



PEBASM
SC Retirement Systems
and State Health Plan

Resumen de seguros

2025

Sirviendo a los que sirven a Carolina del Sur

Contenido

Bienvenida	3	Sus beneficios sobre la marcha	17
Inscripción abierta	3	Mensajería de miembros	17
Términos útiles	4	My Health Toolkit	18
Opciones de planes de salud	5	Explicación de los beneficios	19
Opciones de planes dentales	7	Beneficios de PEBA	20
Cobertura de visión	9	Recursos para un mejor usted	22
Cobertura de seguro de vida	10	Reciba la atención que necesita	23
Cobertura por discapacidad a largo plazo	11	Autorización previa	24
Elecciones de MoneyPlus	12	Planifica tu cobertura de seguro para 2025	25
Hoja de trabajo de MoneyPlus	14	Avisos	25
Cuenta de ahorros para la salud	15	MyBenefits	26
Tarjetas de identificación de membresía	16	Asistencia de idiomas	27

Proveedores de seguros 2025



Bienvenido

Hay ciertos momentos a lo largo del año en los que puede inscribirse en la cobertura de seguro o hacer cambios en su cobertura. Revise este resumen para planificar la cobertura de salud para 2025 y los beneficios adicionales que sean mejores para usted y su familia.

Elegibilidad

Los empleados elegibles generalmente son aquellos que:

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

Por lo general, un empleado debe trabajar al menos un promedio de 30 horas a la semana para ser considerado empleado a tiempo completo y elegible para participar en el programa de seguro.

Nuevas contrataciones

Su empleador iniciará el proceso de inscripción. Deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válida a su empleador, luego hacer sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones en el correo electrónico que reciba de PEBA. Para más detalles sobre el proceso de inscripción, consulte el folleto de la [Guía de Inscripción de Seguros para Nuevos Empleados](#).

A partir de la fecha en que se vuelve elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro de salud y otros beneficios de seguro disponibles.

Inscripción abierta | 1-31 de octubre



Inscripción abierta es del 1 al 31 de octubre de 2024. Durante el período de inscripción abierta, los empleados elegibles pueden cambiar su cobertura para el año siguiente. Revise su cobertura actual en MyBenefits (mybenefits.sc.gov).

Si está satisfecho con su cobertura, no necesita hacer nada. Su cobertura continuará en 2025. Tenga en cuenta, sin embargo, que debe volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles MoneyPlus cada año. **Todos los cambios de inscripción abierta entran en vigor el 1 de enero de 2025.**

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

Visite la página web de inscripción abierta,

- 1 peba.sc.gov/oe, para obtener información sobre los cambios que puede realizar.

Descargue su hoja de trabajo de inscripción

- 2 abierta en peba.sc.gov/oe para planificar su cobertura para 2025.

Inicie sesión en MyBenefits (mybenefits.sc.gov)

- 3 para revisar su cobertura y hacer cambios durante la inscripción abierta, si es necesario.

Términos útiles

El lenguaje de los seguros puede ser confuso. Pero es importante entender sus beneficios y cómo funcionan. Estos son algunos términos que quizás necesite conocer.

Cantidad permitida

Importe máximo que puede pagar a un proveedor de la red por un servicio cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas por el Plan como honorarios totales

Beneficios

Los artículos o servicios cubiertos por su plan de seguro.

Reclamación

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

Coseguro

Este es un porcentaje del costo de la atención médica que paga después de alcanzar su deducible. Por ejemplo, supongamos que la cantidad permitida por el Plan Estatal de Salud para una visita al consultorio es de \$115 y el miembro ha alcanzado su deducible. Después de que un miembro del Plan Estándar pague el copago de \$15, su pago de coseguro del 20% sería de \$20. El plan de salud paga el resto de la cantidad permitida, u \$80.

Máximo de coseguro

La cantidad de coseguro que debe pagar cada año antes de que ya no tenga que pagar el coseguro.

Copago

La cantidad fija que usted paga por un servicio de atención médica o medicamento cubierto. Los miembros del Plan Estándar pagan copagos por medicamentos recetados y copagos por visitas al consultorio, atención de emergencia y servicios de instalaciones ambulatorias. Los miembros del Plan de Ahorros no pagan copagos. Los miembros del Plan Estándar continuarán pagando copagos incluso después de haber cumplido con su deducible.

Revisión de la cobertura

Un término general para los diferentes tipos de procesos que utiliza el Plan para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos recetados y fomentar el uso de alternativas de menor costo, cuando sea posible.

Deducible

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

Dependiente

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

Formulario Nacional Preferido

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

Tarifa negociada

Importe máximo que puede pagar a un proveedor de la red por un servicio cubierto. Los proveedores de la red han acordado aceptar las tarifas negociadas del Plan como su tarifa total. La tarifa negociada es la misma que la cantidad permitida.

Red

Un grupo de centros, proveedores y proveedores bajo contrato para brindar atención a personas cubiertas por un plan de salud, dental o de la vista.

Gastos de bolsillo

Estos son los costos de los gastos que no son reembolsados por el seguro. Los costos de bolsillo incluyen deducibles, coseguros y copagos por servicios cubiertos, además de todos los costos por servicios que no están cubiertos.

Autorización previa

La decisión de que un servicio, medicamento recetado o equipo es médicamente necesario. Ciertos servicios y medicamentos requieren autorización previa antes de recibirlos, excepto en caso de emergencia. También es posible que escuche que esto se conoce como precertificación o autorización previa.

Prima

El monto que paga por la cobertura de seguro.

Proveedor

Esto puede referirse al profesional médico que brinda atención o al lugar donde recibe servicios de atención médica.

Sus opciones de plan de salud

Sus necesidades de seguro son tan únicas como usted. Es posible que alcance su deducible cada año, o tal vez no pueda recordar la última vez que vio a un médico. Independientemente de su situación, el Plan Estatal de Salud le ofrece dos opciones para cubrir sus gastos: el Plan Estándar o el Plan de Ahorro.

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

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

Primas mensuales 2025

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

	Plan Estándar	Plan de Ahorro	Suplemento TRICARE
Empleado	\$97.68	\$9.70	\$62.50
Empleado/cónyuge	\$253.36	\$77.40	\$121.50
Empleado/niños	\$143.86	\$20.48	\$121.50
Familia completa	\$306.56	\$113.00	\$162.50

¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención médica?

Incluya esta cantidad en la hoja de trabajo de la página 14 para determinar cuánto debe aportar a su Cuenta de Gastos Médicos (MSA).

Monto: \$ _____

Prima por consumo de tabaco

Si usted es un suscriptor de un Plan de Salud Estatal con cobertura única y consume tabaco o cigarrillos electrónicos, pagará una prima mensual adicional de \$40. Si usted tiene cobertura de empleado/cónyuge, empleado/hijos o familia completa, y usted o cualquier persona a la que cubra consume tabaco o cigarrillos electrónicos, la prima mensual adicional será de \$60. La prima es automática para todos los suscriptores del Plan de Salud Estatal, a menos que el suscriptor certifique que nadie a quien cubre usa tabaco o cigarrillos electrónicos, o que las personas cubiertas que usan tabaco o cigarrillos electrónicos han completado el programa para dejar de fumar del Plan. La prima por uso de tabaco no se aplica a los suscriptores del Plan Suplementario de TRICARE.

Comparación de planes de salud

	Plan Estándar	Plan de Ahorro
Deducible anual	Usted paga hasta \$515 por individuo o \$1,030 por familia.	Usted paga hasta \$4,000 por individuo u \$8,000 por familia. ¹
Coseguro² El máximo no incluye copagos ni deducibles	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia.	En la red, usted paga el 20% hasta \$3,000 por persona o \$6,000 por familia.
Visita Consultorio médico³	Usted paga un copago de \$15 , más el monto restante permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Ambulatorio/atención de urgencias^{4,5}	Usted paga un copago de \$115 (servicios ambulatorios) o un copago de \$193 (atención de emergencia), más el monto restante permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Hospitalización de pacientes internados⁶	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga su coseguro.	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible. Luego, usted paga su coseguro.
Medicamentos recetados⁷ Suministro para 30 días/Suministro para 90 días ⁸ en una farmacia de la red	Nivel 1 (genérico): \$13/\$32 Nivel 2 (marca preferida): \$46/\$115 Nivel 3 (marca no preferida): \$77/\$192 Usted paga hasta \$3,000 en copagos de medicamentos recetados. Luego, no paga nada.	Usted paga el monto total permitido hasta que alcance su deducible anual. Luego, usted paga su coseguro. Los costos de los medicamentos se aplican a su coseguro máximo. Cuando llega al máximo, no paga nada.
Cuentas con ventajas fiscales	Cuenta de Gastos Médicos	Cuenta de ahorros para la salud Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

¹Si más de un miembro de la familia está cubierto, ningún miembro de la familia recibirá beneficios, aparte de los beneficios preventivos, hasta el pago anual de \$8,000. se cumple el deducible familiar.

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

³El copago de \$15 no se aplica a las mamografías de rutina, las visitas de rutina para adultos, las visitas de rutina para mujeres y las visitas de niños sanos.

⁴El copago de \$115 para servicios ambulatorios no se aplica a los servicios de diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electroconvulsiva y manejo de medicamentos psiquiátricos.

⁵El copago de \$193 para atención de emergencia no se cobra si es admitido.

⁶La hospitalización requiere autorización previa para que el Plan de Salud del Estado brinde cobertura.

⁷Los medicamentos recetados no están cubiertos en farmacias fuera de la red. Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días por surtido.

⁸Usted pagará un copago más bajo por un suministro de 90 días de medicamentos recetados en su farmacia de la red local que participa en la Red Smart90 que si comprara el medicamento un mes a la vez.

Sus opciones de plan dental

Los nuevos empleados tienen dos opciones para la cobertura dental. Dental Plus paga más y tiene primas más altas y costos de bolsillo más bajos. Dental Básico paga menos y tiene primas más bajas y costos de bolsillo más altos. Los cambios en la cobertura dental existente se pueden realizar durante el período de inscripción abierta solo en los años impares. Obtenga más información sobre los planes en peba.sc.gov/dental.

Dental Plus

Dental Plus tiene montos permitidos más altos, que son los montos máximos permitidos por el plan para un servicio cubierto. Los proveedores de la red no pueden cobrarle la diferencia entre su costo y la cantidad permitida.

Dental Básico

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

Primas mensuales 2025

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

	Dental Plus	Dental Básico
Empleado	\$28.80	\$0.00
Empleado/cónyuge	\$65.88	\$7.64
Empleado/niños	\$80.92	\$13.72
Familia completa	\$108.64	\$21.34

¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención dental?

Incluya esta cantidad en la hoja de trabajo de la página 14 para determinar cuánto debe aportar a su Cuenta de Gastos Médicos (MSA).

Monto: \$ _____

Comparación de planes dentales

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

Ejemplo de chequeo de rutina

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

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

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

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

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

Su cobertura de visión

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

Primas mensuales 2025

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

	Plan Estatal de Visión
Empleado	\$6.30
Empleado/cónyuge	\$12.60
Empleado/niños	\$13.54
Familia completa	\$19.84

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

Incluya esta cantidad en la hoja de trabajo de la página 14 para determinar cuánto debe aportar a su Cuenta de Gastos Médicos (MSA).

Monto: \$ _____

Plan de Visión del Estado a simple vista

	En la red, usted paga:	Fuera de la red, usted recibe:
Examen completo con dilatación, según sea necesario	Un copago de \$10 .	Hasta \$35.
Imágenes de la retina	Hasta \$39 .	No hay reembolso.
Marcos	Un copago de \$0 y el 80% del saldo superior a \$150 de asignación.	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar	Un copago de \$10 .	Hasta \$55.
Lentes progresivas estándar	Un copago de \$35 .	Hasta \$55.
Lentes progresivos premium	\$35–\$80 para los niveles 1–3. Para el Nivel 4, usted paga un copago y el 80% del costo menos \$120 de asignación.	Hasta \$55.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar	Un copago de \$0 .	Hasta \$40.
Ajuste y seguimiento lentes de contacto premium	Un copago de \$0 y recibe un 10% de descuento sobre el precio de venta menos \$40 de asignación.	Hasta \$40.
Lentes de contacto convencionales	Un copago de \$0 y el 85% del saldo superior a \$130 de asignación.	Hasta \$104.
Lentes de contacto desechables	Un copago de \$0 y un saldo de más de \$130 de asignación.	Hasta \$104.

Su cobertura de seguro de vida

Usted se inscribe automáticamente en el seguro de vida básico sin costo alguno si se inscribe en un seguro de salud. Esta póliza ofrece una cobertura de \$3,000.¹ También recibirá una cantidad equivalente de seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Usted puede elegir más cobertura para usted, su cónyuge y/o sus hijos. Obtenga más información sobre sus opciones de seguro de vida y servicios de valor agregado en peba.sc.gov/life-insurance.

Primas mensuales 2025

Seguro de vida opcional y Seguro de vida para dependientes - cónyuge

Sus primas están determinadas por su edad o la de su cónyuge al 31 de diciembre anterior y el monto de la cobertura. Las tarifas que se muestran son por \$10,000 de cobertura. Recuerde revisar su prima, incluso si no cambia sus niveles de cobertura. Su prima mensual cambiará cuando cambie su grupo de edad, a partir del 1 de enero siguiente.

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

Vida Dependiente - Niño

\$1.26 por mes; Usted paga solo una prima por todos los niños elegibles.

El seguro de vida de un vistazo

	Nivel de cobertura	Detalles de la cobertura
Vida Opcional con AD&D	Elija en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000.	<ul style="list-style-type: none"> Menor de tres veces las ganancias anuales o \$500,000 de Cobertura garantizada dentro de los 31 días de la elegibilidad inicial. Incluye cantidad equivalente del seguro AD&D. La cobertura se reduce al 65% a los 70 años, al 42% a los 75 años y al 31,7% a partir de los 80 años.
Vida Dependiente - Cónyuge con AD&D Su cónyuge no puede ser elegible para los beneficios de seguro administrados por PEBA a través de su empleador.	Elija en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000 o el 50% de su monto de Vida Opcional, lo que sea menor.	<ul style="list-style-type: none"> Si no está inscrito en el Seguro de Vida Opcional, coberturas para cónyuges de \$10,000 o \$20,000 están disponibles. \$20,000 de cobertura garantizada dentro de los 31 días posteriores a la Elegibilidad. Incluye cantidad equivalente del seguro AD&D.
Vida Dependiente - Niño \$15,000 por niño.		<ul style="list-style-type: none"> Cobertura garantizada. Los hijos son elegibles desde nacidos vivos hasta los 19 o 25 años si son estudiantes de tiempo completo. El niño puede ser cubierto por un solo padre bajo este Plan.

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

Su cobertura por discapacidad a largo plazo

Usted se inscribe automáticamente en el Programa Básico de Discapacidad a Largo Plazo sin costo alguno si se inscribe en un seguro de salud. El beneficio máximo es de \$800 por mes. Puede elegir más cobertura para mayor protección. Obtenga más información sobre la cobertura de discapacidad a largo plazo en peba.sc.gov/long-term-disability.

Factores de la prima mensual 2025

Multiplique el factor de prima para su edad y selección de plan por sus ganancias mensuales para determinar su prima mensual.

Edad precedente 1 de enero	90 días período de espera	180 días período de espera
Menores de 31 años	0.00065	0.00050
31-40	0.00089	0.00069
41-50	0.00176	0.00134
51-60	0.00355	0.00273
61-65	0.00427	0.00327
66 años o más	0.00522	0.00401

SLTD de un vistazo

El beneficio de Discapacidad a Largo Plazo Suplementaria (SLTD) proporciona:

- Tarifas grupales competitivas;
- Beneficios de sobreviviente para dependientes elegibles;
- Cobertura por lesiones, enfermedades físicas, trastornos mentales o embarazo;
- Incentivo para el regreso al trabajo;
- seguro de conversión SLTD;
- Ajuste por costo de vida; y
- Prestación de seguridad de por vida.

Beneficio

Período de espera de beneficios

90 o 180 días

Beneficio mensual de SLTD¹

Hasta el **65%** de sus ganancias previas a la discapacidad, reducidas por su deducible de ingresos

Beneficio mínimo

\$100 por mes

Beneficio máximo

\$8,000 por mes

¹Los beneficios básicos por discapacidad a largo plazo y los beneficios suplementarios por discapacidad a largo plazo están sujetos a impuestos federales y estatales sobre la renta. Consulte con su contador o profesional de impuestos sobre su responsabilidad fiscal.

Sus elecciones de MoneyPlus

MoneyPlus es un programa de cuentas con beneficios fiscales que le permite ahorrar dinero en costos médicos y de cuidado de dependientes elegibles. Usted financia las cuentas con dinero deducido antes de impuestos de su cheque de pago. Obtenga más información sobre sus opciones de MoneyPlus en

peba.sc.gov/moneyplus.¹

Función Premium antes de impuestos

Esta función le permite pagar las primas de seguro antes de impuestos para la salud (incluida la prima por consumo de tabaco), visión, dental y hasta \$50,000 de cobertura de vida opcional. No es necesario que se vuelva a inscribir cada año.

Cuenta de Gastos Médicos

Su plan estándar funciona muy bien con una cuenta de gastos médicos (MSA). Use su MSA para pagar los gastos médicos elegibles, incluidos los copagos y el coseguro. Como tiene gastos elegibles, puede usar una tarjeta de débito para su cuenta o presentar reclamaciones de reembolso. Puede transferir a 2026 hasta \$660 en fondos no utilizados de su cuenta. Pierde los fondos de más de \$660 que quedan en su cuenta después del plazo de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Si tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud (consulte la página 15), también puede usar una Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado para pagar los gastos que el Plan de Ahorros no cubre, como la atención dental y de la vista. Puede transferirse a 2026 hasta \$660 en fondos no utilizados de su cuenta. Usted pierde fondos por encima de \$660 restantes en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

Cuenta de gastos para cuidado de dependientes

Puede utilizar una Cuenta de Gastos de Cuidado Dependiente (DCSA) para pagar la guardería y otros costos permitidos para individuos calificados, para que usted y su cónyuge, si corresponde, puedan trabajar o buscar trabajo. Las personas que califican son niños menores de 13 años o un dependiente fiscal de cualquier edad que es mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo. No se puede utilizar para pagar por la atención médica de dependientes. Usted presenta reclamaciones de reembolso a medida que tiene gastos elegibles. Los fondos se pueden utilizar para gastos incurridos entre el 1 de enero de 2025 y el 15 de marzo de 2026. Pierde los fondos que quedan en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe volver a inscribirse cada año.

¹Las contribuciones realizadas antes de impuestos reducen su ingreso del trabajo imponible. Cuanto menor sea su ingreso del trabajo, mayor será el crédito tributario por ingreso del trabajo. Consulte la Publicación 596 del IRS o hable con un profesional de impuestos para obtener más información.

Características de la cuenta

	Plan	Fondos disponibles	Gastos Médicos	Gastos Dentales y de visión	Gastos de cuidado infantil	Saldo que se traslada de un año a otro	Reinscripción anual
MSA	Estándar	1 de enero	✓	✓		Hasta \$660	✓
MSA de uso limitado	Ahorros	1 de enero		✓		Hasta \$660	✓
DCSA	N/A	Tal como se depositó			✓		✓

Cuotas administrativas mensuales 2025

Cuenta	Cuota
Cuenta de Gastos Médicos	\$2.14
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	\$2.14
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	\$2.14

Plazos de reembolso 2025

Cuenta	Periodo de gracia	Fecha límite
Cuenta de Gastos Médicos	Ninguno	31 de marzo de 2026
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	Ninguno	31 de marzo de 2026
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	15 de marzo de 2026	31 de marzo de 2026

Límites de contribución 2025

Cuenta	Límite
Cuenta de Gastos Médicos	\$3,300
Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado	\$3,300
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes ²	\$2,500 (casados, declarando por separado) \$5,000 (soltero, cabeza de familia) 5.000 \$ (casado, declaración conjunta)

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

Hoja de trabajo MoneyPlus

Utilice la hoja de trabajo a continuación para calcular la cantidad que desea contribuir a una MSA o una DCSA. Asegúrese de incluir las cantidades que anotó en las páginas 5, 7 y 9 de la hoja de trabajo. Sea conservador en su planificación. Recuerde que los fondos no reclamados no se le pueden devolver. Sin embargo, puede transferir hasta \$660 de fondos MSA no utilizados al año del plan 2026. No puede transferir fondos de DCSA y no puede transferir fondos entre cuentas de gastos flexibles. Consulte la página 13 para conocer los límites de contribución anual.

Cuenta de Gastos Médicos

Calcule sus gastos médicos de bolsillo elegibles para el año del plan.

Gastos médicos	
Deducible del seguro de salud	\$
Copagos y coseguro	\$
Medicamentos recetados	\$
Cuidado dental	\$
Cuidado de la vista	\$
Gastos de viaje para la atención médica	\$
Otros gastos elegibles	\$
Contribución anual	\$

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

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

Gastos de cuidado infantil	
Servicios de guardería	\$
Servicios de atención domiciliaria/au pair	\$
Guardería/preescolar	\$
Cuidado después de la escuela	\$
Campamentos de verano	\$
Gastos de cuidado de ancianos	
Centro de Servicios de cuidados	\$
Servicios de cuidado en el hogar	\$
Contribución anual	\$

Su cuenta de ahorros para la salud

Los miembros del Plan de Ahorros del Plan Estatal de Salud pueden contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Una HSA le ayuda a aprovechar al máximo su plan de salud al reducir sus impuestos mientras ahorra para gastos médicos futuros. Obtenga más información sobre las HSA en peba.sc.gov/hsa.

Beneficios de una HSA

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

- **Pague los artículos de atención médica elegibles con su tarjeta de débito.** Use su tarjeta de débito HSA para transacciones en la tienda, en línea o con su médico.
- **Realice pagos en línea.** Use la función de Pago de facturas en línea para pagar sus facturas médicas o reembolsarse a sí mismo.
- **Transfiera todos los fondos de un año al siguiente.** No tiene que gastar los fondos en el año en que los ingresa.
- **Mantenga su cuenta.** El dinero de su cuenta le pertenece. Si deja su trabajo o se jubila, puede llevar la cuenta con usted y continuar usándola para gastos calificados.
- **No hay límite en cuanto a la cantidad que puedes ahorrar.** Si bien hay un límite de contribución anual, no hay límite en la cantidad que puede acumular en su cuenta.
- **Invierta sus ahorros.** Puede invertir sus fondos una vez que alcance el saldo de su cuenta \$1,000 para obtener ingresos de inversión libres de impuestos.

Cuenta de Gastos Médicos de Uso Limitado

Si tiene una HSA, también puede inscribirse en una cuenta de gastos médicos de uso limitado para pagar los gastos de atención dental y de la vista. Hacerlo le permite ahorrar los fondos de su HSA para futuros gastos médicos. Obtenga más información en la página 12.

Límites de contribución 2025

Su nivel de cobertura de salud determina su límite de contribución.

Nivel de cobertura	Límite
Solo uno mismo	\$4,300
Familia	\$8,550
Recuperación para miembros de 55 años o más	\$1,000

Cómo inscribirse

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

Limitaciones de la HSA

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

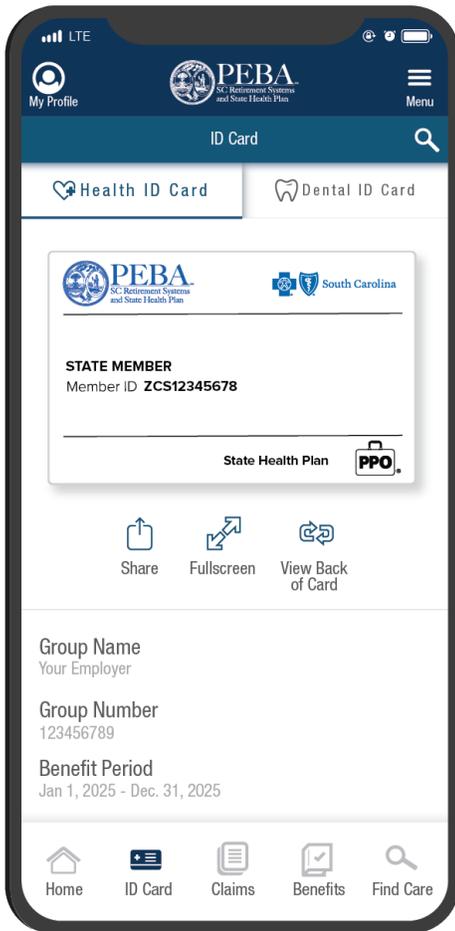
Tarifas mensuales 2025 de HSA Central

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

Está cubierto con tarjetas de identificación de membresía

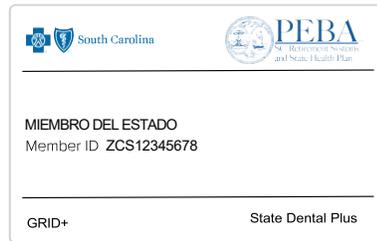
Usted recibe tarjetas de seguro para beneficios de salud, medicamentos recetados, Dental Plus y beneficios de la vista. También puede acceder a sus tarjetas de identificación digital desde las aplicaciones BlueCross, Express Scripts y EyeMed. Solo el nombre del suscriptor estará en las tarjetas, pero todos los miembros de la familia cubiertos pueden usarlas.

¿Le falta una de sus tarjetas de seguro? Cualquiera de ellos puede ser reemplazado usando los contactos a continuación. Necesitará su Número de Identificación de Beneficios (BIN). Si no conoce su BIN, visite mybenefits.sc.gov y seleccione "Obtener mi BIN" en la esquina inferior derecha.



Plan Estatal de Salud

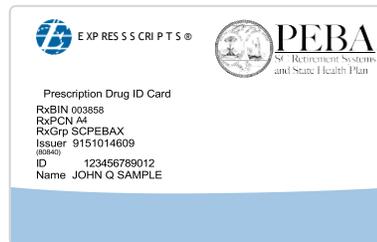
Para obtener ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a BlueCross BlueShield of South Carolina al **800.868.2520** o inicie sesión en [My Health Toolkit](#)®.



Dental Plus

Para obtener ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a BlueCross al **888.214.6230** o inicie sesión en [My Health Toolkit](#).

No hay una tarjeta de identificación para Basic Dental. Si tiene Basic Dental, su dentista puede verificar su elegibilidad con BlueCross.



Medicamento recetado

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



Cuidado de la vista

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

Sus beneficios sobre la marcha

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



Busque My Health Toolkit

BlueCross BlueShield de Carolina del Sur

Beneficios para la salud y el cuidado dental

- Conozca su cobertura.
- Cuestionario completo de coordinación de beneficios (ver Página 18).
- Comprobar el estado de las reclamaciones.
- Acceda a su tarjeta de identificación.
- Encuentre un proveedor.



Busque Express Scripts

Express Scripts

Beneficios de medicamentos recetados

- Verifique si un medicamento requiere autorización previa y compare los precios de los medicamentos.
- Localice una farmacia de la red.
- Reabastecer y renovar recetas de pedidos por correo.
- Acceda a su tarjeta de identificación.



Búsqueda de miembros de EyeMed

EyeMed

Beneficios de visión

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



Buscar ASIFlex Self Service

ASIFlex

Cuentas de gastos flexibles

- Enviar y ver el estado de una reclamación.
- Presentar documentación.
- Ver detalles de la cuenta.
- Leer mensajes de cuentas seguras.



Buscar HSA Central

HSA Central

Cuentas de ahorro para la salud

- Realice transacciones de HSA y vea la actividad de la cuenta.
- Ve a y administre sus contribuciones.
- Tome fotos de sus recibos para fines fiscales.
- Escanee los artículos para determinar si son gastos médicos elegibles.

Ayuda para la salud en la palma de su mano

Los mensajes de texto son una excelente manera de mantenerse al día con los niños y los amigos y citas. Infórmese sobre los beneficios disponibles sin costo alguno. Obtenga información sobre programas de estilo de vida saludable, asesoramiento de salud y beneficios basados en el valor.

Como miembro del Plan Estatal de Salud, recibirá automáticamente mensajes de texto del Plan, pero puede optar por no participar en cualquier momento.

Tarifas de datos aplican.

Administre sus beneficios de salud y farmacia con My Health Toolkit

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

Usar la aplicación My Health Toolkit es fácil.

Obtenga más información sobre tu cobertura. Busque su cobertura médica, deducible y gastos de bolsillo.

Actualizar otra información del seguro. Complete un cuestionario para informarle a BlueCross si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o dental.

Verifique las reclamaciones médicas. Vea el estado de una reclamación médica actual o anterior, la fecha del servicio, el monto cobrado por su proveedor y el monto que puede adeudar.

Verifique las reclamaciones dentales. Busque su cobertura dental, deducible y gastos de bolsillo en atención dental.

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

Administre sus recetas. Está a solo un clic de distancia de todos los detalles de su medicación. Seleccione el enlace **Sitio completo** para acceder a su cuenta de Express Scripts. Puede ver las reclamaciones de medicamentos recetados y el historial de pagos, encontrar y comparar precios de medicamentos, verificar si un medicamento está sujeto a las reglas clínicas, ver el estado de su pedido de recetas, solicitar una tarjeta de identificación temporal y mucho más.

Encuentre un proveedor. Use el enlace **Find Care** para ver una lista de médicos de la red y centros médicos o dentistas en su área. Filtre su búsqueda y compare resultados. Incluso puede ver los comentarios de otros miembros sobre un proveedor específico.

Coordinación de beneficios

Inicie sesión en su [cuenta de My Health Toolkit](#) a principios del año calendario para actualizar esta información. Seleccione Mi plan y beneficios, luego Salud, luego Otra información de salud.

Todos los beneficios del Plan Estatal de Salud están sujetos a la coordinación de beneficios, un proceso que se utiliza para asegurarse de que una persona cubierta por más de un plan de seguro no sea reembolsada más de una vez por los mismos gastos. Con la coordinación de beneficios, el plan primario paga primero. El plan secundario paga después del plan primario. Para garantizar que los beneficios se paguen correctamente, los miembros deben completar un cuestionario de coordinación de beneficios cada año. BlueCross no procesará ni pagará reclamaciones hasta que reciba su información.

Comience hoy mismo

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

1. Busque **My Health Toolkit** en su tienda de aplicaciones.
2. En la aplicación, seleccione **Registrarse**.
*O visite www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com y seleccione **Crear una cuenta**.*
3. Ingrese el número de identificación del miembro en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal y su fecha de nacimiento.
4. Elija un nombre de usuario y una contraseña.
5. Ingrese su dirección de correo electrónico y elija prescindir del papel.

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

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

No pague más de lo que debería

Sea un consumidor inteligente de atención médica. Consulte la Explicación de Beneficios (EOB) después de recibir los servicios y compare la factura del proveedor con el importe que figura en la EOB.

¿Qué es una EOB?

Este es un informe que se crea cuando los planes de salud y dentales procesan una reclamación. Un EOB le muestra:

- Cuánto cobró su proveedor por los servicios.
- Cuánto pagó el Plan.
- El monto del que será responsable, como su copago, deducible y coseguro.
- El monto total que puede adeudar al proveedor (no incluye ningún monto que ya haya pagado).

1

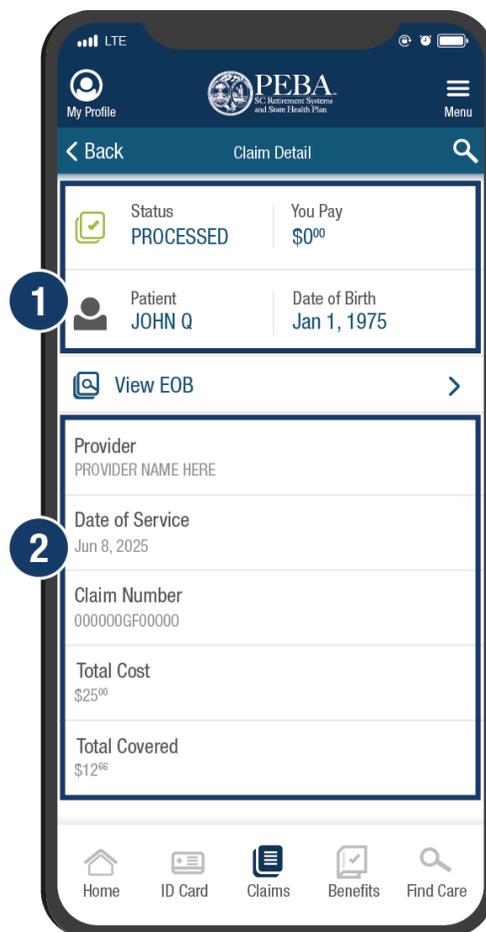
Información resumida

Esta es una vista del estado de su reclamo y el monto que puede deber o que ya ha pagado a los proveedores.

2

Información detallada

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



¡Ve verde!

Vea sus EOB en la aplicación My Health Toolkit. Además, puede elegir las notificaciones sin papel, y le enviaremos un correo electrónico cada vez que un nuevo EOB esté listo para ver.

1. Inicie sesión en su cuenta a través de la aplicación móvil.
2. Seleccione el enlace **Mi perfil** en el menú.
3. Seleccione **Preferencias de Contacto**.
4. Establezca sus preferencias en correo electrónico, mensaje de texto o ambos.

Beneficios basados en el valor sin costo para usted

Siempre es mejor abordar un problema de salud antes de que se convierta en una crisis de salud. Visite un proveedor o farmacia de la red para aprovechar estos beneficios basados en el valor sin costo alguno para usted. Estos beneficios pueden ayudar a que sea más fácil para usted y su familia mantenerse saludables. Para obtener más detalles sobre PEBA Perks, incluida la elegibilidad, visite www.PEBAperks.com.



Examen preventivo

La identificación temprana de los problemas de salud puede prevenir enfermedades graves y ayudarlo a ahorrar dinero. Este beneficio, valorado en más de \$300, le permite recibir una evaluación biométrica sin costo alguno. Comparta sus resultados con su médico durante su visita de rutina para minimizar el costo para el Plan en su visita de bienestar para adultos.

Vacunas para adultos

Las vacunas son una de las formas más seguras de proteger su salud y la salud de quienes lo rodean. El Plan de Salud Estatal cubre las vacunas, incluida la vacuna contra la gripe, según las recomendaciones de edad, intervalo e historial médico de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Beneficios para adultos

Las visitas de rutina pueden ser una parte clave de la atención preventiva. Los miembros primarios del Plan Estatal de Salud de 19 años o más son elegibles para una visita de rutina cada año sin costo para miembros. Las mujeres elegibles pueden aprovechar la visita anual para adultos y también puede recibir una visita anual de bienestar para la mujer sin costo para miembros. Los servicios respaldados por la evidencia, basados en las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), se incluyen como parte de una visita de rutina para adultos y una visita de rutina para mujeres. Programe su examen preventivo antes de su visita de rutina y comparta sus resultados con su médico durante su visita de rutina para minimizar el costo para el Plan.

Prestaciones por niño sano (exámenes e inmunizaciones)

Este beneficio tiene como objetivo promover la buena salud y la prevención de enfermedades en los niños. Los niños cubiertos hasta los 18 años de edad son elegibles para este beneficio. El Plan Estatal de Salud cubre las visitas al médico según las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría y las vacunas basadas en las recomendaciones de los CDC en los proveedores de la red.

Detección de cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es la segunda causa más común de muertes por cáncer en los Estados Unidos. El Plan de Salud Estatal cubre el costo de las pruebas de detección diagnósticas y de rutina según los rangos de edad recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Cualquier cargo de la instalación o trabajo de laboratorio asociado como resultado de la evaluación puede estar sujeto a copagos, deducibles y coseguro.

Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino

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

Mamografía

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

Manejo de la salud conductual

Meru Health ofrece un programa de tratamiento de 12 semanas sin costo para reducir la ansiedad, el estrés, la depresión y el agotamiento. Combina el apoyo de un terapeuta y un psiquiatra, un dispositivo de entrenamiento de biorretroalimentación, apoyo anónimo entre pares, prácticas de meditación y actividades de cambio de hábitos. Los miembros también pueden aprovechar el asesoramiento de salud sin costo alguno a través de BlueCross.

Control de peso

Wondr Health¹ le ayudará a aprender las habilidades para perder peso y manténgalo apagado mientras sigue comiendo sus comidas favoritas en un programa en línea clínicamente comprobado de 12 semanas. BlueCross también ofrece asesoramiento de salud para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de control de peso.

Salud del corazón

Hello Heart¹ es un programa fácil de usar que te ayuda a rastrear, comprender y controlar la salud de tu corazón desde la privacidad de tu teléfono. También puede trabajar con un asesor de salud de BlueCross que puede ayudarlo a comprender mejor su condición y cómo controlarla.

Manejo de la diabetes

Virta¹ es un programa que puede ayudarlo a revertir la diabetes tipo 2 mientras reduce y controla naturalmente su nivel promedio de azúcar en la sangre (HbA1c). También puede recibir educación sobre la diabetes a través de educadores certificados en diabetes, y un asesor de salud de BlueCross puede ayudarlo a comprender y controlar su condición.

Copago sin pago

Copago sin pago alienta a los miembros a estar más comprometidos con su salud y les ahorra dinero. Al completar las actividades de Personify Health cada año, los miembros pueden recibir ciertos medicamentos genéricos el resto del año y el año siguiente a un costo menor o sin costo. Las condiciones cubiertas incluyen:

- Presión arterial alta y colesterol alto.
- Enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad de las arterias coronarias.
- Diabetes.

Cesación del consumo de tabaco

Este beneficio proporciona la inscripción en el programa para dejar de fumar del Plan de Salud Estatal sin costo alguno. También incluye un copago de \$0 para algunos medicamentos para dejar de fumar a los participantes elegibles.

Gestión de la maternidad

Los miembros pueden inscribirse en Coming Attractions, un programa de gestión de maternidad. Las participantes pueden recibir ciertos extractores de leche eléctricos o manuales sin costo alguno a través del programa.

¹Para participar en este programa, los miembros deben inscribirse y cumplir con ciertos requisitos.

Recursos para su mejor versión

La cobertura del Plan de Salud Estatal incluye beneficios de salud conductual para adultos y niños. Companion Benefit Alternatives (CBA) proporciona servicios de administración de salud conductual, y algunos servicios requieren autorización previa de CBA. Para preguntas generales, como si un servicio requiere autorización previa, llame a CBA al 800.868.2520.

Encontrando un proveedor

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual o un programa de tratamiento, llame a BlueCross al 877.505.7390. Los representantes están disponibles durante el horario laboral normal. También puede buscar un proveedor en peba.sc.gov/find-care.

Para la ansiedad, el estrés y la depresión

Meru Health ofrece un programa de tratamiento virtual de 12 semanas sin costo para los miembros principales de Plan Estatal de Salud mayores de 18 años para reducir la ansiedad, el estrés, la depresión y el agotamiento. Combina el apoyo de un terapeuta y un psiquiatra, un dispositivo de entrenamiento de biorretroalimentación y más. Obtenga más información e inscríbese en

meruhealth.com/cba

Para las enfermedades mentales y el consumo de sustancias en adolescentes

Los proveedores de la red virtual de Bend Health trabajan con familias con niños, adolescentes y adultos jóvenes de hasta 25 años. Bend ofrece un amplio espectro de atención, que incluye asesoramiento preventivo para enfermedades mentales graves y uso de sustancias para brindar un plan de atención integral y personalizado, seguido de tratamiento a través de sesiones de video semanales. Las familias reciben apoyo adicional siempre que lo necesiten. Bend Health está disponible para los miembros principales del Plan de Salud del Estado, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del Plan. Obtenga más información en www.BendHealth.com.

Para conectarse virtualmente con un terapeuta, psicólogo o psiquiatra

Con Blue CareOnDemand, puede chatear con un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra con licencia desde la comodidad de su hogar. Tenga su primera cita de terapia dentro de una semana o menos, luego elija un horario que funcione para usted. Una visita de Blue CareOnDemand está cubierta como una visita al consultorio tradicional según el Plan de Salud del Estado. Inicie sesión en su cuenta de My Health Toolkit® para iniciar una visita.

Para el coaching de salud

Los entrenadores de salud trabajan individualmente y ofrecen apoyo sin costo a los miembros en la recuperación de adicciones y diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno bipolar y depresión.

Los asesores de salud alientan a los miembros a seguir su plan de tratamiento, ayudan a los miembros a establecer metas y les enseñan cómo manejar los síntomas. El asesoramiento está disponible para los miembros adultos principales del Plan Estatal de Salud sin costo alguno. BlueCross identifica a los participantes mediante la revisión de las reclamaciones médicas, de farmacia y de laboratorio. Se le inscribe automáticamente si puede beneficiarse de uno de los programas. No obstante, puede darse de baja en cualquier momento. Para inscribirse, llame a BlueCross al 855.838.5897.

Para trastornos alimenticios

Los proveedores de Equip brindan tratamiento virtual basado en evidencia para todos los diagnósticos de trastornos alimentarios. Usted recibe apoyo de un equipo que incluye un terapeuta, un proveedor médico, un dietista, un mentor familiar y un mentor de pares. Equip está disponible para los miembros primarios del Plan de Salud del Estado, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del Plan. Obtenga más información en www.equip.health o llame al 855.538.1465.

Los proveedores de salud "Within" ofrecen servicios intensivos ambulatorios y de hospitalización parcial. Los proveedores "Within" le encontrarán donde esté y cuando necesite ayuda para que pueda reconstruir una conexión con su verdadero yo y sanar por completo. "Within" está disponible para los miembros primarios del Plan de Salud del Estado, y los costos de tratamiento siguen las disposiciones normales del Plan. Obtenga más información en www.withinhealth.com o llame al 866.559.3073.

Ahorre dinero y obtenga la atención que necesita

Su médico de atención primaria debe ser su primera llamada para recibir atención médica de rutina. Pero, ¿qué pasa si el consultorio de su médico está cerrado? ¿O es una emergencia? Evite preocupaciones innecesarias, gastos de bolsillo y horas sentado en la sala de emergencias al conocer sus opciones de atención médica.

Médico de atención primaria

Su médico de atención primaria, o médico habitual, es la mejor opción para la atención médica, como:

- Manejo de su afección crónica.
- Resurtidos de recetas.
- Síntomas del resfriado y la gripe, como fiebre tos y dolor de garganta.
- Migrañas.
- Cortes y moretones menores.
- Conjuntivitis.
- Sarpullido, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones de la piel.
- Alergias estacionales.
- Infecciones sinusales o respiratorias.
- Esguinces musculares.
- Infecciones del tracto urinario.

Su médico de atención primaria también puede ofrecer servicios de telesalud. Comuníquese con tu proveedor para más información.

Telesalud

Si el consultorio de su médico está cerrado, está de viaje o se siente demasiado enfermo para conducir, use una visita por video para problemas de salud que no sean de emergencia, como:

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

Blue CareOnDemand Busque Blue CareOnDemand en su tienda de aplicaciones. Puede consultar a un médico quien puede diagnosticar sus síntomas y llamar para obtener una receta a su farmacia local, si es necesario. **MUSC Health Virtual Care** Visite www.MUSChealth.org/virtual-care para iniciar una visita. Un médico diagnosticará sus síntomas y llamará para obtener una receta en su farmacia local, si es necesario. Recuerde que debe estar en Carolina del Sur en el momento de la visita.

Emergencias

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

- Toser o vomitar sangre.
- Sangrado abundante e incontrolable.
- Pérdida del conocimiento o mareos repentinos.
- Lesiones graves, como fracturas o lesiones en la cabeza.
- Reacciones alérgicas graves.
- Signos de un ataque cardíaco, como dolor en el pecho que dura más de dos minutos.
- Signos de accidente cerebrovascular, como entumecimiento o pérdida repentina del habla o la visión.

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

Para Blue CareOnDemand, usted paga un copago de \$15,1 más el monto restante permitido hasta que cumpla con su deducible. Luego, usted paga el copago más su coseguro.

Para las visitas a MUSC, paga \$0. Esto también está disponible para los miembros primarios de Medicare.

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

¹Los miembros del Plan de Ahorro no pagan copagos por ninguna visita, pero pagan el monto total permitido hasta alcanzar su deducible.

Evite costos al obtener luz verde para su atención

Algunos servicios médicos y de salud conductual necesitan autorización previa para que el Plan de Salud del Estado brinde cobertura. Esto significa que usted o su proveedor necesitan hacer una llamada telefónica. La autorización previa no garantiza el pago.

Servicios médicos

Para obtener autorización previa de su tratamiento médico, llame a Medi-Call al **800.925.9724** al menos dos días hábiles antes:

- Cuidado hospitalario no emergente para pacientes internados, incluyendo la admisión a un hospital para tener un bebé.
- Un servicio ambulatorio que resulta en una admisión hospitalaria.
- Cirugía ambulatoria para una septoplastia (cirugía en el tabique de la nariz).
- Cirugía ambulatoria u hospitalaria para una histerectomía.
- Escleroterapia (cirugía de venas).
- Quimioterapia o radioterapia.
- Admisión a un centro de atención a largo plazo o a un centro de cuidados.
- Pedido de equipos médicos duraderos.
- Fertilización in vitro u otros procedimientos de infertilidad.
- Un trasplante de órganos.
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y terapia física, del habla o ocupacional relacionada para pacientes ambulatorios.

Embarazo

Debe comunicarse con Medi-Call al **800.925.9724** dentro de los primeros tres meses de embarazo.

Emergencias

En una emergencia hospitalaria, debe comunicarse con Medi-Call al **800.925.9724** para informar su admisión dentro de las 48 horas o el siguiente día hábil.

Servicios de radiología

Para autorización previa de sus servicios de radiología, llame a Evolent al **866.500.7664**:

- CT
- MRI
- MRA
- PET

Salud conductual servicios

Para obtener autorización previa de sus servicios conductuales, llame a Companion Benefit Alternatives al **800.868.1032**.

- Cuidado hospitalario de pacientes internados.
- Cuidado hospitalario ambulatorio intensivo.
- Atención de hospitalización parcial.
- Terapia electroconvulsiva ambulatoria.
- Magnetoterapia transcraneal repetitiva.
- Terapia de análisis conductual aplicada.
- Pruebas psicológicas/neuropsicológicas.

Es posible que algunos servicios ambulatorios de salud conductual no estén cubiertos por el Plan si usted no recibe autorización previa.

Planifica tu cobertura de seguro para 2025

Inscripción abierta

Puede cambiar su cobertura para 2025 durante el período de inscripción abierta, que es del 1 al 31 de octubre de 2024. Revise su cobertura actual en MyBenefits (mybenefits.sc.gov). Si está satisfecho con su cobertura, no necesita hacer nada. Su cobertura continuará en 2025. Tenga en cuenta, sin embargo, que debe volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles MoneyPlus cada año. **Todos los cambios en la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de enero de 2025.**

Sus próximos pasos

Obtenga información sobre los cambios en la inscripción abierta que puede realizar y descargue su hoja de trabajo de inscripción abierta en peba.sc.gov/oe. Luego, inicie sesión en MyBenefits en mybenefits.sc.gov antes del 31 de octubre de 2024 para cambiar su cobertura para 2025. Su administrador de beneficios también puede ayudarle.

Nuevos Empleados

Su empleador iniciará el proceso de inscripción.

Deberá proporcionar una dirección de correo electrónico válida a su empleador, luego hacer sus elecciones en línea siguiendo las instrucciones en el correo electrónico que reciba de PEBA.

A partir de la fecha en que se vuelve elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro de salud y otros beneficios de seguro disponibles.

Su próximo paso

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

Guía de beneficios del seguro

La *Guía de Beneficios de Seguro* 2025 está disponible en peba.sc.gov/publications.

Resúmenes de beneficios y cobertura

Los *Resúmenes de Beneficios y Cobertura* 2025 para los Planes Estándar y de Ahorros están disponibles en peba.sc.gov/publications. Para solicitar una copia, llame a PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Aviso

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

Aviso de derechos adquiridos

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur cree que el Plan de Salud del Estado es un "plan de salud con derechos adquiridos" según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio). Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó esa ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que es posible que su plan no incluya ciertas protecciones al consumidor de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventiva sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con otras protecciones al consumidor en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida en los beneficios.

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



MyBenefits

¿Está registrado?

MyBenefits ofrece fácil acceso a los beneficios de su seguro administrado por PEBA. Visite mybenefits.sc.gov para crear su cuenta hoy mismo y comenzar a administrar la información de su seguro.

Con MyBenefits, usted puede:

- 1 Acceder a la información de cobertura de beneficios de su seguro.**
- 2 Actualizar su información de contacto.**
- 3 Acceder a su Número de Identificación de Beneficios (BIN) de ocho dígitos.**
- 4 Revisar y actualizar los beneficiarios de su seguro de vida.**
- 5 Realice cambios en su cobertura durante el período anual de inscripción abierta.**
- 6 Iniciar o aprobar cambios en la cobertura realizados como resultado de cierta elegibilidad especial**

¿Necesita ayuda para registrarse?

¡Tenemos recursos para ayudar! Visite nuestra página *Navegando por sus Beneficios* en peba.sc.gov/nyb para ver nuestro video “Configurando una Nueva Cuenta MyBenefits” y acceder a nuestro folleto *Configurando una Nueva Cuenta MyBenefits*.

Divulgaciones de terceros

Estas compañías brindan servicios en nombre de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur, que administra el Plan de Salud del Estado y otros beneficios de seguro. BlueCross BlueShield of South Carolina es el administrador externo del plan de salud estatal y los beneficios dentales. BlueCross BlueShield of South Carolina es un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Companion Benefit Alternatives, Inc. Administra servicios de salud conductual. Evolent administra los servicios de radiología. Express Scripts administra los beneficios de farmacia. EyeMed administra los beneficios de la visión. MetLife administra los beneficios del seguro de vida. The Standard administra beneficios por discapacidad a largo plazo. ASIFlex administra el programa MoneyPlus. HSA Central administra las Cuentas de Ahorros para la Salud.

Aviso de no discriminación

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

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que PEBA no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Oficial de Privacidad de PEBA, 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 888.260.9430 (teléfono), 803.570.8110 (fax), o al privacyofficer@peba.sc.gov. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Oficial de Privacidad de PEBA está disponible para ayudarlo.

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

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

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

Asistencia de idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

المساعدة خدمات فإن اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1.888.260.9430. رقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية.

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

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

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

Телефонуйте за номером 1.888.260.9430.

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

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



Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur

Sirviendo a los que sirven a Carolina del Sur

202 Arbor Lake Drive | Columbia, SC 29223

803.737.6800 | 888.260.9430

peba.sc.gov



Este documento no constituye una representación completa o vinculante con respecto a los beneficios para empleados ofrecidos por PEBA. Los términos y condiciones de los planes de seguro ofrecidos por PEBA se establecen en los documentos del plan aplicables y están sujetos a cambios. El lenguaje de este folleto no crea ningún derecho contractual ni prerrogativas para ninguna persona. PEBA cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.260.9430. 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.260.9430