScript* implica la cancelación inmediata de la exención.

30 También están cubiertos, sin costo alguno, los suministros de marcas más económicas para los análisis de la diabetes (tiras reactivas, solución de control, lancetas, jeringas, agujas para plumas, etc.) adquiridos en una farmacia dentro de la red. El fabricante suministrará un glucómetro por separado. Algunos suministros de mayor precio para la diabetes, como los monitores continuos de glucosa y sus suministros asociados, están cubiertos con un copago menor.

retos y mucho más. La tecnología inteligente de Personify Health ofrece consejos y programas personalizados que ayudan a desarrollar hábitos saludables. Las actividades de cumplimiento del programa se adaptan a la condición y los riesgos de salud de cada miembro.

La exención del copago finaliza cuando un participante del programa *No-Pay Copay* se inscribe en Medicare como su seguro principal. Esto es así independientemente de si el miembro está inscrito en la cobertura del plan de Exención para Grupos Patrocinados por un Empleador (*Employer Group Waiver Plan*).

Para obtener información detallada sobre el programa *No-Pay Copay*, visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com o llame a atención al cliente de BlueCross al 800.868.2520. Llame al 855.838.5897 si cree que califica para participar en el programa, pero no se le ha notificado su elegibilidad. BlueCross administra el programa, pero puede llamar a Caremark, el administrador de beneficios farmacéuticos, al 833.291.3646 para más información sobre las recetas genéricas elegibles.

Evaluación de prevención

Este beneficio se les ofrece, sin costo alguno, a los empleados, jubilados, titulares de póliza del seguro COBRA y sus cónyuges e hijos dependientes cubiertos que tengan 19 años o más, así como a excónyuges si su cobertura principal es el plan estándar o el plan de ahorros. Este tipo de evaluaciones suele costar cerca de \$500 e incluye análisis de sangre, una evaluación de riesgos de salud, mediciones de altura, peso y presión arterial, y perfiles lipídicos.

Después de la evaluación, recibirá un informe confidencial con sus resultados y con recomendaciones para mejorar su salud. Compartir este informe a su médico podría eliminar la necesidad de hacerse pruebas. Además de tener la evaluación en su lugar de trabajo, existen otras opciones para aprovechar este beneficio. También le animamos a que comparta sus resultados con BlueCross para que se carguen automáticamente en la evaluación de salud personal de Personify Health. Más información sobre Personify Health en la página 34.

Participe en una evaluación regional de prevención

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

Visite un proveedor de evaluaciones de prevención

Visite a uno de nuestros proveedores para hacerse la evaluación de prevención. En www.PEBAperks.com

encontrará una lista de proveedores, así como un vale que debe llevar cuando acuda a la evaluación.

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

Además de las pruebas y evaluaciones obligatorias, los proveedores de servicios de detección podrían ofrecer pruebas opcionales por un costo adicional. Comuníquese con el proveedor para obtener información sobre los gastos de bolsillo asociados a estas pruebas. Tenga en cuenta que las pruebas opcionales pueden variar según el proveedor.

Dejar de fumar

El programa para dejar de fumar ofrece una variedad de estrategias basadas en evidencia científica para dejar todas las formas de tabaco y el vapeo. Se le asignará uno de los proveedores disponibles dentro de la red para dejar de fumar luego de hacer una evaluación de un minuto para comprender mejor su consumo de tabaco y sus preferencias de participación en el programa. Este enfoque personalizado garantiza que los miembros trabajen con el proveedor que mejor se adapte a sus necesidades. Las ofertas del programa incluyen, entre otras cosas, asesoramiento para dejar de fumar, sesiones interactivas en línea en vivo y directo, apoyo comunitario, biblioteca educativa virtual, juegos y aplicaciones de atención plena.

El programa para dejar de fumar es gratis para los titulares de pólizas principales del Plan de Salud Estatal, sus cónyuges y dependientes cubiertos. Para los miembros mayores de 18 años que califican, el programa también ofrece terapia de reemplazo de nicotina gratuita, como parches, chicles o pastillas, si es apropiado.

Para inscribirse, inicie sesión en *My Health Toolkit* y vaya a "Wellness & Care Management" (Bienestar y gestión del cuidado), "Wellness Programs" (Programas de bienestar) y, luego, a "My Health Novel". Allí hará la evaluación para que se le asigne el programa más adecuado para usted. Los medicamentos para dejar de fumar, como bupropión o Chantix genérico, también están disponibles para los miembros principales a través de la cobertura de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal, sin costo alguno, cuando se obtienen de un proveedor dentro de la red.

Beneficios para adultos (chequeos médicos y vacunas)

Los miembros principales del Plan de Salud Estatal tienen derecho, sin costo alguno, a un chequeo de bienestar anual para adultos. Los chequeos de bienestar son una parte

fundamental de la atención preventiva y pueden brindarle seguridad a los miembros al asegurarles que están tan sanos como se sienten o animarlos a hacer preguntas sobre su salud. De acuerdo con las recomendaciones A o B del [Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos en los Estados Unidos](#), los servicios basados en la evidencia científica se incluyen en el Plan de Salud Estatal (plan estándar y de ahorros) como parte del chequeo de bienestar anual para adultos.

El beneficio está disponible para todos los adultos mayores de 19 años que no estén afiliados a Medicare y que estén cubiertos por el plan estándar

Cómo aprovechar al máximo sus beneficios

El Plan de Salud Estatal ofrece muchos beneficios basados en el valor sin costo alguno para sus miembros principales a través de PEBA Perks. A continuación, aprenda cómo coordinar sus beneficios de PEBA Perks con sus chequeos de bienestar para adultos.

- Hágase el examen preventivo.** Puede recibir un examen biométrico sin costo alguno durante su chequeo de bienestar para adultos, lo que minimizará el costo para el plan. Más información sobre lo que incluye una revisión en la página 48.
- Acuda a su chequeo de bienestar para adultos después del examen preventivo.** Las recomendaciones A y B del USPSTF se incluyen como parte del chequeo de bienestar para adultos. Después de hablar con su médico durante una visita, este puede decidir qué servicios necesita y elaborar un plan de atención personalizado para usted.
- Comparta los resultados de sus exámenes preventivos con su médico.** Recibirá un informe confidencial con los resultados de su examen, y le recomendamos que lo comparta con su médico para evitar tener que repetir pruebas en el chequeo de bienestar para adultos. Compartir sus resultados minimizará el costo de su chequeo de bienestar para adultos, tanto para usted como para el plan.
- Siga las recomendaciones de su médico y manténgase comprometido con su salud.** Le animamos a que aproveche los demás PEBA Perks (beneficios adicionales) a su disposición. Inscríbase en *No-Pay Copay*, si califica, para recibir algunos medicamentos genéricos gratis. Más información en la página 48.

o en el plan de ahorros. Los miembros adultos pueden aprovechar este beneficio con un proveedor dentro de la red especializado en medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría o gerontología. Las afiliadas que

califiquen también pueden recibir un chequeo de bienestar anual gratis. Las mujeres pueden aprovechar el beneficio de bienestar femenino con un proveedor dentro de la red especializado en obstetricia y ginecología, o pueden realizarse un examen de bienestar femenino junto con o además de su chequeo de bienestar anual con un proveedor dentro de la red especializado en medicina general, medicina familiar, medicina interna o gerontología. Una mujer afiliada puede recibir tanto un chequeo de bienestar para adultos como un chequeo de bienestar femenino 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 un chequeo de bienestar para adultos y en un chequeo de bienestar femenino en el mismo año del plan; se denegarán los servicios duplicados.

Servicios no incluidos en un chequeo de bienestar para adultos

Los servicios no incluidos en un chequeo de bienestar para adultos son aquellos que no cuentan con una recomendación A o B por parte del USPSTF. Encuentre estas recomendaciones en www.uspreventiveservicestaskforce.org. Otros servicios, incluyendo hemogramas completos, electrocardiogramas (EKG), pruebas de PSA y paneles metabólicos básicos, solo están cubiertos si su médico los pide para tratar una afección específica; y, además, están sujetos al copago, deducible y coseguro, así como a las disposiciones normales del plan. Las visitas y los servicios de seguimiento como resultado de su chequeo de bienestar también están sujetos a las disposiciones normales del plan.

Más información sobre los servicios incluidos en el chequeo de bienestar para adultos en peba.sc.gov/well-visits.

Beneficios de cheques de bienestar para niños

Los beneficios de cheques de bienestar para niños, que incluyen cheques y vacunas, tienen como objetivo promover la buena salud, así como la detección precoz y la prevención de enfermedades en los niños inscritos en el Plan de Salud Estatal. Los hijos cubiertos tienen derecho a exámenes médicos preventivos hasta que cumplan 19 años.

El plan paga el 100 % del monto permitido por los exámenes de rutina aprobados, las vacunas recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades, los servicios recomendados por la Academia Americana de Pediatría específicos para determinadas edades y las pruebas de laboratorio cuando un médico de la red realiza estos cheques:

- Menor de 1 año (hasta seis visitas)
- 1 año (hasta tres visitas)
- 2 años (hasta dos visitas)
- Desde los 3 años hasta cumplir los 19 (una visita anual)

El chequeo de bienestar de niños debe realizarse después

del cumpleaños del niño/joven, pero no tiene por qué ser 365 días después del chequeo del año anterior.

Los beneficios se pagarán al 100 % del monto permitido cuando estos servicios sean con un médico dentro de la red del Plan de Salud Estatal. No se pagarán los servicios prestados por proveedores fuera de la red.

Algunos servicios podrían no considerarse parte del chequeo de bienestar para niños. Por ejemplo, si durante un chequeo de bienestar se detectara fiebre y dolor de garganta, los análisis de laboratorio para verificar el diagnóstico no formarían parte de la visita de rutina. Estos gastos, si están cubiertos, estarían sujetos al copago, deducible y coseguro, al igual que cualquier otro gasto médico.

Gestión de cuidados

Los programas de asesoramiento de salud están diseñados para ayudar a los titulares de pólizas del plan estándar y del plan de ahorros, así como a sus familiares adultos cubiertos, que padecen determinadas afecciones médicas crónicas o conductuales, a controlar sus síntomas y retrasar, e incluso prevenir, muchas de las complicaciones de estas enfermedades. Para inscribirse en un programa, llame a BlueCross al 877.505.7390. Los representantes están disponibles durante el horario laboral habitual.

BlueCross también identifica a los participantes mediante la revisión de las reclamaciones médicas, farmacéuticas y de laboratorio. Si se le identifica como alguien que podría beneficiarse de uno de los programas de asesoramiento de salud, ya sea a través de sus reclamaciones o de sus respuestas a la evaluación de salud personal en Personify Health, se le inscribirá automáticamente. Sin embargo, los programas son voluntarios y se puede dar de baja en cualquier momento. También puede inscribirse por su cuenta en uno o varios de los programas de asesoramiento de salud. Si tiene presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria o diabetes, BlueCross podría enviarle una notificación indicando que también califica para el programa *No-Pay Copay*.

Como participante en los programas de asesoramiento de salud, recibirá materiales educativos y una carta de bienvenida con el nombre y la información de contacto de su asesor de salud de BlueCross. Su asesor de salud es un profesional de atención médica que le ayudará a conocer mejor su enfermedad y cómo controlarla. Su asesor de salud se pondrá en contacto con usted por teléfono y lo ayudará a colaborar con su médico para desarrollar un plan que le permita tomar el control de su enfermedad. Puede comunicarse con su asesor de salud tantas veces como desee para plantearle preguntas o pedirle consejos.

Para ponerse en contacto con un asesor de salud, llame al 855.838.5897 (opción 2).

Como miembro del Plan de Salud Estatal, puede utilizar *My Health Planner*SM, la aplicación gratuita que lo conecta con un equipo de enfermeros, terapeutas y otros profesionales sanitarios especializados en la gestión de la atención médica.

Cuando necesite ayuda, esta aplicación:

- le permite tomar el control de su salud;
- lo ayuda a comprender qué debe hacer para sentirse mejor;
- lleva un registro de lo que debe hacer entre visitas médicas, y
- le permite mantenerse en contacto con su equipo de gestión de cuidados.

Para acceder a la aplicación *My Health Planner*, busquela en su App Store o Google Play y utilice el código de acceso "SCStartVisit". Después de descargarla, seleccione "Create New Account" (Crear una cuenta nueva).

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

Salud conductual

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

- Recuperación de adicciones
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno bipolar
- Depresión

Afecciones crónicas

Los asesores de salud trabajan individualmente con los miembros diagnosticados con las siguientes enfermedades crónicas y los ayudan a aprender más sobre su afección y cómo controlarla. El asesor de salud también colaborará con el médico de la persona para desarrollar un plan que le permita controlar su enfermedad.

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad coronaria; diabetes
- Colesterol elevado
- Hipertensión (presión arterial elevada)

- Migrañas

Estilos de vida saludables

Si está listo para ponerse en forma, pero no sabe por dónde empezar, un asesor de salud personal puede ayudarle. Su asesor de salud puede ayudarle con un plan de acción personalizado para alcanzar sus objetivos de un estilo de vida más saludable.

- Salud de la espalda
- Salud metabólica
- Gestión del estrés
- Control del peso para adultos y niños

Para comunicarse con un asesor de salud, llame al 855.838.5897 (opción 3).

Maternidad

Tanto si está esperando su primer bebé como si ya tiene experiencia como madre, la animamos a que se inscriba y participe en los servicios gratuitos de salud materna. MediCall administra *Coming Attractions*, el programa integral de salud materna de la PEBA. Este programa apoya a las madres durante el embarazo y el cuidado posparto. También atiende a los bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y a 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 posparto. Usted no tiene que esperar hasta que su médico la vea para inscribirse en *Coming Attractions*, y el proceso de inscripción es muy sencillo.

Hay tres formas de inscribirse:

1. Descargue la aplicación *My Health Planner* desde su App Store o Google Play. Seleccione "Create New Account" (Crear una cuenta nueva) e introduzca el código de acceso "MATCARE" para comenzar.
2. Visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com e inicie sesión en su cuenta de *My Health Toolkit*. Seleccione "Wellness" (Bienestar) y, luego, "Care Management" (Gestión de cuidados). Seleccione el enlace "Member Portal" (Portal para miembros), luego "Assessments" (Evaluaciones) y complete el examen médico de maternidad, que aparece como "Enroll in the Maternity Program" (Inscripción en el programa de maternidad).
3. Llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724 para hablar con una enfermera especializada en maternidad o un asesor de salud y para completar un breve examen de salud materna.

Una vez inscrita, tendrá acceso a materiales educativos

durante todo su embarazo y el periodo posparto. Como parte de sus beneficios, también tiene acceso a *My Health Planner*. Esta aplicación le ofrece un programa interactivo adaptado su la etapa del embarazo y le permitirá comunicarse de forma segura con su equipo de atención materna entre llamadas y citas con médicas.

Si no se identifican riesgos durante su embarazo, le recomendamos que llame por teléfono si nota algún cambio en su estado o que se comunique mediante mensajes de texto seguros a través de *My Health Planner*. Si se identifican factores de riesgo, recibirá llamadas periódicas de una enfermera especializada en maternidad. Nuestro equipo especializado en maternidad está aquí para ayudarle a comprender sus beneficios, coordinar la atención con sus proveedores de atención médica y apoyarla durante su embarazo.

Coming Attractions estará ahí para ayudarle con sus necesidades de rutina y especiales durante todo su embarazo y más allá.

Para más información sobre los beneficios de maternidad, incluida la cobertura de algunos sacaleches, consulte la sección "Embarazo y atención pediátrica" en la página 58.

Programas de gestión de casos médicos

Los programas de gestión de casos para los miembros del Plan de Salud Estatal que se enfrentan a enfermedades o lesiones graves tienen como objetivo ayudarles a encontrar información sobre apoyo y tratamiento. Cada programa incluye equipos de enfermería y médicos que han recibido capacitación especializada. Su objetivo es ayudar a los participantes a coordinar, evaluar y planificar la atención médica, y lo hace permitiendo que los pacientes tomen el control de su atención y respetando su derecho al conocimiento, a la elección, a una relación directa con su médico, a la privacidad y a la dignidad. Ninguno de los programas ofrece tratamiento médico.

Para más información sobre cualquiera de estos programas, llame al 800.925.9724 y pida hablar con un administrador de casos.

Programa de gestión de casos de BlueCross Medi-Call

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

Los gestores de casos hablan con los pacientes, sus

familiares y los proveedores para establecer objetivos de atención médica, coordinar la atención y apoyar al paciente durante una crisis o con una enfermedad crónica. Participar en la gestión de casos es voluntario y puede ser a corto o largo plazo. Los gestores de casos combinan los servicios estándar de autorización previa con enfoques innovadores para los pacientes que requieren altos niveles de atención médica y beneficios, y suelen organizar servicios o identificar recursos comunitarios para satisfacer las necesidades de los pacientes.

El gestor de casos trabaja con el paciente y los proveedores para evaluar, planificar, implementar, coordinar, monitorear y evaluar cómo satisfacer las necesidades del paciente, reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

El enfermero 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. Todas las comunicaciones entre BlueCross y el paciente, sus familiares o proveedores cumplen con los requisitos de privacidad de La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, *Health Insurance Portability and Accountability Act*).

Medi-Call seguirá preautorizando el tratamiento adecuado aunque el paciente rechace la gestión de su caso médico.

Para más información, llame al 800.925.9724 y hable con un administrador de casos.

Programa de gestión de cuidados complejos

Algunos miembros son derivados al programa de gestión de cuidados complejos, diseñado para ayudar a los pacientes más graves, como los miembros con afecciones médicas complejas y hospitalizaciones frecuentes o con barreras críticas para su atención.

El programa de gestión de cuidados complejos ofrece información y apoyo a través de un gestor de casos, que es un enfermero.

Este enfermero coordinador puede ayudarle a identificar opciones de tratamiento, los suministros y equipos recomendados por su médico, coordinar la atención y buscar opciones de transporte y alojamiento para tratamientos fuera de la ciudad. El enfermero se mantiene en contacto con el paciente y sus cuidadores para evaluar y reevaluar el plan de tratamiento y su progreso. Este programa le ayuda a tomar decisiones informadas sobre su salud cuando está gravemente enfermo o lesionado. La participación es voluntaria y puede abandonar el programa en cualquier momento y por cualquier motivo. Sus beneficios no se verán afectados por su participación.

BlueCross lo derivará al programa si considera que puede

ser beneficioso para usted. Recibirá una carta en la que se le explicará el programa y un representante se pondrá en contacto con usted. A continuación, un equipo de enfermeros y doctores 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 gestión de cuidados complejos. Su enfermero gestor de casos será su persona de contacto principal. Sin embargo, usted y su médico siempre tomarán la decisión final sobre su tratamiento. Asegúrese de consultar con su doctor antes de seguir cualquier consejo médico.

Programa de gestión de casos oncológicos

La gestión de casos oncológicos está disponible para determinados miembros del Plan de Salud Estatal que reciben tratamiento activo contra el cáncer.

Los enfermeros de este programa ofrecen educación y coordinación de atención que pueden ayudar a prevenir enfermedades agudas, complicaciones y hospitalizaciones. Cuando un miembro que está en tratamiento activo contra el cáncer es derivado al programa, Un enfermero se pone en contacto con él para confirmar que es un buen candidato para la gestión de casos oncológicos. El enfermero, con muchos años de experiencia en el cuidado de pacientes con cáncer, ofrece información y ayuda a coordinar la atención médica.

Como el enlace entre usted, sus proveedores y el equipo de oncología, el enfermero identifica sus necesidades al revisar su historial médico y consultar con usted, su familia y su equipo de atención médica. Las necesidades pueden ser médicas, sociales, conductuales, emocionales y económicas. El enfermero coordina los servicios en función de las necesidades a largo plazo y las incorpora a un plan acordado por usted, sus médicos, el equipo de oncología y otros proveedores. Su enfermero lo llamará con frecuencia y recibirá información actualizada de sus proveedores.

Programa de gestión de casos de enfermedad renal

La gestión de casos de enfermedad renal es para determinados miembros del Plan de Salud Estatal con enfermedad renal crónica y quienes reciben diálisis renal. El enfermero de este programa ofrece educación y coordinación de la atención, lo que puede ayudar a prevenir enfermedades agudas y hospitalizaciones.

Cuando un miembro que padece una enfermedad renal crónica o que está recibiendo diálisis renal es derivado al programa, un enfermero se pone en contacto con él para confirmar que es un buen candidato para la gestión de casos renales. El enfermero, con muchos años de

experiencia en nefrología y diálisis, ofrece educación y ayuda a coordinar la atención médica.

Como enlace entre usted, sus proveedores y el equipo de diálisis, el enfermero identifica sus necesidades al revisar su historial médico y consultar con usted, su familia y su equipo de atención médica. Las necesidades pueden ser médicas, sociales, conductuales, emocionales y económicas. El enfermero coordina los servicios en función de las necesidades a largo plazo y las incorpora en un plan acordado por usted, sus médicos, el equipo de nefrología y otros proveedores. Su enfermero lo llamará con frecuencia y recibirá información actualizada de sus proveedores.

Blue365® y descuentos para miembros

Blue365, ofrecido por BlueCross, es un programa de descuentos para los titulares de pólizas del Plan de Salud Estatal. El programa cuenta con una red de acupuntura, masajistas y gimnasios autorizados que ofrecen tarifas más bajas, a menudo con descuentos de hasta el 25 %. Blue365 también ofrece descuentos en centros de salud, programas de nutrición y para adelgazar, dispositivos portátiles monitorear la actividad física y mucho más.

Para más información sobre Blue365 o los descuentos para miembros, visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com, inicie sesión en cuenta de *My Health Toolkit* y haga clic en "Resources" y en "Blue 365 Discounts" o llame a atención al cliente de BlueCross al 800.868.2520.

Beneficios adicionales del Plan de Salud Estatal

El plan estándar y el plan de ahorros pagan los beneficios para el tratamiento de enfermedades y lesiones si el *Plan de Beneficios* lo define como un tratamiento médica necesaria. Si bien esta sección ofrece una descripción general de muchos de estos beneficios, el *Plan de Beneficios*, disponible en peba.sc.gov/publications, contiene una descripción completa de todos ellos. Sus términos y condiciones rigen todos los beneficios de salud ofrecidos por la PEBA.

Los beneficios basados en el valor —incluidos los beneficios preventivos, como las vacunas, y los beneficios específicos para mujeres y niños— tienen su propia sección en este capítulo. Los beneficios de salud conductual también tienen en su propia sección. Los beneficios sobre los medicamentos recetados, beneficios dentales y de visión se tratan en los próximos capítulos. Algunos servicios y tratamientos requieren autorización previa de Medi-Call, Evolent, Companion Benefit Alternatives o Caremark. Para más información, lea la sección Medi-Call que comienza en

la página 44, la sección sobre salud conductual en la página 45 y la sección sobre Evolent en la página 46.

Según los términos del Plan de Salud Estatal, un servicio o suministro médica necesaria:

- es médica apropiado para identificar o tratar una afección, enfermedad o lesión existente;
- se ofrece para el cuidado y tratamiento directo de la afección, enfermedad, dolencia o lesión;
- es recetado u ordenado por un médico;
- se ofrece de conformidad con las prácticas médicas quirúrgicas reconocidas y adecuadas que prevalecen en la especialidad médica o el campo de la medicina en el momento en que se ofrece;
- no es principalmente para la conveniencia del paciente, su familia o su proveedor, y
- no tiene fines experimentales, de investigación ni cosméticos.

El hecho de que un médico recete un procedimiento, servicio o suministro no significa automáticamente que sea médica necesaria según los términos del Plan de Salud Estatal.

Enfermeros de práctica avanzada

Los gastos por los servicios prestados por un enfermero con licencia para ejercer, independiente y de práctica avanzada están cubiertos, incluso si dichos servicios no se prestan bajo la dirección inmediata de un médico. Un enfermero de práctica avanzada (*advanced practice registered nurse*) es un enfermero con facultades médicas (*nurse practitioner*), una partera certificada, un enfermero anestesista certificado o un enfermero clínico especialista. Todos los servicios recibidos deben estar dentro del ámbito de la licencia del enfermero y ser necesarios debido a un servicio permitido por el plan.

Plan de tratamiento alternativo

Un plan de tratamiento alternativo es un programa individualizado que permite realizar el tratamiento de una forma más rentable y menos intensiva. Un plan de tratamiento alternativo requiere la aprobación del médico tratante, de Medi-Call y del paciente. Se cubrirán los servicios y suministros autorizados por Medi-Call como médica necesarios debido al plan de tratamiento alternativo aprobado.

Servicio de ambulancia

El servicio de ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea, está cubierto hasta el hospital más cercano para recibir la atención médica de urgencia necesaria. Si se

autoriza previamente, el servicio de ambulancia también podría estar cubierto para transportar a un miembro al hospital más cercano que pueda brindar los servicios de hospitalización médica necesarios cuando dichos servicios no estén disponibles en el centro actual. Todos los servicios de ambulancia que no sean de emergencia deben ser autorizados previamente. Todas las reclamaciones por servicios de ambulancia están sujetas a revisión médica.

Los servicios de ambulancia se reembolsan al 80 % del monto permitido. Sin embargo, los proveedores no participantes en el plan pueden facturarle el monto total del servicio. Tenga en cuenta que es posible que no todos los servicios de ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea, estén dentro de la red. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio de ambulancia está dentro de la red o no, comuníquese con BlueCross. Para información sobre la facturación de saldos, consulte la página 42.

Beneficios para el trastorno del espectro autista

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

Beneficios para la salud conductual

No hay límite en el número de visitas permitidas a un proveedor de salud conductual, como servicios de salud mental y por consumo de sustancias, siempre y cuando la atención sea médica necesaria según los términos del plan. No hay un máximo anual ni vitalicio para los beneficios de salud conductual. Algunos servicios requieren la autorización previa de Companion Benefit Alternatives, el administrador de salud conductual. Para más información, consulte la página 45. Su proveedor de salud conductual deberá realizar revisiones periódicas de la necesidad médica, similares a las de Medi-Call para los beneficios médicos.

Para servicio al cliente e información sobre reclamaciones relacionadas con la atención médica conductual, llame a BlueCross al 800.868.2520. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual, llame a BlueCross al 877.505.7390. Los representantes están disponibles durante el horario laboral habitual.

Gestión de casos de salud conductual

La gestión 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 les informará sobre las opciones y los servicios disponibles

para satisfacer sus necesidades de salud conductual y los ayudará a coordinar los servicios.

Los gestores de casos son enfermeros y trabajadores sociales con licencia para ejercer, y pueden responder sus preguntas y ayudarle a sacar el máximo partido a sus beneficios de salud mental, médicas y farmacéuticas. Esto puede incluir planificación de la atención, educación del paciente y su familia, revisión de los beneficios y coordinación de otros servicios y recursos comunitarios. Cuando se inscriba en este programa, tendrá acceso a un administrador de casos personal, recursos educativos y herramientas en línea que lo ayudarán a aprender más sobre su salud y cómo controlar mejor su afección. Su participación es voluntaria y confidencial.

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

Trasplantes de médula ósea, de células madre y de órganos sólidos

Los acuerdos contractuales del Plan de Salud Estatal para trasplantes incluyen la red nacional de trasplantes de Blue Cross Blue Shield Association, Blue Distinction Centers for Transplants. Todas las instalaciones de Blue Distinction Centers for Transplants cumplen criterios específicos que tienen en cuenta las cualificaciones de los proveedores, los programas y los resultados de los pacientes.

Todos los servicios de trasplante deben ser aprobados por Medi-Call (véase la página 44) y se debe llamar a Medi-Call, incluso antes de que usted o un familiar cubierto sea evaluado para un trasplante.

A través de la red Blue Distinction Centers for Transplants, los miembros del Plan de Salud Estatal tienen acceso a los centros de trasplante de órganos más importantes del país. También hay contratos vigentes con proveedores locales para servicios de trasplantes, por lo que los miembros pueden recibir trasplantes en esos centros. Usted ahorrará una cantidad significativa de dinero si recibe sus servicios de trasplante en un centro de la red Blue Distinction Centers for Transplants o en un centro de trasplantes dentro de la red de Carolina del Sur. Si recibe servicios de trasplante en uno de estos centros dentro de la red, no se le facturará el saldo. Usted será responsable únicamente de su deducible, coseguro y cualquier cargo no cubierto por el plan. Además, las instalaciones de esta red tramitarán todas las reclamaciones por usted.

Los servicios de trasplante en centros no participantes están cubiertos por el plan. Sin embargo, el Plan de Salud Estatal solo paga la cantidad permitida por el plan para los trasplantes fuera de la red. Si no recibe sus servicios de trasplante en un centro dentro de la red, podría

pagar mucho más. Además del deducible y el coseguro, los miembros que utilicen centros fuera de la red son responsables de cualquier cantidad que exceda el monto permitido, o la facturación de saldos, y pagan un coseguro del 40 %. Los costos de la atención médica relacionada con los trasplantes pueden variar en cientos de miles de dólares. Para información sobre la facturación de saldos, consulte la página 42. También puede llamar a Medi-Call para más información.

Véase la página 39 para más información sobre el periodo de coordinación con Medicare por enfermedad renal en etapa terminal y/o trasplantes de riñón.

Atención quiropráctica

Usted está cubierto para servicios específicos prestados en el consultorio de un quiropráctico, incluida la detección y corrección por medios manuales o mecánicos de desequilibrios estructurales, las distorsiones o subluxaciones en el cuerpo para eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de dicha interferencia, cuando dicha interferencia sea el resultado de, o esté relacionada con, distorsiones, desalineaciones o subluxaciones de la columna vertebral.

Las radiografías diagnósticas están cubiertas si son médicaamente 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.

Los beneficios quiroprácticos para los miembros del plan estándar están limitados a \$2,000 por persona al año. Con el plan de ahorros, los beneficios quiroprácticos están limitados a \$500 al año por cada persona cubierta una vez alcanzado el deducible anual. Los servicios de un masajista terapéutico no están cubiertos.

Anticonceptivos

Las recetas de anticonceptivos de uso habitual (incluidas las píldoras anticonceptivas y los inyectables) que se abastecen en una farmacia participante, o a través de la farmacia del plan designada para la venta de medicamentos por correo postal, están cubiertas sin costo alguno para los titulares de pólizas principales del Plan de Salud Estatal, sus cónyuges e hijos dependientes cubiertos. Por lo general, los implantes anticonceptivos y los inyectables administrados en el consultorio de un médico están cubiertos como un beneficio médico, no como uno farmacéutico. Las visitas al consultorio para implantes anticonceptivos se procesarán con los copagos, coseguros y deducibles aplicables.

Cuidado dental

Por lo general, la atención dental es a través de los planes

Dental Plus o Basic Dental, no del Plan de Salud Estatal. Consulte el capítulo sobre el seguro dental en la página 76 para más información.

Los tratamientos dentales o la cirugía para reparar daños causados por un accidente (hasta un año después de la fecha del accidente), por un tratamiento contra el cáncer o por un defecto congénito son una excepción a esta norma y están cubiertos por el Plan de Salud Estatal. La cirugía dental por dientes retenidos está cubierta cuando se justifica mediante radiografías.

Suministros para diabéticos

La insulina está permitida bajo el programa de medicamentos recetados o el plan médico, pero no ambos. Los suministros para diabéticos de marcas más económicas, incluyendo jeringas, lancetas y tiras reactivas, están cubiertos en las farmacias participantes por un copago de \$13 (de nivel 1), por artículo, para cada suministro de hasta 30 días. Consulte la página 71 para más información sobre la cobertura de suministros para diabéticos y la lista de medicamentos aprobados de Caremark. Los medicamentos de marca de menor precio para la diabetes y los suministros para análisis de la diabetes están cubiertos sin costo alguno para los miembros primarios del plan estándar que están inscritos en el programa *No-Pay Copay* y no pertenecen a Medicare. Los medicamentos de marca más caros para tratar la diabetes y los suministros más caros, como los monitores continuos de glucosa, están cubiertos con un copago más bajo para los miembros del plan estándar primario que no pertenecen a Medicare y están inscritos en *No-Pay Copay*. Dado que la insulina no es un medicamento de nivel 1, no es elegible para la exención. Para más información, consulte la página 48. Las reclamaciones por equipos médicos duraderos para diabéticos, como las bombas de insulina, deben presentarse a través de su cobertura médica.

Tenga en cuenta que los servicios de educación sobre diabetes ofrecidos por los proveedores dentro de la red están cubiertos, sin costo alguno, para los miembros primarios del Plan de Salud Estatal. Véase la página 47.

Visitas médicas

Los tratamientos o consultas por una lesión o enfermedad están cubiertos cuando son médicaamente necesarios según los términos del plan y no están relacionados con un servicio excluido por el plan. Algunas visitas ambulatorias para atención de salud conductual, como la atención de salud mental y el tratamiento por consumo de sustancias, de todas maneras necesitan autorización previa. Para más

información sobre los beneficios de salud conductual, consulte la página 55.

Equipos médicos duraderos

Por lo general, los equipos médicos duraderos deben ser preautorizados por Medi-Call. Algunos ejemplos son:

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

Los miembros del Plan de Salud Estatal tienen a su disposición redes de proveedores de equipos médicos duraderos, que ofrecen descuentos al mismo tiempo que proporcionan productos y cuidados de alta calidad.

Tratamiento de trastornos alimentarios

Los proveedores de Equip ofrecen tratamientos virtuales para todos los diagnósticos de trastornos alimentarios. Usted recibe apoyo de un equipo que incluye un terapeuta, un médico, un dietista, un mentor familiar y un mentor que ha pasado por lo mismo que usted para ayudarlo a lograr una recuperación duradera en casa. Los proveedores de Equip están disponibles para los miembros principales del Plan de Salud Estatal, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del plan. Para más información sobre Equip, visite www.equip.health o llame al 855.538.1465.

Para un tratamiento virtual más completo, *Within Health* ofrece servicios intensivos ambulatorios y de hospitalización parcial, así como horarios flexibles que se adaptan a su estilo de vida, para que no tenga que poner su vida en pausa durante el tratamiento. En cambio, los proveedores de *Within* le ayudan a reconstruir la conexión con su verdadero yo y a sanar por completo.

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

Atención médica domiciliaria

La atención médica domiciliaria incluye cuidados de enfermería a medio tiempo, servicios de asistencia sanitaria,

fisioterapia, terapia ocupacional, o terapia del habla y lenguaje ofrecidos por una agencia de salud autorizada en el domicilio del paciente. Usted no puede recibir atención médica a domicilio y beneficios hospitalarios o de centros de enfermería especializada al mismo tiempo. Estos servicios no incluyen el cuidado de custodia ni el cuidado prestado por una persona que vive habitualmente en el hogar o es familiar del paciente o de la familia de su cónyuge. Los beneficios están limitados a 100 visitas al año. Medi-Call debe preautorizar estos servicios, y el miembro debe estar confinado en su hogar.

Cuidados paliativos

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

Infertilidad

Para calificar para los beneficios para tratamientos por infertilidad, el titular de la póliza o su cónyuge cubierto deben tener un diagnóstico de infertilidad. La cobertura está limitada a un pago máximo de por vida de \$15,000. Tenga en cuenta que el límite se aplica a cualquier beneficio médico cubierto y a los beneficios de medicamentos recetados cubiertos en los que incurra el titular de la póliza o el cónyuge cubierto, ya sea 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 titular de la póliza o su cónyuge tuvieron una ligadura de trompas o una vasectomía, el plan no cubrirá el diagnóstico ni el tratamiento de la infertilidad de ninguno de los dos.

El máximo de \$15,000 incluye pruebas de diagnóstico, medicamentos recetados, hasta seis ciclos de inseminación intrauterina y un máximo de tres ciclos completos de transferencia intratubárica de cigotos o gametos o fertilización *in vitro* durante toda la vida. Un ciclo refleja los cambios cíclicos de la fertilidad, y comienza con cada nueva inseminación o transferencia mediante técnicas de reproducción asistida (ART) o intento de implantación. Los procedimientos con ART que no se mencionan específicamente no están cubiertos, incluidos, entre otros, la transferencia embrionaria tubárica, la transferencia embrionaria tubárica en fase pronuclear y la donación de ovocitos.

Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad están sujetos a un copago del 30 % tanto en

el plan estándar como en el plan de ahorros. En el plan estándar, este gasto no se aplica al copago máximo de \$3,000, por persona, por medicamentos recetados, pero sí se aplica al deducible en el plan de ahorros. El pago del 70 % del plan para medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad se aplica al pago máximo de por vida de \$15,000 para dichos tratamientos. Llame a Caremark al 833.291.3646 para más información sobre los medicamentos recetados.

Los beneficios se pagan al 70 % del monto permitido. Su parte de los gastos no cuenta para su máximo del coseguro. Todos los procedimientos relacionados con la infertilidad deben ser preautorizados por Medi-Call. Para más información, llame a Medi-Call al 803.699.3337 o al 800.925.9724.

Se le recomienda inscribirse en el programa *Coming Attractions*, de salud materna, cuando quede embarazada. Consulte la página 52 para más información.

Servicios como paciente hospitalizado

Se cubre la atención hospitalaria, incluyendo alojamiento y alimentación en una habitación semiprivada. Además de las visitas normales de su médico mientras se encuentra en el hospital, tiene cobertura para una consulta por cada médico consultor por cada hospitalización. La atención como paciente hospitalizado debe ser aprobada por MediCall (página 44) o Companion Benefit Alternatives. Para más información, consulte la página 45.

Servicios de centros ambulatorios

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

- Servicios de laboratorio
- Rayos X y otros servicios radiológicos
- Visitas a salas de emergencias
- Radioterapia
- Servicios de patología
- Cirugías ambulatorias
- Servicios de la sala de infusión
- Pruebas de diagnóstico

Si está cubierto por el plan estándar, se le cobrará un copago de \$115 por los servicios ambulatorios y de \$193 por los servicios de la sala de emergencias. Estos copagos no se aplican a su deducible anual ni a su máximo de coseguro. El copago por los servicios de la sala de emergencias no aplica si usted es hospitalizado.

El copago por los servicios ambulatorios no se aplica a diálisis, mamografías de rutina, pruebas de Papanicolaou de rutina, visitas a clínicas, servicios oncológicos, terapia electroconvulsiva, administración de medicamentos psiquiátricos, hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos de salud conductual.

Considere hablar con su proveedor para que cuando se soliciten pruebas de laboratorio, se hagan en un laboratorio independiente de la red. Recurrir a un laboratorio independiente resulta más rentable, ya que le permitiría evitar el copago de \$115 por los servicios ambulatorios o el copago de \$15 por la visita al consultorio médico.

Además, recuerde que, dependiendo de sus circunstancias, es posible que exista una alternativa más conveniente y asequible. Considere si una consulta por videoconferencia, una visita al centro de urgencias o al consultorio médico serían igual de eficaces; así podría evitar por completo los copagos de las instalaciones.

Embarazo y atención pediátrica

Los beneficios por maternidad se ofrecen para los titulares de pólizas y a sus cónyuges cubiertos. Los hijos cubiertos no tienen derecho a beneficios por maternidad. Estos beneficios incluyen la atención prenatal y posparto necesaria, incluyendo el parto, el aborto espontáneo y las complicaciones relacionadas con el embarazo. Se le recomienda inscribirse en el programa *Coming Attractions*, de salud materna cuando quede embarazada. Consulte la página 52 para más información.

Extractor de leche

Se cubren modelos específicos de extractores de leche, que están disponibles sin costo alguno para los titulares de pólizas y sus esposas cubiertas. Para utilizar esta cobertura, debe obtener el sacaleche a través de un proveedor contratado por BlueCross. Aunque no es necesaria una receta médica, es preferible tenerla, ya que eso ayudará a que el pedido se procese más rápidamente. Para más información, visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione "Medical", "PEBA Perks" y, por último, "Breast Pump" (extractor de leche).

Duración de la estancia hospitalaria

Según la ley federal, los planes de salud colectivos no pueden restringir los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto, tanto para la madre como para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto natural o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan puede pagar por una estancia más corta si el médico que la atiende, tras consultar con usted, le da el alta antes a usted o al recién nacido.

Además, conforme a la ley federal, los planes de salud colectivos no pueden establecer el nivel de beneficios ni los gastos de bolsillo de manera que cualquier parte posterior de una estancia de 48 horas (o 96 horas) se trate de forma menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la misma estancia. Además, un plan no puede exigir que un médico u otro proveedor de atención médica obtenga autorización para prescribir una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas). A un miembro se le puede exigir que obtenga una precertificación para utilizar determinados proveedores o centros, o para reducir los gastos de bolsillo.

Servicios de partería

El Plan de Salud Estatal solo reconoce a las enfermeras parteras certificadas como proveedoras de servicios de partería cubiertos. Una enfermera partera certificada es una enfermera de práctica avanzada con licencia para ejercer como partera emitida por Junta Estatal de Enfermería o de un estado hermano con normas de licencia sustancialmente equivalentes. Los servicios de un enfermero de práctica avanzada con licencia para ejercer están cubiertos, incluso si no se prestan bajo la dirección inmediata de un médico. Los servicios de parteras no profesionales y de parteras con licencia del Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur no son reembolsables.

Medicamentos con receta

Consulte el capítulo de **beneficios de recetas médicas** en la página 68 para más información.

Cirugía reconstructiva tras una mastectomía médica necesaria

Tal y como lo exige la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer de 1998 (*Women's Health and Cancer Rights Act*), el plan cubrirá los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen:

- reconstrucción del seno donde se hizo la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- prótesis, y
- tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos servicios aplican solo en casos posmastectomía. Todos los servicios deben ser aprobados por Medi-Call.

Cuidados de rehabilitación

El Plan ofrece beneficios para la rehabilitación física destinados a restablecer una función corporal que se ha perdido debido a un traumatismo o una enfermedad.

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

- Se requiere autorización previa para cualquier atención de rehabilitación como paciente hospitalizado, independientemente del motivo de la hospitalización.
- La terapia de rehabilitación debe realizarse en el entorno más rentable y adecuado para la afección.
- El proveedor debe presentarle un plan de tratamiento a MediCall.
- Debe existir una expectativa razonable de que se pueda recuperar suficiente funcionamiento para que el paciente pueda vivir en su hogar.
- Debe haber mejoras significativas continuamente.
- La hospitalización debe ser en un centro de rehabilitación acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación (*Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*).

Los beneficios por rehabilitación no se pagarán en los siguientes casos:

- rehabilitación vocacional destinada a enseñarle al paciente cómo obtener un empleo remunerado;
- reeducación cognitiva (mental);
- programas de reinserción en la comunidad, o
- rehabilitación a largo plazo tras la fase aguda.

Rehabilitación: fase aguda

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

La rehabilitación cardíaca y pulmonar requieren autorización previa.

Rehabilitación: a largo plazo

La rehabilitación a largo plazo se refiere al punto en el que, en teoría, es posible seguir mejorando, pero el progreso es lento y su relación con el tratamiento formal no está clara. No se cubre la rehabilitación a largo plazo tras la fase aguda.

Segundas opiniones

Si Medi-Call le aconseja que solicite una segunda opinión antes de someterse a un procedimiento médico, el plan pagará el 100 % del costo de dicha opinión. Estos

procedimientos incluyen cirugía y tratamiento (incluida la hospitalización).

Centros de enfermería especializada

El plan pagará beneficios limitados por servicios de hospitalización médica necesarios en un centro de enfermería especializada durante un máximo de 60 días. Las visitas médicas 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 perdió 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 e implementada por un logopeda con licencia para ejercer. La terapia del habla requiere la autorización previa de Medi-Call, ya sea que se ofrezca como paciente hospitalizado o a domicilio. La terapia del habla ambulatoria no requiere autorización previa. Para más información, comuníquese con el servicio de atención al cliente de BlueCross al 803.736.1576 o al 800.868.2520.

Mantenimiento

La terapia de mantenimiento comienza cuando se alcanzan los objetivos terapéuticos de un plan de tratamiento o cuando no se documenta ni se espera que se produzca ningún progreso funcional adicional.

La terapia de mantenimiento no está cubierta.

Habilitación

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

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

Exclusiones

La terapia del habla no está cubierta cuando está relacionada con cualquiera de los siguientes casos:

- retraso psicológico del habla a partir de los 7 años;
- tartamudez/balbuceo a partir de los 7 años;
- problemas de conducta;
- trastornos de atención;
- discapacidad mental;
- reeducación cognitiva (mental);
- programas de reinserción en la comunidad, o

- rehabilitación a largo plazo tras la fase aguda del tratamiento de una lesión o enfermedad.

Tenga en cuenta que BlueCross aún podría 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 honorarios médicos por cirugía con hospitalización, cirugía ambulatoria y uso de instalaciones quirúrgicas médica necesarias están cubiertos si la atención está relacionada con un servicio permitido por el plan.

Otros beneficios cubiertos

Estos beneficios están cubiertos si se determina que son médica necesarios y están relacionados con un servicio permitido por el plan:

- sangre y plasma sanguíneo, excluidas las tarifas de almacenamiento, y
- servicios de enfermería (a medio tiempo/intermitentes).

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

Exclusiones: servicios no cubiertos

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

- Servicios o suministros que no son médica necesarios según los términos del plan.
- Procedimientos de rutinas no relacionados con el tratamiento de lesiones o enfermedades, excepto aquellos que se enumeran específicamente en la sección de beneficios preventivos.
- Exámenes físicos de rutina, chequeos (excepto el chequeo de bienestar para adultos, mujeres y niños, y beneficios preventivos según las pautas), servicios, cirugías (incluidas las cirugías estéticas) o suministros que no sean médica necesarios.
- Los exámenes rutinarios de la próstata, las pruebas de detección y los servicios relacionados no están cubiertos por el plan. Exámenes diagnósticos de la próstata, las pruebas de detección y los análisis de laboratorio estarán cubiertos cuando sean médica necesarios, pero no como parte de un chequeo de bienestar para adultos. El examen diagnóstico estará sujeto a los deducibles y coseguros habituales del Plan de Salud Estatal.
- Pruebas de antígeno prostático específico de rutina.

- Anteojos.³¹
 - Lentes de contacto³¹, salvo que sean médicaamente necesarios tras una operación de cataratas y para el tratamiento del queratocono, una enfermedad de la córnea que afecta a la visión.
 - Exámenes oculares rutinarios.³¹
 - Cirugía refractiva³¹, como la queratotomía radial, la queratomileusis *in situ* asistida por láser para la corrección de la visión, y otros procedimientos para alterar las propiedades refractivas de la córnea.
 - Aparatos auditivos y pruebas de ajustes³².
 - Servicios dentales³³, excepto la extracción de dientes retenidos, el tratamiento dentro del año siguiente a una afección derivada de un accidente, el tratamiento necesario por la pérdida de dientes debido a un tratamiento contra el cáncer y el tratamiento necesario como consecuencia de un defecto congénito.
 - Férulas, aparatos ortopédicos, protectores, etc., para el síndrome de la articulación temporomandibular. La cirugía médica necesaria para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) está cubierta si cuenta con la autorización previa de Medi-Call. El TMJ se caracteriza a menudo por dolor de cabeza, dolor facial y sensibilidad en la mandíbula causados por irregularidades en la forma en que las articulaciones, los ligamentos y los músculos de la mandíbula funcionan juntos.
 - Cuidado de custodia, incluyendo cuidadores y acompañantes o amas de casa/cuidadores.
 - Admisiones hospitalarias o partes de estas para cuidados de custodia o atención a largo plazo, incluidos:
 - cuidado de relevo;
 - atención psiquiátrica aguda o crónica a largo plazo;
 - ayudar a un miembro con las actividades de la vida diaria (es decir, cuidados de custodia, incluyendo, entre otros: caminar, moverse, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño, controlar la continencia, comer, preparar la comida y tomar medicamentos), y
 - atención psiquiátrica o por consumo de sustancias a largo plazo, incluyendo: escuelas terapéuticas,
- campamentos en la naturaleza/de entrenamiento, internados terapéuticos, centros de reinserción social y hogares terapéuticos colectivos.
- Cualquier artículo que se pueda comprar sin receta médica, incluyendo, entre otros: medicamentos y dispositivos anticonceptivos.
 - Cirugía para revertir una vasectomía o ligadura de trompas si es electiva y no es médicaamente necesaria para tratar una afección preexistente.
 - Diagnóstico o tratamiento de infertilidad para un titular de póliza o su cónyuge si cualquiera de los dos se ha sometido a una ligadura de trompas o una vasectomía.
 - Tecnologías de reproducción asistida (tratamientos de fertilidad), salvo lo descrito en la página 57.
 - Tratamientos y todas las cirugías para la pérdida de peso, incluyendo medicamentos, desviación gástrica, banda gástrica o grapado, desviación intestinal y cualquier procedimiento relacionado, la reversión de dichos procedimientos y las afecciones y complicaciones como resultado de dichos procedimientos o tratamientos.
 - Equipos que tienen un uso no terapéutico (como humidificadores, aires acondicionados, bañeras de hidromasaje, pelucas, reemplazos capilares artificiales, aspiradoras, modificaciones del hogar y el vehículo, artículos de gimnasia, dispositivos de amplificación del habla o de comunicación, incluidas computadoras, etc.), independientemente de si el equipo está relacionado con una afección médica o si ha sido recetado por un médico.
 - Pruebas de calidad del aire o de moho.
 - Suministros para participar en actividades deportivas (que no son necesarios para las actividades de la vida diaria), incluyendo, entre otros, férulas o aparatos ortopédicos.
 - Los gastos médicos por fármacos, aparatos, suministros, sangre y derivados sanguíneos, a menos que estén cubiertos por los beneficios médicos del plan.
 - Atención médica por parte de un doctor el mismo día o durante la misma hospitalización en la que se somete a la cirugía, a menos que se necesite un especialista médico para una afección que el cirujano no pueda tratar.
 - Honorarios médicos por patologías clínicas, definidos como servicios de lectura de informes generados por máquinas o pruebas de laboratorio mecánicas. La interpretación de estas pruebas está incluida en la tarifa del servicio de laboratorio.

31 Aunque los beneficios de visión no suelen estar cubiertos por el Plan de Salud Estatal, existen coberturas y descuentos disponibles a través del Plan de Visión Estatal. Consulte el capítulo sobre el cuidado de la visión en la página 85.

32 Salvo que se disponga lo contrario en el *Plan de Beneficios* para determinadas personas cubiertas menores de 18 años.

33 Los beneficios dentales están disponibles a través de los planes Dental Plus y Basic Dental. Consulte el capítulo sobre seguros dentales en la página 76.

- Tarifas por historias clínicas y presentación de reclamaciones.
- Suplementos alimenticios, incluyendo, entre otros: formula para bebés, nutrición enteral, Boost/Ensure o suplementos relacionados.
- Servicios prestados por familiares directos del asegurado.
- Acupuntura.
- Programas para el tratamiento del dolor crónico.
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (a través de la piel), cuyo objetivo principal es el tratamiento del dolor.
- Complicaciones derivadas de recibir servicios no cubiertos.
- Pruebas psicológicas para determinar la idoneidad para una colocación laboral, ocupacional o escolar, o con fines educativos, terapia de entorno (*milieu therapy*) o para determinar dificultades del aprendizaje.
- Cualquier servicio o suministro por el que una persona cubierta tenga derecho a recibir un pago o beneficios de conformidad con la legislación federal o estatal (excepto Medicaid), como los beneficios pagaderos en virtud de las leyes de indemnización por accidentes laborales.
- Gastos por el tratamiento de enfermedades, lesiones o complicaciones causadas por actos de guerra o servicio militar.
- Productos cosméticos, procedimientos, cirugía o complicaciones derivadas de dichos procedimientos o servicios.
- Productos o servicios para dejar o disuadir de fumar, excepto aquellos cubiertos por el programa de medicamentos recetados o autorizados por el programa para dejar de fumar para los participantes elegibles en dicho programa.
- Escleroterapia (tratamiento de las varices), incluyendo inyecciones de esclerosante para las varices de las piernas.
- Servicios ofrecidos por animales de servicio o de terapia o sus cuidadores.
- Los abortos, excepto los abortos legales, según lo permita la ley.
- El tratamiento de la infertilidad, el embarazo o las complicaciones derivadas del embarazo o el parto de un hijo cubierto.
- Almacenamiento de sangre o plasma sanguíneo.
- Servicios o cargos incurridos por, o en relación con, reasignación de género o procedimientos relacionados.
- Cirugía o procedimientos médicos, suministros, dispositivos o medicamentos experimentales o en fase de investigación. Cualquier procedimiento quirúrgico o médico que el personal médico de los terceros encargados de tramitar reclamaciones, tras una consulta pertinente, considere experimental o en fase de investigación, o que no sea una práctica médica aceptada. Los procedimientos experimentales o en fase de investigación son aquellos procedimientos médicos o quirúrgicos, suministros, dispositivos o medicamentos que, en el momento en que se brindan o se espera que se brinden:
 - no se reconocen como conformes con las prácticas médicas aceptadas en la especialidad médica o el campo de la medicina pertinente; o
 - los procedimientos, medicamentos o dispositivos no han recibido la aprobación definitiva para su comercialización por parte de los organismos gubernamentales competentes; o
 - 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 beneficiosos como alternativas establecidas; o
 - no se ha demostrado, a un nivel estadísticamente significativo, que mejoren los resultados netos en materia de salud, o
 - son aquellos en los que no se ha demostrado que la mejora alegada pueda obtenerse fuera del ámbito de la investigación o la experimentación.

Límites adicionales en el plan estándar

- Los beneficios quiroprácticos del plan estándar se limitan a \$2,000 por persona al año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual se limitan a uno por visita, por persona.

Límites y exclusiones adicionales en el plan de ahorros

- Los beneficios quiroprácticos del plan de ahorros se limitan a \$500 por persona cubierta al año.
- Los beneficios quiroprácticos para la terapia manual se limitan a uno por visita, por persona.
- El plan de ahorros no cubre los antihistamínicos no sedantes ni los medicamentos para tratar la disfunción eréctil.

Cómo enviar una reclamación del Plan de Salud Estatal

Servicios en Carolina del Sur

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

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

Para presentar una reclamación:

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

Presente sus reclamaciones en un plazo de 90 días a partir de 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 de que finalice el año natural siguiente al año en que se incurrió en los gastos.

Envíe sus reclamaciones por correo a:

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

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

Servicios fuera de Carolina del Sur

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

Los proveedores dentro de la red presentarán las reclamaciones a la filial de BlueCross del estado en el que se prestó el servicio. Fuera de los Estados Unidos, usted debe completar un formulario de reclamación internacional de BlueCross BlueShield Global Core y enviarlo al centro de servicios de BlueCross BlueShield Global Core. El formulario de reclamación está disponible en peba.sc.gov/forms y en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que se le pida que pague por adelantado el costo total de los servicios y que también tenga que presentar usted mismo la reclamación ante BlueCross.

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

Apelaciones

Revisión de primer nivel: reclamaciones y apelaciones de autorizaciones previas ante terceros encargados de tramitar reclamaciones

Los titulares de pólizas tienen derecho a apelar las decisiones tomadas por los terceros encargados de tramitar reclamaciones contratados por la PEBA para administrar los beneficios. A continuación se describen las apelaciones iniciales ante BlueCross para reclamaciones del seguro médico, así como ante MediCall para autorizaciones médicas previas y a Companion Benefit Alternatives (CBA) para autorizaciones previas de beneficios de salud conductual. Las apelaciones de autorización previa de radiología ante Evolent se gestionan diferente a otros procedimientos de apelación y también se tratan en esta sección.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, usted puede apelar una reclamación inicial o la denegación de una autorización previa en un plazo de seis meses a partir de la fecha de la decisión. Si desea que otra persona presente la apelación en su nombre, puede enviarle dicha 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 presentar apelaciones en su nombre. Si tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación, a continuación se proporciona la información de contacto.

BlueCross BlueShield of South Carolina

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

Medi-Call

- 803.699.3337 o 800.925.9724.

Companion Benefit Alternatives

- CompanionBenefitAlternatives.com.
- 803.736.1576 o 800.868.2520.

Los derechos de apelación y las instrucciones para apelar se incluyen en la carta de denegación que recibirá. Incluya la siguiente información en su apelación:

- El número de identificación del titular de la póliza (ZCS, seguido de su número de identificación de beneficios de ocho dígitos).
- nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza;
- una copia de la decisión que se apela;
- el número de reclamación de los servicios que se apelan, si procede (disponible en su *Explicación de beneficios*);
- una copia de la historia clínica que respalde la apelación, y
- cualquier otra información o documento que respalde la apelación.

Evolent

- www.RadMD.com.
- 866.500.7664.

Si Evolent rechaza un procedimiento por considerar que no es médicaamente necesario, usted tiene tres días para presentar una apelación ante Evolent si no ha recibido los servicios. Si han pasado tres días o más, puede solicitar que BlueCross revise la decisión.

Revisión médica de segundo nivel: reclamaciones y apelaciones de autorizaciones previas ante terceros encargados de tramitar reclamaciones que requieren revisión de la necesidad médica

Si, tras la revisión inicial, el tercero encargado de tramitar reclamaciones deniega la solicitud del titular de la póliza por no considerarla médicaamente necesaria, el titular de la póliza tiene derecho a solicitar una revisión médica de segundo nivel.

En el caso de BlueCross, Medi-Call o CBA, usted puede solicitar una revisión médica de segundo nivel en un plazo de 90 días a partir del aviso de la denegación. Debe incluir la siguiente información en su solicitud escrita para una revisión médica de segundo nivel:

- razones por las que se debe aprobar la reclamación o la autorización previa;

- razones por las que la revisión de primer nivel fue errónea, y
- cualquier información médica nueva o adicional pertinente a su reclamación o solicitud de autorización previa.

También puede solicitar una revisión médica acelerada de segundo nivel.

Si desea que otra persona presente la apelación en su nombre, puede enviar dicha 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 presentar apelaciones en su nombre.

A continuación se indica la información de contacto si tiene preguntas sobre cómo solicitar una revisión médica de segundo nivel.

BlueCross BlueShield of South Carolina

- CompanionBenefitAlternatives.com
- 803.736.1576 o 800.868.2520.

Medi-Call

- 803.699.3337 o 800.925.9724.

Companion Benefit Alternatives

- CompanionBenefitAlternatives.com
- 803.736.1576 o 800.868.2520.

El tercero encargado de tramitar reclamaciones tomará su decisión en un plazo de 60 días tras recibir la solicitud de revisión médica de segundo nivel. Si se solicita la historia clínica, la decisión se comunicará en un plazo máximo de 30 días tras recibir la información solicitada. Si dicha información no se recibe en un plazo de 30 días, la decisión se tomará basándose en la información disponible en ese momento y se comunicará en un plazo de 30 días.

Antes de presentar cualquier apelación ante la PEBA, debe agotarse el proceso de revisión médica de segundo nivel para cualquier apelación relacionada con la necesidad médica. El tercero encargado de tramitar reclamaciones le enviará una decisión por escrito en la que se indicarán los motivos específicos de su decisión final.

Apelaciones ante la PEBA: autorizaciones previas y servicios ya recibidos

Si aún no está conforme después de que el tercero encargado de tramitar reclamaciones 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 sí la requiere), puede solicitar una apelación adicional enviando un [Formulario de apelación](#) ante la PEBA en un plazo de 90 días a partir del aviso de la denegación definitiva del tercero encargado de tramitar reclamaciones. Incluya una copia de las denegaciones anteriores del tercero encargado de tramitar reclamaciones junto con su apelación ante la PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal:

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

Si su apelación está relacionada con un embarazo, un hijo recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento que salva vidas, envíe su [Formulario de apelación](#) a urgentappeals@peba.sc.gov.

Las apelaciones solo pueden ser presentadas por la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, fabricante de dispositivos médicos, empleador o representante/agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su reclamación de BlueCross, Medi-Call o CBA, tal y como se indica en el plan. Sin embargo, este plazo podría ampliarse si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación.

Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Plan suplementario de TRICARE

TRICARE es el programa de beneficios de salud del Departamento de Defensa para la comunidad militar jubilada y consiste de TRICARE Prime, una organización de mantenimiento de la salud; TRICARE Extra, una opción de proveedores preferidos, y TRICARE Select, un plan de pago por servicios.

El plan suplementario de TRICARE es una cobertura secundaria a TRICARE y paga la parte que le corresponde al titular de la póliza de los gastos médicos cubiertos por 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 %. El Plan está suscrito por The Hartford Life and Accident Insurance Company y es administrado por Selman & Company. La ley federal exige que el plan esté patrocinado por una asociación, no por un empleador. El patrocinador del plan es la Asociación de Empleados Públicos (*Government Employees Association*).

El plan suplementario de TRICARE está diseñado para empleados activos y jubilados que califican para TRICARE hasta que sean elegibles para Medicare, y es una alternativa al Plan de Salud Estatal.

Elegibilidad

La 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 el Alistamiento en la Defensa (DEERS, *Defense Enrollment Eligibility Reporting System*) y no deben calificar para Medicare. Usted debe cancelar su cobertura del 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 caducó o si alguna información cambió, como la dirección postal, llame a DEERS al 800.538.9552. El plan suplementario de TRICARE es para los empleados que reúnan los requisitos, entre los que se incluyen:

- militares jubilados que reciben una pensión, pagos de retención o equivalentes;
- cónyuge/cónyuge sobreviviente de un militar jubilado;
- reservistas jubilados de entre 60 y 65 años y cónyuges/cónyuges sobrevivientes de reservistas jubilados;
- los reservistas retirados menores de 60 años y afiliados a TRICARE *Retired Reserve* (jubilados de la área gris) y los cónyuges/cónyuges sobrevivientes de reservistas retirados afiliados a TRICARE *Retired Reserve*;
- los militares jubilados y sus cónyuges/ cónyuges sobrevivientes que residan fuera de los Estados Unidos o sus territorios (todos los que califiquen para Medicare deben estar afiliados a Medicare);
- Guardia Nacional y Reserva calificados, y
- miembros (TRICARE *Reserve Select*).

Existen ciertas excepciones a la normativa de elegibilidad a los 65 años. Para más información, comuníquese con Selman & Company llamando al 800.638.2610 (opción 1) o escribiendo a memberservices@selmanco.com.

Como titular de una póliza, usted puede cubrir a sus hijos dependientes que califiquen. Sin embargo, la elegibilidad de los dependientes para el plan suplementario de TRICARE se basa en la normativa de elegibilidad de TRICARE y es diferente de la normativa de elegibilidad de dependientes de la PEBA.

Hijos dependientes elegibles

- Hijos solteros dependientes hasta los 21 años; si el hijo es estudiante a tiempo completo es hasta los 23 años. Se le debe entregar a TRICARE documentación que acredite que el hijo, de entre 21 y 22 años, es estudiante a tiempo completo.
- Los dependientes discapacitados están cubiertos después de los 21, 23 o 26 años si dependen del miembro para su manutención y sustento principal y siguen calificando para TRICARE. Se requiere prueba de discapacidad y dependencia continua (enviar a memberservices@selmanco.com). Se le debe entregar la documentación a TRICARE.
- Hijos adultos dependientes menores de 26 años y afiliados a TRICARE *Young Adult*. El hijo debe enviarle a Selman & Company una copia de su tarjeta de identificación de TRICARE *Young Adult*. Envíelo por memberservices@selmanco.com e incluya el número de identificación de la póliza.

Cómo inscribirse

Si está inscrito en TRICARE y califica para la cobertura del programa de seguro médico del estado de Carolina del Sur, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que sea contratado o califique para TRICARE. También puede hacerlo durante el periodo de inscripción abierta anual. Si se inscribe durante el periodo de inscripción abierta, la cobertura entrará en vigor el 1 de enero.

Para inscribirse

1. Para inscribirse en el plan suplementario de TRICARE, es necesario ser miembro de la Asociación de Empleados Públicos. La información sobre la Asociación de Empleados Públicos está en el paquete de bienvenida del plan suplementario de TRICARE. La tarifa está incluida en la prima mensual del plan. Visite www.geausa.org o llame a la Asociación de Empleados Públicos al 800.446.7600 para más información.
2. Complete un *Aviso de elección* y marque "Plan suplementario de TRICARE" en la sección del plan de salud. Envíe 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 el titular de la póliza, usted puede inscribirse a través de MyBenefits.sc.gov durante el periodo de inscripción abierta. Consulte la página 18 para más información. Si usted es un empleado jubilado de una agencia estatal, una institución pública de educación superior o un distrito escolar público, envíe un *Aviso de elección de jubilados a la PEBA*. Si usted es jubilado de un empleado opcional participante, envíe un *Aviso de elección de jubilados a la oficina de beneficios de su empleador*. Consulte la página 139 para más información. La cobertura no es automática.

3. Si usted es un titular de póliza elegible, complete el formulario de TRICARE "Other Health Insurance" (Otro seguro médico) si anteriormente estuvo inscrito en el Plan de Salud Estatal. El formulario de TRICARE *Other Health Insurance* 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 figura en el formulario. Recuerde que el plan suplementario de TRICARE no se considera otro seguro médico.

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

Durante el periodo de inscripción abierta, si usted es un titular de póliza elegible, además de inscribirse en el plan suplementario de TRICARE, puede cancelar o agregar la cobertura del plan suplementario de TRICARE para usted o sus dependientes. Consulte la página 18 para 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:

- no tiene deducibles, coseguros ni gastos de bolsillo por los servicios cubiertos;
- elección de cualquier proveedor autorizado por TRICARE, incluidos los proveedores de la red, fuera de la red y participantes (consulte el *Manual para miembros del plan suplementario de TRICARE*);
- reembolso de los copagos de medicamentos recetados, y
- portabilidad que le permite continuar con la cobertura pagando las primas directamente a Selman & Company si deja su trabajo.

Presentar una reclamación

La mayoría de los proveedores envían las reclamaciones al plan suplementario de TRICARE. Si un proveedor no lo hace, usted puede enviar las reclamaciones a Selman & Company. La información y los formularios para presentar reclamaciones médicas/hospitalarias y farmacéuticas se incluyen en el paquete de bienvenida y en info.selmanco.com/peba.

Elegibilidad para Medicare y el plan suplementario de TRICARE

Si, como empleado activo, sobreviviente o jubilado, usted califica para la Parte A de Medicare, debe adquirir la Parte B de Medicare para seguir siendo elegible para TRICARE. Sus beneficios médicos de TRICARE cambian 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 pagando las primas directamente a Selman & Company. Infórmeme a la PEBA si usted califica para TRICARE *for Life*, a fin de no tener doble cobertura. Llame a Selman & Company al 800.638.2610 (opción 1) para obtener más detalles. También puede escribir a memberservices@selmanco.com.

Si un dependiente califica para Medicare antes que el empleado activo, el sobreviviente o el jubilado, el dependiente dejará de ser elegible para el plan suplementario de TRICARE.

Pérdida de la elegibilidad para TRICARE

El plan suplementario de TRICARE paga después de que TRICARE haya pagado.

Por lo tanto, si un empleado, cónyuge o hijo dependiente pierde la elegibilidad para TRICARE, la cobertura del plan suplementario de TRICARE finaliza. Los dependientes que pierden la elegibilidad para TRICARE no son elegibles para continuar con la cobertura del plan suplementario de TRICARE a través de COBRA o por portabilidad. La pérdida de la elegibilidad para TRICARE es una situación especial que le permite a un empleado o jubilado elegible y a sus dependientes, si estos últimos son elegibles para la cobertura del seguro de la PEBA, inscribirse en la cobertura médica, dental y de visión.

El seguro de vida básico y el seguro básico por discapacidad a largo plazo se proporcionan sin costo alguno a los empleados activos que se inscriben en el Plan de Salud Estatal.

Pérdida de la elegibilidad de TRICARE del cónyuge

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

Pérdida de la elegibilidad para TRICARE de un hijo dependiente

Un hijo dependiente pierde la elegibilidad para TRICARE a los 21 años si no está matriculado en una institución educativa a tiempo completo. Un dependiente también pierde su elegibilidad a la medianoche del día en que cumple 23 años, independientemente de si es estudiante a tiempo completo o no, 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 su elegibilidad a la medianoche del día en que cumple 26 años o en la fecha en que deje de pagar las primas completas a su contratista regional de TRICARE.

Más información

Para más información sobre el plan suplementario de TRICARE de la Asociación de Empleados Públicos, comuníquese con Selman & Company a través de info.selmanco.com/peba o por el 800.638.2610 (opción 1).

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



Beneficios de recetas médicas

Los medicamentos recetados son una parte importante de sus beneficios y del costo del plan de salud autofinanciado de los titulares de pólizas del seguro de la PEBA. El Plan Estatal de Salud tiene un contrato con un administrador de beneficios farmacéuticos para administrar los beneficios de medicamentos recetados. Caremark es el administrador de beneficios farmacéuticos del plan.

Usted y el plan ahorran dinero con los medicamentos genéricos. Usted también puede ahorrar dinero y recibir los mismos medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos cuando abastece sus recetas a través de la Red de Mantenimiento Minorista o del servicio de venta de medicamentos por correo postal. Los beneficios solo se pagan por recetas surtidas en farmacias de la red o a través del servicio de farmacia por correo postal de Caremark en los Estados Unidos. La cobertura es limitada fuera de los Estados Unidos. Para más información sobre cómo presentar una reclamación, consulte la página 74.

Cómo utilizar sus beneficios de recetas médicas

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

Recursos para miembros

La información sobre los beneficios de medicamentos recetados de su Plan de Salud Estatal está a solo un clic en www.CaremarkRxPlanInfo.com/SCPEBA y en la aplicación móvil de Caremark. Cree una cuenta para sacar el máximo partido de estos recursos y asegúrese de tener a la mano su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados cuando se registre. El sitio web y la aplicación móvil ofrecen una gran variedad de información y herramientas:

- acceso instantáneo a su tarjeta digital de identificación de miembro;
- encontrar farmacias de la red cerca de usted;
- buscar y comparar precios con "Price a Medication";
- revisar alertas e interacciones entre medicamentos;
- ver información actualizada sobre su cobertura;
- contactar a un farmacéutico 24/7;
- abastecer y reabastecer sus recetas médicas, y
- ver el estatus de sus pedidos, reclamaciones e historial de pagos.

Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal

Plan estándar

Los miembros del plan estándar pagan un copago al surtir recetas en una farmacia de la red. Los copagos para un suministro de hasta 30 días son:

- Nivel 1: \$13
- Nivel 2: \$46
- Nivel 3: \$77

El copago por medicamentos recetados es un monto total fijo que el miembro paga por un medicamento cubierto. Si el cargo de la farmacia es menor que el copago, el miembro paga el monto más bajo. El plan paga el costo que excede el copago, hasta el monto permitido. Los beneficios de medicamentos recetados se pagan sin deducible anual y no es necesario presentar reclamaciones.

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

Plan de ahorros

Los miembros del plan de ahorros no pagan copago cuando abastecen recetas en una farmacia de la red. Usted paga el monto total permitido por sus medicamentos recetados y se envía electrónicamente un registro de su pago a BlueCross BlueShield of South Carolina. Si no ha alcanzado su deducible anual, el monto total permitido para el medicamento se acreditará a su deducible anual. Si ya alcanzó su deducible anual, pagará el 20 % del monto permitido por el medicamento. Este importe se acreditará en su máximo de coseguro.

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

SilverScript Employer PDP®

Si usted está inscrito en el plan suplementario de Medicare y Medicare es su pagador principal, la PEBA lo inscribirá automáticamente en *SilverScript Employer PDP*, el programa de la Part D de Medicare del Plan de Salud Estatal. Para más información sobre *SilverScript*, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare* en www.peba.sc.gov/publications, en la sección "Health" (Salud).

Red de farmacias

Cómo encontrar farmacias participantes

Encuentre una farmacia de la red a través del sitio web www.CaremarkRxPlanInfo.com/SCPEBA o de la aplicación móvil de Caremark. Inicie sesión en su cuenta y seleccione "Fill at a Pharmacy Near You" (Surtir en una farmacia cercana) y, luego, "Find a Pharmacy" (Buscar una farmacia). Dado que el Plan de Salud Estatal no ofrece cobertura fuera de la red para medicamentos recetados en los Estados Unidos, considere usar un proveedor dentro de la red siempre que sea posible.

También puede llamar a Caremark al 833.291.3646 para obtener una lista de las farmacias de la red más cercanas.

Farmacias minoristas

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

Red Retail90

Puede comprar suministros de medicamentos recetados para hasta 90 días a precios con descuento en su farmacia local de la red que participa en la red Retail90. Usted pagará un copago más bajo que si comprara este medicamento cada mes. Asegúrese de pedirle a su médico que le recete un suministro para 90 días. El descuento solo se aplica a recetas con un suministro de entre 61 y 90 días. Los copagos por recetas médicas con un suministro de 1 a 60 días siguen los precios normales de venta al público. Sin embargo, tenga en cuenta que los medicamentos especializados y los de GLP-1 están limitados a un suministro de 30 días por receta. Puede encontrar una farmacia de la red Retail90 iniciando sesión en su cuenta en www.Caremark.com o en la aplicación móvil de Caremark.

Servicio de farmacia por correo postal de Caremark

El programa de medicamentos recetados del Plan Estatal de Salud y *SilverScript* ofrecen entrega a domicilio de suministros de medicamentos recetados para 90 días a través del servicio de farmacia por correo postal de Caremark.

Cuando utiliza este servicio, recibe el mismo descuento en los mismos medicamentos recetados aprobados por la FDA que recibiría en la red Retail90.

Es posible que algunas sustancias controladas no se puedan pedir por correo postal. Llame a Caremark al 833.291.3646 antes de enviar su receta para determinar si el medicamento está disponible. Una vez más, asegúrese de pedirle a su médico que le recete un suministro para 90 días.

Para hacer un pedido, inicie sesión en www.Caremark.com o en la aplicación móvil de Caremark. Su compra por correo postal se entregará en su domicilio, normalmente, en un plazo 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: \$32
- Nivel 2: \$115
- Nivel 3: \$192

Plan de ahorros

Cuando pide sus medicamentos recetados por correo postal, usted paga el monto total permitido. Sin embargo, generalmente, el costo de un suministro para 90 días es menor si utiliza la red Retail90 o el servicio de farmacia por correo postal de Caremark.

Cómo pedir medicamentos por correo postal

1. Pídale a su médico que haga la receta física o electrónica para suministros de 90 días, con reabastecimientos, según corresponda. También puede pedir que le receten una dosis para 30 días, la cual puede adquirir en una farmacia para poder usar el medicamento mientras se lo envían por correo postal.
2. Pídale a su médico que envíe la receta por correo electrónico al servicio de farmacia por correo postal de Caremark. Puede pagar con cheque, giro postal o con las principales tarjetas de crédito. Si desea pagar con tarjeta de crédito, considere inscribirse en el programa de pago automático de Caremark. Si ya creó una cuenta en Caremark, puede indicar el método de pago por adelantado y Caremark le enviará un correo electrónico cuando reciba su nueva

receta y pueda comenzar a dispensarla. También puede llenar un formulario de pedidos con entrega a domicilio en peba.sc.gov/forms, en la sección "Prescription benefits" (Beneficios de medicamentos recetados). Envíe por correo la receta, el formulario de pedido y el pago a Caremark a la dirección en el formulario.

Cómo abastecer una receta por fax

1. Pídale a su médico que emita una nueva receta física o electrónica para suministros de 90 días, con reabastecimientos, según corresponda, y dele su número de identificación de miembro, que se encuentra en la parte delantera de su tarjeta del programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal.
2. Pídale a su médico que envíe la receta por fax al 800.378.0323.

Si su médico tiene preguntas sobre el envío de su receta por fax, puede llamar a Caremark al 800.378.5697 o a *SilverScript* al 800.459.1907.

Copagos por recetas médicas y lista de medicamentos aprobados

Los miembros cubiertos por el plan estándar y por *SilverScript* pagan copagos por los medicamentos. Todos los medicamentos se clasifican por niveles que determinan el copago de los miembros. Caremark elabora la lista de medicamentos aprobados (o cubiertos) y preferidos. La inclusión del medicamento en la lista de fármacos aprobados determina el nivel de copago por el medicamento y, en algunos casos, si una marca concreta está cubierta o no. El comité independiente de médicos y farmacéuticos de Caremark revisa continuamente los medicamentos con el objetivo de garantizar el acceso de los miembros a las terapias necesarias, al tiempo que se logra el menor costo neto para el plan.

Nivel 1: genéricos

Copago de \$13

Los medicamentos genéricos pueden diferir en color, tamaño o forma, pero la FDA exige que los ingredientes activos sean químicamente equivalentes a los de los medicamentos de marca y que tengan la misma potencia, pureza y calidad. Dado que los medicamentos genéricos tienen un copago más bajo, normalmente, usted obtiene los mismos beneficios para la salud por menos dinero.

Pídale a su médico que marque "Se permite la sustitución" en la receta. Si no es así, el farmacéutico tendrá que

proporcionarle el medicamento de marca si ese es el que su médico le recetó.

Nivel 2: medicamentos de marca preferidos

Copago de \$46

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

Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos

Copago de \$77

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

Consulte la lista de medicamentos por nivel en su cuenta en www.Caremark.com o en la aplicación móvil de Caremark.

Medicamentos no incluidos en la lista de fármacos aprobados

La PEBA adopta la lista de medicamentos aprobados por Caremark. Solo en el programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal, hay ciertas marcas de productos en categorías terapéuticas altamente intercambiables que no están cubiertas. Esto no aplica para los miembros principales de Medicare inscritos en *SilverScript*. En cada una de estas categorías hay productos preferidos cubiertos. Si le recetan un medicamento no cubierto o no preferido, le recomendamos que hable con su médico para que le recete medicamentos preferidos. Como miembro del Plan de Salud Estatal, usted sigue teniendo acceso a medicamentos comparables cubiertos por el plan.

Política de pagar la diferencia

Si usted compra un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico aprobado por la FDA, el plan solo pagará el monto permitido para el equivalente genérico. Esta política de pagar la diferencia aplica incluso si su médico receta el medicamento como "Dispensar según la receta" o "No sustituir".

Como miembro del plan estándar o del plan suplementario de Medicare¹, si compra un medicamento de nivel 2 o 3 en lugar del nivel 1, se le cobrará el copago del genérico más la diferencia entre los montos permitidos para el medicamento de marca y el genérico.

Si el monto total es menor que el copago de nivel 2 o nivel 3, usted pagará el copago de marca. Solo el copago

¹ La política de pagar la diferencia no se aplica a los miembros cubiertos por *SilverScript*, el programa de la Part D de Medicare del Plan de Salud Estatal.

del medicamento de nivel 1 se aplicará al máximo anual de copago por medicamentos recetados.

Los miembros del plan de ahorros no pagan copagos. Sin embargo, suelen ahorrar dinero comprando medicamentos genéricos, ya que estos suelen ser más baratos. Con el plan de ahorros, si usted compra un medicamento de nivel 2 o 3 en lugar del nivel 1, solo se aplicará el monto permitido para el medicamento genérico hacia su deducible. Una vez que alcance su deducible, solo el 20 % del monto permitido para el medicamento genérico se aplicará a su máximo de coseguro.

Los ejemplos siguientes muestran cómo funciona la política de pagar la diferencia en los planes estándar y suplementario de Medicare.

Esto es lo que usted paga por un medicamento de nivel 2 cuando no hay un medicamento de nivel 1 disponible.

	Nivel 1	Nivel 2
Monto permitido por medicamento		\$125
Copago genérico		N/A
Su pago total²		\$46

Esto es lo que paga por un medicamento de nivel 2 cuando hay un medicamento de nivel 1 disponible.

	Nivel 1	Nivel 2
Monto permitido por medicamento	\$65	\$125
Copago genérico	\$13	N/A
Importe que pagará si elige el medicamento genérico	\$13	
Su pago total³		\$73

Programas de farmacias especializadas

Farmacia especializada es un término que hace referencia a determinados medicamentos que presentan algunas o todas las siguientes características:

- el costo extremadamente alto y el medicamento es necesario para un porcentaje relativamente pequeño de la población;
- es complejo de fabricar, y
- requiere un manejo y una administración especiales.

Los miembros que surtan recetas de medicamentos especializados deben utilizar la red especializada acreditada y personalizada del plan.⁴ La red incluye farmacias especializadas independientes de Carolina de Sur,

farmacias acreditadas y CVS Specialty, la farmacia especializada de Caremark. Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días por receta. Para más información, los pacientes que necesiten medicamentos especializados deben ponerse en contacto con Caremark a través del 866.814.5506.

Revisões de cobertura

A veces, una receta médica no es suficiente para determinar si el Plan de Salud Estatal cubre el medicamento. Cuando se necesita más información para determinar cómo se cubre un medicamento, Caremark inicia una revisión de la cobertura para obtener más datos. Si se decide cubrir el medicamento, usted pagará el copago correspondiente. El Plan Estatal de Salud hace revisiones de cobertura para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y fomentar el uso de alternativas de menor costo, cuando sea posible. Hay tres tipos básicos de revisiones de cobertura.

Autorización previa

El Plan de Salud Estatal cubre ciertos medicamentos solo si se recetan para determinados usos. Estos medicamentos deben ser autorizados previamente, o el plan no los cubrirá. Es posible que el plan no cubra otros medicamentos si existen alternativas seguras y eficaces de menor costo. Para averiguar si un medicamento requiere autorización previa u otro tipo de revisión de cobertura, inicie sesión en su cuenta en www.Caremark.com o en la aplicación móvil de Caremark. Si el medicamento recetado requiere autorización previa, usted, su médico o su farmacéutico pueden iniciar el proceso de revisión llamando a Caremark al 800.294.5979.

Gestión de la cantidad de medicamentos

La FDA tiene directrices de seguridad y eficacia que incluyen límites cuantitativos para determinados medicamentos. Si se le receta una cantidad de un medicamento que no se ajusta a estas pautas, el plan puede cubrir una cantidad menor del medicamento. Usted, su médico o su farmacéutico pueden contactar a Caremark a través del 800.294.5979 e iniciar el proceso de revisión de la cobertura para ver si se permite una mayor cantidad del medicamento.

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 alto precio. Si usted o su médico consideran

² Usted solo paga el copago de marca.

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

⁴ Algunos medicamentos especializados administrados en el

consultorio de un proveedor pueden requerir autorización previa.

que no debe usar el medicamento de menor costo, es posible que su receta requiera autorización previa o que esté cubierta bajo la tarifa del nivel 3.

Usted o su médico pueden solicitar una revisión de la cobertura llamando a Caremark al 800.294.5979. Como parte de este proceso, es posible que se le exija probar y no tener éxito con el medicamento de menor costo. Si, como resultado de la revisión, se aprueba el medicamento, se cubrirá en el nivel adecuado. Si se deniega la aprobación, el plan no cubrirá el medicamento. Para más información, llame a Caremark al 800.294.5979.

Recetas compuestas

Un medicamento que requiere que un farmacéutico mezcle dos o más fármacos, según la receta de un médico, se conoce como receta compuesta cuando dicho medicamento no se puede obtener de un fabricante. Para estar cubierta, la receta debe ser médicaamente necesaria y haber sido estudiada para su uso con 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 por vía electrónica a Caremark. Si uno de los ingredientes 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, podrá sustituirlos por otros ingredientes cubiertos para crear el compuesto. Si su compuesto no está cubierto, le recomendamos que consulte con su médico sobre los medicamentos disponibles en el mercado.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios del Plan de Salud Estatal, incluidos los beneficios de medicamentos recetados, están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que una persona cubierta por más de un plan de seguro no reciba más de un reembolso por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan principal es el plan que paga primero. el plan secundario paga después del plan principal. Consulte la página 39 para más información sobre la coordinación de beneficios.

Cobertura de Medicare de medicamentos autoadministrados durante una estancia hospitalaria de observación

Los servicios de observación hospitalaria ambulatoria son aquellos que se reciben en un hospital mientras el médico

decide si ingresa al paciente o le da el alta. Los pacientes pueden recibir servicios de observación en el servicio de urgencias o en otra área del hospital. La observación puede durar hasta 72 horas. Medicare cubre los servicios de observación en virtud de la Parte B de Medicare. Por motivos de seguridad, muchos hospitales tienen políticas que no les permiten a los pacientes traer medicamentos recetados o de otro tipo de sus hogares. Estos medicamentos se consideran fármacos autoadministrados y Medicare los define como fármacos que un paciente tomaría por vía oral o se administraría a sí mismo, e incluyen, entre otros, medicamentos orales, insulina, colirios y tratamientos tópicos. Los medicamentos autoadministrados no están cubiertos por la Parte B de Medicare.

A un miembro elegible para Medicare que haya tenido una estancia hospitalaria de observación se le pueden denegar los gastos de medicamentos autoadministrados en virtud de la Parte B de Medicare. Los medicamentos autoadministrados podrían estar cubiertos por los beneficios de medicamentos con recetas para los miembros del plan suplementario de Medicare y los jubilados primarios de Medicare cubiertos por el plan *Carve-out*. Si Medicare rechaza los medicamentos autoadministrados por no estar cubiertos por la Parte B de Medicare durante una estancia hospitalaria de observación, los miembros pueden presentar una reclamación en papel para obtener el reembolso en virtud de los beneficios de recetas médicas. El reclamo se pagará según la tarifa de la red de farmacias (monto permitido) y es posible que no cubra el monto total facturado al miembro.

Exclusiones

Algunos medicamentos recetados, como aquellos que no aparecen en lista de medicamentos aprobados 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 se utiliza una farmacia de la red.

Los medicamentos recetados asociados con tratamientos para la infertilidad tienen una tarifa de coseguro diferente. Consulte la página 57 para más información sobre los tratamientos de infertilidad.

Ejemplos de otros medicamentos que no están cubiertos:

- medicamentos en fase I, II o III de ensayo de la FDA;
- medicamentos recetados para bajar de peso, y
- medicamentos recetados por un proveedor que perdió sus privilegios de prescripción en virtud del plan.

Medicamentos que no están cubiertos por el plan de ahorros, pero sí por el plan estándar:

- antihistamínicos no sedantes, y
- medicamentos para la disfunción eréctil.

Beneficios de recetas médicas, basados en el valor, sin costo alguno para usted

Los siguientes artículos están cubiertos por el Plan de Salud Estatal si se obtienen en una farmacia de la red, y son gratis para algunos miembros principales del Plan de Salud Estatal:

- Anticonceptivos para titulares de pólizas, cónyuges 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 más información sobre las vacunas para adultos.

Cómo hacer una reclamación por medicamentos recetados

Si no muestra su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados en una farmacia participante en los Estados Unidos, o si está inscrito en el programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal o en *SilverScript* y tiene gastos por medicamentos recetados mientras viaja fuera de los Estados Unidos, usted debe pagar el precio minorista completo por su receta y luego puede presentar una reclamación a Caremark para solicitar el reembolso. Despues de alcanzar su deducible, si corresponde, su reembolso se limitará al monto permitido por el plan, menos el copago o coseguro, si lo hubiera. Su reembolso podría ser inferior a lo que pagó de su bolsillo. Caremark debe recibir las reclamaciones antes del plazo de un año a partir de la fecha del servicio.

Para presentar una reclamación por los gastos de medicamentos recetados incurridos en una farmacia participante o fuera de los Estados Unidos, complete el *Formulario de reclamación de reembolsos por medicamentos recetados de Caremark*. El formulario está disponible en peba.sc.gov/forms.

También puede solicitar una copia llamando a Caremark al 833.291.3646.

Si está inscrito en el programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal, envíe el formulario con los recibos de sus recetas a:

Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072-2136

Si está inscrito en *SilverScript*, envíe el formulario con los recibos de sus recetas a:

SilverScript Insurance Company
Prescription Drug Plans
Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

Apelaciones

Si Caremark deniega la autorización previa o la cobertura de su medicamento, se le informará de inmediato. Si tiene preguntas sobre la decisión, consulte la información de este capítulo. Usted o su médico también pueden llamar a Caremark para obtener una explicación. Si la decisión de Caremark fue una denegación no clínica, puede apelar ante la PEBA tal y como se describe en la página siguiente.

Primera reconsideración de la denegación clínica

Si la decisión de Caremark fue denegada por motivos clínicos y usted cree que la decisión fue incorrecta, puede solicitarle a Caremark que vuelva a examinar su decisión.

Su primera solicitud de revisión clínica se debe enviar por escrito en un plazo de 90 días tras el aviso de la decisión a:

Plan de Salud Estatal

Fax: 866.443.1172

SilverScript

Fax: 855.633.7673

o a la dirección postal:

SilverScript Insurance Company
Prescription Drug Plans Coverage Decisions and Appeals
Department
P.O. Box 52000, MC 109
Phoenix, AZ 85072-2000
Atención al cliente: 833.293.4859

Debe incluir las razones por las que se debe aprobar la autorización previa o cobertura. También puede solicitar una revisión clínica urgente.

Caremark comunicará su decisión en un plazo de 60 días tras recibir su primera solicitud de revisión clínica. Si se solicita la historia clínica, la decisión se comunicará en un plazo de 30 días tras recibir la información solicitada. Si la información no se recibe en un plazo de 30 días a partir de la solicitud de Caremark, la decisión se tomará en función de la información disponible en ese momento. Caremark le

enviará una decisión por escrito con los motivos específicos de su decisión.

Segunda reconsideración de la denegación clínica

Si, tras su revisión clínica inicial, Caremark, deniega la solicitud del titular de la póliza, el titular tiene derecho a solicitar una segunda revisión clínica. Su solicitud de una segunda revisión clínica se debe enviar por escrito en un plazo de 90 días tras el aviso de la decisión a:

Plan de Salud Estatal

Fax: 866.443.1172

SilverScript

Fax: 855.633.7673

o a la dirección postal:

SilverScript Insurance Company

Prescription Drug Plans Coverage Decisions and Appeals

Department

P.O. Box 52000, MC 109

Phoenix, AZ 85072-2000

Atención al cliente: 833.293.4859

Debe incluir las razones por las que se debe aprobar la autorización previa o cobertura. También puede solicitar una revisión clínica urgente.

Caremark comunicará su decisión en un plazo de 60 días tras recibir su primera solicitud de revisión clínica. Si se solicita la historia clínica, la decisión se comunicará en un plazo de 30 días tras recibir la información solicitada. Si la información no se recibe en un plazo de 30 días a partir de la solicitud de Caremark, la decisión se tomará en función de la información disponible en ese momento. Caremark le enviará una decisión por escrito con los motivos específicos de su decisión.

Apelaciones ante la PEBA

Si aún no está conforme después de que Caremark haya completado su proceso de revisión, puede solicitarle a la PEBA que revise el asunto. Envíe a la PEBA un [Formulario de apelación](#) en un plazo de 90 días a partir del aviso de Caremark sobre la denegación definitiva de su apelación. Incluya una copia de las denegaciones anteriores con su apelación ante la PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal:

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

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

Las apelaciones solo las puede hacer la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos o de productos farmacéuticos, un empleador o representante/agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur. La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su reclamación de Caremark, tal y como se indica en el plan. Sin embargo, este plazo se puede extender si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación.

Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Seguro dental

Usted tiene dos opciones de cobertura dental: Dental Plus o Basic Dental. Elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Debe decidir entre el plan Dental Plus y Basic Dental, no puede elegir ambos. Si escoge Dental Plus, lo inscribiremos automáticamente en ambos planes.

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

- Durante la inscripción inicial en los programas de seguros de la PEBA.
- Durante un periodo de inscripción abierta en un año impar. Las dos próximas oportunidades para inscribirse serán en octubre del 2027 y del 2029.
- En un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Las situaciones especiales de elegibilidad se explican en la página 19.

Recursos en línea

La información sobre los planes Dental Plus y Basic Dental está en el sitio web de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur, StateSC.SouthCarolinaBlues.com, y está diseñada para los titulares de póliza de la PEBA. Inicie sesión como miembro de *My Health Toolkit*, para:

- Suscribirse para recibir *explicaciones de beneficios* por vía electrónica.
- Encontrar proveedores de la red Dental Plus en la sección "Find a Dentist" (Encuentre un dentista).
- Visitar el centro de recursos dentales (en la pestaña "Coverage Information" de la página de inicio, seleccione "Dental").
- Revisar su elegibilidad y sus beneficios.
- Ver las reclamaciones y las explicaciones de beneficios.
- Revisar los presupuestos de tratamientos.
- 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 dental; tratamiento con flúor; mantenedores de espacio (hijo); radiografías.
- **Clase II: Empastes** básicos; extracciones; cirugía oral; endodoncia (tratamientos de conducto); procedimientos periodontales.
- **Clase III: Prótesis dentales;** incrustaciones, coronas,

puentes, dentaduras postizas, implantes, reparación de aparatos protésicos.

- **Clase IV: Ortodoncia.** Limitado a los hijos cubiertos menores de 18 años. La corrección de maloclusión consiste en servicios de diagnóstico (incluidos modelos y radiografías) y tratamiento activo (incluidos 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 dentro de la red no pueden cobrarle la diferencia entre lo que ellos cobren y el monto permitido. El beneficio máximo anual para una persona cubierta por el plan 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. Con Dental Plus, recibirá explicaciones de beneficios adicionales. Consulte la página 80 para más información.

Consulte la tabla de la página 79 para más información.

Red del plan Dental Plus

BlueCross hace acuerdos con los dentistas de Carolina del Sur para que participen en la red del plan Dental Plus y acepten el menor de sus honorarios habituales o el monto negociado permitido.

Los montos permitidos pueden variar según la red de dentistas y/o la ubicación física del dentista. Usted únicamente es responsable de los deducibles y coseguros, además de los servicios no cubiertos prestados por un dentista dentro de la red que haya aceptado el acuerdo de BlueCross. Para obtener una lista de dentistas dentro de la red, visite StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) y, luego, "Find a Dentist" (Buscar un dentista).

Si su dentista no pertenece a la red, sus beneficios bajo el plan Dental Plus no se reducirán. Usted será responsable de los deducibles y coseguros, además de la diferencia entre el pago y el cargo por todos los servicios prestados por un dentista fuera de la red.

Basic Dental

Basic Dental tiene montos permitidos más bajos, que son los montos máximos permitidos por el plan para un servicio cubierto. No existe una red para Basic Dental. Por lo tanto, los proveedores pueden cobrarle la diferencia entre lo que ellos cobren y el monto permitido.

Los beneficios de Basic Dental se pagan según los montos

permitidos para cada procedimiento dental que figura en la lista de procedimientos dentales y montos permitidos del plan, que se encuentra en StateSC.SouthCarolinaBlues.com, en la sección "Dental" y luego "Basic Dental". El beneficio máximo anual para una persona cubierta por Basic Dental 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 más información.

Consulte la tabla de la página 79 para más información.

Disposiciones especiales de la cobertura de Basic Dental

Formas alternativas de tratamiento

Si usted o su dentista eligen un tratamiento más costoso o personalizado, el plan cubrirá el procedimiento menos costoso que sea coherente con las normas profesionales adecuadas de atención dental. Para determinar los beneficios o las denegaciones, BlueCross utiliza guías basadas en los servicios usuales y habitualmente brindados, así como en los estándares de la atención dental. Su dentista puede cobrarle la diferencia entre lo que cobra por el procedimiento más costoso y lo que el plan cubre por el procedimiento alternativo. Usted no puede aplicar el pago del procedimiento alternativo al costo del procedimiento más caro si este último no es un beneficio cubierto.

Un ejemplo de cuándo puede aplicarse un procedimiento menos costoso es cuando la porcelana fundida sobre una corona con base metálica predominante es menos costosa que la porcelana fundida sobre una corona de metal noble.

Presupuestos para tratamientos

Aunque no es obligatorio, la PEBA le recomienda que obtenga un presupuesto para tratamientos dentales importantes que no sean de urgencia. Para ello, usted y su dentista deben completar un *formulario de reclamación dental* antes de que se haga cualquier trabajo. El formulario se encuentra en peba.sc.gov/forms. El formulario completado debe incluir una lista de los servicios que se prestarán y el costo de cada uno.

Envíe por correo el formulario de reclamación a:

BlueCross BlueShield of South Carolina

Attn: State Dental Unit

P.O. Box 100300

Columbia, SC 29202

Un tratamiento de urgencia no necesita presupuesto previo.

Usted y su dentista recibirán un presupuesto previo al tratamiento, en el que se indicarán los gastos que su plan dental cubrirá. Este formulario se puede utilizar para

solicitar el pago una vez finalizado el trabajo. Solo tiene que indicar la(s) fecha(s) de servicio, pedirle a su dentista que firme el formulario y enviárselo a BlueCross. Su presupuesto previo al tratamiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha del formulario. La fecha real del servicio podría afectar el pago permitido. Por ejemplo, si ya alcanzó su pago máximo anual cuando se realiza el servicio o si ya no tiene cobertura dental, no recibirá el importe que se aprobó en el presupuesto.

Si Basic Dental es su seguro secundario, el presupuesto previo al tratamiento no reflejará el pago coordinado estimado, ya que BlueCross no sabrá cuánto pagará su seguro principal.

Para determinar el monto permitido para un procedimiento, pídale a su dentista el código del procedimiento y llame al servicio de atención al cliente dental de BlueCross al 888.214.6230 o al 803.264.7323.

Comparación entre Dental Plus y Basic Dental

	Dental Plus	Basic Dental
Diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, rayos X	Usted no paga ningún deducible. El plan pagará el 100 % de un monto permitido más alto . Un proveedor dentro de la red no puede cobrarle la diferencia entre lo que él cobre y el monto permitido.	Usted no paga ningún deducible. El plan pagará el 100 % de un monto permitido más bajo . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre lo que él cobre y el monto permitido.
Basic Empastes, cirugía oral, endodoncias	Usted paga un deducible de hasta \$25 por persona. ¹ El plan pagará el 80 % del monto permitido más alto . Un proveedor dentro de la red no puede cobrarle la diferencia entre lo que él cobre y el monto permitido.	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El plan pagará el 80 % de un monto permitido más bajo . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre lo que él cobre y el monto permitido.
Prótesis dentales Coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El plan pagará el 50 % de un monto permitido más alto . Un proveedor dentro de la red no puede cobrarle la diferencia entre lo que él cobre y el monto permitido.	Usted paga hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El plan pagará el 50 % de un monto permitido más bajo . Un proveedor puede cobrarle la diferencia entre lo que él cobre y el monto permitido.
Ortodoncia² Limitado a hijos cubiertos menores de 18 años	Usted no paga ningún deducible. Hay un beneficio vitalicio de \$1,000 por cada hijo cubierto.	Usted no paga ningún deducible. Hay un beneficio vitalicio de \$1,000 por cada hijo cubierto.
Pago máximo	\$2,000 por persona, al año, para servicios de diagnóstico y preventivos, básicos y de prótesis dentales. ³	\$1,000 por persona, al año, para servicios de diagnóstico y preventivos, servicios básicos y servicios de prótesis dentales.

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)	Basic Dental
Cargo inicial del dentista	\$235.00	\$235.00	\$235.00
Monto permitido⁴	\$145.00	\$180.00	\$75.00
Importe 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 absorbe este monto	\$55.00	\$160.00
Usted paga	\$0.00	\$55.00 Diferencia entre el monto permitido y el cargo	\$160.00 Diferencia entre el monto permitido y el cargo

¹ Si recibe servicios básicos o de prótesis dentales, solo pagará un deducible. El deducible está limitado a tres por familia, por año.

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

³ El pago máximo de \$2,000 incluye los pagos realizados tanto por Dental Plus como por Basic Dental.

⁴ Los montos permitidos pueden variar según la red de dentistas y/o la ubicación física del dentista.

Escenario 2: Empastes de amalgama de dos superficies

	Dental Plus (dentro de la red)	Dental Plus (fuera de la red)	Basic Dental
Cargo inicial del dentista	\$190.00	\$190.00	\$190.00
Monto permitido ^{5,6}	\$145.00	\$177.00	\$44.80
Importe 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 absorbe este monto	\$13.00	\$145.20
Usted paga	\$29.00	\$48.40 20 % de coseguro más la diferencia	\$154.16 20 % de coseguro más la diferencia

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

6 El ejemplo supone que alcanzó el deducible anual de \$25.

Exclusiones: servicios dentales no cubiertos

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

Beneficios generales no ofrecidos

- Tratamiento recibido de un proveedor que no es un dentista autorizado. La limpieza o el raspado dental realizado por un higienista dental con licencia para ejercer están cubiertos cuando se lleva a cabo bajo la supervisión y dirección de un dentista.
- Servicios que exceden el alcance de la licencia de dentista.
- Servicios prestados por un dentista que sea familiar de la persona cubierta, o servicios por los cuales no se haya cobrado previamente a la persona cubierta o por los que esta no le haya pagado al dentista.
- Servicios o suministros dentales prestados antes de la fecha en que usted es elegible para la cobertura del plan.
- Cargos realizados directamente a una persona cubierta por un dentista por concepto de suministros dentales (es decir, cepillo de dientes manual o eléctrico, enjuague bucal o hilo dental).
- Servicios no dentales, como citas perdidas y llenar formularios de reclamación.

- Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales, educación sobre higiene bucal o en cuidados dentales preventivos.
- Servicios y suministros por los que no se cobra ni se exigiría ningún pago si la persona no tuviera este beneficio, incluidos los gastos no facturables según el plan de seguro principal de la persona.
- Servicios o suministros no reconocidos como prácticas dentales aceptables por la Asociación Dental Americana.

Beneficios cubiertos por otro plan

- Tratamiento al que tiene derecho la persona cubierta en virtud de cualquier ley de indemnización por accidentes laborales.
- Servicios o suministros cubiertos por las fuerzas armadas de un gobierno.
- Servicios dentales para el tratamiento de lesiones como consecuencia de un accidente sufrido 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 de servicios dentales para dientes naturales y artificiales, dentaduras postizas, puentes, etc., que sean necesarios debido a la pérdida de dientes como consecuencia de tratamientos contra el cáncer o como resultado de un defecto congénito, están cubiertos por el plan de salud del miembro.

Procedimientos específicos no cubiertos

- Mantenedores de espacio para dientes temporales (primarios o de leche) perdidos si la persona cubierta tiene 19 años o más.
- Servicios o suministros de investigación o experimentales.
- Cualquier servicio o cargo por un servicio que no sea médicaamente necesario.
- Incrustaciones o coronas, cuando se utilizan con fines preventivos o estéticos, o debido a erosión, abrasión o atrición.
- Servicios y suministros con fines cosméticos o estéticos, incluidos los gastos de personalización o caracterización de prótesis dentales, excepto los tratamientos de ortodoncia previstos en este plan.
- Terapia miofuncional (es decir, corrección del empuje lingual).
- Aparatos o terapia para la corrección o el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular.
- Servicios para modificar la dimensión vertical.
- Férrulas, incluyendo pilares adicionales para puentes.
- Servicios para pruebas y exámenes de laboratorio, incluyendo, entre otros, cultivos bacterianos para determinar agentes patológicos, pruebas de susceptibilidad a las caries (destrucción de dientes o huesos), cultivos virales, muestras de saliva, pruebas genéticas, fotografías diagnósticas y exámenes histopatológicos.
- Recubrimiento pulpar, directo o indirecto (excluyendo la restauración final).
- Ferulización provisional intracoronaria y extracoronaria (corona).
- Trasplante dental o reposicionamiento quirúrgico de dientes.
- Ajuste oclusal (completo). Las férrulas oclusales están cubiertas para determinadas afecciones. El proveedor deberá presentar los registros de la consulta y una fotografía de las superficies oclusales que muestren patrones de desgaste junto con la solicitud para que el consultor dental las revise.
- Procedimientos temporales, como empastes o coronas temporales.
- Procedimientos de rebase.
- Dispositivos de alivio de estrés.
- Aditamentos de precisión.
- Procedimientos que se realizan el mismo día y se

consideran parte de un tratamiento más definitivo (por ejemplo, una radiografía tomada el mismo día).

- Incrustaciones (metal colado, composite, resina, porcelana, cerámica). Los beneficios para las incrustaciones se basan en el monto permitido de una restauración alternativa con amalgama.
- Gingivectomía/gingivoplastia realizada junto con, o con el fin de, colocar restauraciones.
- Aplicación tópica de selladores, por diente, para pacientes mayores de 16 años.
- Tomografías computarizadas (TC), tomografías axiales computarizadas (TAC), resonancias magnéticas (RM) o cualquier servicio relacionado.

Beneficios limitados

- Más de dos de estos procedimientos durante cualquier año del plan: examen bucal, consultas (deben ser con un especialista) y profilaxis (limpieza dental).
- Más de dos profilaxis periodontales. (Las profilaxis periodontales, el raspado o el alisado radicular solo están disponibles para los pacientes con antecedentes de tratamiento o cirugía periodontal). Para los pacientes con antecedentes de tratamiento/cirugía periodontal, se permiten cuatro limpiezas al año (una combinación de profilaxis y profilaxis periodontales).
- 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 panorámica en cualquier periodo de 36 meses, a menos que el dentista documente que existe una necesidad médica especial de estos servicios a intervalos más frecuentes y dicha necesidad sea aprobada por BlueCross.
- Más de dos aplicaciones tópicas de flúor o barniz fluorado durante cualquier año del plan.
- Aplicación tópica de selladores para pacientes menores de 15 años; el pago se limita a un tratamiento cada tres años y se aplica únicamente a molares permanentes sin restaurar.
- Más de un tratamiento de conducto radicular en el mismo diente. El tratamiento adicional (retratamiento) debe presentarse con el código de procedimiento correspondiente de la Asociación Dental Americana y la documentación de su dentista.
- Más de cuatro cuadrantes en cualquier periodo de 36 meses de curetaje gingival, gingivectomía, cirugía ósea (de hueso) o raspado y alisado radicular periodontal.
- Injertos de reemplazo óseo realizados en el mismo sitio más de una vez en cualquier periodo de 36 meses.

- Desbridamiento bucal completo para el tratamiento de la gingivitis si se realiza más de una vez en la vida.
- El acondicionamiento de tejidos para dentaduras postizas superiores e inferiores se limita a dos veces por dentadura en cualquier periodo de 36 meses.
- La aplicación de medicamentos desensibilizantes se limita a dos veces por cuadrante al año, y el único propósito del medicamento utilizado debe ser para desensibilizar.
- No más de una restauración con composite o amalgama por superficie en un periodo de 12 meses.
- Sustitución de restauraciones moldeadas (coronas, puentes, implantes) o prótesis dentales (dentaduras completas y parciales) en un plazo de cinco años desde su colocación original, a menos que se presenten pruebas satisfactorias para el administrador de reclamaciones externo de que: la restauración moldeada o la dentadura existente no pueden repararse; o la dentadura postiza existente es una dentadura postiza temporal inmediata y es necesario sustituirla por una dentadura postiza permanente, y que dicha sustitución se entrega o se coloca en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de entrega o colocación de la dentadura postiza temporal inmediata.
- Adición de dientes a un puente parcial removible o fijo existente, a menos que se presente evidencia satisfactoria para el tramitador de reclamaciones externo de que la adición de dientes es necesaria para la colocación inicial de uno o más dientes naturales.

Beneficios de prótesis y ortodoncia

- No se pagarán beneficios por prótesis dentales (es decir, coronas, coronas sobre implantes, puentes, dentaduras parciales o completas) hasta que se coloquen o se entreguen. Otras exclusiones y limitaciones para estos servicios incluyen:
- Prótesis dentales (incluidos puentes, coronas e implantes) y sus ajustes, que se solicitaron mientras la persona estaba cubierta por el plan, pero que se entregaron o colocaron más de 90 días después de finalizada la cobertura.
- Sustitución de prótesis dentales, mantenedores de espacio o aparatos de ortodoncia perdidos o robados, o gastos por dentaduras postizas o aparatos de repuesto o duplicados.
- Sustitución de aparatos ortodónticos o férulas oclusales rotas o perdidas.
- Sustitución de prótesis dentales existentes, salvo 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 superior al máximo vitalicio.
 - Servicios de ortodoncia después del mes en que un hijo cubierto deja de ser elegible para la cobertura de ortodoncia.
 - El único beneficio de servicios de ortodoncia es el pago de ortodoncia de por vida de \$1,000 por cada hijo cubierto menor de 18 años.

Coordinación de beneficios

Todos los beneficios dentales están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para garantizar que una persona cubierta por más de un plan de seguro no reciba más de un reembolso por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan principal paga primero y el plan secundario paga después del plan principal. Sin embargo, la suma de los pagos combinados nunca superará el monto permitido para sus procedimientos dentales cubiertos.

El monto permitido es el monto que el plan Basic Dental indica para cada procedimiento en la lista de procedimientos dentales y montos permitidos en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Dental Plus tiene montos máximos más altos. Cuando su cobertura dental estatal es secundaria, esta paga hasta el monto permitido por su cobertura dental estatal menos lo que pagó el plan principal. Para garantizar que los beneficios se paguen correctamente, los afiliados deben completar un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. BlueCross no tramitará ni pagará reclamaciones hasta que no 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. La más común de ellas es la extracción quirúrgica de dientes retenidos. Los beneficios se aplican en virtud del Plan de Salud Estatal y luego se coordinan según los planes Dental Plus y Basic Dental si el titular de la póliza está cubierto por un plan dental. El monto pagado en virtud del plan dental podría reducirse en función del pago del Plan de Salud Estatal.

Nunca recibirá más del beneficio máximo anual de su cobertura dental estatal, que es de \$2,000 para una persona cubierta por Dental Plus y \$1,000 para una persona cubierta por Basic Dental. El beneficio máximo de por vida por

servicios de ortodoncia es \$1000, independientemente de si están cubiertos o no por Dental Plus o Basic Dental, y se limita a los hijos cubiertos menores de 18 años. Consulte la tabla de la página 79 para más información.

Para más información sobre la coordinación de beneficios, incluyendo cómo determinar qué plan paga primero, consulte la página 39. Si su cobertura dental estatal es secundaria, debe enviar la explicación de beneficios que reciba de su plan principal junto con su reclamación a BlueCross. Para garantizar que los beneficios se paguen correctamente, usted debe completar un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. Inicie sesión en su cuenta de *My Health Toolkit* para actualizar esta información. Seleccione "My Plan & Benefits" (Mi plan y beneficios), "Dental" (Dental) y, luego, "Other Dental Insurance" (Otro seguro dental).

Si tiene alguna pregunta, llame a BlueCross al 888.214.6230 o al 803.264.7323, o comuníquese con la PEBA.

Cómo presentar una reclamación dental

La forma más fácil de presentar una reclamación es asignarles los beneficios a su dentista. Asignar beneficios significa que usted autoriza a su dentista a presentar reclamaciones por usted y a recibir pagos del plan por su tratamiento. Para ello, muéstrelle su tarjeta de identificación dental a un miembro del personal del consultorio del dentista y pídale que presente la reclamación por usted. Asegúrese de firmar las autorizaciones de pago en los bloques 36 y 37 del formulario de reclamación. BlueCross le pagará directamente a su dentista. Si está cubierto por Dental Plus y visita a un proveedor dentro de la red, usted es responsable de su coseguro. Si está cubierto por Basic Dental, 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 usted mismo a BlueCross. El formulario de reclamación está disponible en peba.sc.gov/forms o en StateSC.SouthCarolinaBlues.com. Complete los bloques del 4 al 23 del formulario de reclamación y pídale a su dentista que complete los bloques 1 y 2, 24 al 35 y 48 al 58.

Si su dentista no completa las secciones que le corresponden en el formulario, solicite una factura detallada que incluya la siguiente información:

- el nombre y la dirección del dentista y su número de identificación fiscal federal o identificador nacional de proveedor;
- 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 reclamación y envíelo por correo a la dirección que figura en el formulario:

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

Es posible que se necesiten registros médicos, radiografías y otras pruebas diagnósticas para determinar la cobertura de algunos procedimientos dentales. Es posible que su dentista deba presentar esta documentación para que consultor dental de BlueCross la revise. El plan no le pagará ninguna tarifa a su dentista por entregar esta información. BlueCross debe recibir el formulario de reclamación en un plazo de 90 días tras el inicio de la atención médica o tan pronto como sea razonablemente posible. El formulario debe presentarse en un plazo máximo de 24 meses después de que se hayan incurrido en los gastos, salvo en caso de discapacidad legal, o no se pagarán los beneficios.

¿Qué pasa si necesita ayuda?

Puede llamar a BlueCross al 888.214.6230, visitar StateSC.SouthCarolinaBlues.com o escribir a BlueCross a la dirección anterior.

Apelaciones

Se le informará de inmediato si BlueCross rechaza su reclamación o el tratamiento propuesto, ya sea en su totalidad o en parte. Si tiene alguna pregunta sobre la decisión, consulte la información de este capítulo o llame para obtener una explicación. Si considera que la decisión fue incorrecta, puede pedirle a BlueCross que la revise. La solicitud de revisión se debe enviar por escrito en un plazo de seis meses a partir del aviso de la decisión a:

BlueCross BlueShield of South Carolina
Attn: State Dental Appeals
AX-B15
P.O. Box 100300
Columbia, SC 29202-3300

Usted debe incluir los motivos por los que se debe aprobar su solicitud; también puede solicitar una revisión acelerada.

BlueCross le comunicará su decisión en un plazo de 60 días tras recibir su solicitud de revisión. Si se solicita la historia clínica, la decisión se comunicará en un plazo máximo

de 30 días tras recibir la información solicitada. Si la información solicitada no se recibe en un plazo de 30 días, BlueCross tomará una decisión basándose en la información disponible en ese momento. El aviso de BlueCross indicará los motivos específicos de su decisión.

Si aún no está satisfecho después de que BlueCross haya completado su proceso de revisión, puede solicitarle a la PEBA que revise el asunto al enviarle un [Formulario de apelación](#) a la PEBA en un plazo de 90 días a partir del aviso de la denegación de su apelación por parte de BlueCross. Incluya una copia de las denegaciones previas de BlueCross junto con su apelación ante la PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal:

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

Si su apelación está relacionada con un embarazo, un hijo recién nacido o la autorización previa de un tratamiento o medicamento que salva vidas, puede enviarle su solicitud a la PEBA a urgentappeals@peba.sc.gov.

Las apelaciones solo las puede hacer la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos o de productos farmacéuticos, un empleador o representante/agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su reclamación de BlueCross, tal y como se indica en el plan. Sin embargo, este plazo se podría extender si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación.

Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para

solicitar una revisión judicial en un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Cuidado de la visión

La PEBA ofrece beneficios para el cuidado de la vista a través del Plan de Visión Estatal, un producto totalmente asegurado, a través de EyeMed Vision Care®.

Información en línea sobre beneficios de visión

En el sitio web de EyeMed, www.eyemedvisioncare.com/pebaoe tiene:

- la función "Buscar un proveedor";
- la función "Ver sus beneficios", que incluye qué miembros de la familia están cubiertos y cuándo calificarán para recibir determinados servicios. D debido a las normas de privacidad, EyeMed solo muestra a los familiares menores de 18 años. Cualquier persona mayor de 18 años debe registrarse para tener su propia cuenta.
- acceder a las actualizaciones del estatus de las reclamaciones;
- acceder su tarjeta de identificación imprimible y un formulario de reclamaciones para servicios fuera de la red;
- marcar la opción de recibir sus explicaciones de beneficios por vía electrónica;
- pedir lentes de contacto a través de ContactsDirect, y
- ir a la sección "Vision Wellness" para más información sobre exámenes y enfermedades oculares, y cómo elegir anteojos.

Plan de Visión Estatal

El Plan de Visión Estatal está disponible para empleados que califiquen, y para jubilados, sobrevivientes, maestros permanentes a medio tiempo, titulares de póliza del seguro COBRA, excónyuges y familiares cubiertos. Los titulares de pólizas pagan la prima sin contribución del empleador.

El programa cubre exámenes oculares completos, monturas, lentes y opciones de lentes, así como servicios y materiales para lentes de contacto. También ofrece descuentos sobre pares adicionales de anteojos y lentes de contacto convencionales. Se ofrece un descuento del 15 % sobre el precio minorista y del 5 % sobre el precio promocional para procedimientos de corrección de la visión con LASIK y PRK a través de U.S. Laser Network. Su plan de salud cubre el tratamiento médico de sus ojos, como enfermedades oculares o cirugía. Es posible que no todos los proveedores participantes ofrezcan descuentos en los servicios. Antes de su cita, consulte con su proveedor para determinar si se ofrecen descuentos.

Los beneficios no se pueden combinar con ningún

descuento, oferta promocional u otro plan de beneficios colectivos. El Plan de Visión Estatal no cubre el impuesto sobre la venta de cualquier beneficio, como anteojos o lentes de contacto. Hay descuentos adicionales en la sección "Special Offers" (Ofertas especiales) para los miembros registrados en www.eyemedvisioncare.com/pebaoe. Los descuentos de ofertas especiales se pueden combinar con los beneficios de visión para miembros.

Exámenes oculares

Un examen ocular completo no solo detecta la necesidad de correcciones de la visión, sino que también puede revelar signos tempranos de muchas afecciones médicas, como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas. Una vez al año, EyeMed cubre un examen completo con un copago de \$10.

Para asegurarse de que solo se le cobre el copago de \$10 por el examen de la vista, dígale a su proveedor que solo desea los servicios que el Plan de Visión Estatal define como un examen ocular completo.

Algunos proveedores ofrecen un examen opcional de imágenes de la retina por un máximo de \$39, que ofrece imágenes de alta resolución del interior del ojo. Se trata de un descuento, no de un beneficio cubierto.

Frecuencia de los beneficios

El Plan de Visión Estatal cubre:

- un examen ocular completo una vez al año;
- lentes de plástico estándar para anteojos o lentes de contacto una vez al año;
- monturas para anteojos una vez al año, y
- los miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2 tienen derecho a visitas al consultorio y pruebas diagnósticas una vez cada seis meses para monitorear los signos de cambios diabéticos en los ojos.

Resumen de los beneficios de visión^{1,2}

	Dentro de la red usted paga:	Fuera de la red usted recibe:
Examen completo con dilatación según sea necesario Limitado a una vez al año	Copago de \$10.	Hasta \$35.
Imágenes de la retina Cubierto solo para miembros con diabetes tipo 1 o tipo 2	Hasta \$39.	Sin reembolso.
Descuento en imágenes de retina Opcional; no es un beneficio cubierto	Hasta \$39.	No aplica.
Anteojos		
	Dentro de la red usted paga:	Fuera de la red usted recibe:
Monturas Disponible todos los años; se aplica a cualquier montura disponible en el establecimiento del proveedor.	Un copago de \$0 y el 80 % del saldo por encima del monto permitido de \$150. Este beneficio no se puede combinar con ninguna otra promoción.	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar³ (limitado a una vez al año)		
Visión sencilla	Copago de \$10.	Hasta \$25.
Bifocal	Copago de \$10.	Hasta \$40.
Trifocal	Copago de \$10.	Hasta \$55.
Lenticular	Copago de \$10.	Hasta \$55.
Complementos para lentes		
Tratamiento UV, tintado Sólido, degradado; revestimiento antirayaduras estándar y lente de policarbonato estándar (menores de 19 años).	Un copago de \$0 por cada opción.	Hasta \$5 por cada opción.
Lentes de policarbonato estándar (adultos)	Copago de \$30.	Hasta \$5.
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$45.	No aplica.
Recubrimiento antirreflejo premium	Véase el siguiente cuadro.	No aplica.
Polarizado	20 % de descuento sobre el precio de venta al público.	No aplica.
Lentes de plástico de transición	Copago de \$60.	Hasta \$5.
Otros complementos	20 % de descuento sobre el precio de venta al público.	No aplica.
Ahorros adicionales		
Anteojos adicionales	40 % de descuento en anteojos graduados completos después de utilizar el beneficio financiado.	No aplica.

1 Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones del Plan de Visión Estatal. Consulte la página 90 para más información.

2 Los siguientes beneficios solo están disponibles en el plan de Visión Estatal. Los anteojos, los lentes de contacto y las pruebas para ajustarlos están excluidos del Plan de Salud Estatal. Consulte la página 90 para más información.

3 El plan no cubre las lentes de vidrio para anteojos. Como artículo no cubierto, las lentes de vidrio se ofrecen con un descuento del 20 %.

Lentes progresivos y tratamiento antirreflejos⁴

	Dentro de la red usted paga:	Fuera de la red usted recibe:
Lentes progresivos		
Lentes progresivos estándar	Copago de \$35.	Hasta \$55.
Progresivos premium (según el tarifario)	\$55-\$80.	Hasta \$55.
Otros progresivos premium (no incluidos en el tarifario)	Un copago de \$35 y el 80 % del costo menos un monto permitido de \$120.	Hasta \$55.
Recubrimiento antirreflejo		
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$45.	No aplica.
Recubrimiento antirreflejo premium (según el tarifario)	\$57-\$68.	No aplica.
Otros recubrimientos antirreflejo premium (no incluidos en el tarifario)	80 % del cobro.	No aplica.
Otros complementos y servicios	20 % de descuento sobre el precio de venta al público.	No aplica.

Lentes de contacto⁵

Disponible en lugar del beneficio de lentes para anteojos; limitado a una vez al año.

	Dentro de la red usted paga:	Fuera de la red usted recibe:
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar⁶		
Disponible tras un examen ocular completo	Copago de \$0 y pago total del servicio, incluidas dos visitas de seguimiento.	Hasta \$40.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar⁷	Un copago de \$0 y recibe un 10 % de descuento sobre el precio minorista menos un monto permitido de \$40.	Hasta \$40.
Convencional	Un copago de \$0 y el 85 % del saldo por encima del monto permitido de \$130.	Hasta \$104.
Desechable	Un copago de \$0 y el saldo por encima del monto permitido de \$130.	Hasta \$104.
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0.	Hasta \$200.
Lentes de contactos adicionales	15 % de descuento en lentes de contacto convencionales después de utilizar el beneficio financiado.	No aplica.

⁴ Los productos clasificados como progresivos y antirreflejos premium están sujetos a revisión anual por parte del director médico de EyeMed y pueden cambiar en función de las condiciones del mercado. El copago indicado se aplica a marcas concretas de lentes. Los proveedores no están obligados a ofrecer todas las marcas en todos los niveles. Los proveedores pueden facilitarles a los miembros los nombres y precios de productos específicos previa solicitud. La lista completa de marcas está en www.eyemedvisioncare.com/theme/pdf/microsite-template/eyemedlenslist.pdf.

⁵ El monto asignado para lentes de contacto incluye solo los materiales. El monto permitido para lentes de contacto desechables es de \$130, y usted no tiene que utilizar todo el monto permitido de una sola vez. Por ejemplo, puede utilizar \$50 del monto permitido cuando compre su primer suministro de lentes de contacto desechables y el resto más adelante.

⁶ Un ajuste de lentes de contacto estándar incluye lentes de contacto transparentes, blandos, esféricos y de uso diario para recetas de visión sencilla. No incluye lentes de uso prolongado/nocturno.

⁷ Un ajuste de lentes de contacto premium es más complejo y puede incluir ajustes de lentes bifocales/multifocales, cosméticos (de color), posquirúrgicos y permeables al gas. También incluye lentes de uso prolongado/nocturno.

Lentes de contacto médicamente necesarios

Este beneficio cubre los lentes de contacto médicamente necesarios cuando se da alguna de las siguientes condiciones:

- anisometropía de 3D en potencias meridionales;
- ametropía alta que excede -10 D o +10 D en las potencias meridianas;
- queratocono en el que la visión del miembro no se

puede corregir a 20/30 en uno o ambos ojos con anteojos estándar, o

- Mejora de la visión para los miembros cuya visión puede corregirse en dos líneas adicionales en la tabla de agudeza visual, en comparación con anteojos estándar con la mejor corrección.

El beneficio no se puede ampliar a otras afecciones oculares, incluso si usted o sus proveedores consideran que los lentes de contacto son necesarios para otras afecciones oculares o para mejorar la visión.

Resumen de los beneficios de visión para diabéticos

Frecuencia para diabéticos de tipo 1 y tipo 2: hasta dos servicios por año de beneficios.

	Dentro de la red usted paga:	Fuera de la red usted recibe:
Visita de servicio en el consultorio Examen médico de seguimiento	Copago de \$0; 100 % cubierto.	Hasta \$77 por servicio.
Imágenes de la retina	Copago de \$0; 100 % cubierto.	Hasta \$50 por servicio.
Oftalmoscopia ampliada	Copago de \$0; 100 % cubierto.	Hasta \$15 por servicio.
Gonioscopia	Copago de \$0; 100 % cubierto.	Hasta \$15 por servicio.
Láser de escaneo	Copago de \$0; 100 % cubierto.	Hasta \$33 por servicio.

Usar la red de proveedores de EyeMed

El plan utiliza la red *Select Network* de EyeMed, que incluye médicos y ópticas privadas en Carolina del Sur y en todo el país. Entre los minoristas se incluyen®, Target Optical® y los establecimientos Pearle Vision® participantes. Cuando utiliza un proveedor de red, usted es responsable únicamente de los copagos y de cualquier cargo que quede después de que se hayan aplicado los beneficios y descuentos a su factura. Además, el proveedor dentro de la red presentará la reclamación en su nombre.

Para encontrar un proveedor dentro de la red

- En la lista que acompaña a su tarjeta de afiliado encontrará los proveedores dentro de la red en su código postal o cerca.
- Visite www.eyemedvisioncare.com/pebaoe para ver el directorio más actualizado y use su código postal o dirección para hacer una búsqueda.
- Utilice el sistema de respuesta de voz interactiva o hable con un representante del centro de atención al cliente a través del 877.735.9314. Para hablar con un representante de atención al cliente, elija su idioma

(1 es para inglés) y luego diga "Provider Locator" (Localizador de proveedores).

- También puede preguntarle a su proveedor si acepta la cobertura de EyeMed.

Cuando haga una cita, infórmele al proveedor que está cubierto por EyeMed. No es necesario que traiga su tarjeta de identificación del Plan de Visión Estatal a la cita, pero podría ser útil.

Cómo pedir lentes de contacto en línea

Por lo general, puede ahorrar dinero utilizando sus beneficios dentro de la red del Plan de Visión Estatal para pedir lentes de contacto a través de ContactsDirect.com.

Haga clic en "Insurance" (Seguro) 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 visión. Los lentes de contactos se le enviarán por correo postal a su domicilio sin costo alguno.

Beneficios fuera de la red

Sus beneficios son menores cuando utiliza un proveedor fuera de la red. Para saber qué se le reembolsará si utiliza

un proveedor fuera de la red para servicios y suministros cubiertos, consulte las tablas de las páginas 87 a 89.

Para recibir servicios fuera de la red:

- Puede presentar una reclamación electrónica por servicios fuera de la red. El formulario electrónico de reclamación 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 ClaimsP.O. Box 8504Mason, OH 45040-7111

El reembolso se le enviará por correo postal.

Para obtener información sobre los servicios fuera de la red, llame al centro de atención al cliente de EyeMed al 877.735.9314. Es posible que necesite tener a mano su tarjeta de identificación del Plan de Visión Estatal.

Exclusiones y limitaciones

Algunos servicios y productos no están cubiertos por sus beneficios de atención de visión, como:

- Terapia ortóptica (problemas en el uso de los músculos oculares) o entrenamiento visual, ayudas para visión subnormal y cualquier prueba complementaria asociada.
- Lentes aniseicónicos (para corregir una afección en la que la imagen de un objeto en un ojo difiere de la imagen del mismo objeto en el otro ojo),
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos o las estructuras de soporte.
- Cualquier examen ocular o de la vista o anteojos correctoras que exija un empleador como condición para el empleo.
- Anteojos de seguridad.
- Los servicios que prestaría el gobierno en virtud de cualquier ley de indemnización por accidentes laborales o legislación similar, ya sea federal, estatal o local.
- Lentes sin graduación (sin receta) o lentes de contacto.
- Anteojos de sol sin receta médica.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Servicios prestados por cualquier otro plan de beneficios colectivo que ofrezca cuidados de la visión.
- Servicios prestados después de la fecha en que el afiliado deja de estar cubierto por la póliza, excepto

cuando se entregan materiales de visión solicitados antes de que finalizara la cobertura y el afiliado recibe los servicios en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se pidieron los materiales.

- Los lentes, las monturas, los anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos no se reemplazarán sino hasta la próxima fecha prevista para su sustitución según la frecuencia de los beneficios.
- Los beneficios no se pueden combinar con ningún descuento, oferta promocional ni otros planes de beneficios grupales.

Comuníquese con EyeMed

Llame al centro de atención al cliente de EyeMed al 877.735.9314. También puede iniciar sesión en la página de inicio de EyeMed y seleccionar "Contact us" (Contáctenos) en "Help and Resources" (Ayuda y recursos). Asegúrese de tener a mano la siguiente información:

- el nombre y los apellidos del titular de la póliza;
- el número de identificación de beneficios o el número de seguro social del titular de la póliza;
- el número de grupo del Plan de Visión Estatal (9925991), y
- un número de fax o una dirección, si requiere información por fax o correo postal.

EyeMed tiene una aplicación que ofrece el mismo acceso que su sitio web. Busque la aplicación gratuita EyeMed Members en su tienda de aplicaciones. Está disponible para dispositivos iPhone, iPad, iPod Touch y Android.

Apelaciones

Si el centro de atención al cliente de EyeMed no puede resolver su consulta sobre reclamaciones, escriba a:

EyeMed Vision Care
Attn: Quality Assurance Department
4000 Luxottica Place
Mason, OH 45040

También puede enviar la información por fax al 513.492.3259. Este equipo trabajará con usted para resolver su problema en un plazo de 30 días. Si no está conforme con la decisión del equipo, puede apelar ante un subcomité de apelaciones de EyeMed, cuyos miembros no participaron en la decisión original. EyeMed resuelve todas las apelaciones en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el subcomité las recibe. Dado que el plan de atención de visión está totalmente asegurado, no puede apelar las decisiones de EyeMed ante la PEBA.

Ejemplos del Plan de Visión Estatal

Ejemplo 1

	Promedio de los precios al detal ⁸	Beneficio del Plan de Visión Estatal	Su costo dentro de la red
Examen ocular	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Monturas	\$200.00	Copago de \$0 y 20 % de descuento Saldo por encima de la asignación de \$150	\$40.00
Lentes			
Visión sencilla	\$90.00	Copago de \$10	\$10.00
Policarbonato (adultos)	\$64.00	Copago de \$30	\$30.00
Recubrimiento antirreflejo premium (Crizal Alize)	\$123.00	Copago de \$68	\$68.00
Usted paga	\$607.00		\$158.00

Ejemplo 2

	Promedio de los precios al detal ⁸	Beneficio del Plan de Visión Estatal	Su costo dentro de la red
Examen ocular	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Monturas	\$150.00	Copago de \$0 y 20 % de descuento Saldo por encima del monto permitido de \$150	\$0.00
Lentes			
Progresivo premium (nivel 2)	\$323.00	Copago de \$65	\$65.00
Recubrimiento antirreflejo premium (Crizal Alize)	\$123.00	Copago de \$68	\$68.00
Usted paga	\$726.00		\$143.00

Ejemplo 3

	Promedio de los precios al detal ⁸	Beneficio del Plan de Visión Estatal	Su costo dentro de la red
Examen ocular	\$130.00	Copago de \$10	\$10.00
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar	\$71.00	Copago de \$0	\$0.00
Lentes de contacto desechables	\$130	\$130 monto permitido	\$0.00
Usted paga	\$328.00		\$10.00

⁸ Basado en los promedios del sector. Los precios y los costos varian según el mercado y el tipo de proveedor. Las primas no están incluidas.

Seguro de vida

El programa de seguros de vida de la PEBA está suscrito por Metropolitan Life Insurance Company. El seguro que se ofrece es un seguro de vida temporal, lo que significa que la cobertura es durante un periodo de tiempo específico. La póliza no tiene valor en efectivo.

El contrato del programa de seguros de vida consta de la póliza, que se emite a nombre de la PEBA, la solicitud de la PEBA y su solicitud de inscripción. La póliza está a nombre de la PEBA. El contrato del seguro puede modificarse en cualquier momento siempre que MetLife y la PEBA estén de acuerdo con el cambio. Nadie más tiene la autoridad para modificar el contrato. Todos los cambios deben hacerse por escrito, incorporarse a la política y estar firmados por un representante oficial de MetLife y de la PEBA.

Elegibilidad

Por lo general, para inscribirse en el programa de seguros de vida, debe ser un empleado a tiempo completo que reciba una remuneración de un departamento, agencia, junta, comisión o institución del estado; distrito escolar público; gobierno del condado, incluidos los miembros del consejo del condado; empleador opcional participante; u otro empleador elegible que esté aprobado por la ley estatal y participe en el programa de seguros 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 tienen derecho a la cobertura del 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 por semana, también podría ser elegible en los casos en que su empleador cubierto haya definido el término "tiempo completo" como un empleado que trabaja al menos 20 horas por semana. La PEBA también debe aprobar esta decisión. Además, para poder optar a este programa, los empleados deben ser ciudadanos o residentes legales de los Estados Unidos, sus territorios y sus protectorados. Los empleados temporales, contratados o estacionales no son elegibles.

Requisito de participación activa en el trabajo

Para estar asegurado o recibir un aumento en el monto de la cobertura del seguro de vida, debe estar "trabajando activamente". Esto significa que está desempeñando plenamente sus funciones habituales durante el número de horas programadas regularmente en el lugar de trabajo habitual del empleador, o en otros lugares a los que el negocio del empleador le obliga a desplazarse.

Si no está trabajando debido a una enfermedad o lesión, no cumple con el requisito de participación activa en el trabajo. Si está recibiendo beneficios por enfermedad o por discapacidad temporal o permanente, tampoco cumple el requisito.

Si no está trabajando activamente en la fecha en que comenzaría la cobertura o en que entraría en vigor un aumento en el monto de su seguro de vida, no será elegible para la cobertura ni para el aumento hasta no que vuelva a trabajar activamente. Si la ausencia es en un día no laborable, la cobertura no se retrasará siempre y cuando usted estuviera trabajando activamente el día hábil inmediatamente anterior al día no laborable. Salvo que se disponga lo contrario en el certificado del seguro de vida, usted tiene derecho a seguir estando asegurado solo mientras permanezca trabajando activamente.

Cualquier selección de cobertura del seguro de vida o aumento de la cobertura mientras no esté trabajando activamente no será elegible para reclamaciones. Recibirá un reembolso de la prima por cualquier cobertura del seguro de vida que haya pagado y para la que no era elegible.

Solicitudes

El *Aviso de elección* y la *Declaración de salud electrónica* que usted complete para estar cubierto por este plan se consideran su solicitud de cobertura del seguro de vida. MetLife puede utilizar las declaraciones erróneas u omisiones en su solicitud para impugnar la validez del seguro o denegar una reclamación.

Una vez que la cobertura del asegurado haya estado vigente durante dos años desde su fecha de entrada en vigor, MetLife no podrá impugnar la cobertura del asegurado, salvo en caso de fraude o impago de las primas. Sin embargo, si se produce un aumento en la cantidad del seguro que el asegurado debía solicitar o para la que MetLife exigía pruebas médicas, entonces, en la medida del aumento, cualquier pérdida que se produzca en los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor del aumento será impugnable.

Cualquier declaración que el asegurado haga en su solicitud se considerará, salvo en caso de fraude, una declaración (veraz al momento de realizarse) y no una garantía (veraz al momento de realizarse y que seguirá siendo veraz en el futuro). Además, ninguna declaración de un asegurado se utilizará para anular su seguro ni para defenderse contra una reclamación, a menos que dicha declaración figure en la solicitud.

¿Cuál es el mínimo de seguro de vida que debería tener? Para que tenga una idea de cuánto debe considerar, use la calculadora de MetLife en www.metlife.com/scpeba.

Seguro de vida básico

La inscripción automática en el seguro de vida básico, que incluye cobertura por muerte accidental y desmembramiento, se ofrece a los empleados que califican y están inscritos en el Plan de Salud Estatal o en el plan suplementario de TRICARE. No hay que llenar ningún formulario para participar y este beneficio no tiene costo alguno para usted. La cobertura básica del seguro de vida ofrece:

- \$3,000 en seguro de vida temporal para empleados elegibles de hasta 69 años y
- \$1,500 para empleados elegibles mayores de 70 años.

Los montos de la cobertura por muerte accidental y desmembramiento son los mismos que los del seguro de vida básico.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que usted esté trabajando activamente como empleado a tiempo completo. Si usted comienza a calificar para la cobertura del seguro en una fecha distinta al primer día natural o al primer día hábil del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas al requisito de participación activa en el trabajo (véase la página 93).

Seguro de vida opcional

Para muchas personas, contratar un seguro de vida adicional al que les ofrece su empresa les ayuda a tener 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 la PEBA ni de su empleador.

Inscripción inicial: empleados activos

Si usted es un empleado elegible, puede inscribirse en el seguro de vida opcional en un plazo de 31 días a partir de su fecha de contratación. Usted debe completar los formularios necesarios. Puede elegir una cobertura, en incrementos de \$10,000, hasta tres veces sus ingresos anuales básicos (redondeados a la decena de \$10,000 más cercana) o hasta \$500,000, lo que sea menor, sin necesidad de presentar pruebas médicas.

Para pedir un nivel de beneficio más alto, en incrementos de \$10,000, hasta un máximo de \$500,000, debe completar una *Declaración de salud* electrónica y entregar evidencia médica. Recibirá un correo electrónico de MetLife para completar una declaración de salud.

Su cobertura comienza el primer día del mes en que usted

esté trabajando activamente como empleado a tiempo completo. Si usted comienza a calificar para la cobertura del seguro en una fecha distinta al primer día natural o al primer día hábil del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se inscribe en una cobertura que requiere evidencia médica, la fecha efectiva de su cobertura para el monto que requiere evidencia médica será el primer día del mes siguiente a la aprobación.

Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas a la disposición "Trabajando activamente" (véase la página 93).

Entrada tardía

Con la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si participa en la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos *MoneyPlus* y no se inscribe en la cobertura del seguro de vida opcional en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que comienza a trabajar, solo podrá inscribirse en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad (consulte la página 19) o durante el periodo de inscripción abierta anual cada octubre. En determinadas situaciones especiales de elegibilidad, usted puede adquirir cobertura del seguro de vida opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un aumento máximo de \$50,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. La cobertura elegida debido a una situación especial de elegibilidad que no requiere evidencia médica entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la solicitud. La cobertura elegida debido a una situación especial de elegibilidad que requiere evidencia médica entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación de la evidencia médica y la recepción de un *Aviso de elección* completado. De lo contrario, deberá completar un *Aviso de elección* y una *Declaración de salud* electrónica durante el periodo de inscripción abierta. Si se aprueba, su cobertura entrará en vigor el primer día de enero después del periodo de inscripción o, si se aprueba después del 1 de enero, entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación. Todas las fechas de entrada en vigor de la cobertura están sujetas a la disposición "Trabajando activamente" (véase la página 93).

Sin la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si no participa en la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos *MoneyPlus* y no se inscribe en la cobertura del seguro de vida opcional en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que comienza a trabajar, puede inscribirse durante todo el año siempre que entregue

pruebas médicas y MetLife lo apruebe. Para inscribirse, debe completar un *Aviso de elección* y una *Declaración de salud* electrónica. Su cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación. En determinadas situaciones especiales de elegibilidad, usted puede adquirir cobertura del seguro de vida opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un aumento máximo de \$50,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Todas las fechas efectivas de la cobertura del seguro de vida opcional están sujetas al requisito de participación activa en el trabajo (véase la página 93).

Primas

Las primas del seguro de vida opcional se determinan en función de su edad al 31 de diciembre anterior y del monto de cobertura que elija. Los empleados activos pueden pagar primas de hasta \$50,000 de cobertura antes de impuestos a través de *MoneyPlus* (véase la página 119). Los empleados jubilados no pueden pagar las primas a través de *MoneyPlus*.

¿Qué pasa si cambia mi categoría de edad?

Las tarifas se basan en su edad y aumentarán cuando su categoría de edad cambie. Si su categoría de edad cambia, su prima aumentará el 1 de enero del siguiente año natural. Su cobertura se reducirá a los 70, 75 y 80 años. La reducción de la cobertura entrará en vigor el 1 de enero del siguiente año natural.

Cambiar el monto de su cobertura

Con la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si participa en la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos *MoneyPlus*, puede aumentar, disminuir o cancelar su cobertura del seguro de vida opcional solo durante el periodo de inscripción abierta anual en octubre o dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad (consulte la página 19).

Para aumentar su cobertura durante el periodo de inscripción abierta, debe entregarle pruebas médicas y obtener la aprobación de MetLife. Si se aprueba, la cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente al periodo de inscripción. Todas las fechas efectivas de la cobertura del seguro de vida opcional están sujetas al requisito de participación activa en el trabajo (véase la página 93). Si aumenta su cobertura del seguro de vida opcional debido a una situación especial de elegibilidad, puede aumentarla, en incrementos de \$10,000 hasta \$50,000 (\$500,000 es la cantidad máxima de cobertura) sin presentar evidencia médica.

Sin la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos

Si no participa en la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos *MoneyPlus*, puede solicitar aumentar el importe de su cobertura del seguro de vida opcional en cualquier momento del año, siempre que presente pruebas médicas y MetLife lo apruebe. Su cobertura en el nuevo nivel entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación. En determinadas situaciones especiales de elegibilidad, usted puede adquirir cobertura del seguro de vida opcional, en incrementos de \$10,000, hasta un aumento máximo de \$50,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. La cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha en que complete y envíe el *Aviso de elección*.

Todas las fechas efectivas de la cobertura del seguro de vida opcional están sujetas al requisito de participación activa en el trabajo (véase la página 93). Puede reducir o cancelar su cobertura en cualquier momento. Sin embargo, si más adelante desea volver a inscribirse o aumentar la cobertura, debe entregar pruebas médicas y obtener la aprobación de MetLife.

Seguro de vida para dependientes

Dependientes elegibles

Si usted califica para la cobertura del seguro de vida, puede inscribir a sus dependientes elegibles en el seguro de vida para dependientes, incluso si usted no se ha inscrito en el programa de seguro de vida opcional ni en la cobertura de seguro médico estatal.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legal:
 - No puede calificar para la cobertura como empleado de un empleador participante.
- Hijos:
 - Incluye hijos naturales, hijos adoptados legalmente, hijos en proceso de adopción (desde la fecha de acogida por los padres adoptivos hasta la adopción legal), hijastros o hijos sobre los que tiene la tutela legal.
 - Desde el nacimiento hasta los 19 años, o un hijo que tenga al menos 19 años, pero menos de 25, y que asista a la escuela a tiempo completo (según lo defina la institución) como actividad principal y dependa principalmente de usted para su manutención económica.

Los cambios en la elegibilidad para el seguro realizados por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible

(*Patient Protection and Affordable Care Act*), modificada por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (*Health Care and Education Reconciliation Act*), no se aplican al seguro de vida para hijos dependientes.

Los hijos de cualquier edad califican si tienen una discapacidad física, son mentalmente incapaces de mantenerse por sí mismos, son incapaces de mantenerse por sí mismos antes de los 25 años y dependen económicamente de usted para más de la mitad de su manutención y sustento.

Para más información sobre la cobertura de un hijo discapacitado, incluidos los requisitos de notificación, consulte la página 14.

Una persona que sea elegible como empleado o jubilado conforme a la póliza, o que esté asegurada bajo una cobertura de continuación, no es elegible como dependiente. Solo una persona puede asegurar a un hijo dependiente que califique.

La PEBA puede hacer una auditoría de la elegibilidad de un dependiente asegurado. Si se determina que el dependiente no califica, no se pagarán beneficios.

Si tanto el esposo como la esposa trabajan para un empleador participante, solo uno de ellos puede contratar la cobertura para los hijos dependientes que califiquen, y los cónyuges no pueden cubrirse mutuamente.

Para presentar una reclamación en virtud del seguro de vida para hijos dependientes para un hijo de entre 19 y 24 años, deberá demostrar que el hijo era estudiante a tiempo completo en el momento de la inscripción y en el momento de la reclamación. Necesitará una declaración con membrete de la institución educativa que verifique que el hijo era estudiante a tiempo completo y que indique las fechas de matriculación del hijo. Debe entregarle la declaración a su administrador de beneficios, quien la enviará a MetLife junto con el *Formulario de reclamaciones del seguro de vida*.

Para presentar una reclamación por una persona discapacitada mayor de 25 años, debe entregarle un certificado de discapacidad a su administrador de beneficios, quien se lo enviará a MetLife junto con el *Formulario de reclamaciones del seguro de vida*.

Dependientes excluidos

- Cualquier dependiente que sea elegible como empleado para la cobertura del seguro de vida, o que esté prestando servicio militar a tiempo completo, no será considerado como dependiente.
- Los excónyuges y exhijastros no pueden estar cubiertos por el seguro de vida para dependientes a través de la PEBA, ni siquiera con una orden judicial.
- Los hijos en acogida no pueden optar a la cobertura del seguro de vida para dependientes.

Cobertura para cónyuges dependientes

Si usted está inscrito en el programa del seguro de vida opcional, puede cubrir a su cónyuge en incrementos de \$10,000 hasta el 50 % de su cobertura del seguro de vida opcional o \$100,000, lo que sea menor.

Sin embargo, si no está inscrito en la cobertura del seguro de vida opcional, solo puede inscribir a su cónyuge por \$10,000 o \$20,000.

Se requiere evidencia médica para todos las coberturas superiores a \$20,000, aumentos en el monto de cobertura de más de \$20,000 y para la cobertura no elegida cuando su cónyuge se volvió elegible por primera vez o debido a una situación especial de elegibilidad.

La cobertura de su cónyuge se reducirá a los 70, 75 y 80 años en función de su edad.

Los cónyuges inscritos en la cobertura del seguro de vida para dependientes también están cubiertos por los beneficios por muerte accidental y desmembramiento.

También califican para el beneficio por uso del cinturón de seguridad, el beneficio por bolsa de aire, el beneficio para cuidado infantil y el beneficio para la educación de hijos (véanse las páginas 99 y 100).

Cobertura del seguro de vida para hijos dependientes

El beneficio por cada hijo dependiente es de \$15,000 y la cobertura está garantizada. Los hijos son elegibles desde el nacimiento hasta los 19, o hasta los 25 años si son estudiantes a tiempo completo. Los hijos solo pueden estar cubiertos por uno de los padres en este plan.

Inscripción

En un plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación, puede inscribirse en el seguro de vida para cónyuges y dependientes por un importe de hasta \$20,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. Es necesario inscribirse en el seguro de vida opcional para poder inscribirse en la cobertura del seguro de vida para cónyuges dependientes por más de \$20,000. No puede incluir a su excónyuge en la cobertura.

Los hijos que califiquen se pueden añadir en el momento de la inscripción inicial y a lo largo del año sin necesidad de presentar pruebas médicas.

Para inscribirse en el seguro de vida para dependientes, debe completar un *Aviso de elección* y enviárselo a su administrador de beneficios. Cada dependiente que deseé incluir en la cobertura debe figurar en el *Aviso de elección*.

La cobertura de sus dependientes comienza el primer día del mes si usted está trabajando activamente como empleado a tiempo completo ese día. Si usted califica el primer día hábil

del mes (el primer día que no sea sábado, domingo o feriado oficial) y no es el primer día del calendario, puede elegir que la cobertura comience el primer día de ese mes o el primer día del mes siguiente. Si usted califica en una fecha distinta al primer día natural o al primer día hábil del mes, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

En cualquier momento del año, puede inscribirse o añadir cobertura adicional para su cónyuge dependiente al llenar una *Declaración de salud* electrónica para presentar pruebas médicas. La cobertura adicional entra en vigor el primer día del mes siguiente a la aprobación de la evidencia médica.

Todas las fechas de vigencia están sujetas al requisito de participación activa en el trabajo (véase la página 93) y a la disposición sobre dependencia sin reclusión, que se encuentra más adelante en esta sección.

Añadir a un nuevo cónyuge

Si desea añadir a su cónyuge porque se casó, puede inscribirse en la cobertura del seguro de vida para cónyuges dependientes de \$10,000 o \$20,000 sin necesidad de presentar pruebas médicas. Para hacer esto, debe completar un *Aviso de elección* en un plazo de 31 días a partir de la fecha de su matrimonio. La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que complete y presente el *Aviso de elección*. No puede incluir a su cónyuge como dependiente si este es o pasa a ser empleado de una empresa que participa en el plan.

Si se divorcia, debe eliminar al cónyuge de su cobertura del seguro de vida para dependientes. Deberá completar un *Aviso de elección* en un plazo de 31 días a partir de la fecha de su divorcio. La cobertura finaliza el último día del mes en que se hace efectivo el divorcio.

Pérdida del empleo del cónyuge

Si su cónyuge deja de trabajar para un empleador participante, usted puede inscribirlo en la cobertura del seguro de vida para dependientes por un máximo de \$20,000 en un plazo de 31 días a partir de la fecha de ceso laboral, sin necesidad de presentar pruebas médicas. Si su cónyuge pierde el seguro de vida a través de un empleador que no participa en el seguro la PEBA, puede inscribirse durante todo el año si completa 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 MetLife lo apruebe. Para hacerlo, complete un *Aviso de elección* y una *Declaración de salud* electrónica.

La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la solicitud. Todas las fechas de entrada en vigor de la

cobertura están sujetas al requisito de participación activa en el trabajo y a la disposición sobre dependientes no recluidos.

Añadir hijos

Los hijos que cumplan los requisitos pueden añadirse a lo largo del año sin necesidad de presentar pruebas médicas al completar un *Aviso de elección* y enviárselo a su administrador de beneficios. La cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha en que complete y envíe el formulario.

Su hijo elegible queda automáticamente cubierto durante 30 días a partir del nacimiento vivo del hijo. Para continuar con la cobertura de sus hijos, deberá incluir a cada uno en su *Aviso de elección* en un plazo de 31 días desde su nacimiento; de lo contrario, la cobertura del hijo finalizará al cabo de 30 días.

Debe incluir a cada hijo en su *Aviso de elección* en un plazo de 31 días desde su nacimiento, incluso si tiene cobertura del seguro de vida para dependientes cuando tiene un nuevo hijo que califica.

Todas las fechas de vigencia de la cobertura están sujetas a la disposición sobre dependientes no hospitalizados que 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 vigor, la fecha se aplazará hasta que sea dado de alta de dicho hospital o centro. Esto no se aplica a un hijo recién nacido. Sin embargo, en ningún caso el seguro de un dependiente entrará en vigor antes de su seguro de vida.

Primas

La cobertura del seguro de vida para cónyuges e hijos dependientes son beneficios independientes por los que usted paga primas separadas. Las primas las paga usted completamente, sin ninguna contribución por parte de su empleador, y el pago se puede hacer por deducción de nómina.

Las primas para la cobertura de cónyuges dependientes se determinan en función de la edad del cónyuge.

La prima del seguro de vida para hijos dependientes es \$1.26, independientemente del número de hijos cubiertos.

Beneficiarios

Un beneficiario es la persona o las personas que recibirán los pagos del seguro si usted fallece. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento, a menos que haya renunciado a este derecho. Si no ha nombrado a ningún

beneficiario elegible, los beneficios por fallecimiento se le pagarán a:

1. su patrimonio;
2. su cónyuge legal, si está vivo; de lo contrario a:
3. su hijo natural o legalmente adoptado, en partes iguales, si está vivo; de lo contrario a:
4. sus padres, a partes iguales, si están vivos; de lo contrario a:
5. sus hermanos, en partes iguales, si están vivos.

Cambiar sus beneficiarios

Puede cambiar sus beneficiarios en línea a través de MyBenefits.sc.gov, o notificándoselo a su administrador de beneficios y completando un formulario de *Aviso de elección*. El cambio entrará en vigor en la fecha en que se firme la solicitud. Tenga en cuenta que MetLife permitirá cambios de beneficiarios mediante un poder notarial solo si los documentos indican específicamente que el apoderado tiene la facultad de cambiar las designaciones de beneficiarios.

Cesión

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 la cesión del certificado ni de ningún interés sobre el mismo, a menos que se realice mediante una declaración por escrito, se presente el instrumento original o una copia certificada en la oficina central de MetLife, y MetLife le envíe una copia certificada. Para ceder su seguro de vida, envíe el formulario de cesión a su administrador de beneficios.

MetLife no se hace responsable de la validez de ninguna cesión. Usted debe asegurarse de que la cesión sea legal en su estado y cumpla sus objetivos previstos. Si una reclamación se basa en una cesión, MetLife podría exigir una prueba del 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 ni a hijos dependientes.

Lista de pérdidas accidentales y beneficios

Además de cualquier beneficio del seguro de vida, MetLife pagará beneficios por muerte accidental y desmembramiento equivalentes al monto del seguro de vida básico y opcional por el que el empleado está asegurado y un monto equivalente al del seguro de vida para cónyuges dependientes por el que el cónyuge está asegurado, de acuerdo con la siguiente tabla si:

1. sufre una lesión corporal accidental mientras su seguro está vigente;
2. el resultado directo de dicha lesión es una pérdida, independiente de cualquier otra causa, y es involuntaria, inesperada e imprevista, y
3. dicha pérdida se produce en un plazo de 365 días a partir de la fecha del accidente que causó la lesión.

La pérdida de una mano o un pie se refiere a la amputación real y permanente del cuerpo a la altura o por encima de la muñeca o el tobillo. La pérdida de la vista, el habla o el oído significa una pérdida total e irrecuperable. La pérdida del pulgar y el índice de la misma mano significa la amputación real y permanente del cuerpo a la altura o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas.

El importe del beneficio será un porcentaje del monto del seguro básico, opcional y de vida para cónyuges y dependientes. El porcentaje se determina según el tipo de pérdida, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Descripción de pérdidas	Porcentaje del monto del seguro de vida
Vida	100 %
Ambas manos, ambos pies o la vista en ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Habla y audición en ambos oídos	100 %
Una mano o un pie, y la vista en un ojo	100 %
Movimiento de las extremidades superiores e inferiores (tetraplejía)	100 %
Movimiento de ambas extremidades inferiores (paraplejía)	75 %
Movimiento de ambas piernas y un brazo, o ambos brazos y una pierna	75 %
Movimiento de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo (hemiplejía)	50 %
Una mano o un pie	50 %
Vista en un ojo	50 %
Habla o audición en ambos oídos	50 %
Movimiento de una extremidad (monoplejía)	25 %
Pulgar e índice de la misma mano	25 %

¿Qué no está cubierto?

MetLife no pagará los beneficios por muerte accidental y desmembramiento previstos en esta sección por ninguna pérdida causada o contribuida por:

- Lesiones autoinfligidas intencionadamente.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Cometer o intentar cometer un delito grave.
- Deterioro físico o mental, dolencia o enfermedad.
- Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- El uso voluntario de fármacos con o sin receta, drogas ilegales, medicamentos, venenos, gases, humos u otras sustancias tomadas, absorbidas, inhaladas, ingeridas o inyectadas, a menos que se tomen siguiendo las indicaciones de un médico con licencia para ejercer, de la forma y en la dosis recetadas y verificables.
- Una colisión o accidente automovilístico en el que usted conducía el vehículo motorizado y su nivel de alcohol en la sangre alcanza o supera el nivel definido como intoxicación por el estado donde ocurrió la colisión o el accidente, independientemente de cualquier procedimiento legal al respecto.
- Una infección, salvo aquella que se produzca simultáneamente con la lesión accidental y como consecuencia directa e independiente de esta.
- Tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos diagnósticos o cualquier complicación resultante, incluidas las complicaciones derivadas de negligencia médica. Guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no.
- Servicio en el ejército de cualquier nación, excepto en la Guardia Nacional de los Estados Unidos.

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Beneficio por uso del cinturón de seguridad y por la bolsa de aire (solo básico, opcional y por muerte accidental y desmembramiento del cónyuge dependiente)

El beneficio por uso del cinturón de seguridad es un 10 % adicional de su beneficio por muerte accidental. Sin embargo, el importe que MetLife pagará por este beneficio no será inferior a \$1000 ni superior a \$25,000. Por ejemplo, si el monto de su seguro de vida opcional es de \$20,000 y usted fallece en un accidente, se pagará un beneficio adicional por muerte accidental de \$20,000. El beneficio por uso del cinturón de seguridad aumenta este beneficio por muerte accidental en un 10 %, o \$2,000. Entonces la

indemnización total por muerte accidental será de \$22,000, lo que significa que la indemnización total por muerte será de \$42,000.

El beneficio por la bolsa de aire es un 5 % adicional. Sin embargo, el monto pagado por este beneficio no será inferior a \$1,000 ni superior a \$10,000 de su beneficio por muerte accidental. Por ejemplo, si el importe de su seguro de vida es de \$20,000 y usted fallece en un accidente, se pagará una indemnización adicional de \$20,000 por muerte accidental. El beneficio por uso del cinturón de seguridad aumenta la indemnización por muerte accidental en \$2,000, y el beneficio por la bolsa de aire aumenta la indemnización por muerte accidental en \$1,000 (5 % de \$20,000), lo que significa que la indemnización total por muerte será de \$43,000.

Para optar a estos beneficios, se deben cumplir los siguientes requisitos:

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 particular estaba equipado con cinturones de seguridad.
3. El asegurado usaba el cinturón de seguridad adecuadamente en el momento del accidente, tal y como lo certifica el informe oficial del accidente o el investigador.
4. En el momento del accidente, el conductor del automóvil privado tenía licencia de conducir y no se encontraba ebrio ni bajo los efectos del alcohol o las drogas.

Beneficio para cuidado infantil (opcional y solo para cónyuges dependientes en caso de muerte accidental y desmembramiento)

Se le pagará un beneficio para cuidado infantil por cada dependiente menor de 7 años (en el momento del fallecimiento del asegurado) que esté inscrito en un programa de guardería. El beneficio por cada hijo al año será el menor de los siguientes:

1. el 12 % del monto del seguro por muerte accidental y desmembramiento,
2. \$5,000 o
3. gastos reales incurridos en el cuidado infantil.

El beneficio se pagará por cada persona a su cargo que califique durante un máximo de dos años. Si este beneficio está vigente en la fecha en que fallece el empleado o su cónyuge, y no hay ningún hijo dependiente que califique para este beneficio, MetLife le pagará \$1,000 al beneficiario.

Beneficio para la educación de un hijo dependiente (opcional y solo para cónyuges dependientes en caso de muerte accidental y desmembramiento)

Se paga un beneficio educativo por cada dependiente que califique como estudiante. Un dependiente calificado debe ser un estudiante de educación superior que asista a una institución de enseñanza superior a tiempo completo en el momento del fallecimiento del asegurado, o estar cursando el 12º grado y convertirse en estudiante de educación superior a tiempo completo en una institución de enseñanza superior en los 365 días posteriores al fallecimiento del asegurado. El beneficio es de máximo \$10,000 por año académico, con un máximo total del 25 % del monto de cobertura. El beneficio se abonará 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 o su cónyuge fallecen y no tienen hijo que califiquen, MetLife le pagará \$1,000 a su beneficiario.

Beneficios por agresión criminal (muerte accidental y desmembramiento opcionales, solo para empleados)

Este tipo de beneficios se pagan si usted resulta lesionado en una agresión criminal y la lesión provoca una pérdida por la que se pagan beneficios debido a muerte accidental y desmembramiento. Los beneficios son la menor de sus ganancias anuales, \$25,000 o el monto de su cobertura de seguro opcional por muerte accidental y desmembramiento. Una agresión criminal es una agresión física por parte de otra persona que le causa daños físicos a usted. La agresión debe implicar el uso de la fuerza o la violencia con la intención de causar daño, y debe ser un delito grave según las leyes de la jurisdicción en la que se cometió el acto.

Beneficio de repatriación (seguro de vida básico, seguro de vida opcional y seguro de vida para dependientes: muerte accidental y desmembramiento del cónyuge)

Se pagará un beneficio de repatriación si usted o su cónyuge con cobertura del seguro de vida para cónyuges dependientes fallecen en circunstancias que estarían cubiertas por el beneficio por muerte accidental y desmembramiento, y si el fallecimiento se produce a más de 100 millas de su residencia principal.

El monto del beneficio de repatriación será el menor de los siguientes:

- Los gastos reales incurridos por:
 - preparación del cuerpo para el entierro o la cremación, y

- transporte del cuerpo al lugar de entierro o cremación;
- o bien
- \$5,000, que es la cantidad máxima para este beneficio.

Beneficio por transporte público (transportista común) (básico, opcional por muerte accidental y desmembramiento, solo para empleados)

Si usted fallece como consecuencia de un accidente cubierto que se produzca mientras viaja como pasajero de pago en un vehículo de transporte público, MetLife pagará un beneficio adicional equivalente al importe total de su seguro por muerte accidental y desmembramiento.

Vehículo de transporte público significa cualquier vehículo aéreo, terrestre o acuático que opera con una licencia para el transporte de pasajeros que pagan tarifa.

MetLife AdvantagesSM

Los beneficios de su seguro de vida opcional incluyen el acceso a MetLife AdvantagesSM, un conjunto completo de valiosos servicios de asistencia, planificación y protección para cuando más los necesite, sin costo alguno para usted.

Preparar un testamento

Tener un testamento evita estrés innecesario y garantiza que sus últimos deseos queden claros. MetLife ofrece valiosos recursos legales a través de *MetLife Legal Plans* para ayudarle a crear o actualizar un testamento sin costo adicional. Elija cualquiera de los más de 18 500 abogados dentro de la red, para una consulta individual, en persona o por teléfono, en un ambiente privado y de apoyo.

Visite legalplans.com/estateplanning para más información.

Servicios de resolución de sucesiones

Los representantes y beneficiarios de su patrimonio pueden recibir asistencia legal presencial ilimitada para la tramitación de la sucesión de su patrimonio y el de su cónyuge. Los beneficiarios también pueden consultar a un abogado dentro de la red de *MetLife Legal Plans*, que cuenta con más de 18 500 abogados, para preguntas generales sobre el proceso de sucesión.

Para más información, llame a *MetLife Legal Plans* al 800.821.6400, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Infórmeme al representante de atención al cliente que usted pertenece a la PEBA (número de grupo 200879) y facilite los cuatro últimos dígitos de su número de seguro social.

Planificación patrimonial digital

Con la planificación patrimonial digital, es más fácil que nunca crear y ejecutar en línea documentos clave de planificación patrimonial con solo responder unas sencillas preguntas. ¿La mejor parte? Puede atestiguar y notariar sus documentos de planificación patrimonial desde la comodidad de su hogar con la verificación de identidad en tiempo real y un notario por video, cuando lo permita la ley.

Visite www.metlife.com/estateplanning y siga las instrucciones. Debe crear una cuenta utilizando su correo electrónico y una contraseña.

Descuentos y servicios de planificación funeraria

Para aliviar la carga que supone organizar el funeral de un ser querido, los empleados tienen acceso exclusivo a la mayor red de funerarias y cementerios para crear un plan con antelación con un asesor y obtener descuentos en los servicios funerarios.

Para más información, comuníquese con Dignity Memorial por el 866.853.0954 o visite www.finalwishesplanning.com.

Asesoramiento para el duelo

El asesoramiento para el duelo ofrece apoyo profesional en momentos de necesidad a través de sesiones presenciales con un terapeuta para ayudar a los empleados a afrontar una pérdida o un cambio importante en sus vidas. 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 (opción 2) para recibir asesoramiento sobre el duelo o visite one.telushealth.com. El nombre de usuario es "metlifeassist" y la contraseña es "support".

Control completo de la cuenta

Esta ventaja reduce la presión de tomar decisiones financieras inmediatas. Con la opción de liquidación flexible, que brinda a los beneficiarios acceso completo a los fondos de la póliza, estos pueden tomarse el tiempo necesario para tomar la decisión correcta mientras obtienen una tasa de interés mínima garantizada a través de TCA.

Para más información, visite www.metlife.com/insurance/life-insurance/learn-about-tca.

Soluciones durante una transición

Los empleados reciben ayuda con decisiones financieras y sobre beneficios que requieren una respuesta rápida, lo que les permite tomar las decisiones adecuadas durante los cambios en su situación laboral.

Llame al 877.ASK.MET7 (877.275.6387) para hablar con

un representante financiero local. MetLife ha contratado a profesionales financieros externos especialmente capacitados para responder preguntas y brindar orientación con el fin de ayudarlo a tomar las decisiones correctas para proteger su futuro financiero.

Asistencia con reclamaciones de beneficiarios

MetLife tiene un proveedor externo, *Empathy*, que brinda servicios de apoyo a los beneficiarios para ayudarlos afrontar y planificar los problemas que surgen tras la pérdida de un ser querido.

Llame al 720.828.7238, de 9 a. m. a 9 p. m., zona horaria EST.

Reclamaciones

Para pagar los beneficios, MetLife debe recibir una prueba escrita de la pérdida. Esto significa que se debe presentar una reclamación tal y como se describe a continuación.

Beneficio anticipado

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 fallecimiento. Cualquier beneficio restante se le pagará a su beneficiario tras su fallecimiento. Una enfermedad terminal significa que tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos.

Para presentar una reclamación, notifíquese a su empleador. Luego, usted, su empleador y el médico que le atiende completarán cada uno una sección del formulario *Opción de beneficios anticipados* de MetLife.

Cómo presentar una reclamación

Si usted o su dependiente fallecen, se le debe notificar a su empleador tan pronto como sea razonablemente posible. El administrador de beneficios notificará a la PEBA y esta enviará la información a MetLife para iniciar una reclamación del seguro de vida. La PEBA le enviará al beneficiario una declaración del beneficiario y una carta de condolencias, en la que se solicita el certificado de defunción original. El beneficiario debe enviarle a MetLife por correo postal o fax la declaración del beneficiario y el certificado de defunción original.

Cuando MetLife reciba una prueba aceptable del fallecimiento de su dependiente cubierto, pagará la indemnización del seguro de vida. Si usted ya no está vivo, se le pagará a su beneficiario.

Cuando un jubilado fallece, el beneficiario, o el empleador

en su nombre, debe notificarle el fallecimiento a MetLife llamando al 800.638.6420.

Disposición sobre suicidio

No se pagarán beneficios del seguro de vida opcional, del seguro de vida para cónyuges dependiente ni del seguro de vida para hijos dependientes si la muerte se produce por suicidio en los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor de la póliza. Si la muerte por suicidio ocurre dentro de los dos años posteriores a un aumento de la cobertura, el beneficio por fallecimiento pagadero se limita al monto de la cobertura vigente antes del aumento.

Cómo se pagan las reclamaciones por muerte accidental y desmembramiento

En caso de muerte accidental, se le debe notificar a su empleador. El administrador de beneficios notificará a la PEBA y esta le enviará la información a MetLife para iniciar una reclamación del seguro de vida. El administrador de beneficios completará y enviará el *Formulario de reclamaciones del seguro de vida* de MetLife con la información y la documentación justificativa necesarias para validar la muerte accidental. MetLife le pagará la indemnización por muerte accidental a sus beneficiarios.

Si usted sufrió otras pérdidas cubiertas por el seguro debido a muerte accidental y desmembramiento, usted, su empleador y su médico deben completar el *Formulario de reclamación por muerte accidental y desmembramiento* y enviárselo a MetLife. Si aún vive, el beneficio por otras pérdidas que haya sufrido se le pagará a usted. De lo contrario, se le pagará a su beneficiario.

Si aún vive, la indemnización por muerte accidental y desmembramiento de un dependiente se le pagará a usted. De lo contrario, se le pagará a su beneficiario.

Exámenes y autopsias

MetLife se reserva el derecho de hacerle un examen médico, a su cargo, cuando y con la frecuencia que lo considere razonablemente necesario, siempre que haya una reclamación pendiente y, cuando no lo prohíba la ley. MetLife se reserva el derecho de realizar una autopsia en caso de fallecimiento.

Cuándo finaliza su cobertura

Finalización de la cobertura

Su seguro finalizará a la medianoche en el primero de los siguientes eventos:

- el último día del mes en que finaliza su relación laboral;
- el último día del mes en que se toma una licencia no aprobada;
- el último día del mes en que ingresa en una categoría de empleados que no califican para la cobertura (por ejemplo, un cambio de la condición de empleado a tiempo completo a empleado de medio tiempo);
- la fecha en que finaliza la póliza de la PEBA, o
- el último día del mes en que no paga la prima de ese mes.

La cobertura para jubilados finalizará el 1 de enero después de:

- cumplir 70 años, si continuó con la cobertura y se jubiló antes del 1 de enero de 1999, o
- cumplir 75 años, si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 o después.

Las reclamaciones incurridas antes de la fecha de finalización de la cobertura del seguro no se verán afectadas por la terminación de la cobertura.

Finalización de la cobertura del seguro de vida para dependientes

La cobertura de sus dependientes finalizará a la medianoche en el primero de los siguientes eventos:

- el día en que finaliza la póliza de la PEBA;
- el día en que usted, el empleado, fallezca;
- el último día del mes en el que el dependiente deja de cumplir la definición de dependiente, o
- el día en que vencen las primas del seguro de vida para dependientes y no se han pagado durante un periodo de 30 días.

Las reclamaciones incurridas antes de la fecha de finalización de la cobertura del seguro no se verán afectadas por la terminación de la cobertura.

Extensión de beneficios

La extensión de los beneficios se ofrece de acuerdo con los siguientes requisitos. MetLife no está obligada por contrato a ofrecer estos beneficios a menos que usted cumpla estos requisitos.

Licencia laboral

Si está de baja aprobada por su empleador y sigue teniendo derecho a beneficios activos, puede continuar con su seguro de vida opcional durante un máximo de 12 meses a partir del primer día del mes siguiente al último día trabajado, siempre y cuando pague las primas correspondientes. MetLife puede solicitar una prueba por escrito de la aprobación de su licencia antes de pagar cualquier reclamación.

Licencia militar

Si ingresa en el servicio militar activo y se le concede una licencia militar por escrito, su cobertura del seguro de vida (incluida la cobertura del seguro de vida para dependientes) puede continuar hasta 12 meses a partir del primer día del mes siguiente al 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 recibido la baja y califica para volver al trabajo según la legislación federal o estatal aplicable, es posible que tenga derecho a la cobertura del seguro de vida que tenía antes de comenzar la baja, siempre que sea contratado de nuevo por el mismo empleador y solicite la reincorporación en un plazo de 31 días desde su regreso al trabajo.

Discapacidad

Si queda discapacitado, su cobertura del seguro de vida puede continuar hasta 12 meses desde su último día hábil, siempre y cuando siga calificando para recibir beneficios activos y:

- usted continúa pagando las primas, y
- la póliza de seguro de vida opcional no finaliza.

Si pierde la elegibilidad para recibir beneficios activos debido a una discapacidad

- Si usted califica para el seguro para jubilados, puede convertir su cobertura en una póliza individual de vida vitalicia o continuar con su seguro de vida opcional hasta los 75 años. Más información sobre sus opciones respecto al seguro de vida en la página 139.
- Si no califica para el seguro para jubilados, puede

convertir su cobertura en una póliza individual de vida vitalicia. Debe solicitar la conversión en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de su cobertura como empleado activo.

- Si posteriormente se le aprueban los beneficios de jubilación por discapacidad y, por lo tanto, es elegible para el seguro de jubilado, puede inscribirse en la misma cobertura del seguro de vida opcional que tenía cuando finalizó su elegibilidad para los beneficios activos. Para ello, comuníquese con MetLife en un plazo de 31 días a partir de la fecha de aprobación de su jubilación por discapacidad. La cobertura comenzaría el primer día del mes siguiente a la aprobación de su jubilación por discapacidad.

Para más información sobre los requisitos para acceder al seguro para jubilados, consulte la página 134.

Continuar o convertir su seguro de vida

Tenga en cuenta que la cobertura por muerte accidental y desmembramiento no se puede continuar ni convertir.

Continuación tras la jubilación

Si usted califica para un seguro para jubilados, es posible que pueda continuar con su cobertura de seguro y pagarle las primas directamente a MetLife. MetLife le enviará por correo un paquete de conversión/continuación. Los paquetes se envían por el correo postal de EE. UU. entre tres y cinco días hábiles después de que MetLife recibe el expediente de elegibilidad de parte de la PEBA. Para continuar con su cobertura, complete el formulario que se incluye en el paquete que recibirá de MetLife. La cobertura se pierde debido a una jubilación aprobada o una jubilación por discapacidad aprobada.

Si tiene preguntas sobre sus opciones para continuar con su cobertura de seguro o desea los formularios de continuación, llame a MetLife al 888.507.3767, de 8 a. m. a 11 p. m., de lunes a viernes. La solicitud se debe recibir en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de sus beneficios.

Si continúa con su cobertura, recibirá una factura de MetLife por sus primas y usted le pagará sus primas directamente a MetLife. Si desea hacer cambios en su cobertura, llame a MetLife al 888.507.3767.

Conversión

Si su seguro de vida básico, opcional o para dependientes finaliza debido a que su empleo o su elegibilidad para la cobertura finalizan, puede solicitar convertir su cobertura en una póliza individual de vida vitalicia, una forma permanente de seguro de vida, sin necesidad de presentar pruebas médicas. MetLife le enviará por correo un paquete de

conversión. Los paquetes se envían por el correo postal de EE. UU. entre tres y cinco días hábiles después de que MetLife recibe el expediente de elegibilidad de parte de la PEBA. Para convertir su cobertura, siga las instrucciones incluidas en el paquete que reciba de MetLife. La póliza se emitirá sin evidencia médica si usted solicita y paga la prima en un plazo de 31 días.

Al solicitar la cobertura, recuerde estas reglas:

1. No puede solicitar una cantidad superior a la del seguro de vida que tenía en su seguro de vida colectivo rescindido.
2. Su nueva prima para la póliza de conversión se fijará según la tarifa estándar de MetLife para el monto de cobertura que usted desea convertir y su edad.

Debe comunicarse con MetLife dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura del seguro.

La póliza grupal finaliza

Si su seguro de vida colectivo finaliza debido a la rescisión de la póliza por parte del estado o a la rescisión como clase, es posible que tenga derecho a una póliza de conversión. Para más información, consulte el certificado de MetLife en la sección "Opción de conversión".

Beneficio por fallecimiento durante el periodo de conversión

Si fallece dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se canceló su seguro colectivo y cumple con los requisitos de elegibilidad para la conversión, MetLife pagará un beneficio por fallecimiento, independientemente de si se envió una solicitud de cobertura bajo una póliza individual o no. El importe del beneficio por fallecimiento será el importe del seguro que habría tenido derecho a convertir según los términos de la sección "Derecho de conversión".

Discapacidad a largo plazo

Seguro básico de discapacidad a largo plazo

El plan básico de discapacidad a largo plazo (BLTD), administrado por Standard Insurance Company, es un plan por discapacidad financiado por el empleador y ofrecido por el estado. El plan ayuda a proteger una parte de sus ingresos si queda incapacitado según lo define el plan. Este beneficio se ofrece sin costo alguno para usted.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, comuníquese con The Standard al 800.628.9696 o visite www.standard.com/mybenefits/scpeba.

Resumen de los beneficios del plan BLTD

	Beneficio
Periodo de espera para recibir beneficios	90 días
Porcentaje mensual del beneficio BLTD	Hasta el 62.5 % de sus ingresos previos a la incapacidad, reducido por los ingresos deducibles.
Beneficio máximo	\$800 al mes.
Periodo máximo de beneficios	Hasta los 65 años si queda incapacitado antes de los 62. Si queda incapacitado a los 62 años o después, el periodo máximo de beneficios se basa en su edad en el momento de la discapacidad. El periodo máximo de beneficios para personas de 69 años o más es de un año.

Elegibilidad

Usted califica para el plan BLTD si está cubierto por el Plan de Salud Estatal o el plan suplementario de TRICARE y es un empleado activo a tiempo completo según la definición del plan o si es un empleado académico a 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 seguros del estado. Los miembros de la Asamblea General y los jueces de los tribunales estatales también son elegibles para la cobertura.

Para recibir los beneficios, debe estar empleado activamente cuando se produzca su discapacidad.

Si queda incapacitado, podría ser elegible para recibir beneficios adicionales a través de la PEBA, que son independientes de los beneficios aquí descritos. Llame al 803.737.6800 para más información.

Periodo de espera para recibir beneficios

El periodo de espera para recibir los beneficios es el tiempo que debe estar incapacitado antes de que se paguen los beneficios. El plan BLTD tiene un periodo de espera de 90 días, durante el cual no se pagan beneficios.

Certificado

El certificado del plan BLTD está en peba.sc.gov/publications, en la sección "Long term disability" (Discapacidad a largo plazo). El documento del plan BLTD es un contrato que contiene las disposiciones que rigen este plan de seguro. Ni el certificado ni ningún otro material, incluida esta publicación, pueden modificar las disposiciones del documento del plan.

¿Cuándo se le considera discapacitado?

Se le considera discapacitado y con derecho a recibir beneficios si no puede cumplir con los requisitos de su ocupación debido a una lesión, enfermedad física, trastorno mental o embarazo cubiertos por el seguro. También debe cumplir con el periodo de espera para recibir los beneficios y con las definiciones de discapacidad aplicables que se indican a continuación durante el periodo en que sean aplicables.

Incapacidad para ejercer su propia ocupación

No puede desempeñar, con una continuidad razonable, las tareas esenciales¹ de su propia ocupación durante el periodo de espera de los beneficios y los primeros 24 meses de discapacidad.

Por "ocupación propia" se entiende cualquier empleo, negocio, oficio, profesión, vocación o actividad que implique tareas esenciales¹ del mismo carácter general que su empleo habitual y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuando su trabajo está disponible.

Discapacidad para ejercer cualquier ocupación

No puede desempeñar, con una continuidad razonable, las tareas esenciales¹ de cualquier ocupación.

Por "cualquier ocupación" se entiende cualquier ocupación o empleo que pueda desempeñar, debido a su educación,

¹ Por "tareas esenciales" se entienden las tareas, funciones y operaciones esenciales, así como las habilidades, capacidades, conocimientos, formación y experiencia que los empleadores suelen exigirles a quienes se dedican a una ocupación determinada.

formación 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 ingresos anteriores a la discapacidad (ajustados a la inflación) en los 12 meses siguientes a su reincorporación al trabajo, independientemente de si trabaja en esa ocupación o en cualquier otra. El periodo de cualquier ocupación comienza al final del periodo de su propia ocupación y continúa hasta el final del periodo máximo de beneficios.

Discapacidad parcial

Se le considera parcialmente discapacitado si, durante el periodo de espera de los beneficios y el periodo de su propia ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80 % de sus ingresos previos a la incapacidad, ajustados por la inflación, mientras trabaja en su propia ocupación.

Se le considera parcialmente discapacitado si, durante el periodo de cualquier ocupación, trabaja mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65 % de sus ingresos previos a la incapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación.

Afecciones preexistentes

Por "afección preexistente" se entiende cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluidas las afecciones secundarias y las complicaciones) que se haya documentado médicaamente como existente, o por la que se haya recibido tratamiento médico, servicios médicos, recetas o se hayan incurrido en otros gastos médicos en cualquier momento durante el periodo de la afección preexistente que se indica en las características de la cobertura indicadas en el certificado de cobertura.

No se pagarán los beneficios por una discapacidad causada o agravada por una afección preexistente, a menos que en la fecha en que quede discapacitado:

- Usted haya estado cubierto de manera continua por el plan durante al menos 12 meses (este es el periodo de exclusión), o
- La fecha de su discapacidad se encuentra dentro de los 12 meses posteriores a la entrada en vigor de su cobertura de BLTD, y haya cumplido todo el periodo sin tratamiento sin haber recibido tratamiento médico, servicios médicos o recetas; o sin haber incurrido en ningún otro gasto médico relacionado con la afección preexistente.

Reclamaciones

Una vez que parezca que va a estar discapacitado durante 90 días o más, o que su empleador va a modificar sus funciones

debido a un problema de salud, hable con su administrador de beneficios y revise las [preguntas frecuentes sobre la cobertura de discapacidades a largo plazo \(LTD\) que ofrece The Standard](#) para más información sobre cómo presentar una reclamación y qué esperar una vez enviada.

Para presentar una reclamación por teléfono, llame al centro de atención de reclamaciones de The Standard al 800.628.9696.

Vaya a www.standard.com/mybenefits/scpeba para iniciar el proceso de reclamación en línea. Se le darán instrucciones durante todo el proceso de presentación de la reclamación.

Para presentar una reclamación en papel, visite peba.sc.gov/forms para descargar el paquete de formularios, que contiene:

- *la declaración del empleado;*
- *la autorización para obtener y divulgar información;*
- *la autorización para obtener notas de psicoterapia;*
- *la declaración del médico tratante, y*
- *la declaración del empleador.*

Usted es responsable de asegurarse de que estos formularios se completen y se envíen a The Standard. Puede enviar los formularios por fax al 800.437.0961 o por correo postal a la dirección que aparece en el formulario de reclamación. Si tiene alguna pregunta, llame a The Standard al 800.628.9696.

Debe presentar su reclamación ante The Standard en un plazo de 90 días a partir de finalizado el periodo de espera de los beneficios. Si no puede cumplir este plazo, debe presentar su reclamación tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese periodo de 90 días. The Standard podría denegar su reclamación si no presenta su reclamación dentro de este plazo, salvo que The Standard determine que existe discapacidad legal.

Requisito de participación activa en el trabajo

Si una enfermedad física, un trastorno mental, una lesión o un embarazo le impiden trabajar el día anterior a la fecha efectiva prevista de su cobertura, esta no entrará en vigor sino hasta el día siguiente al que haya trabajado activamente durante un día completo.

Ingresos previos a la incapacidad

Los ingresos previos a la incapacidad son los ingresos mensuales, incluidos los aumentos por méritos y antigüedad, que recibe 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 lo era para el 1 de enero. No incluyen sus bonos, comisiones, horas extra ni pagos por incentivos. Si es maestro, no incluyen su remuneración por la escuela de verano, pero sí la remuneración obtenida durante las sesiones regulares de verano por el personal universitario.

Ingresos deducibles

Sus beneficios por BLTD se reducirán por sus ingresos deducibles, es decir, los ingresos que recibe o tiene derecho a recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- la remuneración por enfermedad u otra continuación del salario (incluido el fondo común de licencias por enfermedad);
- los beneficios primarios del seguro social;
- la compensación por accidentes laborales;
- otros beneficios colectivos por discapacidad (excepto los beneficios suplementarios por discapacidad a largo plazo descritos en la página 110);
- los beneficios máximos del plan de jubilación; y
- otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que la remuneración por vacaciones no se incluye en los ingresos deducibles. El seguro de 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 previos a la incapacidad	\$1,280.00
	× 62.5 %
Beneficio máximo	\$800.00
Ingresos deducibles	- \$0.00
Sus beneficios por BLTD	\$800.00

Ejemplo dos: todas las demás fuentes de ingresos deducibles

Ingresos previos a la incapacidad	\$1,280.00
	× 62.5 %
Beneficio máximo	\$800.00
Ingresos deducibles	- \$800.00
Sus beneficios por BLTD	\$0.00

En otro ejemplo, supongamos que el 62,5 % de sus ingresos previos a la incapacidad es de \$1200 y que trabaja a tiempo parcial. The Standard pagará el beneficio máximo de \$800

y su beneficio por BLTD se reducirá cuando sus ingresos laborales (ingresos deducibles) superen los \$400. En otras palabras, su beneficio se reducirá cuando el beneficio máximo de \$800 sumado a sus ingresos laborales supere el total de sus ingresos previos a la incapacidad. En este ejemplo, no se pagaría ningún beneficio si sus ingresos laborales fueran \$1200 o más.

Debe cumplir los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles para los que califique. La PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Comuníquese con la PEBA por el 803.737.6800 o el 888.260.9430 para más información.

Cuando se conceden otros beneficios, estos pueden incluir pagos que le corresponden mientras recibía los beneficios del plan BLTD. Si la concesión incluye beneficios retroactivos, o si usted recibe otros ingresos antes de notificarlo a The Standard, su reclamación de BLTD podría resultar en un pago en exceso. Esto se debe a que recibió beneficios del plan e ingresos de otra fuente por el mismo periodo de tiempo. Usted deberá reembolsarle al plan este pago en exceso.

Cuándo finaliza la cobertura por BLTD

Su cobertura por BLTD finaliza automáticamente en el primero de los siguientes eventos:

- la fecha en que finaliza el plan;
- la fecha en que ya no cumple los requisitos indicados en la sección "Elegibilidad" de este capítulo;
- la fecha en que finaliza su cobertura médica como empleado activo, o
- la fecha en que finaliza su empleo.

Cuándo finalizan los beneficios

Sus beneficios finalizarán automáticamente en el primero de los siguientes eventos:

- la fecha en que ya no esté incapacitado según los términos del plan BLTD;
- la fecha en que finalice su periodo máximo de beneficios (consulte las exclusiones y limitaciones);
- la fecha en que los beneficios sean pagaderos en virtud de cualquier otra póliza de seguro colectivo por discapacidad a largo plazo en la que haya quedado asegurado durante un periodo de recuperación temporal, o
- la fecha de su fallecimiento.

Si usted es empleado de un empleador opcional, su empleador se hará responsable del pago de sus beneficios

por BLTD si deja de participar en el programa de seguro estatal.

Exclusiones y limitaciones

- No se cubren las discapacidades resultantes de una guerra o de cualquier acto de guerra.
- No se cubren las lesiones autoinfligidas intencionalmente.
- No se pagarán los beneficios cuando usted no esté bajo el cuidado continuo de un médico de la especialidad adecuada.
- No se pagarán los beneficios durante ningún periodo en el que usted no participe, de buena fe, en un tratamiento médico, formación profesional o educación aprobada por The Standard, a menos que su discapacidad le impida participar.
- No se pagarán los beneficios durante ningún periodo de discapacidad en el que usted se encuentre recluido en una institución penal o correccional por cualquier motivo.
- No se pagarán los beneficios después de que haya estado discapacitado según los términos del plan BLTD durante 24 meses a lo largo de toda su vida, excepto el periodo de espera de los beneficios, por una discapacidad causada o agravada por:
 - un trastorno mental, a menos que esté internado de manera continua en un hospital únicamente por un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - su consumo de alcohol, alcoholismo, consumo de cualquier drogas ilícitas, incluidos alucinógenos, o la drogadicción;
 - dolor crónico, afecciones musculoesqueléticas o del tejido conectivo;
 - fatiga crónica o afecciones relacionadas, o
 - sensibilidad química y ambiental.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, después del periodo de espera de 90 días para recibir los beneficios, no se pagarán los beneficios por BLTD por ningún periodo de discapacidad en el que usted pueda trabajar en su propia ocupación y pueda ganar al menos el 20 % de sus ingresos previos a la incapacidad, ajustados por la inflación, pero decida no trabajar.
- Mientras viva fuera de los Estados Unidos o Canadá, el pago de los beneficios se limita a 12 meses por cada periodo de discapacidad continua.

Apelaciones

Si The Standard rechaza su solicitud de beneficios básicos de discapacidad a largo plazo, puede apelar la decisión ante The Standard enviando su apelación por correo electrónico al analista de reclamaciones que se le haya asignado o enviando una notificación por escrito en un plazo de 180 días a partir de la recepción de la carta de denegación.

Envíe la apelación a:

Standard Insurance Company
P.O. Box -5031
White Plains, NY 10602

Si The Standard mantiene su decisión después de una revisión por parte de su Unidad de Revisión Administrativa, usted puede apelar esa decisión enviándole un [Formulario de apelación](#) a la PEBA en un plazo de 90 días a partir de la denegación de la Unidad de Revisión Administrativa. Incluya una copia de las dos denegaciones anteriores con su apelación ante la PEBA. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal:

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

Las apelaciones solo las puede hacer la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos o de productos farmacéuticos, un empleador o representante/ agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación de la cobertura BLTD en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamación de parte de The Standard, tal y como se indica en el plan. Sin embargo, este plazo se podría extender si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación. Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Seguro suplementario de discapacidad a largo plazo

El seguro suplementario de discapacidad a largo plazo (SLTD), totalmente asegurado por Standard Insurance Company, está diseñado para brindar 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 ingresos previos a la incapacidad. Este programa es personalizado para usted. El siguiente resumen de beneficios del plan suplementario por discapacidad a largo plazo (SLTD) ofrece más información sobre su plan e incluye:

- su nivel de cobertura;
- cuánto tiempo continuarán los pagos de los beneficios si usted siguiera discapacitado;
- el monto máximo de los beneficios;
- su elección de los períodos de espera para recibir beneficios, y
- el calendario de su prima.

Resumen de los beneficios del plan SLTD

	Beneficio
Período de espera para recibir beneficios	Plan 1: 90 días Plan 2: 180 días
Ingresos máximos cubiertos por el plan SLTD previos a la incapacidad	\$12,307 al mes
Porcentaje mensual de los beneficios por SLTD²	Hasta el 65 % de los primeros \$12,307 de sus ingresos mensuales previos a la incapacidad, menos los ingresos deducibles.
Beneficio mínimo	\$100 al mes
Beneficio máximo	\$8,000 al mes
Ajuste por costo de vida	Después de 12 meses consecutivos de recibir beneficios por SLTD, con efecto a partir del 1 de abril de cada año a partir de entonces; basado en el índice de precios al consumidor del año anterior hasta un 4 %. Este ajuste por costo de vida no se aplica cuando usted recibe el beneficio mensual mínimo o un beneficio mensual de \$25,000 como resultado de estos ajustes.
Período máximo de beneficios	Hasta los 65 años si queda discapacitado antes de los 62. Si queda discapacitado a los 62 años o después, el período máximo de beneficios se basa en su edad en el momento de la discapacidad. El período máximo de beneficios para personas de 69 años en adelante es de un año. En determinadas circunstancias, los beneficios pueden continuar después del período máximo de beneficios. Consulte "Beneficio de seguridad vitalicia" en la página 113 para más información.
Tarifa mensual de la prima³	Multiplique el factor de prima correspondiente a su edad y selección de plan por sus ingresos mensuales cubiertos.

Qué ofrece el seguro suplementario por discapacidad a largo plazo (SLTD)

- tarifas grupales competitivas;
- beneficios para los dependientes elegibles;
- cobertura por lesiones, enfermedades físicas, trastornos mentales o embarazo;
- incentivo para volver al trabajo;
- conversión del seguro por discapacidad a largo plazo;
- ajuste por costo de vida, y
- seguridad de beneficios de por vida.

² Estos beneficios no están sujetos a impuestos siempre y cuando pague la prima después de impuestos.

³ La prima debe ser una cantidad par (el monto se redondea al siguiente número par). Visite peba.sc.gov/monthly-premiums.

Elegibilidad

Usted califica para el seguro de SLTD si es:

- un empleado activo, a tiempo completo y remunerado, tal y como se define en el plan;
- un empleado académico a tiempo completo y remunerado, o
- un miembro de la Asamblea General o un juez de los tribunales estatales.

No tiene califica para esta cobertura si es empleado de un empleador cubierto por cualquier otro plan colectivo de discapacidad a largo plazo que asegure cualquier parte de sus ingresos previos a la incapacidad (distinto del plan BLTD); si recibe beneficios de jubilación de la PEBA y no se inscribió en la cobertura para empleados activos; si es empleado temporal o por temporadas; si es maestro a medio tiempo, o si es miembro a tiempo completo de las fuerzas armadas de cualquier país.

Inscripción

Inscríbase en el programa SLTD en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que reúna los requisitos. Puede elegir uno de los dos períodos de espera para recibir los beneficios que se describen a continuación. Si no se inscribe en un plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación, deberá completar una declaración de historial médico. The Standard podría exigirle un examen físico y a un análisis de sangre. También es posible que se le pida que facilite cualquier información adicional sobre su asegurabilidad que The Standard pueda requerir razonablemente, y los gastos correrán a su cargo. A lo largo del año, puede inscribirse con pruebas médicas que demuestren su buen estado de salud.

Período de espera para recibir beneficios

El período de espera para recibir los beneficios es el tiempo que debe estar discapacitado antes de que se paguen los beneficios. Puede elegir entre un período de espera de beneficios de 90 o 180 días, y puede cambiar de un período de espera de 90 a uno de 180 días en cualquier momento si completa un *Aviso de elección* y se lo envía a su administrador de beneficios.

Para cambiar de un período de espera de 180 días a uno de 90 días, debe completar un *Aviso de elección* y presentar pruebas médicas de buena salud, que The Standard tendrá en cuenta a la hora de determinar si aprueba su solicitud.

Certificado

El certificado de SLTD está en peba.sc.gov/publications, en la sección "Long term disability" (Discapacidad a largo plazo). La póliza colectiva contiene las disposiciones que rigen este plan de seguro. Ni el certificado ni ningún otro material, incluida esta publicación, pueden modificar dichas disposiciones.

¿Cuándo se le considera discapacitado?

Se le considera incapacitado y con derecho a recibir beneficios si no puede trabajar debido a una lesión, enfermedad física, trastorno mental o embarazo cubiertos. También debe cumplir con el periodo apropiado de espera para recibir los beneficios y con las definiciones de discapacidad que se indican a continuación durante el periodo en que sean aplicables.

Incapacidad para ejercer su propia ocupación

No puede desempeñar, con una continuidad razonable, las tareas esenciales⁴ de su propia ocupación durante el periodo de espera para recibir los beneficios y los primeros 24 meses en los que se pagan los beneficios por SLTD.

Por "ocupación propia" se entiende cualquier empleo, negocio, oficio, profesión, vocación o actividad que implique tareas esenciales⁴ del mismo carácter general que su empleo habitual y ordinario con el empleador. Su propia ocupación no se limita a su trabajo con su empleador, ni se limita a cuando su trabajo está disponible.

Incapacidad para ejercer cualquier ocupación

No puede desempeñar, con una continuidad razonable, las tareas esenciales⁴ de cualquier ocupación.

Por "cualquier ocupación" se entiende cualquier ocupación o empleo que pueda desempeñar, debido a su educación, formación o experiencia, que esté disponible en uno o más lugares de la economía nacional y en el que se pueda esperar que gane al menos el 65 % de sus ingresos anteriores a la discapacidad (ajustados a la inflación) en los 12 meses siguientes a su reincorporación al trabajo, independientemente de si trabaja en esa ocupación o en cualquier otra. El periodo de cualquier ocupación comienza al final del periodo de su propia ocupación y continúa hasta el final del periodo máximo de beneficios.

⁴ Por "tareas esenciales" se entienden las tareas, funciones y operaciones esenciales, así como las habilidades, capacidades, conocimientos, formación y experiencia que los empleadores suelen exigirles a quienes se dedican a una ocupación determinada.

Discapacidad parcial

Se le considera parcialmente discapacitado si, durante el periodo de espera de los beneficios y el periodo de su propia ocupación, está trabajando mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 80 % de sus ingresos previos a la incapacidad, ajustados por la inflación, mientras trabaja en su propia ocupación.

Se le considera parcialmente discapacitado si, durante el periodo de cualquier ocupación, trabaja mientras está discapacitado, pero no puede ganar más del 65 % de sus ingresos previos a la incapacidad, ajustados a la inflación, mientras trabaja en cualquier ocupación.

Afecciones preexistentes

Por afección preexistente se entiende cualquier lesión, enfermedad o síntoma (incluidas las afecciones secundarias y las complicaciones) que se haya documentado médicaamente como existente, o por la que se haya recibido tratamiento médico, servicios médicos, recetas o se hayan incurrido en otros gastos médicos en cualquier momento durante el periodo de la afección preexistente que se indica en las características de la cobertura indicadas en el *certificado de cobertura*.

No se pagarán los beneficios por una discapacidad causada o agravada por una afección preexistente, a menos que en la fecha en que quede discapacitado:

- Usted haya estado cubierto de manera continua por el plan durante al menos 12 meses (este es el periodo de exclusión), o
- La fecha de su discapacidad se encuentra dentro de los 12 meses posteriores a la entrada en vigor de su cobertura por SLTD, y ha cumplido todo el periodo sin tratamiento sin haber recibido tratamiento médico, servicios médicos o recetas; o sin haber incurrido en ningún otro gasto médico relacionado con la afección preexistente.

La exclusión por afección preexistente también se aplica cuando cambia del plan con un periodo de espera de 180 días al de 90 días. El periodo de afección preexistente, el periodo sin tratamiento y el periodo de exclusión del nuevo plan se basarán en la fecha de entrada en vigor de su cobertura en el plan de 90 días. Sin embargo, si los beneficios no son pagaderos en virtud del plan de 90 días debido a la exclusión por afección preexistente, su reclamación se tramitará en virtud del plan de 180 días como si no hubiera cambiado de plan.

Reclamaciones

Una vez que parezca que va a estar discapacitado durante 90 días o más, o que su empleador va a modificar sus funciones debido a un problema de salud, hable con su administrador de beneficios y revise las [preguntas frecuentes sobre la cobertura de discapacidades a largo plazo \(LTD\) que ofrece The Standard](#) para más información sobre cómo presentar una reclamación y qué esperar una vez enviada.

Para presentar una reclamación por teléfono, llame al centro de atención de reclamaciones de The Standard al 800.628.9696.

Vaya a www.standard.com/mybenefits/scpeba para iniciar el proceso de reclamación en línea. Se le darán instrucciones durante todo el proceso de presentación de la reclamación.

Para presentar una reclamación en papel, visite peba.sc.gov/forms para descargar el paquete de formularios, que contiene:

- *la declaración del empleado;*
- *la autorización para obtener y divulgar información;*
- *la autorización para obtener notas de psicoterapia;*
- *la declaración del médico tratante, y*
- *la declaración del empleador.*

Usted es responsable de asegurarse de que estos formularios se completen y se envíen a The Standard. Puede enviar los formularios por fax al 800.437.0961 o por correo postal a la dirección que aparece en el formulario de reclamación. Si tiene alguna pregunta, llame a The Standard al 800.628.9696.

Debe presentar su reclamación ante The Standard en un plazo de 90 días a partir de finalizado el periodo de espera de los beneficios. Si no puede cumplir este plazo, debe presentar su reclamación tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de ese periodo de 90 días. The Standard podría denegar su reclamación si no presenta su reclamación dentro de este plazo, salvo que The Standard determine que existe discapacidad legal.

Requisito de participación activa en el trabajo

Si una enfermedad física, un trastorno mental, una lesión o un embarazo le impiden trabajar el día anterior a la fecha de entrada en vigor prevista de su cobertura, esta no será efectiva sino hasta el día siguiente al que haya trabajado activamente durante un día completo.

Cambio de salario

Su prima del plan SLTD se recalculará en función de su edad al 1 de enero anterior. Cualquier cambio en sus ingresos previos a la incapacidad después de quedar incapacitado no tendrá ningún efecto en el monto de sus beneficios por SLTD.

Ingresos previos a la incapacidad

Los ingresos previos a la incapacidad son los ingresos mensuales, incluidos los aumentos por méritos y antigüedad, que recibe 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 lo era para el 1 de enero. Estos ingresos incluyen sus bonos, comisiones, horas extra ni pagos por incentivos.

Si es maestro, no incluyen su remuneración por la escuela de verano, pero sí la remuneración obtenida durante las sesiones regulares de verano por el personal universitario.

Ingresos deducibles

Sus beneficios por SLTD se reducirán por sus ingresos deducibles, es decir, los ingresos que recibe o tiene derecho a recibir de otras fuentes. Los ingresos deducibles incluyen:

- la remuneración por enfermedad u otra continuación del salario (incluido el fondo común de licencias por enfermedad);
- beneficios primarios y dependientes del seguro social;
- la compensación por accidentes laborales;
- beneficios por BLTD;
- otros beneficios por discapacidad colectiva;
- beneficios máximos del plan de jubilación, y
- otras fuentes de ingresos.

Tenga en cuenta que la remuneración por vacaciones no se incluye en los ingresos deducibles.

Por ejemplo, su beneficio de SLTD, antes de ser reducido por los ingresos deducibles, es el 65 % de su salario cubierto previo a la incapacidad. El beneficio se reducirá entonces por el monto de cualquier ingreso deducible que reciba o tenga derecho a recibir. El total del beneficio por SLTD reducido más los ingresos deducibles constituirá al menos el 65% de su salario cubierto previo a la incapacidad. El beneficio por SLTD mínimo garantizado es de \$100, independientemente del monto de los ingresos deducibles.

Debe cumplir los plazos para solicitar todos los ingresos deducibles a los que tenga derecho. La PEBA tiene diferentes requisitos para la jubilación por discapacidad. Comuníquese con la PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430 para más información.

Cuando se otorgan otros beneficios, estos pueden incluir pagos que le corresponden mientras recibía los beneficios por SLTD. Si la concesión incluye beneficios retroactivos, o si usted recibe otros ingresos antes de notificarlo a The Standard, su reclamación de SLTD podría resultar en un pago en exceso. Esto se debe a que recibió beneficios de The Standard e ingresos de otra fuente por el mismo periodo de tiempo. Usted deberá reembolsarle a The Standard este pago en exceso.

Beneficio de seguridad vitalicia

La cobertura por SLTD brinda beneficios por discapacidad a largo plazo de por vida si, en el último día del periodo máximo de beneficios regulares, usted no puede desempeñar dos o más actividades de la vida diaria o sufre un deterioro cognitivo grave que se espera que dure 90 días o más, según lo certifique un médico de la especialidad correspondiente, según lo determine The Standard. El beneficio de seguridad vitalicia será igual al beneficio que se pagaba el último día del periodo regular de discapacidad a largo plazo.

Beneficios en caso de fallecimiento

The Standard le pagará un beneficio único a su sobreviviente elegible si usted fallece mientras se pagan los beneficios por SLTD. Este beneficio será igual a tres meses de su beneficio por SLTD, sin deducir los ingresos deducibles. Los sobrevivientes elegibles incluyen:

- su cónyuge sobreviviente;
- hijos sobrevivientes solteros menores de 25 años, y
- cualquier persona que cuide y apoye a los hijos elegibles.

Este beneficio no está disponible para los sobrevivientes elegibles si sus beneficios y reclamaciones del plan SLTD alcanzaron el periodo máximo de beneficios antes de su fallecimiento. Además, este beneficio no está disponible si se le aprobó o está recibiendo el beneficio de seguridad vitalicia.

Cuándo finaliza la cobertura por SLTD

Su cobertura por SLTD finaliza automáticamente en el primero de los siguientes eventos:

- el último día del mes por el que pagó una prima;
- la fecha en que finaliza la póliza colectiva, o
- la fecha en que ya no cumple los requisitos indicados en la sección "Elegibilidad" de este capítulo.

Cuándo finalizan los beneficios

Sus beneficios finalizarán automáticamente en el primero de los siguientes eventos:

- la fecha en que ya no esté incapacitado;
- la fecha en que finalice su periodo máximo de beneficios, a menos que los beneficios por SLTD continúen mediante el beneficio de seguridad vitalicia;
- la fecha en que los beneficios sean pagaderos en virtud de cualquier otra póliza colectiva de seguro por discapacidad a largo plazo por la que esté asegurado durante un periodo de recuperación temporal, o
- la fecha de su fallecimiento.

Conversión

Cuando finalice su seguro de discapacidad a largo plazo, podrá adquirir un seguro de conversión de SLTD si cumple todos estos criterios:

- Su seguro finaliza por un motivo distinto a:
 - la cancelación o modificación de la póliza colectiva;
 - su incumplimiento en el pago de la prima correspondiente, o
 - su jubilación.
- Usted estaba asegurado por el plan del seguro de discapacidad a largo plazo de su empleador durante al menos un año en la fecha en que finalizó su seguro.
- No está discapacitado en la fecha en que finaliza su seguro.
- Usted es ciudadano o residente de los Estados Unidos o Canadá.
- Complete y envíe un paquete de *Solicitud de materiales de conversión del seguro de discapacidad a largo plazo* a The Standard y pague la primera prima del seguro de conversión de SLTD en un plazo de 31 días después de que finalice su seguro.

Llame a The Standard al 800.378.4668 si tiene preguntas sobre la conversión de su póliza SLTD. Deberá indicar el número de grupo del estado de Carolina del Sur, 621144.

Exclusiones y limitaciones

- No se cubren las discapacidades resultantes de una guerra o de cualquier acto de guerra.
- No se cubren las lesiones autoinfligidas intencionalmente.
- No se pagarán los beneficios cuando usted no esté bajo el cuidado continuo de un médico de la especialidad adecuada.
- No se pagarán los beneficios durante ningún

periodo en el que usted no participe, de buena fe, en un tratamiento médico, formación profesional o educación aprobada por The Standard, a menos que su discapacidad le impida participar.

- No se pagarán los beneficios durante ningún periodo de discapacidad en el que usted se encuentre recluido en una institución penal o correccional por cualquier motivo.
- No se pagarán los beneficios después de que haya estado discapacitado según los términos del plan SLTD durante 24 meses a lo largo de toda su vida, excluido el periodo de espera de beneficios, por una discapacidad causada o agravada por:
 - un trastorno mental, a menos que esté internado de manera continua en un hospital únicamente por un trastorno mental al final de los 24 meses;
 - su consumo de alcohol, alcoholismo, consumo de cualquier drogas ilícitas, incluidos alucinógenos, o la drogadicción;
 - dolor crónico, afecciones musculoesqueléticas o del tejido conectivo;
 - fatiga crónica o afecciones relacionadas, o
 - sensibilidad química y ambiental.
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad, después del periodo de espera para recibir los beneficios, no se pagarán los beneficios por SLTD por ningún periodo de discapacidad en el que usted pueda trabajar en su propia ocupación y pueda ganar al menos el 20 % de sus ingresos previos a la incapacidad, ajustados por la inflación, pero decida no trabajar. Después de este tiempo, no se pagarán beneficios por SLTD por ningún periodo de discapacidad en el que usted pueda trabajar en cualquier ocupación y pueda ganar al menos el 20 % de sus ingresos previos a la discapacidad ajustados por inflación, pero decida no trabajar.
- Por lo general, no se pagan beneficios por ningún periodo de discapacidad en el que usted no reciba beneficios por discapacidad en virtud del plan BLTD. Sin embargo, esto podría no aplicar si:
 - recibe o califica para recibir otros ingresos deducibles en virtud del plan BLTD, y el monto de esos ingresos es igual o superior al monto de los beneficios que de otro modo se le pagarían en virtud de ese plan;
 - se están utilizando los beneficios que de otro modo se le pagarían en virtud del plan BLTD para reembolsar un pago en exceso de cualquier reclamación; o

- no estaba asegurado por el plan BLTD cuando quedó incapacitado.
- Mientras viva fuera de los Estados Unidos o Canadá, el pago de los beneficios se limita a 12 meses por cada periodo de discapacidad continua.

Apelaciones

Si The Standard rechaza su solicitud de beneficios suplementarios por discapacidad a largo plazo, puede apelar la decisión mediante una notificación por escrito en un plazo de 180 días a partir de la recepción de la carta de denegación.

La notificación por escrito puede enviarse por correo electrónico a su analista de reclamaciones asignado o por correo postal a:

Standard Insurance Company
P.O. Box 5031
White Plains, NY 10602

Si The Standard mantiene su decisión, la reclamación será revisada de manera independiente por la Unidad de Revisión Administrativa de The Standard.

Debido a que el plan suplementario por discapacidad a largo plazo está totalmente asegurado por The Standard, no se pueden apelar las decisiones del plan SLTD ante la PEBA.



MoneyPlus

MoneyPlus le permite ahorrar dinero en gastos médicos y por el cuidado de dependientes elegibles. Con MoneyPlus, usted elige contribuir una cantidad anual a una cuenta de gastos flexibles aprobada por el IRS. Sus contribuciones se deducen de su salario, antes de impuestos. Puede utilizar estos fondos para pagar sus gastos elegibles, ya sean médicos o por el cuidado de dependientes. Usted solicita el reembolso a medida que incurre en los gastos elegibles durante el año del plan. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. Más información en peba.sc.gov/moneyplus.

Cómo ahorra dinero con MoneyPlus

Con MoneyPlus, usted se beneficia de tener menos ingresos sujetos a impuestos en cada uno de sus cheques de nómina, lo que significa más dinero disponible para destinar a sus gastos médicos y por el cuidado de dependientes. El ejemplo de ahorro mensual de esta página muestra cómo el pago de gastos elegibles con una deducción de nómina antes de impuestos aumenta sus ingresos disponibles. El escenario es sobre 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.

	Con MoneyPlus	Sin MoneyPlus	Ventaja de MoneyPlus
Salario bruto mensual¹	\$3,750.00	\$3,750.00	
Contribución estatal a la jubilación (9 %)	- \$337.50	- \$337,50	
Cuota de la cuenta de gastos médicos	- \$1.10	- \$0.00	
Cuota de la cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	- \$1.10	- \$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	
Primas de los planes estándar y Basic Dental Pagado con la característica de prima antes de impuestos en nivel de cobertura para empleados/hijos	\$157.58	\$0.00	
Ingresos brutos sujeto a impuestos	\$2,796.72	\$3,412.50	\$615.78
Impuestos estimados sobre la nómina (27 %)²	- \$755.11	- \$921.38	\$166.27
Gastos			
Gastos médicos	- \$0.00	- \$56.00	
Gastos por cuidado de dependientes	- \$0.00	- \$400.00	
Primas de los planes estándar y Basic Dental Nivel de cobertura para empleados/hijos	\$0.00	\$157.58	
Su salario neto	\$2,041.61	\$1,877.54	\$164.07

1 Se supone un salario anual de \$45,000

2 Incluye impuestos estatales y federales; matrimonio, declaración de impuestos conjunta.

Cuotas administrativas

Las cuentas de *MoneyPlus* tienen una cuota administrativa, establecida para que tenga un impacto mínimo en relación con el ahorro fiscal que ofrecen dichas cuentas. Usted pagará una cuota 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 en el programa.

Cuotas administrativas mensuales del 2026

Cuenta	Cuota
Cuenta de gastos médicos	\$1.10
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	\$1.10
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	\$1.10

La característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos le permite pagar sus primas con dinero antes de que se retengan los impuestos, y no hay cuota administrativa.

Recursos para los miembros

Sitio web de ASIFlex

El sitio web, www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, le permite:

- revisar su cuenta, estado de cuenta, información sobre reclamaciones y transacciones con tarjeta;
- presentar reclamaciones;
- configurar el depósito directo;
- configurar notificaciones por correo electrónico/ mensajes de texto para su cuenta;
- obtener información sobre las ventajas fiscales específicas disponibles, y
- acceder a recursos, como gastos elegibles, descripciones de programas, información sobre tarjetas de débito, formularios administrativos y de reclamaciones, y una herramienta de estimación de gastos y ahorro de costos.

Aplicación móvil de ASIFlex

La aplicación móvil de ASIFlex permite que los participantes presenten reclamaciones y vean sus cuentas *MoneyPlus* desde su teléfono o tableta. La función para presentar reclamaciones le permite capturar la documentación con la cámara de su dispositivo móvil y enviarla junto con su

reclamación. La aplicación móvil también le permite utilizar la función de micrófono para presentar una reclamación. Esto significa que puede dictar, en lugar de escribir, parte de la información de la reclamación. Además de presentar reclamaciones, puede ver el monto de su elección anual, el saldo de su cuenta, sus contribuciones, reembolsos y reclamaciones presentadas anteriormente. La aplicación es gratuita y está en Google Play o App Store y en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

Responsabilidades por el uso de una cuenta

Al inscribirse en cualquier cuenta de gastos *MoneyPlus*, usted certifica que:

- solicitará y conservará copias de la documentación necesaria para sus reclamaciones de reembolso, incluidos los estados de cuenta detallados por servicios y la explicación de beneficios del plan de seguro;
- utilizará la cuenta únicamente para pagar los gastos que cumplan los requisitos del IRS para usted y sus dependientes que cumplan los requisitos del IRS;
- utilizará primero todas las demás fuentes de reembolso, incluidas las de sus planes de seguro, antes de solicitar el reembolso de su cuenta de gastos, y
- no buscará el reembolso a través de ninguna fuente adicional después de solicitarlo de su cuenta.

Crédito fiscal por ingresos de trabajo

Los aportes antes de impuestos a una cuenta de gastos para el cuidado de dependientes o a una cuenta de gastos médicos reducen sus ingresos de trabajo sujetos a impuestos. Cuanto menores sean sus ingresos, mayor será el crédito por ingresos de trabajo. Consulte la Publicación 596 del IRS o hable con un profesional fiscal para más información.

Normas del IRS para las cuentas de gastos

Puede inscribirse cada año durante el periodo de inscripción abierta para realizar una nueva elección, ya que las elecciones para las cuentas de gastos médicos (MSA), las cuentas de gastos médicos (MSA) de uso limitado y las cuentas de gastos para el cuidado de dependientes (DCSA) no se renuevan automáticamente.

Es posible que pueda cambiar su elección si se produce un cambio de estatus que se lo permita, tal y como se indica en el plan.

- No es necesario estar inscrito en los planes médicos, dentales o de visión de la PEBA para participar. Por ejemplo, es posible que tenga un seguro a través del empleador de su cónyuge y, aun así, pueda inscribirse

en las cuentas de gastos a través de la PEBA (sujeto a los límites del plan y del IRS).

- Tiene acceso al monto total de su elección de cuentas de gastos médicos en la fecha efectiva de su elección. Por lo tanto, se le puede reembolsar hasta este monto, menos los reembolsos anteriores, en cualquier momento del año, independientemente de su saldo.
- No puede pagar ninguna prima de seguro a través de ningún tipo de cuenta de gastos flexibles. Estas cuentas son independientes de la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos.
- No puede pagar los gastos del cuidado por dependientes con su MSA, ni los gastos médicos con su DCSA.
- La cuenta de gastos médicos incluye una cláusula de transferencia. Puede transferir hasta \$680 de fondos no utilizados al nuevo año del plan en su cuenta de gastos médicos. Perderá cualquier fondo no utilizado que supere los \$680.
- La DCSA incluye un periodo de gracia. Esto significa que puede seguir gastando los fondos del 2026 hasta el 15 de marzo de 2027. Los gastos incurridos entre el 1 de enero de 2026 y el 15 de marzo de 2027 se pueden considerar para un reembolso desde su cuenta del 2026.
- Los gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente no se le pueden reembolsar a través de sus cuentas de *MoneyPlus*.
- No puede deducir los gastos reembolsados en su declaración de impuesto sobre la renta.
- Solo se le pueden reembolsar por servicios recibidos. No se le puede reembolsar un servicio futuro, ni puede hacer un pago anticipado por un servicio futuro.

Característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos

La característica de prima antes de impuestos le permite pagar sus primas de salud, incluida la prima por consumo de tabaco, con dinero de su sueldo antes de que se le retengan los impuestos. También puede utilizar sus ingresos antes de impuestos para pagar las primas de los planes Dental Plus y Basic Dental, el Plan de Visión Estatal, el plan de seguro de vida opcional hasta \$50,000 y el plan suplementario de TRICARE.

Elegibilidad e inscripción

A los empleados activos que pagan primas de salud, dentales, de visión, del seguro de vida opcional o del plan suplementario de TRICARE se les inscribe automáticamente

en la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos. Sin embargo, pueden rechazarla cuando se inscriban por primera vez en la cobertura.

Si la rechaza, puede inscribirse en ella durante el periodo de inscripción abierta, que tiene lugar en octubre, o en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Para ello, consulte "Cómo hacer cambios en su cobertura de *MoneyPlus*" en la página 126. Para más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 19.

Cuenta de gastos médicos

Una cuentas de gastos médicos le permite pagar los gastos médicos elegibles no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos y los coseguros, con ingresos antes de impuestos. Las cuentas de gastos médicos vienen con una tarjeta de ASIFlex, que funciona como una tarjeta de débito. Puede utilizar esta tarjeta para gastar sus fondos en vez de presentar solicitudes de reembolso. Puede transferir hasta \$680 de los fondos depositados en su cuenta de gastos médicos que no usó durante un año del plan hacia el siguiente año del plan. Perderá los fondos superiores a \$680 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Debe calificar para recibir los beneficios del seguro colectivo estatal para participar en una cuentas de gastos médicos. Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguro para participar. A los miembros inscritos en el plan estándar se les recomienda que participen en una cuenta de gastos médicos.

Si está inscrito en el plan de ahorros, no puede optar a una cuenta de gastos médicos (MSA), pero puede inscribirse en una cuenta de ahorros para la salud (HSA) y una cuenta de gastos médicos (MSA) de uso limitado. Consulte la página 129 para más información sobre las cuentas de ahorros para la salud.

Inscripción

Puede inscribirse en una MSA a través de su empleador en un plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación. Si no se inscribe en ese momento, puede hacerlo durante el siguiente periodo de inscripción abierta, en octubre, a través de *MyBenefits* en MyBenefits.sc.gov.

También puede inscribirse o hacer cambios en esta cuenta en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Para ello, consulte "Cómo hacer cambios

en su cobertura de "MoneyPlus" en la página 126. Para más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 19.

Debe volver a inscribirse cada año durante el periodo de inscripción abierta para continuar con su cuenta el año siguiente.

Decidir cuánto apartar

Calcule el monto de sus gastos médicos de rutina, recurrentes y predecibles a lo largo del año para usted y su familia. Se le permite transferir \$680 de fondos cada año del plan hacia el siguiente año del plan. Tiene hasta el 31 de marzo de 2027 para presentar las solicitudes de reembolso y la documentación de los gastos elegibles incurridos durante el 2026. Perderá los fondos superiores a \$680 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

La cantidad anual que decide contribuir a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá de cada cheque de nómina antes de que le retengan los impuestos.

Una vez que se inscriba en una MSA y decida cuánto contribuir, la cantidad total estará disponible desde su fecha de entrada en vigor. No tiene que esperar a que los fondos se acumulen en su cuenta para que le reembolsen los gastos médicos elegibles.

Límites de contribución

El límite de contribución para el 2026 es de \$3,400. Si está casado y su cónyuge tiene derecho a la cobertura del seguro patrocinado por la PEBA como empleado, ambos pueden contribuir hasta \$3,400 al año.

Quiénes están cubiertos por una MSA

Una MSA se puede utilizar para reembolsar los gastos elegibles:

- para usted;
- para su cónyuge (incluso si tiene una MSA independiente);
- para su hijo elegible, y
- para su familiar elegible.

Un hijo es elegible si no es el hijo elegible de otra persona, aunque un hijo elegible de padres divorciados se considera dependiente de ambos, por lo que cualquiera de los padres o ambos pueden establecer una MSA. Además, un hijo es elegible si:

- no cumple 27 años durante el año fiscal (si un hijo elegible es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo, no hay límite de edad);
- tiene una relación familiar específica con usted: hijo/hija, hijastro/hijastra, hijo(a) elegible en cuidado

temporal, hijo(a) legalmente adoptado(a) o hijo(a) en proceso de adopción legal, y

- es ciudadano o nacional estadounidense o residente de los Estados Unidos, México o Canadá.

Un familiar es elegible si es ciudadano o nacional estadounidense o residente de los Estados Unidos, México o Canadá y:

- tiene una relación familiar específica con usted, no es hijo elegible de otra persona y recibe más de la mitad de su manutención de usted durante el año fiscal, o
- si no existe una relación familiar específica con usted, es miembro de su hogar y vive en él (sin infringir la legislación local) durante todo el año fiscal y recibe más de la mitad de su manutención de usted durante el año fiscal.

Para más información, comuníquese con su empleador o con un profesional fiscal. También puede ponerse en contacto con el IRS en www.irs.gov o por el 800.829.1040, o consultar las publicaciones 501 y 502 del IRS.

Gastos elegibles

Los gastos elegibles para reembolso incluyen sus copagos, deducibles y coseguros. También puede utilizar su MSA para pagar:

- visitas al consultorio del médico;
- atención de visión, incluidos anteojos graduados/de sol, lentes de contacto, soluciones de limpieza, gotas para los ojos para quienes usan lentes de contacto, anteojos de lectura sin receta y cirugía de corrección de la visión;
- gastos dentales de su 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 en desplazamientos para recibir atención médica (sujetos al límite del IRS);
- artículos de salud de venta libre, como vendajes adhesivos, 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/kits de primeros auxilios, aparatos ortopédicos y soportes para articulaciones, tensiómetros, suministros para diabéticos, termómetros, bastones, muletas, pastilleros/cortadores de pastillas y miles de otros artículos;
- medicamentos o fármacos de venta libre (analgésicos, medicamentos para la alergia, medicamentos para

- el resfriado, la tos y la gripe, medicamentos para el estómago y la digestión, etc.), y
- cualquier otro gasto médico deducible según la legislación fiscal vigente, incluidos los traslados hacia y desde centros médicos (sujeto a los límites del IRS).

Gastos inelegibles

- primas de seguro;
- garantías de visión y contratos de servicio;
- gastos por un servicio aún no prestado o por presupuestos de tratamientos;
- gastos de salud y bienestar general;
- operaciones ilegales;
- gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente;
- cuotas de afiliación a clubes de salud o gimnasios, y
- cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicaamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una afección médica.

Cómo utilizar los fondos de su MSA

Tiene varias maneras de acceder a los fondos de su MSA. Puede utilizar una tarjeta de débito especial, conocida como la tarjeta de ASIFlex, para pagar los gastos directamente, o puede solicitar el reembolso de los gastos mediante depósito directo enviando una reclamación a través de www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o de la aplicación móvil de ASIFlex, por fax o por correo postal.

Tarjeta de ASIFlex

La tarjeta de ASIFlex, una tarjeta de débito emitida sin costo alguno para los participantes de la MSA, se puede utilizar para pagar los gastos médicos elegibles y no asegurados para usted y sus familiares cubiertos. Al inscribirse en una MSA, recibirá dos tarjetas para que pueda darle una a su cónyuge o hijo.

Activar su tarjeta

Para activar su tarjeta de ASIFlex y empezar a utilizarla, llame al número gratuito que aparece en la etiqueta adhesiva de la tarjeta y establezca un PIN que solo usted conozca.

Cómo usar su tarjeta

Puede firmar para las transacciones como crédito o introducir su PIN para las transacciones de débito.

La tarjeta es de uso limitado y se puede utilizar en proveedores de atención médica y comercios que acepten VISA®. También se puede utilizar en comercios minoristas que empleen el Sistema de Aprobación de Información de Inventario (IIAS) e identifiquen qué productos son elegibles

para la MSA. Para obtener una lista actualizada de los comercios con IIAS, visite www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

Al usar la tarjeta no obtiene recibos electrónicos. Cada vez que pase la tarjeta, pídale al proveedor un estado de cuenta detallado del servicio que incluya el nombre del proveedor, el nombre del paciente, la fecha del servicio, la descripción del servicio y el monto en dólares. ASIFlex aceptará y procesará automáticamente tantas transacciones como sea posible. Sin embargo, las regulaciones del IRS requieren que usted presente documentación de respaldo para justificar ciertas transacciones.

Puede solicitar la documentación y conservar la copia impresa, o simplemente tomar una foto de la documentación y guardarla en su dispositivo. Consulte la sección "Validación automática de transacciones" a continuación para más información.

Documentación de las transacciones con la tarjeta de ASIFlex

Según el IRS, no es necesario presentar documentación por:

- copagos conocidos por servicios prestados a través del plan de salud estatal en el que está inscrito;
- recetas médicas elegibles compradas a través de la farmacia designada para vender medicamentos por correo postal de su plan de salud;
- gastos recurrentes con el mismo proveedor por el mismo monto en dólares (como pagos mensuales por ortodoncia), o
- productos de salud de venta libre aprobados por el IRS.

Validación automática de transacciones

Para otros gastos de salud, se necesita documentación. ASIFlex recibirá de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur y EyeMed la información de las reclamaciones. ASIFlex validará automáticamente las transacciones con tarjeta de débito que pueda vincular con reclamaciones recibidas de otros proveedores. Si ASIFlex no puede validar una reclamación, usted debe presentar la documentación correspondiente a esa transacción.

Las solicitudes de documentación se envían por correo electrónico y se publican en su cuenta en línea. Tiene 52 días para responder o su tarjeta será desactivada.

- Aviso inicial: se envía aproximadamente 10 días después de que ASIFlex recibe el aviso de la transacción con la tarjeta.
- Aviso de recordatorio: se envía 21 días después del aviso inicial.
- Aviso de desactivación: se envía 21 días después del aviso de recordatorio. Su tarjeta será desactivada y las

futuras reclamaciones presentadas se compensarán con el monto pendiente.

Cuando se presente la documentación, su tarjeta se restablecerá automáticamente. Cualquier monto del año del plan que no se documente antes del 31 de marzo de 2027 no cumplirá con las normas del IRS y se gravará como ingreso.

Debe conservar todos los documentos que justifiquen sus reclamaciones durante al menos un año y enviárselos a ASIFlex cuando se lo soliciten.

Tarjetas perdidas

Llame inmediatamente a ASIFlex al 833.726.7587 si pierde o le roban su tarjeta de ASIFlex.

Solicitud de reembolso de gastos elegibles

Antes de solicitar un reembolso, primero debe presentar las reclamaciones ante el seguro por los beneficios que haya recibido. Los gastos de bolsillo restantes después de eso se pueden enviar a ASIFlex para su reembolso desde su MSA. El reembolso mínimo por cheque es de \$25, excepto el último reembolso, que deja el saldo de su cuenta en cero. Asegúrese de inscribirse en la opción de depósito directo, ya que no hay un mínimo para las transacciones electrónicas.

Si no utiliza su tarjeta de ASIFlex, puede enviar un *Formulario de reclamación de MoneyPlus* a través de www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus o de la aplicación móvil ASIFlex. También puede enviar un formulario de reclamación en papel, junto con una copia de la documentación de los 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 reunir la documentación, tenga en cuenta estos requisitos:

- La documentación puede ser una factura o recibo de su proveedor de atención médica en el que se indique la fecha de servicio, el costo del servicio, el tipo de servicio, el proveedor del servicio y la persona a la que se le 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 beneficios* de su plan de seguro en la que se indique el pago del plan de seguro y la cantidad que usted debe pagar.
- En el caso de productos de salud, fármacos o medicamentos de venta libre, presente el recibo detallado del comercio.
- En el caso de recetas médicas, presente el recibo de la farmacia en el que se indique el número de receta

y el nombre del fármaco. También puede pedirle a la farmacia una copia impresa en la que se detallen sus recetas médicas, u obtener esta información en el sitio web de la farmacia. Para la venta de medicamentos por correo postal, simplemente presente el recibo detallado del pedido.

- En algunas circunstancias, es posible que se necesite una declaración por escrito de su proveedor de atención médica en la que se indique que el servicio era médicaamente necesario. Encontrará un modelo de carta de necesidad médica en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus, en la pestaña "Resources" (Recursos).

ASIFlex procesará su reclamación en un plazo de tres días hábiles a partir de su recepción. El reembolso se puede depositar directamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día tras el procesamiento de su reclamación. Este servicio no tiene ningún costo adicional e incluye notificaciones sobre cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, inicie sesión en su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe registrarse para recibir alertas por correo electrónico y/o mensaje de texto.

Comparación entre la MSA y la declaración de gastos en el formulario 1040 del IRS

Solo puede declarar los gastos médicos y dentales detallados en su formulario 1040 del IRS si superan el 10 % de sus ingresos brutos ajustados. Si presenta una declaración de impuestos conjunta, su ingreso bruto ajustado incluye tanto su ingreso como el de su cónyuge. La MSA libre de impuestos le ofrece una forma alternativa de ahorrar en los impuestos sobre sus gastos médicos no asegurados y de su bolsillo. Consulte la tabla de la página 117 para ver un ejemplo.

Para más información sobre el crédito fiscal, consulte la *Publicación 502 del IRS* o busque los servicios de un profesional fiscal.

¿Qué sucede con su MSA si deja su trabajo?

Cuando tiene una MSA y deja su trabajo, es posible que cumpla los requisitos para seguir contribuyendo a su MSA hasta el final del año del plan.

La cobertura del seguro COBRA consistirá en la cantidad que tenga en su MSA en el momento del evento que le da derecho a ella, más las contribuciones adicionales hasta la cantidad anual que haya elegido contribuir. Usted pagará el 102 % de su costo normal, que es el monto de su contribución más la cuota administrativa de \$1.10, por la cobertura del seguro COBRA. Si le quedan fondos al final

del año del plan, se transferirán hasta \$680 y los tendrá disponibles hasta el final de su periodo de cobertura del seguro 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 el seguro 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 la MSA incurridos antes del primer día del mes siguiente al último día trabajado. Los fondos que queden en su cuenta no le serán devueltos.

Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA en un plazo de 30 días, sus elecciones originales de MSA se restablecerán automáticamente. Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA después de 30 días, no podrá participar en una MSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, podrá volver a inscribirse durante el periodo de inscripción abierta para el siguiente año del plan.

La Ley de Licencia Familiar y Médica (*Family and Medical Leave Act*) podría afectar sus derechos para continuar con la cobertura mientras está de licencia. Comuníquese con su empleador para más información.

¿Qué sucede con su MSA si fallece?

Su MSA finaliza en la fecha de su fallecimiento 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 el seguro COBRA. Comuníquese con ASIFlex para más información. Si la MSA no se continúa a través del seguro COBRA, su beneficiario tiene 90 días a partir de la fecha de su fallecimiento o del final del periodo de agotamiento, lo que ocurra primero, para presentar reclamaciones por los gastos elegibles incurridos hasta la fecha de su fallecimiento.

El fallecimiento de un cónyuge o un hijo supone un cambio de estatus. En ese momento, puede detener, iniciar o cambiar la cantidad de contribución a su MSA. Tiene 31 días a partir de la fecha del 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 (DCSA) le permite pagar los gastos relacionados con el cuidado de dependientes con ingresos antes de impuestos. Esta cuenta es solo para los gastos de cuidado infantil y de adultos dependientes, y no se puede utilizar para pagar

la atención médica de dependientes. Los fondos solo se pueden utilizar para gastos incurridos durante el año del plan 2026. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2027 para gastar los fondos aportados durante el 2026. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2027 para solicitar el reembolso de sus fondos del 2026 por los gastos incurridos hasta el 15 de marzo de 2027. Perderá cualquier fondo que quede en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Elegibilidad

Debe calificar para recibir los beneficios del seguro colectivo estatal para participar en una cuenta de gastos para el cuidado de dependientes (DCSA). Sin embargo, no es necesario que esté cubierto por un programa de seguro para participar.

Inscripción

Puede inscribirse en una DCSA a través de su empleador en un plazo de 31 días a partir de la fecha de contratación. Si no se inscribe en ese momento, puede hacerlo durante el siguiente periodo de inscripción abierta, en octubre, a través de MyBenefits.sc.gov.

También puede inscribirse o hacer cambios en esta cuenta en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. Para ello, consulte "Cómo hacer cambios en su cobertura de MoneyPlus" en la página 126. Para más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad, consulte la página 19.

Debe volver a inscribirse cada año durante el periodo 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 el año. Tenga en cuenta las vacaciones y los días feriados, en los que es posible que no tenga que pagar por el cuidado de dependientes. La cantidad anual que decida contribuir a su cuenta se dividirá en cuotas iguales y se deducirá de cada pago de su sueldo antes de que se le retengan los impuestos.

El IRS no permitirá que se le devuelva el dinero que quede en su cuenta después de haber reclamado todos sus gastos al final del año, ni que se transfiera al siguiente año del plan. Si le queda dinero en su cuenta el 31 de diciembre, tiene hasta el 15 de marzo de 2027 para gastar los fondos aportados durante el 2026. Tendrá hasta el 31 de marzo de 2027 para solicitar el reembolso de los gastos incurridos hasta el 15 de marzo de 2027. Perderá cualquier fondo

que quede en su cuenta después de la fecha límite de reembolso.

Una vez que se inscriba en una DCSA y decida cuánto contribuir, tendrá que 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 estatus fiscal. A continuación se indican los límites para el 2026.

- Casado, con declaraciones de impuestos separadas: \$3,750
- Soltero, cabeza de familia: \$7,500
- Casado, con declaraciones de impuestos conjuntas: \$7,500

Si usted o su cónyuge ganan menos de \$5,000 al año, su máximo es igual al menor de los dos ingresos.

En el 2026, la DCSA tiene un límite de \$1,600 para los empleados con alta remuneración. Para el 2026, el Código de Rentas Internas define a los empleados con alta remuneración como aquellos que ganaron \$155,000 o más en el año calendario 2025. El límite está sujeto a ajustes durante el año si la DCSA de la PEBA no cumple con la prueba federal de beneficio promedio. La prueba está diseñada para garantizar que los empleados con alta remuneración no reciban un beneficio desproporcionado en comparación con el que reciben otros empleados.

Para más información, hable con un profesional fiscal o comuníquese con el IRS a través de www.irs.gov o el 800.829.1040.

Personas que podrían estar cubiertas por una DCSA

Los gastos por el cuidado de hijos y dependientes deben ser para el cuidado de una o más personas que califiquen. Una persona que reúne los requisitos es:

1. un hijo que reúne los requisitos, que es su dependiente y era menor de 13 años cuando se prestó 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. hubiera sido su dependiente excepto que:
 - i. recibió ingresos brutos de \$4,050 o más;
 - ii. presentó una declaración de impuestos conjunta, o
 - iii. usted o su cónyuge, si presentan una declaración de impuestos conjunta, podrían ser reclamados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.

Gastos elegibles

Por lo general, son elegibles para reembolso los gastos por el cuidado de niños, adultos y adultos mayores que le permiten a usted y a su cónyuge trabajar o buscar trabajo activamente. 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:

- pagos de servicios de cuidado infantil;
- pagos de campamentos diurnos locales;
- cuidado antes o después de la escuela;
- preescolar o guardería, y
- pagos de niñera por cuidados en el hogar mientras usted y su cónyuge están trabajando. Ni usted, ni su cónyuge ni otro de sus dependientes por motivos fiscales pueden encargarse del cuidado.

Gastos inelegibles

- Pagos de manutención o cuidado infantil si usted es un padre sin custodia.
- Pagos por servicios de cuidado de dependientes prestados por su dependiente, el dependiente de su cónyuge o su hijo menor de 19 años.
- Gastos de atención médica.
- Matrícula educativa.
- Campamentos con estadía durante la noche.
- Cuidado nocturno de sus dependientes, a menos que le permita a usted y a su cónyuge trabajar durante ese tiempo.
- Pagos de residencias de ancianos.
- Servicios de pañales.
- Libros y suministros.
- Cuotas de actividades.
- Matrículas.

Solicitud de reembolso de gastos elegibles

Cuando tenga un gasto por el cuidado de dependientes, solicite el reembolso desde su cuenta en www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus. También debe presentar la documentación

correspondiente a su gasto. El formulario de solicitud en papel está en peba.sc.gov/forms.

Su reclamación y la documentación de los gastos deben incluir:

- Las fechas en que su dependiente recibió la atención, no la fecha en la que usted pagó por el servicio.
- El nombre y la dirección del centro.
- El nombre, la dirección y la firma de la persona que cuidó del dependiente.

Esta información es necesaria en cada solicitud de reembolso. El formulario de reclamación puede servir como documentación si incluye la firma del proveedor. Aunque el formulario no pide el número de identificación fiscal ni el número de seguro social del proveedor, esté preparado para facilitárselos al IRS si se los solicitan.

ASIFlex procesará su reclamación en un plazo de tres días hábiles a partir de su recepción. El reembolso se puede depositar directamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día tras el procesamiento de su reclamación. Este servicio no tiene ningún costo adicional e incluye notificaciones sobre cuándo se procesan sus fondos. Para configurar el depósito directo, inicie sesión en su cuenta en línea y actualice la configuración de su cuenta personal. También debe registrarse para recibir alertas por correo electrónico y/o mensaje de texto en ASIFlex.com/SCMoneyPlus.

Los gastos aprobados no se reembolsarán sino hasta después de la última fecha de servicio para la que solicita el reembolso. Por ejemplo, si le paga a su proveedor de cuidados de dependientes el 1 de octubre por el mes de octubre, puede presentar su solicitud de reembolso por todo el mes. Sin embargo, el pago no se hará hasta que usted no reciba el último día de cuidados de octubre.

Los gastos aprobados tampoco se reembolsarán hasta que no haya fondos suficientes en la DCSA para cubrirlos. En su solicitud, puede dividir las fechas de servicio en períodos que se correspondan con su ciclo de pago. Esto le permitirá que se le reembolse parte del monto que aparece en la documentación cuando haya fondos suficientes en su cuenta.

Declaración de su DCSA al IRS

Si participa en una DCSA, debe adjuntar el formulario 2441 del IRS a su declaración de impuestos 1040. De lo contrario, es posible que el IRS no le permita la 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 de cada uno de los proveedores de cuidados de dependientes. Si no

puede obtener uno de estos números, deberá presentar una declaración por escrito junto con su formulario 2441 explicando la situación y afirmando que ha hecho un esfuerzo considerable por obtener la información.

Comparación entre la DCSA y el crédito fiscal por cuidado de hijos y dependientes

Si usted paga por el cuidado de dependientes para poder trabajar, es posible que pueda reducir sus impuestos mediante el crédito fiscal por cuidado de hijos y dependientes, en lugar de utilizar una DCSA, al declarar esos gastos en sus impuestos federales. Dependiendo de sus circunstancias, participar en una DCSA con reducción salarial podría suponer un mayor beneficio fiscal. Para más información, consulte la Publicación 503 del IRS o hable con un profesional fiscal cualificado.

¿Qué sucede con su DCSA si deja su trabajo?

Si deja su trabajo permanentemente o toma una licencia sin goce de sueldo, no podrá seguir contribuyendo a su DCSA. Sin embargo, puede seguir incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo del año siguiente y solicitar el reembolso de los gastos elegibles hasta el 31 de marzo del año siguiente, o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra primero.

Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA en un plazo de 30 días, sus elecciones originales de la DCSA se restablecerán automáticamente. Si vuelve a trabajar con un empleador que participa en el seguro administrado por la PEBA después de 30 días, no podrá participar en una DCSA durante el resto del año del plan. Sin embargo, podrá volver a inscribirse durante el periodo de inscripción abierta para el siguiente año del plan.

¿Qué sucede con su DCSA si fallece?

Su DCSA finaliza en la fecha de su fallecimiento y el saldo no se le reembolsa a sus sobrevivientes. Las reclamaciones de la DCSA por gastos incurridos hasta la fecha de su fallecimiento pueden presentarse hasta que se agote la cuenta o hasta el final del año del plan.

El fallecimiento de un cónyuge o un hijo supone un cambio de estatus. En ese momento, puede detener, iniciar o cambiar la cantidad que se contribuyó a su DCSA. Tiene 31 días a partir de la fecha del 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 se inscribió en el plan de ahorros, también podría ser elegible para una cuenta de gastos médicos (MSA) de uso limitado. Esta cuenta solo se puede utilizar para gastos de atención dental y de visión. Excepto por la restricción de los tipos de gastos reembolsables, una MSA de uso limitado funciona igual que una cuenta de gastos médicos. Inscribirse en una MSA de uso limitado le permite ahorrar cualquier fondo de la cuenta de ahorros para la salud (HSA) para futuros gastos médicos. Encontrará más información sobre las HSA en la página 129.

Gastos elegibles

Para deducibles y coseguros médicos, puede utilizar su HSA pero no su MSA de uso limitado. Para los gastos de atención dental y de visión puede utilizar su MSA de uso limitado.

Gastos inelegibles (solo MSA de uso limitado)

- primas de seguro;
- garantías de visión y contratos de servicio;
- gastos por un servicio aún no prestado o por presupuestos de tratamientos;
- gastos de salud y bienestar general;
- operaciones ilegales;
- gastos pagados por el seguro o cualquier otra fuente;
- cuotas de afiliación a clubes de salud o gimnasios, y
- cirugía estética, tratamientos o medicamentos que no se consideren médicaamente necesarios para aliviar, mitigar o prevenir una afección médica;
- deducibles y coseguros del plan médico, y
- productos de salud de venta libre que no sean para cuidado dental o de visión.

Cambios en su cobertura MoneyPlus

Existen circunstancias limitadas para iniciar o suspender su DCSA, MSA y MSA de uso limitado, o para modificar los montos que contribuye. Cualquier cambio que haga en su DCSA, MSA o MSA de uso limitado debe ser coherente con el evento que da lugar al cambio.

Por ejemplo, es posible que desee iniciar una DCSA si tiene un bebé o adopta un niño, y que desee reducir su contribución a la MSA si se divorcia y ya no va a pagar los gastos médicos de su excónyuge.

Si desea hacer cambios, comuníquese con su empleador en

un plazo de 31 días a partir de uno de los eventos que se indican a continuación.

Cualquier reclamación relacionada que presente mientras ASIFlex procesa su cambio de estatus se mantendrá en espera hasta que se complete el procesamiento. El nacimiento, la adopción y la colocación en adopción surten efecto en la fecha del evento. Todos los demás cambios surten efecto el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Algunas situaciones especiales de elegibilidad que podrían permitir cambios en su cuenta *MoneyPlus* son:

- matrimonio o divorcio (no puede hacer cambios porque se encuentra en proceso de divorcio, pero puede hacerlo cuando sea definitivo);
- nacimiento, colocación para adopción o adopción;
- asignación de custodia;
- el dependiente pierde la elegibilidad;
- fallecimiento del cónyuge o de un hijo;
- obtención o perdida del empleo;
- inicio/finalización de una licencia sin goce de sueldo;
- cambio de empleo de tiempo completo a medio tiempo o viceversa;
- inicio/finalización del cuidado infantil durante el año (solo para DCSA), y
- cambio de proveedor de cuidado infantil (solo para DCSA).

Cómo los cambios afectan su periodo de cobertura

Su cuenta de gastos flexibles *MoneyPlus* se configura para todo el año natural, que es su periodo de cobertura. Si hace un cambio aprobado a mitad del año y aumenta sus contribuciones, los gastos que tuvo antes del cambio no se pueden reembolsar por un monto superior al que había en la cuenta en el momento del cambio.

Apelaciones

Reembolso o reclamación de beneficios

Si su solicitud de reembolso o reclamación de beneficios es denegada en su totalidad o en parte, tiene derecho a apelar la decisión. Las apelaciones solo se aprueban si las circunstancias atenuantes y la documentación justificativa se ajustan a las normas de su empleador, de su proveedor de seguros y del IRS que rigen el plan.

Envíe una solicitud por escrito en un plazo de 31 días a partir de la denegación para su revisión a:

ASIFlex Appeals
Attn: S.C. MoneyPlus
P.O. Box 6044
Columbia, MO 65205-6044

Conserve copias de las reclamaciones y los 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 denegó su solicitud;
- una copia de la solicitud denegada;
- una copia de la carta de denegación que recibió;
- por qué cree que su solicitud no debería haber sido denegada, y
- cualquier documento, información o comentario adicional que considere que pueda influir en su apelación.

Se le notificará el resultado de esta revisión en un plazo de 31 días hábiles a partir de la recepción de su apelación. En casos excepcionales, como cuando una apelación requiere documentación adicional, la revisión podría tardar más tiempo. Si se aprueba su apelación, se necesitará más tiempo para modificar sus elecciones de beneficios.

Si sigue sin estar satisfecho después de que se haya revisado la decisión, puede pedirle a la PEBA que revise el caso enviándole un *Formulario de apelación* en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la denegación de su apelación por parte de ASIFlex. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal:

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive
Columbia, SC 29223

Las apelaciones solo las puede hacer la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos o de productos farmacéuticos, un empleador o representante/agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su expediente de reclamaciones de parte de ASIFlex, tal y como se indica en el plan. Sin embargo, este plazo podría ampliarse si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación.

Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Inscripción

También tiene derecho a apelar las decisiones de inscripción, presentando una solicitud de revisión a través de su administrador de beneficios. Los administradores de beneficios pueden solicitar una revisión en línea.

Si se rechaza la solicitud de revisión, usted puede apelar enviándole un *Formulario de apelación* a la PEBA en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la decisión. Incluya una copia de la denegación con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal:

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

Las apelaciones solo las puede hacer la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos o de productos farmacéuticos, un empleador o representante/agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su información, tal y como se indica en el plan. Sin embargo,

este plazo se puede extender si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación.

Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial en un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Cómo ponerse en contacto con ASIFlex

www.ASIFlex.com/SCMoneyPlus

Centro de atención al cliente

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Sábados, de 10:00 a. m. a 2:00 p. m.

833.SCM.PLUS (833.726.7587)

Fax gratuito para reclamaciones: 877.879.9038

asi@asiflex.com

Cuenta de ahorros para la salud

A los afiliados al plan de ahorros del Plan de Salud Estatal se les recomienda que participen en una cuenta de ahorros para la salud (HSA). Una HSA es una cuenta con ventajas fiscales que ofrece varias ventajas para ahorrar para futuros gastos médicos e incluso para la jubilación. Las HSA se transfieren de un año a otro, y no es necesario gastar los fondos en el año en que se depositan.

Incluso puede llevarse la cuenta consigo si deja su trabajo. Por este motivo, puede utilizar su HSA para ahorrar con el tiempo para futuros gastos médicos y, al hacerlo, compensa el deducible más alto de su plan de seguro. También puede utilizar la tarjeta de débito emitida por HSA Central para todos sus gastos médicos calificados. 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 \$1000 en su HSA, puede invertirlos en una variedad de opciones de inversión. Las ganancias de las inversiones están libres de impuestos siempre y cuando los fondos se usen para gastos médicos calificados (consulte la sección "Elegibilidad").

Más información sobre las opciones de inversión en schsa.centralbank.net.

Elegibilidad

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, puede seguir estando cubierto para lesiones específicas, accidentes, discapacidad, atención dental, atención de visión y cuidados a largo plazo. No es elegible si ha recibido beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos en los últimos tres meses; las excepciones incluyen la atención preventiva. Esta exclusión no aplica si tiene una calificación de discapacidad del Departamento de Asuntos de Veteranos. Además, no puede aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Una cuenta de gastos médicos (MSA), incluso la de su cónyuge, se considera otro plan de salud según las normas de las cuentas de ahorro para la salud (HSA) y, como tal, le impide contribuir a una HSA. Si no tiene fondos en su MSA el 31 de diciembre, puede empezar a contribuir a una HSA el 1 de enero.

Cuando un titular de póliza activo inscrito en el plan de ahorros cumple 65 años, sigue teniendo derecho a contribuir a una HSA si retrasa la inscripción en la Parte A de Medicare al aplazar los beneficios del seguro social. Puede retrasar la inscripción en el seguro social hasta que cumpla 70 años y seis meses. Una vez que se inscribe en el seguro social y, por lo tanto, en la Parte A de Medicare, ya

no puede contribuir a una HSA. Sin embargo, los fondos que ya se encuentran en la HSA se pueden retirar para pagar las primas de Medicare y los gastos de bolsillo, como el deducible y el coseguro, pero no para pagar las primas del suplemento de Medicare (Medigap).

Inscripción

Puede inscribirse, cambiar o suspender sus contribuciones antes de impuestos a una HSA en cualquier momento, pero los cambios están limitados a una vez al mes. No es necesario esperar a inscribirse o hacer cambios durante el periodo de inscripción abierta o en una situación especial de elegibilidad. Puede inscribirse enviándole un aviso de elección a su administrador de beneficios. Una vez que se inscriba en una HSA, no es necesario que se vuelva a inscribir mientras siga siendo elegible.

ASIFlex administra las HSA, y HSA Central actúa como custodio de las HSA. Para participar, debe inscribirse en el plan de ahorros y optar por contribuir a una HSA. HSA Central configurará automáticamente su cuenta bancaria en función de la información de inscripción de la PEBA. Usted recibirá un correo electrónico de bienvenida de parte de HSA Central una vez la cuenta esté configurada, y recibirá una tarjeta de débito en un plazo de siete a diez días hábiles. Para abrir completamente la cuenta, debe iniciar sesión en su cuenta en 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 de nómina se ingresarán automáticamente en su cuenta bancaria en el plazo de un día hábil desde que ASIFlex reciba los fondos de su empleador.

Límites de contribución

El límite de contribución, establecido por el IRS, para una HSA se basa en el nivel de cobertura de su plan de salud. A continuación se indican los límites para el 2026.

- Cobertura individual: \$4,400
- Cobertura familiar: \$8,750
- Contribuciones adicionales de recuperación para los afiliados de 55 años o más: \$1000

Cuando usted se inscribe en una HSA, puede comenzar a contribuir el máximo a partir del primer día del mes en que entra en vigor, 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 deducciones de nómina.

ASIFlex supervisará sus contribuciones a la HSA y le enviará una alerta a su empleador si supera el límite de contribución

a través de las deducciones de nómina. La mejor manera de evitar contribuir en exceso es dividir la contribución anual deseada entre el número de cheques de nómina que reciba o que espere recibir durante el resto del año si se inscribe a mitad del año. Por ejemplo, si tiene cobertura individual, puede contribuir un máximo de \$4,400 en el 2026. Si recibe 24 cheques de nómina al año, puede contribuir \$183,32 en cada periodo de pago.

Los titulares de póliza que estén pasando de una MSA a una HSA pueden enfrentarse a una restricción en cuanto al momento en que pueden empezar a contribuir a la HSA. Las normas del IRS no permiten utilizar la MSA junto con una HSA. Sin embargo, sí permiten utilizar una MSA de uso limitado junto con una HSA.

Usted puede utilizar una MSA de uso limitado para pagar los gastos de atención dental y de visión. De este modo, podrá ahorrar los fondos de su HSA para futuros gastos médicos. Si se inscribe en una HSA y ha transferido fondos a su MSA tradicional, ASIFlex convertirá automáticamente esos fondos en una MSA de uso limitado debido a su elección de HSA para el nuevo año del plan. Más información sobre las MSA de uso limitado en la página 126.

Cuotas administrativas

A partir del 2026, no se le cobrará ninguna cuota administrativa mensual a los participantes.

Cuándo estarán disponibles sus fondos

Cada contribución a su HSA estará disponible después de que se reciba, procese y deposite la nómina de su empleador en su HSA. Los fondos estarán disponibles en su cuenta bancaria de HSA Central a más tardar un día hábil después de que ASIFlex reciba el dinero de su empleador.

Cómo usar sus fondos

Después de inscribirse en una HSA, recibirá una tarjeta de débito Mastercard® de HSA Central para usar para todos sus gastos médicos calificados. Puede reembolsarse a sí mismo con un depósito directo en la cuenta corriente o de ahorros que elija o a través del pago de facturas (*Bill Pay*) sin cargo adicional. Si usa su tarjeta de débito para una transacción y no tiene suficiente dinero en su cuenta, la transacción no se hará efectiva o podría sobregirar su cuenta.

Puede iniciar sesión en su cuenta de HSA Central para consultar su saldo, contribuir en línea después de impuestos, revisar los estados de cuenta mensuales y la declaración de impuestos anual, transferir fondos, configurar su cuenta de inversiones de HSA y mucho más.

HSA Central le enviará estados de cuenta electrónicos mensuales sin costo alguno, pero puede optar por recibir estados de cuenta en papel por una cuota mensual de \$3.

Gastos elegibles y documentación

Puede utilizar los fondos de su HSA, libres de impuestos, para pagar los gastos médicos elegibles no reembolsados para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales. Los gastos médicos incluyen los costos de diagnóstico, cura, tratamiento o prevención de defectos o enfermedades físicas o mentales, incluidos los gastos de servicios dentales y de visión.

Debe conservar los recibos de los gastos pagados con su HSA junto con sus declaraciones de impuestos, por si el IRS audita su declaración y solicita copias. También puede cargar copias escaneadas o fotografías de sus recibos elegibles iniciando sesión en su cuenta de HSA Central para facilitar su seguimiento.

Si utiliza los fondos de la HSA para gastos no elegibles, estará sujeto a impuestos sobre la cantidad que haya retirado de su HSA, así como a una multa del 20 %, si es menor de 65 años.

Invertir los fondos de la HSA

Los fondos de su HSA se mantendrán en HSA Central en una cuenta que devenga intereses. A medida que la cuenta crezca, es posible que pueda invertir más de \$1000 de sus fondos. Las inversiones no están aseguradas por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC); no son un depósito ni otra obligación de ningún banco ni están garantizadas por ningún banco; pueden perder valor, incluida la posible pérdida del capital invertido, y no están aseguradas por ninguna agencia federal. Debe revisar las inversiones con detalle antes de tomar sus decisiones de inversión.

El riesgo de inversión es la incertidumbre sobre el rendimiento de una inversión determinada. Cuando decide invertir sus fondos, el saldo de su cuenta se ve afectado por las ganancias o pérdidas de la inversión como resultado de esas decisiones. Usted asume todo el riesgo de inversión relacionado con su HSA. Si decide invertir los fondos de su HSA que superen los \$1000, la comisión anual de la cuenta de inversión es del 0.35 %, que se deduce trimestralmente de su cuenta de inversión, con una comisión mensual de \$1 por el servicio de inversión de la HSA. Puede haber comisiones adicionales en función de las opciones de inversión que usted seleccione.

Más información sobre las opciones de inversión en schsa.centralbank.net.

Declaración de su HSA al IRS

Después del fin de año, HSA Central les entrega información a los participantes sobre sus contribuciones y retiros de la HSA para su declaración de impuestos. Debe guardar la documentación, incluidos los recibos, las facturas y las explicaciones de los beneficios de su tramitador de reclamaciones de seguro médico, en caso de que el IRS le pida que demuestre que los fondos de su HSA se utilizaron para gastos calificados.

Las contribuciones a la HSA antes de impuestos aparecerán en su formulario W-2 como contribuciones pagadas por el empleador, ya que el dinero se dedujo de su salario antes de la retención de impuestos. 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 más información.

¿Qué sucede con su HSA si fallece?

Si su cónyuge es el beneficiario de su HSA, la cuenta se puede transferir a una HSA a nombre de su cónyuge. Si su beneficiario es otra persona que no es su cónyuge, la cuenta dejará de ser una HSA en la fecha de su fallecimiento. Si el beneficiario es su patrimonio, el valor 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 su patrimonio, el valor justo de mercado de la cuenta estará sujeto a impuestos para el beneficiario en el año fiscal en el que usted falleció. Si tiene preguntas sobre qué sucede con su HSA después de su fallecimiento, llame a HSA Central al 833.571.0503.

Cierre de su HSA

Si ya no reúne los requisitos para contribuir a una HSA a través de la PEBA o desea dejar de contribuir mediante deducción de nómina antes de impuestos, debe completar un formulario de *Aviso de elección* y enviárselo a su administrador de beneficios. Puede seguir utilizando los fondos restantes de su HSA para gastos médicos elegibles 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 contribuyendo a una HSA, también puede ser elegible para una cuenta de gastos médicos (MSA) de uso limitado. Esta cuenta se puede utilizar para gastos elegibles que no están cubiertos por el plan de ahorros. Los gastos elegibles incluyen la atención dental y de visión. El uso de una MSA de uso limitado le permite ahorrar los fondos de su HSA

futuros para gastos médicos. Además, tiene acceso a todo el monto de su contribución a la MSA de uso limitado el 1 de enero o en la fecha efectiva de su cobertura, lo que suceda después. Excepto por la restricción de los tipos de gastos reembolsables, una MSA de uso limitado funciona igual que una cuenta de gastos médicos. Más información en la página 126.

Apelaciones de inscripción

Tiene derecho a apelar las decisiones de inscripción enviando una solicitud de revisión a través de su administrador de beneficios. Los administradores de beneficios pueden solicitar una revisión en línea.

Si se rechaza la solicitud de revisión, usted puede apelar enviándole un [Formulario de apelación](#) a la PEBA en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la decisión. Incluya una copia de la denegación con su apelación. Envíe la solicitud a:

IAD@peba.sc.gov

o a la dirección postal

S.C. PEBA

Attn: Insurance Appeals Division

202 Arbor Lake Drive

Columbia, SC 29223

Las apelaciones solo las puede hacer la persona cubierta en cuestión, su representante legal (que no puede ser, entre otros, un proveedor, un fabricante de dispositivos médicos o de productos farmacéuticos, un empleador o representante/agente de cualquiera de los anteriores) o un abogado con licencia para ejercer en Carolina del Sur.

La PEBA hará todo lo posible por tramitar su apelación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba su información, tal y como se indica en el plan. Sin embargo, este plazo podría ampliarse si se solicita material adicional o si usted pide una prórroga. La PEBA le enviará actualizaciones periódicas sobre el estatus de su revisión. Usted recibirá una resolución por escrito cuando la PEBA haya completado la revisión de su apelación. Si la PEBA mantiene la denegación, usted tiene 30 días para solicitar una revisión judicial ante un Tribunal Administrativo, según lo dispuesto en las secciones 1-11-710 y 1-23-380 del Código de Leyes de Carolina del Sur, en su versión modificada.

Cómo ponerse en contacto con HSA Central

schsa.centralbank.net

Servicios al consumidor | De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 833.571.0503

Seguro colectivo para jubilados

¿Califica para el seguro colectivo para jubilados?

Algunos de los beneficios del seguro de los que disfruta como empleado activo podrían estar disponibles para usted como jubilado a través de los programas de seguro colectivo patrocinados por la PEBA. En este capítulo se describe la elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados y si su empleador podría pagar una parte de sus primas del seguro para jubilados.

La elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados no es lo mismo que la elegibilidad para la jubilación.

Un empleado se ha jubilado y ha establecido una fecha de jubilación a efectos del Plan de Salud Estatal si:

1. ha dejado todos los empleos con un empleador participante;
2. ha dejado todos los empleos cubiertos por un plan de jubilación administrado por la PEBA; y
3. califica para recibir beneficios de jubilación por servicio o discapacidad de un plan de jubilación administrado por la PEBA.

Determinar la elegibilidad para el seguro de jubilados es complicado, y solo la PEBA puede tomar esa decisión. Es extremadamente importante ponerse en contacto con la PEBA antes de hacer los arreglos finales para la jubilación.

Su elegibilidad para la cobertura y la financiación del seguro colectivo para jubilados depende de varios factores, entre ellos su elegibilidad para beneficios por jubilación, la fecha en que fue contratado para un puesto con derecho a seguro, su crédito de servicio de jubilación acumulado 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 por servicio acumulado es el tiempo acumulado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra la PEBA; el tiempo trabajado mientras se participaba en el Programa Estatal de Jubilación Opcional (ORP); o el tiempo trabajado para un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal, pero no en los planes de jubilación que administra la PEBA.

El crédito por servicio acumulado no incluye ningún crédito por servicio adquirido que no se considere servicio acumulado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado o licencia sabática aprobada por el empleador) ni el servicio acumulado con un empleador que no participe en el Plan de Salud Estatal.

Si usted es miembro de uno de los planes de jubilación de

beneficios definidos que administra la PEBA, su elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados dependerá de si cumplió los requisitos mínimos legales para calificar para la jubilación establecidos para el plan del que es miembro cuando deja su empleo.

Los planes de beneficios definidos de la PEBA incluyen el Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, el Sistema de Jubilación de Agentes de Policía, el Sistema de Jubilación de la Asamblea General y el Sistema de Jubilación de Jueces y Abogados.

La PEBA también administra un plan de contribución definida, el Programa Estatal de Jubilación Opcional (ORP). Para los participantes del ORP y los empleados cuyo empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur.

Si después de jubilarse regresa a un puesto con derecho a seguro, no obtendrá créditos de servicio adicionales para calificar para el seguro para jubilados. Por lo tanto, si no era elegible para el seguro médico para jubilados o las primas financiadas cuando se jubiló, no puede obtener la elegibilidad volviendo a trabajar.

¿Su empleador pagará parte de sus primas del seguro para jubilados?

Como empleado activo, su empleador paga una parte del costo de su seguro médico y dental. Cuando usted se jubila, varios factores determinan si usted paga toda o parte de sus primas de seguro. Estos factores incluyen sus años de créditos por servicio acumulado, el tipo de empleador del que se jubila y la fecha en que fue contratado para un puesto con derecho a seguro.

Los empleados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos, así como escuelas chárter que participan en la jubilación y en el programa de seguros estatales, pueden tener derecho a una contribución estatal a sus primas de seguro para jubilados en función de la fecha en que comenzaron a trabajar y del número de años de créditos por servicio acumulado.

Las reglas de elegibilidad para el seguro de jubilación son las mismas para los jubilados de empleadores opcionales y escuelas chárter que participan en el seguro que para los jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior, distritos escolares públicos y escuelas chárter que participan en la jubilación. Sin embargo, el financiamiento es diferente. Los empleadores opcionales participantes y las escuelas chárter que participan solo en el seguro pueden pagar una parte del costo de las primas

del seguro de sus jubilados. Cada empleador opcional participante o escuela chárter desarrolla su propia política para financiar las primas del seguro de sus jubilados elegibles. Si usted es 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 del seguro de jubilación.

Jubilación anticipada: miembros de clase dos del SCRS

Los miembros de clase dos del SCRS que se jubilen en virtud de la disposición de jubilación anticipada 55/25 y que, por lo demás, tengan derecho al financiamiento de las primas del seguro para jubilados del Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados de Carolina del Sur, deben pagar la prima completa (la parte del empleado y la del empleador) hasta que cumplan 60 años o hasta la fecha en que habrían alcanzado los 28 años de servicio acreditado si no se hubieran jubilado, lo que ocurra primero. Comuníquese con su empleador si no está seguro de si participa o no en el Fondo Fiduciario de 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 hasta la fecha en que habrían alcanzado los 28 años de servicio acreditado si no se hubieran jubilado.

Ciertos funcionarios electos

Se aplican normas especiales de seguro para jubilados a los miembros de la Asamblea General y a los miembros de un consejo municipal o del condado que comenzaron a trabajar con derecho a la cobertura del Plan de Salud Estatal antes del 2 de mayo de 2008. Comuníquese con la PEBA para información más detallada.

Solo la PEBA puede confirmar su elegibilidad

La elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados no es lo mismo que la elegibilidad para la jubilación. Determinar la elegibilidad para el seguro de jubilados es complicado, y solo la PEBA puede tomar esa decisión. Le recomendamos que confirme su elegibilidad antes de jubilarse. Después de confirmar su elegibilidad, debe presentar los formularios necesarios para inscribirse en la cobertura para jubilados. La cobertura no continúa automáticamente al jubilarse. Si ha solicitado la jubilación, no es necesario que presente un *Registro de verificación de empleo*, ya que su solicitud de jubilación inicia el proceso para determinar su elegibilidad

para el seguro para jubilados. Recibirá una carta en la que se le notificará su elegibilidad para el seguro para jubilados.

Si planea jubilarse en un plazo de tres a seis meses, envíe un *Registro de verificación de empleo* completado a la PEBA. Si planea jubilarse en un plazo de 90 días, complete y envíe a la PEBA un *Registro de verificación de empleo*, un *Aviso de elección de jubilados* y un formulario de *Certificación sobre el consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos*. El *Registro de verificación de empleo*, el *Aviso de elección de jubilados* y el paquete para jubilados están en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o llamar a la PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

En algunas situaciones, las determinaciones de elegibilidad están disponibles en *Member Access*, el portal para miembros sobre los beneficios de jubilación, y/o en *MyBenefits*. La PEBA también le enviará una confirmación por escrito de su elegibilidad. La PEBA no confirma la elegibilidad para fechas de jubilación posteriores a seis meses. La PEBA no puede confirmar por teléfono la elegibilidad para el seguro colectivo de jubilados ni la financiación de sus primas de seguro de jubilado.

Elegibilidad y financiamiento del seguro para jubilados

Para los miembros que trabajan para una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público o escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación

Las tablas que comienzan en la página 136 ilustran los requisitos de elegibilidad y las pautas de financiamiento para el seguro colectivo para jubilados. Consulte el *Plan de Beneficios* para obtener información más detallada sobre estas y otros requisitos de elegibilidad y normas de financiamiento. Al revisar las tablas, tenga en cuenta lo siguiente:

- Para cualquier cobertura de jubilados, sus últimos cinco años de empleo deben haber sido consecutivos en un puesto permanente a tiempo completo con derecho a seguro en una empresa que participe en el Plan de Salud Estatal.
- Cambiar de trabajo podría afectar su elegibilidad para la financiación. La información de la página 136 solo se aplica si su último empleador antes de la jubilación 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.

- Comuníquese con su empleador si no está seguro de si participa o no en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados.
- Para recibir financiamiento estatal para sus primas, sus últimos cinco años de empleo deben haber sido en una agencia estatal, institución pública de educación superior, distrito escolar público u otro empleador, como una escuela charter, que participe en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados del estado. La jubilación anticipada del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur en virtud de la disposición 55/25 retrasará su elegibilidad para recibir financiamiento.
 - Si la escuela charter para la que trabaja no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA y usted cumple los requisitos de elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados, la financiación del empleador, si la hubiera, quedará a discreción de su escuela charter.
- El crédito por servicio acumulado es el tiempo acumulado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra la PEBA. El crédito por servicio acumulado no incluye ningún crédito por servicio adquirido que no se considere servicio acumulado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no calificado o licencia sabática aprobada por el empleador).
- Para los participantes y miembros del ORP estatal cuyo empleador no participe en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, incluido el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito por servicio ganado. Más información sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación del SCRS en el [Manual para miembros del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados para un puesto con derecho a seguro antes del 2 de mayo de 2008

Estatus de jubilación	Crédito por servicio ganado con un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de alcanzar la elegibilidad para la jubilación por servicio o discapacidad Más información sobre la elegibilidad para la jubilación en peba.sc.gov .	Cinco años, pero menos de 10	Usted paga la prima completa (la parte del empleado y la del empleador).
	10 años o más	Usted solo paga la parte de la prima que corresponde al empleado.
Dejó el empleo antes de alcanzar la elegibilidad para la jubilación	Menos de 20 años	No es elegible para la cobertura del seguro para jubilados.
	20 años o más	Tiene derecho a la cobertura cuando califique para jubilarse. ¹ Usted paga solo la parte de la prima correspondiente al empleado.

¹ Cumplir los requisitos para jubilarse significa que cumplió los requisitos mínimos legales establecidos para el plan al que pertenece. Para los participantes y miembros del ORP estatal cuyo empleador no participe en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, incluido el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para la jubilación.

Empleados contratados para un puesto con derecho a seguro el 2 de mayo de 2008 o después

Estatus de jubilación	Crédito por servicio ganado con un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de alcanzar la elegibilidad para la jubilación por servicio o discapacidad Más información sobre la elegibilidad para la jubilación en peba.sc.gov .	Cinco años, pero menos de 15	Usted paga la prima completa (la parte del empleado y la del empleador).
	15 años, pero menos de 25	Usted paga la parte de la prima correspondiente al empleado y el 50 % de la parte de la prima correspondiente al empleador.
	25 años o más	Usted solo paga la parte de la prima que corresponde al empleado.
	Menos de 20 años	No es elegible para la cobertura del seguro para jubilados.
Dejó el empleo antes de alcanzar la elegibilidad para la jubilación	20 años, pero menos de 25	Usted califica para la cobertura al alcanzar la edad de jubilación. ² Usted paga la parte de la prima correspondiente al empleado y el 50 % de la parte de la prima correspondiente al empleador.
	25 años o más	Tiene derecho a la cobertura cuando cumpla los requisitos para jubilarse. ² Usted solo paga la parte de la prima correspondiente al empleado.

² Cumplir los requisitos para jubilarse significa que cumplió los requisitos mínimos legales establecidos para el plan al que pertenece. Para los participantes y miembros del ORP estatal cuyo empleador no participe en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, incluido el cumplimiento de los requisitos de 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 el seguro

La tabla de la página 138 ilustra los requisitos de elegibilidad y las pautas de financiamiento para el seguro colectivo para jubilados. Consulte el Plan de Beneficios para obtener información más detallada sobre estos y otros requisitos de elegibilidad y normas de financiamiento. Al revisar las tablas, tenga en cuenta lo siguiente:

- Sus últimos cinco años de empleo deben haber sido consecutivos en un puesto permanente a tiempo completo con derecho a seguro en una empresa que participe en el Plan de Salud Estatal.
- Cambiar de trabajo podría afectar su elegibilidad para la financiación. La siguiente información solo se aplica si su última empresa antes de la jubilación es una empresa opcional u otra empresa que no participa en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados del estado. Comuníquese con su empleador si no está

seguro de si participa o no en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados.

- El crédito por servicio acumulado es el tiempo acumulado y establecido en uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra la PEBA. El crédito por servicio acumulado no incluye ningún crédito por servicio adquirido que no se considere servicio acumulado en los planes de jubilación (por ejemplo, servicio no cualificado).
- Si su empleador no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, su elegibilidad se determina como si fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, incluido el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para la jubilación. Esto significa que un año de empleo equivale a un año de crédito por servicio ganado. Más información sobre los requisitos de elegibilidad para la jubilación del SCRS en el [Manual para miembros del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur](#).

Empleados contratados para un puesto con derecho a seguro

Estatus de jubilación	Crédito por servicio ganado con un empleador que participa en el Plan de Salud Estatal	Responsabilidad del pago de las primas
Dejó el empleo después de alcanzar la elegibilidad para la jubilación por servicio o discapacidad 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 parte del empleado y del empleador, queda a discreción de su empleador.
Dejó el empleo antes de alcanzar la elegibilidad para la jubilación	Menos de 20 años	No es elegible para la cobertura del seguro para jubilados.
	20 años o más	Usted califica para la cobertura al alcanzar la edad de jubilación. ³ Su parte de la prima, hasta el monto total de la parte del empleado y del empleador, queda a discreción de su empleador.

³ Cumplir los requisitos para jubilarse significa que cumplió los requisitos mínimos legales establecidos para el plan al que pertenece. Para los participantes y miembros del ORP estatal cuyo empleador no participe en un plan de jubilación administrado por la PEBA, la elegibilidad se determina como si el participante fuera miembro del Sistema de Jubilación de Carolina del Sur, incluido el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para la jubilación.

Sus opciones de cobertura del seguro para jubilados

Si no califica para Medicare

Si usted, su cónyuge o sus hijos cubiertos no califican para Medicare, es posible que estén cubiertos por uno de estos planes:

- Plan de Salud Estatal Estándar,
- Plan de Salud Estatal de Ahorro, o
- Plan suplementario de TRICARE (para miembros elegibles de la comunidad militar).

Sus beneficios de seguro médico, que se describen en el capítulo "Seguro médico" (consulte la página 30), serán los mismos que si fuera un empleado activo. Sus primas pueden variar dependiendo de si es un jubilado financiado, parcialmente financiado o no financiado (consulte "Elegibilidad para el seguro de jubilados", "financiamiento" en las páginas 135 a 138).

Si está considerando el plan de ahorros

Si es un jubilado que no califica 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 son deducibles 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 califica para Medicare

Si, cuando se jubile, tiene 65 años o más y no califica para Medicare, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA). La SSA le enviará una carta de denegación de la cobertura de Medicare. Entréguele una copia de la carta a su administrador de beneficios. Puede inscribirse en un seguro médico como jubilado en un plazo de 31 días a partir de la pérdida de la cobertura activa, en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad o durante el periodo de inscripción abierta anual. También puede inscribir a los miembros de su familia elegibles.

Si reúne los requisitos para Medicare

Si usted, su cónyuge o sus hijos cubiertos califican para Medicare, pueden estar cubiertos por uno de estos planes:

- Plan suplementario de Medicare; o
- Plan Carve-out.

Usted y sus dependientes elegibles para Medicare se inscribirán automáticamente en *SilverScript Employer PDP*, el programa de la Part D de Medicare del Plan de Salud Estatal. Para más información sobre el programa, incluido cómo darse de baja, consulte el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare* de la PEBA en peba.sc.gov/publications.

Para más información sobre cómo funciona el seguro médico ofrecido a través de la PEBA con Medicare:

- lea el *Manual de cobertura del seguro médico para miembros elegibles para Medicare* de la PEBA o
- llame a la PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Para 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 Basic Dental si cumple con los requisitos de elegibilidad que se indican en las páginas 135 a 138. La información sobre los beneficios dentales está en la página 76.

Cuidado de la visión

Si se jubila de un empleador participante, puede continuar con su cobertura del Plan de Visión Estatal si cumple con los requisitos de elegibilidad que se indican en las páginas 135 a 138. La información sobre los beneficios de atención de visión se encuentra en la página 85.

Cuándo inscribirse en la cobertura del seguro para jubilados

Su seguro no continúa automáticamente cuando se jubila. Antes de inscribirse en el seguro para jubilados, debe confirmar su elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados. Puede confirmar su elegibilidad hasta seis meses antes de la fecha de jubilación completando un *Registro de verificación de empleo* (EVR). Si no envía un EVR, la PEBA determinará automáticamente su elegibilidad cuando solicite la jubilación de un empleador que participe en los beneficios de jubilación administrados por la PEBA.

Si es elegible, envíe los formularios necesarios a la PEBA (consulte la página 135) al menos 31 días, pero no más de seis meses antes de su fecha de jubilación o de la aprobación de sus beneficios por discapacidad. Esto le dará a la PEBA el tiempo suficiente para procesar su inscripción, de modo que su cobertura del seguro como jubilado comience el día en que finalice su cobertura como empleado activo.

Si no envía los formularios necesarios para inscribirse en un plazo de 31 días a partir de la fecha de jubilación, podrá inscribirse durante el siguiente periodo de inscripción abierta, que tiene lugar cada año en octubre.

La cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente.

También puede inscribirse en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. La inscripción en el seguro dental solo está disponible durante los períodos de inscripción abierta en los años impares (por ejemplo, octubre de 2027) o en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad.

Jubilación por servicio

Si es elegible, puede inscribirse en el seguro para jubilados en un plazo de 31 días a partir de su jubilación. Si no se inscribe en un plazo de 31 días a partir de su jubilación, puede hacerlo en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad (definida en la página 19) o durante un periodo de inscripción abierta anual.

Jubilación por discapacidad

Si se aprueban los beneficios de jubilación por discapacidad a través de uno de los planes de jubilación de beneficios definidos que administra la PEBA (SCRS, PORS, GARS o JSRS) y cumple con las reglas de elegibilidad para el seguro colectivo para jubilados (consulte las páginas 135 a 138), puede solicitar el seguro colectivo para jubilados dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la carta de la PEBA en la que se aprueban sus beneficios por discapacidad.

Si la Administración del Seguro Social aprueba su discapacidad, pero usted no califica para la cobertura del seguro como jubilado a través de la PEBA, su cobertura bajo la PEBA no puede comenzar antes del primer día del mes siguiente a la aprobación del seguro social de su discapacidad.

Los participantes del ORP y los empleados de empleadores opcionales o escuelas chárter que no participan en un plan de jubilación administrado por la PEBA se consideran jubilados por discapacidad si cumplen con los requisitos para recibir beneficios de jubilación por discapacidad del SCRS. Para las jubilaciones posteriores al 31 de diciembre de 2013, la aprobación de los beneficios de jubilación por discapacidad del SCRS requiere aprobación de los beneficios por discapacidad de la Administración del Seguro Social. Puede solicitar el seguro colectivo para jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha de la carta de la Administración del Seguro Social en la que se aprueban sus beneficios por discapacidad. Su cobertura del seguro para jubilados entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción por parte de la PEBA de la documentación que acredite su elegibilidad para los beneficios de jubilación por discapacidad.

Dentro de los 31 días posteriores a una situación especial de elegibilidad

Ciertos eventos crean una situación especial de elegibilidad, como el matrimonio, el nacimiento de un hijo o la pérdida de otra cobertura de seguro. Una situación especial de elegibilidad le permite inscribirse en un plan de seguro o hacer cambios en su inscripción. Tiene 31 días a partir de la fecha del evento para inscribirse o hacer cambios. Encontrará más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad en la página 19.

Durante un periodo de inscripción abierta

Si usted, su cónyuge e hijos no se inscriben en un plazo de 31 días a partir de su jubilación, 31 días a partir de la aprobación de los beneficios por discapacidad o 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad, pueden hacerlo durante el periodo de inscripción abierta en octubre. La cobertura dental solo se puede añadir o eliminar durante un periodo de inscripción abierta en un año impar. Su cobertura entrará en vigor el 1 de enero siguiente. Puede utilizar el sitio web de inscripción en beneficios de seguro de la PEBA, MyBenefits.sc.gov, para hacer cambios durante la inscripción abierta, pero no para inscribirse en la cobertura.

Cómo inscribirse en la cobertura del seguro para jubilados

Si es elegible para continuar con la cobertura de seguro administrada por la PEBA al jubilarse, complete un formulario de *Aviso de elección de jubilado* y un formulario de *Certificación sobre el consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos* y envíelos a la PEBA. Esto se suma al *Registro de verificación de empleo* que presentó anteriormente. Los formularios están disponibles en peba.sc.gov/forms. También puede obtener copias de su empleador o llamar a la PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430. Puede pedirle ayuda a su administrador de beneficios para completar los formularios.

Puede inscribirse usted mismo y a cualquier miembro de su familia que califique. Como jubilado, debe hacer nuevas elecciones; no tiene que mantener la misma cobertura ni cubrir a los mismos familiares que cubría cuando era empleado activo.

Es posible que deba presentar los documentos correspondientes para demostrar que los familiares que desea cubrir son elegibles para la cobertura. En la página 16 encontrará más información sobre los documentos necesarios para la inscripción.

Una vez que la PEBA haya procesado su inscripción en

el seguro para jubilados, recibirá una carta en la que se confirmará la cobertura seleccionada y las primas mensuales que deberá pagar. Tiene 31 días a partir de la fecha en que entre en vigor su seguro para jubilados para hacer cualquier corrección o cambio en su cobertura. De lo contrario, tendrá que esperar para hacer cambios hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, que tiene lugar cada año en octubre, o hasta que se produzca una situación especial de elegibilidad. Si no se inscribe en la cobertura dental en un plazo de 31 días a partir de la fecha de elegibilidad, su próxima oportunidad para añadir, eliminar o cambiar la cobertura dental será durante la inscripción abierta en octubre de los años impares.

Primas para jubilados y pago de primas

Jubilados de agencias estatales, instituciones públicas de educación superior y distritos escolares públicos

Si usted recibe un beneficio mensual de un plan de beneficios de jubilación administrado por la PEBA, esta deduce sus primas de salud, dental y de visión del pago mensual del beneficio. Si no recibe un beneficio mensual de un plan de jubilación administrado por la PEBA, esta le enviará una factura mensual por su prima de seguro para jubilados.

Cuando se jubile, es posible que tenga que pagar las primas de su seguro antes de que comiencen sus beneficios. Si esto ocurre, la PEBA le enviará una factura mensual por las primas de su seguro hasta que reciba su primer pago de la anualidad.

Su anualidad se paga el último día hábil de cada mes y sus primas de seguro se pagan a principios de mes. Por ejemplo, sus primas del seguro de abril se deducen del pago de su anualidad de marzo. Dependiendo de cuándo se procesen sus trámites de jubilación, es posible que deba más de una mensualidad de prima. Sin embargo, como nuevo jubilado, la PEBA solo deducirá un mes de su primer pago de anualidad. Recibirá una carta en la que se le ofrecerán dos opciones para remitir el saldo restante. Si en algún momento el total de las primas adeudadas supera el monto de su pago de la anualidad, la PEBA le facturará el monto total. Le recomendamos que se inscriba en nuestro programa gratuito de transferencia electrónica de fondos. Es la forma más eficiente, segura y precisa de pagar sus primas de seguro. Para inscribirse en el programa de transferencia electrónica de fondos (EFT), descargue y llene el [Acuerdo de autorización para la transferencia](#) electrónica de fondos.

Jubilados de empleadores optionales participantes

Usted le paga sus primas de salud, dentales y de visión a su empleador. Comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre sus primas de seguro durante la jubilación. 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 la PEBA, esta deduce sus primas de salud, dentales y de visión del pago mensual de la anualidad que recibe de la PEBA. Si en algún momento el total de las primas adeudadas supera el monto de su pago de la anualidad, la PEBA le facturará el monto total. Le recomendamos que se inscriba en nuestro programa gratuito de transferencia electrónica de fondos. Es la forma más eficiente, segura y precisa de pagar sus primas de seguro. Para inscribirse en el programa de transferencia electrónica de fondos (EFT), descargue y llene el [Acuerdo de autorización para la transferencia electrónica de fondos](#).

Si su escuela chárter no participa en un plan de jubilación administrado por la PEBA, usted le pagará sus primas de salud, dentales y de visión a la escuela chárter y la escuela chárter se las enviará a la PEBA. Comuníquese con su oficina de beneficios para obtener información sobre sus primas de seguro durante la jubilación.

Incumplimiento en el pago de las primas

Las primas de salud, dentales y de visión deben pagarse antes del día 10 de cada mes. Si no paga la factura completa, incluida la prima por consumo de tabaco, si corresponde, la PEBA cancelará su cobertura.

Cuándo comienza su cobertura como jubilado

Si pasa directamente de un empleo cubierto a la jubilación, su cobertura como jubilado comenzará el día siguiente al término de su cobertura activa. Si se inscribe en la cobertura del seguro para jubilados tras una jubilación diferida, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a su jubilación. Si se inscribe debido a una situación especial de elegibilidad, la fecha de entrada en vigor será la fecha del evento o el primer día del mes siguiente al evento, dependiendo del tipo de evento. Encontrará más información sobre las situaciones especiales de elegibilidad en la página 19. Si se inscribe durante un periodo de inscripción abierta anual, su cobertura entrará en vigor 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, la PEBA será su administrador de beneficios después de jubilarse. Si trabajó para un empleador opcional participante o una escuela chárter que solo participa en el seguro, su administrador de beneficios será su empleador después de jubilarse.

Qué información recibirá

Después de inscribirse, la PEBA le enviará una carta confirmando que tiene cobertura del seguro colectivo para jubilados. Si su cobertura como empleado activo también está por terminar, la ley federal exige que la PEBA le envíe un *Aviso de evento calificativo*, en el que se le informa que puede continuar con su cobertura bajo el seguro COBRA. Si lo solicita, se recibirá un *Certificado de cobertura acreditable*, en el que se indican las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Comuníquese con el servicio de atención al cliente de la PEBA en peba.sc.gov/contact para pedirlo. Por lo general, estas cartas no requieren ninguna acción por su parte.

Si cumple los requisitos para Medicare, se le inscribirá automáticamente en *SilverScript*, el programa de la Part D de Medicare del Plan de Salud Estatal. *SilverScript*, el contratista de la Parte D de Medicare de Caremark, le enviará un paquete informativo que incluye una carta en la que se le informa de que puede darse de baja del programa de medicamentos de Medicare y permanecer inscrito en el programa de medicamentos del Plan de Salud Estatal para miembros que califican para Medicare. El administrador de beneficios farmacéuticos está obligado a darle 21 días para darse de baja.

Para los miembros principales de Medicare inscritos en *SilverScript* o en el programa de medicamentos del Plan de Salud Estatal, las recetas de la Parte B cubiertas por el beneficio médico pueden requerir la autorización previa de CMS. Los miembros deben utilizar 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 durante la jubilación

Puede conservar y utilizar las mismas tarjetas de identificación del seguro si no cambia de plan al jubilarse. Su número de identificación de beneficios no cambiará y sus tarjetas de salud y dentales seguirán siendo válidas. Recibirá

una nueva tarjeta si se inscribe en el plan Dental Plus o en el Plan Estatal de Visión por primera vez.

Si usted o sus dependientes cubiertos se inscriben en *SilverScript*, cada miembro recibirá una tarjeta de medicamentos recetados emitida a su nombre. Los familiares cubiertos que no estén inscritos en el programa de medicamentos de Medicare recibirán tarjetas que indiquen que están inscritos en el programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal. Se emiten dos tarjetas a nombre del titular de la póliza.

Si pierde su tarjeta, se daña o se la roban, puede pedirle reemplazos a estos proveedores:

- Plan de Salud Estatal: BlueCross BlueShield of South Carolina;
- Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal: Caremark;
- Plan suplementario de TRICARE; Selman & Company;
- Dental Plus: BlueCross BlueShield of South Carolina;
- Basic Dental: PEBA o su exadministrador de beneficios, o
- Plan de Visión Estatal: EyeMed.

La información de contacto se encuentra al final de esta guía.

Otros programas de seguro ofrecidos por la PEBA

Seguro de vida

Si pasa directamente de un empleo cubierto a la jubilación y es elegible para el seguro colectivo para jubilados, 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 la PEBA. La PEBA le envía a MetLife un archivo quincenal con los cambios en el estatus de los empleados. MetLife utiliza este archivo para enviarles a los jubilados elegibles un paquete de inscripción y conversión/continuación por correo postal. Los paquetes se envían por el correo postal de los Estados Unidos entre tres y cinco días hábiles después de que MetLife reciba el archivo. El plazo de solicitud de continuación y conversión es limitado. Si MetLife no recibe los formularios correspondientes en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura como empleado activo, perderá su derecho al seguro de vida colectivo para jubilados. Si necesita ayuda para completar estos formularios, comuníquese con su administrador de beneficios o con la PEBA. Si tiene preguntas sobre cuestiones relacionadas con la cobertura del 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, esta finalizará después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre siguiente a la fecha en que cumpla 70 años.

Seguro de vida básico

Este seguro de vida temporal, que se ofrece sin costo alguno para usted como empleado activo, finaliza con la jubilación o cuando deja su trabajo por cualquier otro motivo. Puede convertir su seguro de vida básico en una póliza individual de vida vitalicia, que es una forma permanente de seguro de vida.

Seguro de vida opcional

Puede continuar o convertir su seguro de vida opcional a través de MetLife.

Puede continuar con su seguro de vida temporal o convertir su cobertura del seguro de vida en una póliza de vida vitalicia, una forma permanente de seguro de vida, en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura. Su cobertura puede continuar en incrementos de \$10,000 hasta el monto final de la cobertura vigente el día antes de que deja el empleo cubierto y pierde la cobertura de empleado activo.

Seguro de vida para dependientes

Cualquier cobertura del seguro de vida para dependientes que tenga finaliza cuando deja el empleo activo. Sin embargo, puede convertir la cobertura de su cónyuge o hijo en una póliza individual de vida vitalicia en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura.

Continuación

Como jubilado, puede continuar su cobertura del seguro de vida opcional con las mismas tarifas que pagaba cuando era empleado.

La cantidad mínima que se puede continuar es \$10,000. No puede aumentar su cobertura, pero sí puede reducirla. Las tarifas se basan en su edad y aumentarán cuando su categoría de edad cambie. Su cobertura se reducirá al 65 % a los 70 años y luego terminará después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre siguiente a la fecha en que cumpla 75 años si continuó con la cobertura y se jubiló el 1 de enero de 1999 o después. Cuando su cobertura se reduzca o finalice, podrá convertir el monto de la cobertura reducida o perdida en un plazo de 31 días, tal como se describe en la sección "Conversión" más adelante. La cobertura continua es un seguro de vida temporal.

Para continuar con su cobertura, complete la información

que reciba de MetLife después de su jubilación. Envíesela a MetLife a la dirección o al número de fax indicado. MetLife debe recibir sus formularios en un plazo de 31 días a partir de la pérdida de su cobertura.

El seguro de vida temporal ofrece cobertura durante un periodo de tiempo específico. No tiene valor en efectivo.

Conversión

En un plazo de 31 días a partir de la pérdida de la cobertura, puede convertir su cobertura del seguro de vida básica, el seguro de vida opcional o el seguro de vida para dependientes en una póliza individual de vida vitalicia.

MetLife ha contratado a Barnum Financial Group para que lo ayude con la conversión de la cobertura. Para convertir su seguro de vida básico, opcional o para dependientes en una póliza individual de vida vitalicia, llame a MetLife al 877.275.6387 para ponerse en contacto con un profesional financiero de Barnum Financial Group.

La póliza se emitirá sin evidencia médica si usted solicita y paga la prima en un plazo de 31 días. Si no cumple con el plazo, perderá su derecho a convertir su seguro de vida.

Si no califica para los beneficios del seguro para jubilados o se le han aprobado los beneficios por discapacidad a largo plazo, tiene 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura para convertir su póliza. Consulte a su administrador de beneficios para más información.

Continuación y conversión

También puede dividir su cobertura entre un seguro de vida a término (continuación) y un seguro de vida vitalicia (conversión), pero no puede exceder el monto total de su cobertura antes de la jubilación.

Discapacidad a largo plazo

El seguro por discapacidad protege al empleado y a su familia de la pérdida de ingresos debido a una lesión o una enfermedad prolongada que le impida trabajar. Cuando deja el empleo activo y se jubila, su seguro básico por discapacidad a largo plazo y su seguro suplementario por discapacidad a largo plazo finalizan. No puede continuar con ninguna de las dos pólizas, ni convertir ninguna de ellas en cobertura individual al jubilarse.

MoneyPlus

MoneyPlus no está disponible durante la jubilación. Sin embargo, cuando se jubile, es posible que pueda continuar con su cuenta de gastos médicos o su cuenta de gastos médicos de uso limitado después de impuestos a través de COBRA. Consulte la página 122 para más información.

Si desea continuar con su cuenta, comuníquese con su administrador de beneficios en un plazo de 31 días a partir de su último día de trabajo y llene los formularios correspondientes.

Si no desea continuar con su MSA o su MSA de uso limitado, tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente o hasta agotar su cuenta, lo que ocurra primero, para presentar los gastos elegibles de la MSA incurridos antes de dejar su empleo. Los fondos que queden en su cuenta no le serán devueltos. No puede seguir contribuyendo a su cuenta de gastos para el cuidado de dependientes después de jubilarse. Sin embargo, puede seguir incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo del año siguiente y solicitar el reembolso de los gastos elegibles hasta el 31 de marzo del año siguiente, o hasta que agote su cuenta, lo que ocurra primero.

La característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos, que le permite pagar las primas de seguro médico, dental, de visión y algunos seguros de vida antes de impuestos, no está disponible durante la jubilación.

Cambio de cobertura

Cada mes de octubre se celebra un periodo de inscripción abierta. Los empleados, jubilados, sobrevivientes y titulares de póliza del seguro COBRA elegibles pueden inscribirse o darse de baja de su propia cobertura médica y añadir o dar de baja a su cónyuge e hijos elegibles sin tener en cuenta situaciones especiales de elegibilidad. Los titulares de póliza elegibles también pueden cambiar de plan de salud. Esto incluye cambiar al plan suplementario de Medicare o desde este si el titular de la póliza está jubilado y el titular o sus dependientes califican para Medicare. Los miembros elegibles de la comunidad militar pueden cambiar al plan suplementario de TRICARE o desde este si no califican para Medicare. Los titulares de póliza elegibles también pueden inscribirse o darse de baja del Plan de Visión Estatal. Durante los periodos de inscripción abierta que se celebran en años impares, los titulares de póliza elegibles pueden añadir o eliminar los planes Dental Plus y Basic Dental.

La PEBA tiene una publicación sobre la inscripción abierta, *Benefits Advantage*, para jubilados, sobrevivientes, titulares de póliza del seguro COBRA y excónyuges.

Encontrará más información sobre la inscripción abierta en la página 18, en el capítulo “**Información general**”.

Baja de un cónyuge o hijo cubierto

Si un cónyuge o hijo cubierto deja de ser elegible, debe darlo de baja de su cobertura médica, dental y de visión.

Esto puede ocurrir debido a un divorcio o cuando una persona dependiente cubierta obtiene cobertura bajo el Plan de Salud Estatal. Para darle de baja a su cónyuge o hijo de su cobertura, complete y envíe a la PEBA un *Aviso de elección de jubilados* y presente la documentación correspondiente en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que su cónyuge o hijo deje de ser elegible.

Cuando su hijo deje de calificar para la cobertura debido a su edad, la PEBA lo dará de baja de la cobertura automáticamente. Si es su último hijo cubierto, su nivel de cobertura cambiará.

Se puede solicitar un *Certificado de cobertura acreditable*. En él figuran las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Comuníquese con el servicio de atención al cliente de la PEBA en peba.sc.gov/contact para pedirlo.

Regreso al trabajo en un empleo con derecho a seguro

Si regresa a trabajar para un empleador participante y tiene derecho a inscribirse en los beneficios del seguro —y usted, su cónyuge o sus hijos están cubiertos por un seguro colectivo para jubilados— debe elegir la cobertura activa o rechazar toda la cobertura patrocinada por la PEBA. Hay una excepción a esta regla.

Los jubilados que no califican 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 vuelven a trabajar en un puesto con derecho a seguro. Comuníquese con su empleador anterior si no está seguro de si participa en el Fondo Fiduciario de Seguro Médico para Jubilados.

Cuando deje de trabajar y finalice su cobertura colectiva activa, podrá volver a inscribirse en la cobertura colectiva para jubilados en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que deje su empleo activo. Si deja el trabajo y vuelve a la cobertura colectiva para jubilados antes de los 65 años, asegúrese de ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social en un plazo de 90 días a partir de que cumpla 65 años para inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando sea elegible.

Todos los empleados que reúnan los requisitos para inscribirse en el Plan de Salud Estatal (el plan estándar y el plan de ahorros) también reúnen los requisitos para estos programas:

- Dental Plus y Basic Dental;
- Plan de Visión Estatal;

- seguro de vida básico, opcional y para dependientes (con la excepción de los maestros a medio tiempo que reúnen los requisitos para el Plan de Salud Estatal, de acuerdo con el Código de Carolina del Sur § 59-25-45);
- seguro básico y suplementario por discapacidad a largo plazo (con la excepción de los maestros a medio tiempo parcial que califican para el Plan de Salud Estatal, de acuerdo con el Código de Carolina del Sur § 59-25-45);
- *MoneyPlus*, que incluye la característica de prima de seguro colectivo antes de impuestos, cuenta de gastos médicos, cuenta de gastos para el cuidado de dependientes y 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 continúan el seguro de vida

Jubilados contratados en un puesto de trabajo con derecho a seguro

Si continuó su cobertura del seguro de vida opcional como jubilado, tendrá la opción de mantener su póliza y pagarles las primas directamente a MetLife, o de inscribirse en el seguro de vida opcional como empleado activo recién contratado con un límite de tres veces su salario anual sin necesidad de presentar pruebas médicas, hasta un máximo de \$500,000. No puede hacer ambas.

Comuníquese con MetLife en un plazo de 31 días desde su reincorporación al trabajo para cancelar su cobertura continua si decide inscribirse en la cobertura activa. Si se niega a inscribirse como empleado activo, también rechazará el beneficio de seguro de vida básico de \$3000, el seguro de vida opcional y la cobertura del seguro de vida para dependientes. Su cobertura colectiva activa solo entrará en vigor si interrumpe la cobertura de continuación para jubilados.

Si mantiene su póliza de seguro de vida continuada al reincorporarse al trabajo, su póliza de jubilado no se verá afectada por dejar el empleo por segunda vez.

Si se inscribió como empleado activo al reincorporarse al trabajo, tendrá la opción de continuar o convertir su seguro de vida en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que deje el empleo por segunda vez.

Si se le considera un nuevo empleado, consulte el capítulo **"Seguro de vida"**, que comienza en la página 92.

Si usted o un miembro de su familia están cubiertos por Medicare

De acuerdo con la ley federal, Medicare no puede ser

el seguro principal para usted ni para ninguno de sus familiares cubiertos mientras usted esté inscrito en la cobertura como empleado activo.

Para cumplir con esta normativa, debe suspender su cobertura colectiva para jubilados e inscribirse como empleado activo con Medicare como pagador secundario, o bien rechazar la cobertura patrocinada por la PEBA para usted y sus familiares que cumplan los requisitos y tener únicamente la cobertura de Medicare.

Si se inscribe en una cobertura colectiva activa, debe notificárselo a la Administración del Seguro Social, ya que Medicare pagará después o de manera secundaria a su cobertura colectiva activa. Puede permanecer inscrito en la Parte B de Medicare y seguir pagando la prima, y Medicare será el pagador secundario. También puede aplazar o cancelar la Parte B de Medicare sin penalización mientras tenga cobertura colectiva activa. Comuníquese con la Administración del Seguro Social para más información.

Cuando deje de trabajar y finalice su cobertura colectiva activa, podrá volver a inscribirse en la cobertura colectiva para jubilados en un plazo de 31 días a partir de su último día de empleo activo. También deberá notificar a la Administración del Seguro Social que ya no está cubierto por un grupo activo, para volver a inscribirse en la Parte B de Medicare si la canceló anteriormente.

Si su nuevo puesto no le da derecho a beneficios, su cobertura colectiva para jubilados continuará y Medicare seguirá siendo el pagador principal.

Cuándo finaliza su cobertura de seguro para jubilados

Su cobertura finalizará:

- Si no paga la prima mínima necesaria para todas las coberturas inscritas antes de la fecha de vencimiento.
- La fecha en que finaliza para todos los empleados y jubilados.
- El día después de su fallecimiento.
- La fecha en que su empleador opcional se retira de la participación.

La cobertura de sus familiares finalizará:

- La fecha en que finaliza su cobertura.
- La fecha en la que deje de ofrecer cobertura a sus cónyuges e hijos.
- El último día del mes en que su cónyuge o hijo ya no califique para la cobertura. Si la cobertura de su cónyuge o hijo finaliza, es posible que sean elegibles para la continuación de la cobertura en virtud de la

sección "Continuación de la cobertura" (consulte la página 25).

Si le va a dar de baja a su cónyuge o hijo de su cobertura, debe completar un *Aviso de elección de jubilados* en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que el cónyuge o hijo ya no sea elegible para la cobertura.

Fallecimiento de un jubilado

Si fallece un jubilado, un familiar sobreviviente debe ponerse en contacto con la PEBA para informar del fallecimiento y cancelar la cobertura del seguro del jubilado. Si el fallecido se jubiló de un 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 antiguo empleador. Si el jubilado continuó o convirtió su seguro de vida, un familiar sobreviviente también debe comunicarse con MetLife al 800.638.6420 para iniciar una reclamación.

Sobrevivientes de un jubilado

Los cónyuges o hijos que están cubiertos como dependientes bajo el Plan de Salud Estatal, el plan Basic Dental o el Plan de Visión Estatal 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 tener derecho a una exención de un año de las primas del seguro médico. Los sobrevivientes de un jubilado parcialmente financiado serán responsables del 50 % de la prima del empleador durante el periodo 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 eximir del pago de las primas a los sobrevivientes de los jubilados, pero pueden hacerlo. Un sobreviviente puede continuar con la cobertura a la tarifa completa mientras sea elegible. Si usted es 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 por parte de un sobreviviente* dentro de los 31 días posteriores al fallecimiento del titular de la póliza. Se creará un nuevo número de identificación de beneficios y los proveedores emitirán nuevas tarjetas de identificación para los programas en los que estén inscritos los sobrevivientes.

Después del primer año, un sobreviviente que reúna los requisitos para la exención deberá pagar la prima completa

para continuar con la cobertura. Al finalizar la exención, la cobertura médica puede cancelarse o continuarse para todos los familiares cubiertos. Si se continúa con la cobertura, no se puede dar de baja a ningún familiar cubierto hasta el periodo de inscripción abierta anual o en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad.

Si tanto usted como su cónyuge están cubiertos como afiliados a través de su empleo, o si son jubilados financiados en el momento del fallecimiento, su cónyuge sobreviviente no tiene derecho a la exención de la prima.

No se eximen las primas de cobertura de visión. Por lo general, no se eximen las primas de cobertura dental; estas solo se eximen para los sobrevivientes de un empleado activo o jubilado que haya fallecido en acto de servicio 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 afiliado inscrito en el plan suplementario de TRICARE, la cobertura dental o de visión, pueden continuar con la cobertura pagando la prima completa.

Como cónyuge sobreviviente, puede continuar con la cobertura hasta que vuelva a casarse. Si es un hijo, puede continuar con la cobertura hasta que deje de ser elegible. Si ya no es elegible para la cobertura como sobreviviente, es posible que sea elegible para continuar con la cobertura bajo el seguro COBRA. Si su cónyuge se jubiló de una agencia estatal, una institución de educación superior pública, un distrito escolar público o una escuela chárter que participa tanto en el seguro como en la jubilación, comuníquese con la PEBA para más información. Si su cónyuge se jubiló de un empleador opcional o de una escuela chárter que participa solo en el seguro, comuníquese con el administrador de beneficios de su antiguo empleador.

El cónyuge o hijo sobreviviente de un militar jubilado debe comunicarse con Selman & Company para obtener información sobre la cobertura de TRICARE.

Mientras el sobreviviente siga cubierto por el seguro médico, dental u oftalmológico, puede añadir la cobertura médica y de visión en el periodo de inscripción abierta o en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. La cobertura dental se puede añadir o eliminar, pero solo durante un periodo de inscripción abierta en un año impar o en un plazo de 31 días a partir de una situación especial de elegibilidad. **Si un sobreviviente tiene cobertura médica, dental y de visión, y elimina las tres, ya no tendrá derecho a la cobertura para sobrevivientes y no podrá volver a inscribirse, ni siquiera durante el periodo de inscripción abierta anual.**

Si un cónyuge sobreviviente se convierte en 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 para sobrevivientes en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura si no se ha vuelto a casar.

Hasta que sea elegible para Medicare, su seguro médico pagará las reclamaciones de la misma manera que cuando era empleado activo. Para más información, consulte el capítulo "Seguro médico" y la tabla de la página 32.

Definiciones

A continuación se incluyen las definiciones de algunos términos utilizados en la *Guía de beneficios del seguro médico*. Para más información, consulte las páginas indicadas o comuníquese con su administrador de beneficios.

Monto permitido

El monto máximo que el plan permite para un servicio, procedimiento o suministro cubierto. Los proveedores dentro de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas por el plan como su tarifa total.

Representante autorizado

Persona con la que un plan de salud tiene permiso para hablar de la información médica protegida de una persona cubierta. Se puede nombrar a un representante completando el *Formulario de representante autorizado*, que está en el sitio web de la PEBA en peba.sc.gov/forms.

Factura del saldo

La diferencia entre lo que un plan de salud paga por un servicio y el cargo real del proveedor. Los proveedores de la red del Plan de Salud Estatal no pueden facturarles el saldo a los miembros. Véase también "Diferencia por servicios fuera de la red".

Administrador de beneficios

Miembro del personal que trabaja en su empresa y le ayuda con la inscripción en el seguro, los cambios, la jubilación y las bajas. Los administradores de beneficios no son agentes de la PEBA y sus acciones no vinculan a la PEBA.

Certificado de cobertura acreditable

Certificado en el que se indican las fechas de su cobertura activa, los nombres de las personas cubiertas y los tipos de cobertura. Copias disponibles previa solicitud.

Cambio de estatus

Un acontecimiento, como el matrimonio, el divorcio o el nacimiento de un hijo, que puede dar lugar a un cambio en la cuenta de gastos médicos o en la cuenta de gastos para cuidados de dependientes. Para más información, consulte la página 19.

Coseguro

Porcentaje del costo de la atención médica que paga el miembro después de haber alcanzado su deducible. En el Plan de Salud Estatal, la tasa del coseguro es diferente para los servicios dentro de la red, los servicios fuera de la red, el tratamiento y los medicamentos para la fertilidad.

Máximo del coseguro

La cantidad de coseguro que un miembro debe pagar cada año antes de que ya no tenga que pagar coseguro.

Coordinación de beneficios

Un sistema para determinar cómo se gestionan las reclamaciones cuando una persona está cubierta por más de un plan de seguro.

Para información sobre cómo se coordinan las reclamaciones de salud, consulte la página 39. Para información sobre cómo se coordinan las reclamaciones dentales, consulte la página 82.

Copago

Monto fijo que un titular de póliza 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 ambulatorios. Para más información, consulte la página 36.

Revisión de cobertura

Término general para los diferentes tipos de procesos que el Plan de Salud Estatal utiliza para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y fomentar el uso de alternativas de menor costo cuando sea posible.

Deducible

Por lo general, el monto 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

Cónyuge o hijo elegible cubierto por su plan de salud.

Gestión de la cantidad de medicamentos

Un tipo de revisión de la cobertura que el Plan de Salud Estatal utiliza para garantizar que las recetas se surten en los niveles que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos considera seguros.

Explicación de beneficios

Un informe que se crea cuando su plan de seguro procesa una reclamación. Una explicación de beneficios 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 importe total que puede deberle al proveedor (no incluye ningún importe que ya haya pagado).

Exclusión

Condición o circunstancia por la cual un plan de seguro no pagará los beneficios.

Lista de medicamentos aprobados

Lista de medicamentos preferidos de la red de un administrador de beneficios farmacéuticos, que incluye medicamentos genéricos y de marca. El Comité Farmacéutico y Terapéutico de PBM, integrado por médicos y farmacéuticos, revisa y compara continuamente los medicamentos en la lista de medicamentos aprobados de la red de farmacias. Como resultado, algunos medicamentos seguros y eficaces se convierten en "preferidos", mientras que otros pueden pasar a ser "no preferidos". La lista determina el copago que usted paga por un medicamento recetado.

Póliza individual de vida vitalicia

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 cuidados para dependientes que muestra el nombre y la dirección del proveedor, el nombre de la persona que recibe la atención, la descripción del servicio o suministro, la fecha en que se prestó el servicio (independientemente de cuándo se pagó) y el monto en dólares del servicio o suministro.

Miembro

Persona cubierta por un plan de salud, dental o de visión.

Tarifa negociada

La cantidad máxima que usted le puede pagar a un proveedor dentro de la red por un servicio cubierto. Los proveedores dentro de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas por el plan como su tarifa total. La tarifa negociada es la misma que la cantidad permitida.

Red

Grupo de proveedores, centros o vendedores contratados para atender a las personas cubiertas por un plan de salud, dental o de visión.

Empleador optional

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 optional en el programa estatal de beneficios de seguro está disponible para las subdivisiones políticas del estado de Carolina del Sur, como condados, municipios y distritos con fines especiales, así como para las agencias gubernamentales y los organismos de dichas subdivisiones políticas.

Diferencia por servicios fuera de la red

Los miembros del Plan de Salud Estatal pagan un coseguro del 40 %, en lugar del 20 %, cuando utilizan un proveedor fuera de la red. Para más información, consulte la página 42.

Servicios de centros ambulatorios

Servicios ofrecidos en un hospital para pacientes que no pasan la noche en él, o servicios prestados en un centro médico independiente.

Política de pagar la diferencia

Si un miembro compra un medicamento de marca cuando hay disponible un medicamento genérico, se le cobrará el copago del 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 medicamentos recetados. Para más información y ver tablas que ilustran la política, consulte la página 71.

La política de pagar la diferencia no se aplica a SilverScript, el programa de la Part D de Medicare del Plan de Salud Estatal.

Plan de Beneficios

Documento que establece los requisitos de elegibilidad y los beneficios que se ofrecen a las personas cubiertas por el Plan de Salud Estatal.

Autorización previa

Exigir una autorización previa significa exigir que un miembro obtenga el 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 Estatal. El término autorización previa también se utiliza en el programa de beneficios de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal y en determinados medicamentos especializados cubiertos por el programa de beneficios médicos. En estos casos, una autorización previa es un tipo de revisión de la cobertura que puede ser necesaria cuando se receta un medicamento para el que existe una alternativa eficaz, segura y de menor costo.

Prima

La cantidad que una persona cubierta paga por la cobertura del seguro.

Evento calificativo

Un cambio en la vida de una persona, como una reducción de las horas de trabajo, la pérdida del empleo o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura del seguro, que hace a la persona o a sus dependientes elegibles para inscribirse en la cobertura continua ofrecida por el seguro COBRA.

Situación de elegibilidad especial

Un evento que permite que un empleado, jubilado, sobreviviente o titular de póliza del seguro COBRA elegible se inscriba o se dé baja de la cobertura a sí mismo y a sus familiares elegibles fuera del periodo de inscripción abierta. El cambio de cobertura debe hacerse en un plazo de 31 días a partir del evento.

Medicamentos especializados

Normalmente se definen como medicamentos recetados que se usan para tratar afecciones complejas, crónicas y poco comunes. También pueden requerir un manejo y una administración especiales.

Terapia escalonada

Un tipo de revisión de la cobertura que el Plan de Salud Estatal utiliza para fomentar el uso de medicamentos recetados de bajo costo con la misma eficacia y seguridad antes de probar alternativas más caras.

Subrogación

Una reclamación está sujeta a subrogación cuando otra persona es responsable de la lesión de un afiliado. En la medida en que lo permita la legislación de Carolina del Sur, los planes de salud ofrecidos a través de la PEBA tienen derecho a recuperar el pago íntegro de los beneficios proporcionados a una persona cubierta según los términos del plan cuando la lesión o enfermedad se produzca por la 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 se compromete a reembolsarle al plan todos los gastos médicos pagados por este.

Titular de póliza

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, sus familiares también podrían calificar para inscribirse en el plan.

Seguro de vida a término

Cobertura de seguro de vida que se proporciona durante un periodo de tiempo específico. No tiene valor en efectivo. Todos los seguros de vida ofrecidos a través de la PEBA son seguros de vida a término.

Tercero encargado de tramitar reclamaciones (procesador de reclamaciones)

Una empresa, como BlueCross BlueShield de Carolina del Sur, que tiene un contrato con la PEBA para procesar las reclamaciones de los miembros.

Proveedor

Una empresa que tiene un contrato con la PEBA.

Información de contacto

S.C. PEBA

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

- Atención al cliente: 803.737.6800 o 888.260.9430.
- Facturación a jubilados: 803.734.1696
- peba.sc.gov

Proveedores del seguro para el 2026

BlueCross BlueShield of South Carolina

Plan de Salud Estatal, Plan estándar, Plan de ahorros, Plan suplementario de Medicare

P.O. Box 100605 | Columbia, SC 29260-0605

- Atención al cliente: 803.736.1576 o 800.868.2520
- Servicios de salud conductual y gestión de salud de la población: 877.505.7390
- Programa BlueCard: 800.810.BLUE
- StateSC.SouthCarolinaBlues.com

Medi-Call (autorización previa para servicios médicos)

AF-650 | I-20 Alpine Road | Columbia, SC 29219

- 803.699.3337 o 800.925.9724.
- Fax: 803.264.0183

Companion Benefit Alternatives (salud conductual)

P.O. Box 100185, AX-315 | Columbia, SC 29202

- Atención al cliente: 803.736.1576 o 800.868.2520
- Precertificación: 800.868.1032
- Gestión de casos/asesoramiento de salud conductual: 800.868.1032 (ext. 25835)
- Dejar de fumar: 866.784.8454
- www.CompanionBenefitAlternatives.com

Asesoramiento de salud

- 855.838.5897
- Fax: 803.264.4204

Evolent (autorización previa para radiología avanzada)

- 866.500.7664
- www.RadMD.com

Dental Plus, Basic Dental

P.O. Box 100300 | Columbia, SC 29202-3300

- Atención al cliente: 888.214.6230 o 803.264.7323.
- Fax: 803.264.7739
- StateSC.SouthCarolinaBlues.com

Selman & Company

Plan suplementario de TRICARE

Attn: Departamento de Reclamaciones
P.O. Box 21611 | Eagan, MN 55121

- Fax para enviar reclamaciones: 800.310.5514
- Atención al cliente e inscripción: 800.638.2610 (opción 1)
- info.selmanco.com/peba

Caremark

Programa de medicamentos recetados del Plan de Salud Estatal, SilverScript Employer PDP

- Caremark Claims
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072-2136
- Miembros de Medicare:
SilverScript Insurance Company
P.O. Box 30016
Pittsburgh, PA 15222-0330
- Atención al cliente del programa de medicamentos recetados: 833.291.3646
- Atención al cliente de SilverScript: 833.293.4859
- www.CaremarkRxPlanInfo.com/SCPEBA

EyeMed

Plan de Visión Estatal (grupo nro.: 9925991)

- Reclamaciones:
EyeMed
Vision Care OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111
Centro de atención al cliente: 877.735.9314
- www.eyemedvisioncare.com/pebaoe

MetLife

Seguro de vida básico, seguro de vida opcional, seguro de vida para dependientes (nro. de póliza: 200879-1-G)

Servicios de registro e inscripción 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 de seguro para jubilados: 888.507.3767
- Conversión: 877.275.6387
- Fax para solicitud de conversión: 866.545.7517
- www.metlife.com/scpeba

Standard Insurance Company

Discapacidad a largo plazo (grupo nro.: 621144)

P.O. Box 2800 | Portland, OR 97208-2800

- Atención al cliente: 800.628.9696
- Fax: 800.437.0961
- Pruebas médicas: 800.843.7979

www.standard.com/mybenefits/scpeba

ASIFlex

MoneyPlus

P.O. Box 6044 | Columbia, MO 65205-6044

- Atención al cliente:
- 833.SCM.PLUS (833.726.7587)
- asi@asiflex.com
- www.asiflex.com/SCMoneyPlus

HSA Central

Cuentas de ahorros para la salud

- Atención al cliente: 833.571.0503
- schsa.centralbank.net

Otros contactos

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



Portal MyBenefits

MyBenefits le ofrece fácil acceso a sus beneficios del seguro administrados por la PEBA. Visite mybenefits.sc.gov para crear su cuenta hoy mismo y empezar a gestionar la información de su seguro.

Con MyBenefits puede:

- 1 Acceder a la información sobre la cobertura de sus beneficios del seguro.**
- 2 Actualizar su información de contacto.**
- 3 Acceder a su número de identificación de beneficios de ocho dígitos.**
- 4 Revisar y actualizar los beneficiarios de su seguro de vida.**
- 5 Hacer cambios a su cobertura durante el periodo anual de inscripción abierta.**
- 6 Iniciar o aprobar cambios de cobertura realizados como resultado de determinadas situaciones especiales de elegibilidad.**



Inicie sesión en
MyBenefits para comenzar.

¿Necesita ayuda para registrarse?

Tenemos recursos para ayudar. Visite nuestra página *Navigating Your Benefits* (Descubra sus beneficios) en peba.sc.gov/nyb para ver el video y el folleto "Setting Up a New MyBenefits Account" sobre cómo crear una nueva cuenta en MyBenefits.

Esta página no tiene contenido.



South Carolina Public Employee Benefit Authority
Al servicio de quienes 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 declaración exhaustiva ni vinculante de los beneficios ofrecidos por la PEBA para empleados. Los términos y condiciones de los planes de seguro ofrecidos por la PEBA se establecen en los documentos del plan correspondiente y están sujetos a cambios. El texto de este folleto no confiere ningún derecho contractual ni privilegio a ninguna persona. La PEBA cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni 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