

Resumen sobre la cobertura del seguro médico

2026

Al servicio de quienes sirven a Carolina del Sur

Qué encontrará

Le damos la bienvenida	3	Sus beneficios dondequiera que esté	17
Periodo de inscripción abierta	3	Mensajes de textos para miembros	17
Definiciones	4	<i>My Health Toolkit</i>	18
Opciones del plan de salud	5	Explicación de beneficios	19
Opciones del plan dental.....	7	PEBA Perks	20
Cobertura de visión.....	9	Recursos para mejorar su vida	22
Cobertura del seguro de vida.....	10	Obtenga la atención que necesita	23
Cobertura por discapacidad a largo plazo.....	11	Autorización previa	24
Opciones de <i>MoneyPlus</i>	12	Planifique su cobertura de seguro para el 2026.....	25
Hoja de cálculo de <i>MoneyPlus</i>	14	Avisos	25
Cuenta de ahorros para la salud	15	Portal <i>MyBenefits</i>	26
Tarjetas de afiliación	16	Asistencia lingüística	27

Proveedores de seguros para el 2026



Le damos la bienvenida

Hay ciertos momentos del año en los que puede inscribirse o hacer cambios en su cobertura de seguro. Revise este resumen para planificar la cobertura médica y los beneficios adicionales para el 2026 que mejor se adapten a usted y a su familia.

Elegibilidad

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

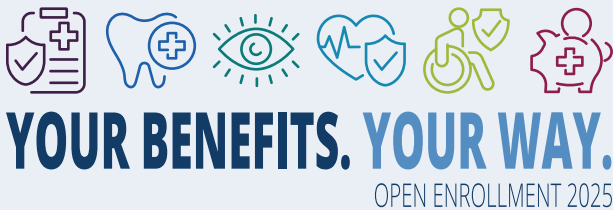
- trabajan a tiempo completo y reciben una remuneración de una agencia estatal, una institución pública de educación superior, un distrito escolar público, una escuela chárter participante o un empleador opcional participante, como un gobierno municipal o condado participante, y
- son contratados para un puesto con derecho a seguro.

Por lo general, un empleado debe trabajar al menos un promedio de 30 horas semanales para que se le considere empleado a tiempo completo y pueda participar en el programa de seguro.

Nuevas contrataciones

Su empleador 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 más información sobre el proceso de inscripción, consulte el folleto [Guía para nuevos empleados sobre la inscripción en el seguro](#).

A partir de la fecha en que sea elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro médico y en los otros beneficios disponibles del seguro.



La inscripción abierta es del 1 al 31 de octubre de 2025. Durante el periodo de inscripción abierta, los empleados que califiquen podrán cambiar su cobertura para el siguiente año. Revise su cobertura actual en *MyBenefits*: mybenefits.sc.gov.

Si está conforme con su cobertura, no es necesario que haga nada. Su cobertura continuará en el 2026. Sin embargo, tenga en cuenta que debe volver a inscribirse cada año en las cuentas de gastos flexibles de *MoneyPlus*. Los cambios durante la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de enero de 2026. Los aumentos en la cobertura del seguro de vida opcional y del seguro de vida para cónyuges dependientes podrían entrar en vigor después del 1 de enero, dependiendo de cuándo MetLife lo apruebe.

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

- 1 Visite la página web de inscripción abierta, peba.sc.gov/oe, para más información sobre los cambios que puede realizar.
- 2 Descargue su hoja de cálculo de inscripción abierta en peba.sc.gov/oe para planificar su cobertura para el 2026.
- 3 Inicie sesión en el portal *MyBenefits*, mybenefits.sc.gov, para revisar su cobertura y hacer cambios durante el periodo de inscripción abierta, si es necesario



Inicie sesión en *MyBenefits* para realizar los cambios durante el periodo de inscripción abierta.

Definiciones

La jerga de los seguros puede resultar confusa, pero es importante que comprenda sus beneficios y cómo funcionan. Aquí hay algunos términos que tal vez necesite conocer.

Monto permitido

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.

Beneficios

Los artículos o servicios cubiertos por su plan de seguro.

Reclamación

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

Coseguro

Es el porcentaje del costo de la atención médica que usted paga después de alcanzar su deducible. Por ejemplo, supongamos que el monto permitido por el Plan de Salud Estatal para una visita al consultorio del médico es de \$115 y que el afiliado ya alcanzó su deducible. Después de que el afiliado del plan estándar paga el copago de \$15, su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido, es decir, \$80.

Máximo del coseguro

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

Copago

La cantidad fija que paga por un servicio de atención médica o un medicamento cubiertos. Los miembros del plan estándar pagan copagos por medicamentos recetados y copagos por visitas al consultorio, atención de emergencia y servicios ambulatorios. Los miembros del plan estándar seguirán pagando copagos incluso después de alcanzar su deducible. Los miembros del plan de ahorros no pagan copagos.

Revisión de cobertura

Término general que abarca 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

La cantidad 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.

Lista de medicamentos aprobados

Una lista de medicamentos preferidos utilizada por Caremark.

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

Un grupo de centros, proveedores y vendedores contratados para atender a las personas cubiertas por un plan de salud, dental o de visión.

Gastos de bolsillo

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

Autorización previa

Una decisión que establece que un servicio, un medicamento recetado o un equipo son médicamente necesarios. Ciertos servicios y medicamentos requieren autorización previa antes de recibirlos, excepto en casos de emergencia. También se conoce como precertificación o preautorización.

Prima

La cantidad que usted paga por la cobertura del seguro.

Proveedor

Esto puede referirse al profesional médico que presta la atención o al lugar donde recibe los servicios médicos.

Sus opciones del plan de salud

Sus necesidades de seguro son tan únicas como usted. Es posible que alcance su deducible cada año, o tal vez no recuerde cuándo fue la última vez que fue al médico. Independientemente de su situación, el Plan de Salud Estatal le ofrece dos opciones para cubrir sus gastos: el plan estándar o el plan de ahorros.

El plan estándar tiene primas más altas y deducibles más bajos. El plan de ahorros tiene primas más bajas y deducibles más altos. Compare los dos planes en la página 6.

El plan suplementario de TRICARE ofrece cobertura secundaria para los miembros de TRICARE de la comunidad militar que no califican para Medicare. Para los empleados que califican, esta es una alternativa al Plan de Salud Estatal. Más información sobre los planes en peba.sc.gov/health.

Primas mensuales en el 2026

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

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

¿Cuánto gastará de su bolsillo en atención médica?

Incluya esta cantidad en la hoja de cálculo de la página 14 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta de gastos médicos.

Monto: \$ _____

Prima por consumo de tabaco

Si usted es el titular de la póliza del Plan de Salud Estatal con cobertura individual y consume tabaco o cigarrillos electrónicos, debe pagar una prima mensual adicional de \$40. Si tiene cobertura para empleados/cónyuge, empleados/hijos o para la familia completa, y usted o cualquier persona cubierta por la póliza consume tabaco o cigarrillos electrónicos, la prima mensual adicional será de \$60. La prima es automática para todos los titulares de pólizas del Plan Estatal de Salud, a menos que el titular certifique que ninguna de las personas cubiertas consume tabaco o cigarrillos electrónicos, o que las personas cubiertas que consumen tabaco o cigarrillos electrónicos hayan completado el programa para dejar de fumar del plan. La prima por consumo de tabaco no se aplica a los titulares de póliza con el plan suplementario de TRICARE.

Comparación de planes de salud

	Plan estándar	Plan de ahorros
Deducible anual	Usted paga hasta \$515 por persona o \$1,030 por familia.	Usted paga hasta \$4,000 por persona u \$8,000 por familia. ¹
Coseguro 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.	En la red, usted paga el 20 % hasta un máximo de \$3,000 por persona o \$6,000 por familia.
Visitas al consultorio médico ²	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 ^{3,4}	Usted paga un copago de \$115 (servicios ambulatorios) o un copago 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.
Hospitalizaciones ⁵	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.
Medicamentos con receta ⁶ Suministro para 30 días/suministro ⁷ para 90 días en una farmacia dentro de la red.	Nivel 1: \$13/\$32 Nivel 2: \$46/\$115 Nivel 3: \$ 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 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.

2 El copago de \$15 no se aplica a las mamografías de rutina ni a los chequeos de bienestar para adultos, mujeres y niños.

3 El copago de \$115 por servicios ambulatorios no se aplica a los servicios de diálisis, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios intensivos, terapia electroconvulsiva ni administración de medicamentos psiquiátricos.

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

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

6 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.

7 Usted pagará un copago menor por los medicamentos recetados con un suministro de 90 días comprado en farmacias locales selectas dentro de la red que si comprara los medicamentos mes a mes.

Sus opciones del plan dental

Los empleados nuevos tienen dos opciones para la cobertura dental. 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. Solo se pueden hacer cambios en la cobertura dental existente durante el periodo de inscripción abierta en años impares. 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 dentro de la red no pueden cobrarle la diferencia entre lo que ellos cobren y el monto permitido.

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.

Primas mensuales en el 2026

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

	Dental Plus	Basic Dental
Empleado	\$33.88	\$0.00
Empleado/cónyuge	\$76.14	\$7.64
Empleado/hijos	\$92.76	\$13.72
Familia completa	\$124.00	\$21.34

¿Cuánto gastará de su bolsillo en cuidado dental?

Incluya esta cantidad en la hoja de cálculo de la página 14 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta de gastos médicos.

Monto: \$ _____

Comparación de planes dentales

	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 hasta un deducible de \$25 por persona. ¹ El plan pagará el 80 % 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 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 diagnósticos y preventivos, servicios básicos y servicios de prótesis dentales.	\$1,000 por persona al año para servicios diagnósticos y preventivos, servicios básicos y servicios de prótesis dentales.

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.

Ejemplo de un 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 permitido³	\$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 descarta esto	\$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

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

Su cobertura de visión

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

Primas mensuales en el 2026

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

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

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

Incluya esta cantidad en la hoja de cálculo de la página 14 para determinar cuánto debe contribuir a su cuenta de gastos médicos.

Monto: \$ _____

Resumen del Plan de Visión Estatal

	Dentro de la red usted paga:	Fuera de la red usted recibe:
Examen completo con dilatación, según sea necesario	Copago de \$10 .	Hasta \$35.
Imágenes de la retina	Hasta \$39 .	Sin reembolso.
Monturas	Un copago de \$0 y el 80 % del saldo por encima del monto permitido de \$150 .	Hasta \$75.
Lentes de plástico estándar	Copago de \$10 .	Hasta \$55.
Lentes progresivos estándar	Copago de \$35 .	Hasta \$55.
Lentes progresivos premium	Entre \$35 y \$80 para niveles del 1 al 3. Para el nivel 4, usted paga el copago y el 80 % del costo menos un monto permitido de \$120 .	Hasta \$55.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar	Copago de \$0 .	Hasta \$40.
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto premium	Un copago de \$0 y recibe un 10 % de descuento sobre el precio minorista menos el monto permitido de \$40 .	Hasta \$40.
Lentes de contacto convencionales	Un copago de \$0 y el 85 % del saldo por encima del monto permitido de \$130 .	Hasta \$104.
Lentes de contacto desechables	Un copago de \$0 y el saldo por encima de la asignación de \$130 .	Hasta \$104.

Su cobertura del seguro de vida

Si se inscribe en el seguro médico, quedará automáticamente inscrito en el seguro de vida básico sin costo alguno. Esta póliza ofrece una cobertura de \$3,000.¹ También recibirá una cantidad equivalente en concepto de seguro por muerte accidental y desmembramiento. Puede elegir una mayor cobertura para usted, su cónyuge y sus hijos. Más información sobre sus opciones de seguro de vida y servicios de valor añadido en peba.sc.gov/life-insurance.

Primas mensuales en el 2026

Seguro de vida opcional y seguro de vida para cónyuges y dependientes

Sus primas se determinan según la edad que usted o su cónyuge tenían al 31 de diciembre anterior y el monto de la cobertura. Las tarifas mostradas son por cada \$10,000 de cobertura. Recuerde revisar su prima, incluso si no cambia su nivel de cobertura. Su prima mensual cambiará cuando su grupo de edad cambie, con efecto a partir del 1 de enero siguiente.

Edad	Tarifa	Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
Menor 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	Mayor de 80 años	\$62.04
45-49	\$0.82	65-69	\$13.50		

Hijos dependientes

\$1.26 al mes. Solo pagará una prima por todos los hijos que califiquen.

Resumen del seguro de vida

	Nivel de cobertura	Nivel de cobertura Detalles de la cobertura
Seguro de vida opcional por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Elija incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000.	<ul style="list-style-type: none">El menor entre tres veces las ganancias anuales o \$500,000 de cobertura garantizada dentro de los 31 días posteriores a la elegibilidad inicial.Incluye una cantidad equivalente de seguro de vida por AD&DLa cobertura se reduce al 65 % a los 70 años, al 42 % a los 75 años y al 31,7 % a los 80 años y después.
Seguro de vida para cónyuges y dependientes por AD&D Su cónyuge no puede calificar para los beneficios del seguro administrado por la PEBA a través de su empleador.	Elija incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$100,000 o el 50 % del monto de su seguro de vida opcional, lo que sea menor.	<ul style="list-style-type: none">Si no está inscrito en el seguro de vida opcional, hay coberturas para el cónyuge de \$10,000 o \$20,000.Cobertura garantizada de \$20,000 dentro de los 31 días posteriores a la elegibilidad inicial.Incluye una cantidad equivalente de seguro de vida por AD&D
Hijos dependientes	\$15,000 por hijo.	<ul style="list-style-type: none">Cobertura 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.

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

Su cobertura por discapacidad a largo plazo

Si se inscribe en el seguro médico, quedará automáticamente inscrito en el seguro básico por discapacidad a largo plazo sin costo alguno. El beneficio máximo es de \$800 al mes. Puede elegir una mayor cobertura para protección adicional. Más información sobre la cobertura por discapacidad a largo plazo en peba.sc.gov/long-term-disability.

Factores de la prima mensual para el 2026

Para determinar su prima mensual, multiplique el factor de prima correspondiente a su edad y al plan seleccionado por sus ingresos mensuales.

Edad anterior al 1 de enero	Periodo de espera de 90 días	Periodo de espera de 180 días
Menor 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
Mayor de 66 años	0.00522	0.00401

Resumen del seguro suplementario por discapacidad a largo plazo (SLTD)

El seguro suplementario de discapacidad a largo plazo (SLTD) ofrece:

- tarifas grupales competitivas;
- beneficios para dependientes elegibles;
- cobertura por lesiones, enfermedades físicas, trastornos mentales o embarazo;
- incentivos para volver al trabajo;
- conversión del seguro por discapacidad a largo plazo;
- ajuste por costo de vida, y
- beneficios de seguridad vitalicia.

	Beneficio
Periodo de espera para recibir beneficios	90 o 180 días
Beneficios mensuales por SLTD ¹	Hasta el 65 % de sus ingresos previos a la incapacidad, reducido por los ingresos deducibles
Beneficio mínimo	\$100 al mes
Beneficio máximo	\$8,000 al mes

1 Los beneficios básicos y suplementarios por discapacidad a largo plazo están sujetos a impuestos sobre la renta federales y estatales. Consulte con su contador o asesor fiscal sobre sus obligaciones tributarias.

Sus opciones de *MoneyPlus*

MoneyPlus es un programa de cuentas con ventajas fiscales que le permite ahorrar en gastos médicos y de cuidado de dependientes que cumplan los requisitos. Usted financia las cuentas con dinero de su sueldo antes de que se le retengan los impuestos. Más información sobre sus opciones de *MoneyPlus* en peba.sc.gov/moneyplus.¹

Característica de prima de seguro antes de impuestos

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

Cuenta de gastos médicos

Su plan estándar funciona muy bien con una cuenta de gastos médicos (MSA, *Medical Spending Account*). Utilice su cuenta de gastos médicos (MSA) para pagar los gastos médicos elegibles, incluidos los copagos y el coseguro. Si tiene gastos elegibles, puede utilizar una tarjeta de débito para su cuenta o presentar solicitudes de reembolso. Puede transferir para el 2027 hasta \$680 en fondos no utilizados de su cuenta. Perderá los fondos superiores a \$680 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe reinscribirse cada año.

Cuenta de gastos médicos de uso limitado

Si está inscrito en el plan de ahorros, puede utilizar una cuenta de gastos médicos de uso limitado para pagar aquellos gastos que el plan de ahorros no cubre, como la atención dental y de visión. Puede transferir para el 2027 hasta \$680 en fondos no utilizados de su cuenta. Perderá los fondos superiores a \$680 que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe reinscribirse cada año.

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

Puede utilizar una cuenta de gastos para el cuidado de dependientes (DCSA) para pagar la guardería y otros gastos permitidos para las personas que califican, de modo que usted y su cónyuge, si procede, puedan trabajar o buscar trabajo. Las personas que califican son los hijos menores de 13 años o los dependientes fiscales de cualquier edad que sean mental o físicamente incapaces de cuidarse a sí mismos. No se puede utilizar para pagar la atención médica de dependientes. Usted presenta las solicitudes de reembolso a medida que tiene gastos elegibles. Los fondos se pueden utilizar para gastos incurridos entre el 1 de enero de 2026 y el 15 de marzo de 2027. Perderá los fondos que queden en su cuenta después de la fecha límite de reembolso. Debe reinscribirse cada año.

¹ Las contribuciones antes de impuestos reducen sus ingresos imponibles. Cuanto menores sean sus ingresos, mayor será el crédito por ingresos de trabajo. Consulte la *Publicación 596* del IRS o hable con un profesional de impuestos para más información.

Características de la cuenta

	Plan	Fondos disponibles	Gastos médicos	Gastos dentales, de visión	Gastos de cuidado infantil	Saldo transferible de un año a otro	Reinscripción anual
MSA	Estándar	1 de enero	✓	✓		Hasta \$680	✓
MSA de uso limitado	Ahorros	1 de enero		✓		Hasta \$680	✓
DCSA	N/A	Tal como se depositó			✓		✓

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

Plazos para reembolso en el 2026

Cuenta	Periodo de gracia	Fecha límite
Cuenta de gastos médicos	Ninguno	31 de marzo de 2027
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	Ninguno	31 de marzo de 2027
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes	15 de marzo de 2027	31 de marzo de 2027

Límites de contribución para el 2026²

Cuenta	Límite
Cuenta de gastos médicos	\$3,400
Cuenta de gastos médicos de uso limitado	\$3,400
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes ²	\$3,750 (casado, con declaración separada) \$7,500 (soltero, cabeza de familia) \$7500 (casado, con declaración conjunta)

² El límite de contribución para empleados con remuneraciones elevadas es de \$1,600.

Hoja de cálculo de MoneyPlus

Utilice la hoja de cálculo que aparece a continuación para calcular la cantidad que desea contribuir a una MSA (cuenta de gastos médicos) o una DCSA (cuentas de gastos para el cuidado de dependientes). Asegúrese de incluir las cantidades que indicó en las páginas 5, 7 y 9 de la hoja de cálculo. Sea prudente en su planificación. Recuerde que los fondos no reclamados no se le devolverán. Sin embargo, puede transferir hasta \$680 de los fondos de la cuenta MSA no utilizados al plan del año 2027. No puede transferir fondos de la DCSA ni 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 médico	\$
Copagos y coseguros	\$
Medicamentos con receta	\$
Cuidado dental	\$
Cuidado de la visión	\$
Gastos de traslado para recibir asistencia médica	\$
Otros gastos elegibles	\$
Contribución anual	\$

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

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

Gastos de cuidado infantil	
Servicios de guardería	\$
Servicios de cuidado a domicilio/au pair	\$
Guardería/preescolar	\$
Cuidado después del horario escolar	\$
Campamentos de verano	\$
Gastos de cuidado de adultos mayores	
Cuidados diurnos en un centro	\$
Cuidados a domicilio	\$
Contribución anual	\$

Su cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Los miembros del plan de ahorros para la salud del Estado 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 futuros gastos médicos. Más información sobre las cuentas HSA en peba.sc.gov/hsa.

Beneficios de una cuenta de ahorros para la salud

Una HSA es esencial para ayudarlo a prepararse para sus gastos médicos.

- **Pague los artículos de atención médica elegibles con su tarjeta de débito.** Utilice su tarjeta de débito de HSA en las tiendas, en línea o en el consultorio de su médico.
- **Hago pagos en línea. Utilice la función de pago de facturas en línea para pagar sus facturas médicas o reembolsarse a usted mismo.**
- **Todos los fondos se transfieren de un año al siguiente.** No tiene que gastar los fondos en el año en que los deposita.
- **Mantenga su cuenta.** El dinero de su cuenta le pertenece a usted. Si deja su trabajo o se jubila, puede llevarse la cuenta consigo y seguir utilizándola para gastos elegibles.
- **No hay límite en cuanto a lo que puede ahorrar.** Si bien existe un límite de contribución anual, no hay límite en cuanto a la cantidad que puede acumular en su cuenta.
- **Invierta sus ahorros.** Puede invertir sus fondos una vez que el saldo de su cuenta alcance los \$1,000 para recibir ingresos por inversiones libres de impuestos.

Cuenta de gastos médicos de uso limitado

También puede inscribirse en una cuenta de gastos médicos 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. Más información en la página 12.

Límites de contribución del 2026

Su nivel de cobertura médica determina su límite de contribución.

Nivel de cobertura	Límite
Solo usted	\$4,400
Familia	\$8,750
Aportes adicionales para miembros de 55 años o más	\$1,000

Cómo inscribirse

Para hacer contribuciones antes de impuestos mediante deducciones 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 la PEBA y usted recibirá un correo electrónico de bienvenida de HSA Central con instrucciones sobre cómo abrir la cuenta completamente una vez esté configurada.

Limitaciones de las cuentas HSA

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

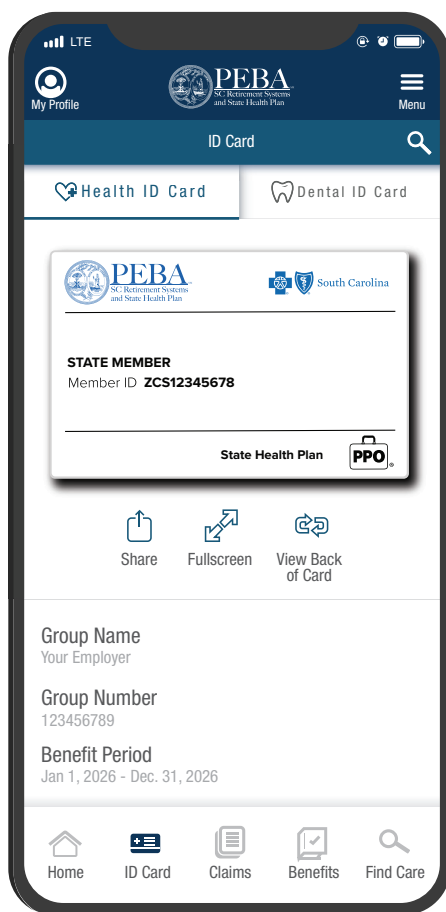
Cuotas mensuales de HSA Central para el 2026

Tipo	Cuota
Estados de cuenta físicos	\$3.00

Está cubierto con las tarjetas de identificación de afiliado

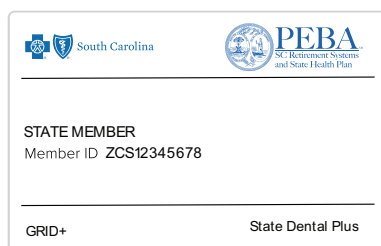
Usted recibirá tarjetas del seguro para los beneficios de salud, recetas médicas, Dental Plus y beneficios de visión. También puede acceder a sus tarjetas digitales desde las aplicaciones de BlueCross, Caremark y EyeMed. En las tarjetas solo aparece el nombre del titular de la póliza, pero todos los familiares incluidos en la cobertura las pueden utilizar.

¿Perdió una de sus tarjetas del seguro? Las tarjetas se pueden reemplazar utilizando los contactos que figuran a continuación. Necesitará su número de identificación de beneficios (BIN). Si no conoce su BIN, visite mybenefits.sc.gov y seleccione "Get My BIN" (Obtener mi BIN) en la esquina inferior derecha.



Plan de Salud Estatal

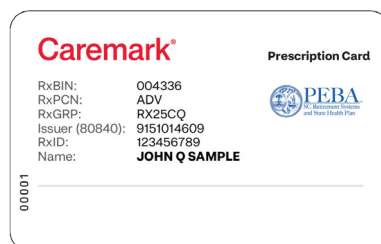
Si necesita ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur al **800.868.2520** o inicie sesión en [My Health Toolkit®](#).



Dental Plus

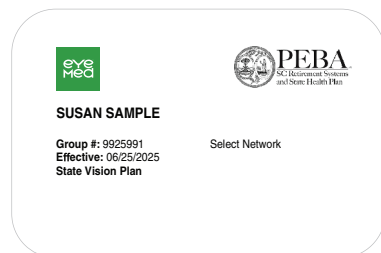
Si necesita ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a BlueCross al **888.214.6230** o inicie sesión en [My Health Toolkit](#).

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



Medicamentos con receta

Si necesita ayuda para acceder o reemplazar su tarjeta, llame a Caremark al **833.291.3646** o visite www.caremark.com.



Cuidado de la visión

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

Sus beneficios dondequiera que esté

¿Sabía que su teléfono puede ser su mejor aliado para acceder a la información sobre sus beneficios del seguro? Hay aplicaciones móviles disponibles para sus beneficios de salud, dentales, de visión y recetas médicas, así como para sus cuentas de gastos flexibles *MoneyPlus* y su cuenta de ahorros para la salud.



Busque *My Health Toolkit*

BlueCross BlueShield of South Carolina

Beneficios médicos y dentales

- Infórmese sobre su cobertura.
- Complete el cuestionario de coordinación de beneficios (véase la página 18).
- Vea el estatus de reclamaciones.
- Acceda a sus tarjetas de identificación.
- Encuentre proveedores.



Busque *CVS Caremark*

Caremark

Beneficios de recetas médicas

- Compruebe si un medicamento requiere autorización previa y compare precios.
- Busque una farmacia dentro de la red.
- Pida y renueve recetas médicas por correo.
- Acceda a sus tarjetas de identificación.



Busque *EyeMed Members*

EyeMed

Beneficios de visión

- Infórmese sobre su cobertura.
- Busque proveedores dentro de la red.
- Configure recordatorios para chequeos de visión y cambios de lentes de contacto.
- Acceda a sus tarjetas de identificación.



Busque *ASIFlex Self Service*

ASIFlex

Cuentas de gastos flexibles

- Envíe y revise el estatus de una solicitud.
- Envíe documentación.
- Vea detalles de la cuenta.
- Lea los mensajes seguros de la cuenta.



Busque *HSA Central*

HSA Central

Cuentas de ahorros para la salud

- Realice transacciones de HSA y consulte la actividad de la cuenta.
- Vea y gestione sus contribuciones.
- Tome fotos de sus recibos para fines fiscales.
- Escanee artículos para determinar si son gastos médicos elegibles.

Ayuda de salud en la palma de su mano

Los mensajes de texto son una forma estupenda de mantenerse al día con sus hijos, 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 valores.

Como miembro del Plan de Salud Estatal, recibirá automáticamente mensajes de texto del plan, pero puede darse de baja en cualquier momento. *Pueden aplicarse cargos por uso de datos.*

Gestione sus beneficios de salud y farmacéuticos con *My Health Toolkit*.

Como miembro del Plan de Salud Estatal, tiene lugar conveniente para gestionar sus beneficios de salud y farmacéuticos. *My Health Toolkit* es su destino único.

Usar la aplicación *My Health Toolkit* es fácil.

Más información sobre su cobertura. Consulte su cobertura médica, deducible y gastos de bolsillo.

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

Vea las reclamaciones médicas. Vea el estatus de una solicitud de reembolso médico actual o anterior, la fecha de servicio, el importe cobrado por su proveedor y lo que usted podría deber.

Vea sus reclamaciones dentales. Consulte su cobertura, deducibles y gastos de bolsillo para la atención dental.

Vea o reemplace su tarjeta de identificación. Acceda a una versión electrónica de su tarjeta o solicite un reemplazo en el sitio web.

Gestione sus recetas médicas. Está a solo un clic de toda la información sobre sus medicamentos. Visite el **sitio web completo** para acceder a su cuenta de Caremark. Puede ver las reclamaciones de medicamentos recetados y el historial de pagos, así como buscar y comparar precios de medicamentos, ver si un medicamento está sujeto a reglas clínicas, ver el estatus de su pedido de recetas, acceder a una tarjeta digital de identificación y mucho más.

Busque proveedores. Utilice el enlace **"Find Care"** para ver una lista de doctores, centros médicos y dentistas dentro de la red en su área. Filtre su búsqueda y compare los resultados uno al lado del otro. Incluso puede ver los comentarios de otros miembros sobre un proveedor específico.

Otra información médica

Inicie sesión en su cuenta de [My Health Toolkit](#) a principios del año natural para actualizar esta información. Seleccione "My Plan & Benefits" (Mi plan y beneficios), "Health" (Salud) y "Other Health Information" (Otra información médica).

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.

Empiece hoy

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

1. **Busque My Health Toolkit** en su tienda de aplicaciones.
2. En la aplicación, seleccione **"Sign Up"** (Registrarse) o, visite www.StateSC.SouthCarolinaBlues.com y haga clic en **"Create An Account"** (Crear una cuenta).
3. Introduzca el número de identificación de miembro que figura en su tarjeta de identificación del Plan de Salud Estatal, así como su fecha de nacimiento.
4. Elija un nombre de usuario y contraseña
5. Introduzca su correo electrónico y elija la opción de no recibir documentos en papel.

Si aún no ha creado una cuenta Caremark, 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. Revise su explicación de beneficios después de recibir los servicios y compare la factura de su proveedor con el monto que figura en su explicación de beneficios.

¿Qué es una explicación de beneficios?

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

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

1

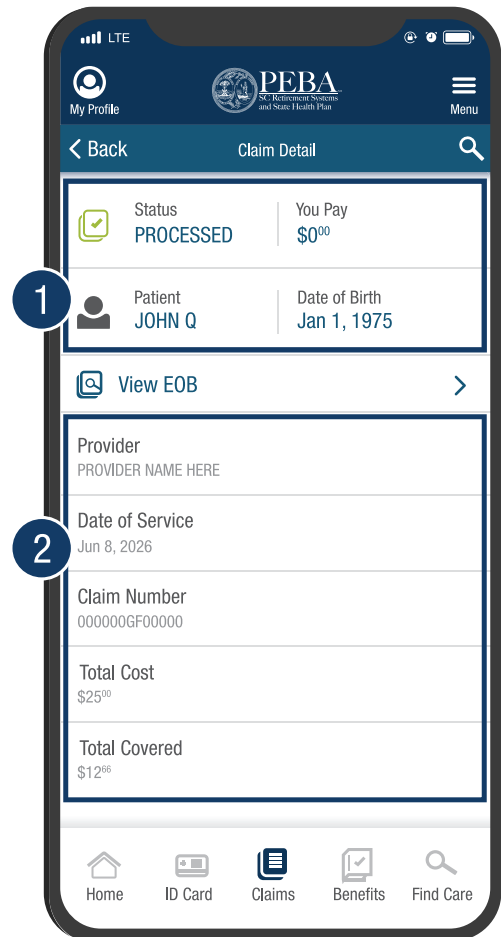
Resumen

Esta es una vista del estatus de su reclamación y la cantidad que podría deberles o ya haberles 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.



¡Sea ecológico!

Vea sus explicaciones de beneficios en la aplicación *My Health Toolkit*. Además, puede optar por recibir notificaciones electrónicas y le enviaremos un mensaje cada vez que tenga una nueva explicación de beneficios lista para consultar.

1. Inicie sesión en su cuenta a través de la aplicación móvil.
2. Seleccione **"My Profile"** (Mi perfil) en el menú.
3. Seleccione **"Contact Preferences"** (Preferencias de contacto).
4. Configure sus preferencias para recibir correos electrónicos, mensajes de texto o ambos.

Beneficios basados en el valor a bajo costo o gratis para usted

Siempre es mejor abordar un problema de salud antes de que se convierta en una crisis. Visite un proveedor o una farmacia dentro de la red para aprovechar estos beneficios basados en el valor a bajo costo o sin costo alguno para usted. Estos beneficios pueden ayudarles a usted y a su familia a mantenerse saludables. Más información sobre *PEBA Perks*, incluidos los requisitos de elegibilidad, en www.PEBAperks.com.



Evaluación de prevención

Identificar los problemas de salud a tiempo puede prevenir enfermedades graves y ayudarle a ahorrar dinero. Este beneficio, con un valor aproximado de \$500, le permite hacerse un examen biométrico sin costo alguno. Comparta sus resultados con su médico durante su chequeo de bienestar para minimizar el costo para el plan.

Vacunas para adultos

Las vacunas son una de las formas más seguras de proteger su salud y la 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.

Beneficios para adultos

Los chequeos de bienestar son fundamentales para la atención preventiva. Los miembros principales del Plan de Salud Estatal mayores de 19 años tienen derecho a un chequeo de bienestar anual gratis. Las mujeres que califiquen pueden aprovechar los chequeos de bienestar para adultos y también pueden recibir un chequeo de bienestar anual para mujeres sin costo alguno. Los servicios respaldados por la evidencia científica, identificados en las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos en los Estados Unidos, se incluyen como parte de los chequeos de bienestar para adultos y mujeres. Programe su examen preventivo antes de su chequeo de bienestar y comparta los resultados con su médico durante la visita para minimizar los costos para el plan.

Beneficios de chequeos de bienestar para niños (exámenes y vacunas)

Este beneficio tiene como objetivo promover la buena salud y la prevención de enfermedades en niños y jóvenes. Los hijos cubiertos hasta los 18 años son elegibles para este beneficio. El Plan de Salud Estatal cubre las visitas al médico según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, así como las vacunas según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los proveedores dentro de la red.

Exámenes de detección del cáncer colorrectal.

El cáncer colorrectal es la segunda causa más común de muerte por cáncer en los Estados Unidos. El Plan de Salud Estatal cubre el costo tanto de los exámenes de diagnóstico como de rutina según los rangos de edad recomendados por el USPSTF. Cualquier cargo por instalaciones o análisis de laboratorio asociados como resultado de la prueba de detección pueden estar sujetos a copagos, deducibles y coseguros.

Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

Las muertes por cáncer de cuello uterino han disminuido desde la implementación de los exámenes de detección generalizados para este tipo de cáncer.

El Plan de Salud Estatal les permite a las mujeres de entre 18 y 65 años tener una citología cada año natural sin costo alguno. Para las mujeres de entre 30 y 65 años, el plan cubre la prueba del VPH en combinación con una citología una vez cada cinco años sin costo alguno.

Mamografías

Una mamografía es un paso importante para cuidar de usted misma. Este beneficio cubre una mamografía de rutina de referencia (cuatro vistas) para mujeres de entre 35 y 39 años. Las mujeres mayores de 40 años se pueden hacer una mamografía de rutina (cuatro vistas) cada año natural. El Plan de Salud Estatal también cubre las mamografías diagnósticas, que están sujetas a copagos, deducibles y coseguros.

Salud conductual

Meru Health ofrece un programa de tratamiento gratuito de 12 semanas para 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. También pueden aprovechar, sin costo alguno, el asesoramiento de salud a través de BlueCross.

Peso saludable

*Wondr Health*¹ le ayudará a aprender las habilidades necesarias para perder peso y no recuperarlo, sin dejar de comer sus alimentos favoritos, gracias a un programa en línea de 12 semanas clínicamente probado. BlueCross también ofrece asesoramiento de salud para ayudarle a alcanzar sus objetivos de control de peso.

Salud cardíaca

*Hello Heart*¹ es un programa fácil de usar que lo ayuda a monitorear, comprender y gestionar su salud cardíaca desde la privacidad de su teléfono. También puede trabajar con un asesor de salud de BlueCross que le ayudará a comprender su afección y cómo gestionarla.

Control de la diabetes

*Virta*¹ es un programa que puede ayudarle a revertir la diabetes tipo 2 mientras reduce y controla de forma natural su nivel promedio de azúcar en sangre (HbA1c). También puede recibir clases con educadores certificados en diabetes, y un asesor de salud de BlueCross puede ayudarle a comprender y manejar su afección.

No-Pay Copay

El programa *No-Pay Copay* anima a los miembros a comprometerse más con su salud y les permite ahorrar dinero. Al completar las actividades de Personify Health cada año, pueden recibir determinados medicamentos genéricos durante el resto del año y el año siguiente a un costo menor o gratis. Las condiciones cubiertas incluyen:

- Hipertensión arterial y colesterol alto.
- Enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad coronaria.
- Diabetes.

Dejar de fumar

Este beneficio ofrece inscripción gratuita en el programa para dejar de fumar del Plan de Salud Estatal, e incluye un copago de \$0 para algunos medicamentos para dejar de fumar para los participantes que califiquen.

Salud materna

Los miembros pueden inscribirse en *Coming Attractions*, un programa de salud materna. A través del programa las participantes pueden recibir determinados sacaleches, eléctricos o manuales, sin costo alguno.

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

Recursos para mejorar su vida

La cobertura del Plan de Salud Estatal incluye beneficios de salud conductual para adultos y hijos. *Companion Benefit Alternatives* (CBA) ofrece servicios de gestión de la salud conductual, y algunos servicios requieren la autorización previa de CBA. Para preguntas generales, como por ejemplo si un servicio requiere autorización previa, llame a CBA al 800.868.2520.

Encuentre a 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 habitual. 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 alguno para los miembros principales del Plan de Salud Estatal mayores de 18 años 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 y mucho más. Más información e inscribirse en meruhealth.com/cba.

Para enfermedades mentales y consumo de sustancias en adolescentes

Los proveedores de la red virtual *Bend Health* trabajan con familias con niños, adolescentes y adultos jóvenes de hasta 25 años. *Bend* ofrece una amplia gama de cuidados, incluyendo asesoramiento preventivo sobre enfermedades mentales graves y consumo de sustancias, con el fin de ofrecer un plan de cuidados integral y personalizado, seguido de un tratamiento a través de sesiones semanales por videoconferencia. Las familias reciben apoyo adicional siempre que lo necesitan. *Bend Health* está disponible para los miembros principales del Plan de Salud Estatal, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del plan. 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 desde la comodidad de su hogar. Tenga su primera cita terapéutica en una semana o menos, y luego elija el horario que más le convenga. Una visita de *Blue CareOnDemand* está cubierta como una visita tradicional al consultorio según el Plan de Salud Estatal. Inicie sesión en su cuenta de *My Health Toolkit*® para comenzar una visita.

Asesoramiento de salud

Los asesores de salud les ofrecen apoyo gratuito y trabajan uno a uno con los miembros que se encuentran en proceso de recuperación de una adicción y a los que han sido diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), trastorno bipolar y depresión.

Los asesores de salud animan a los miembros a seguir su plan de tratamiento, los ayudan a establecer objetivos y los enseñan a manejar los síntomas. El asesoramiento está disponible sin costo alguno para los miembros principales adultos del Plan de Salud Estatal. BlueCross identifica a los participantes mediante la revisión de las reclamaciones médicas, farmacéuticas y de laboratorio. Se le inscribirá automáticamente si puede beneficiarse de alguno de los programas. Sin embargo, puede darse de baja en cualquier momento. Para inscribirse por su cuenta, llame a BlueCross al 855.838.5897.

Para 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. *Equip* está disponible para los miembros principales del Plan de Salud Estatal y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del plan. Más información en www.equip.health o llame al 855.538.1465.

Los proveedores de *Within Health* ofrecen servicios intensivos ambulatorios y de hospitalización parcial. Los proveedores de *Within* le ofrecerán ayuda cuando la necesite para que pueda reconstruir la conexión con su verdadero yo y sanar por completo. *Within* está disponible para los miembros principales del Plan de Salud Estatal, y los costos del tratamiento siguen las disposiciones normales del plan. Para más información, visite www.withinhealth.com o llame al 866.559.3073.

Ahorre dinero y obtenga la atención que necesita

Su médico de cabecera debe ser la primera persona a la que llame para recibir atención médica de rutina. ¿Pero qué pasa si el consultorio de su médico está cerrado o es una emergencia? Conozca sus opciones de atención médica para evitar preocupaciones innecesarias, gastos de bolsillo y horas de espera en la sala de emergencias.

Médico de cabecera

Su médico de cabecera es la mejor opción para recibir atención médica como:

- Cómo controlar su enfermedad crónica.
- Reabastecer sus recetas.
- Síntomas de resfriado y gripe, como fiebre, tos y dolor de garganta.
- Migrañas.
- Cortes y contusiones leves.
- Conjuntivitis.
- Erupciones cutáneas, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones de la piel.
- Alergias estacionales.
- Sinusitis o infecciones respiratorias.
- Esguinces.
- Infecciones urinarias.

Su médico de cabecera también podría ofrecer servicios de telesalud. Contacte a su proveedor dentro de la red para más información.

Telemedicina

Si el consultorio de su médico está cerrado, usted está de viaje o se siente demasiado enfermo para conducir, use las consultas por video para los problemas de salud que no sean urgentes, tales como:

- Síntomas de resfriado y gripe.
- Conjuntivitis.
- Erupciones cutáneas y otras irritaciones de la piel.
- Alergias estacionales.
- Sinusitis o infecciones respiratorias.
- Infecciones urinarias.

Blue CareOnDemand Busque *Blue CareOnDemand* en la tienda de aplicaciones de su celular para ver a un médico que diagnostique sus síntomas y, si es necesario, le recete un medicamento que podrá adquirir en su farmacia habitual.

Visite www.MUSChealth.org/virtual-care para iniciar una visita de atención médica con **MUSC Health Virtual Care**. Un médico diagnosticará sus síntomas y, si es necesario, le enviará una receta para su tratamiento a su farmacia local. Recuerde que debe encontrarse en Carolina del Sur en el momento de la visita.

Emergencias

Acuda a la sala de emergencias o llame al 911 en caso de afecciones graves o que pongan en peligro la vida, como:

- Tos o vómitos con sangre.
- Hemorragia intensa e incontrolada.
- Pérdida de conciencia o mareos repentinos.
- Lesiones graves, como fracturas óseas o traumatismos craneales.
- Reacciones alérgicas graves.
- Síntomas de un ataque cardíaco, como dolor en el pecho que dura más de dos minutos.
- Síntomas de accidente cerebrovascular, como entumecimiento o pérdida repentina del habla o la visión.

Usted paga un copago de \$15 más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible. Luego, le corresponde el copago más el coseguro.

Con *Blue CareOnDemand*, usted paga un copago de \$15¹ más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible. Luego, le corresponde el copago más el coseguro.

Usted paga \$0 por las visitas virtuales de MUSC. Está también disponible para los miembros primarios de Medicare.

Usted paga un copago de \$193¹ más el monto permitido restante hasta alcanzar su deducible. Luego, le corresponde el copago más el coseguro.

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

Evite costos al obtener la autorización para su tratamiento médico

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

Servicios médicos

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

- Atención hospitalaria no urgente en un hospital, incluido el ingreso hospitalario para dar a luz.
- Servicio ambulatorio que da lugar a un ingreso hospitalario.
- Septoplastia (cirugía del tabique nasal) ambulatoria.
- Histerectomía ambulatoria o con hospitalización.
- Escleroterapia (cirugía de venas).
- Quimioterapia o radioterapia.
- Ingreso en un centro de cuidados a largo plazo o en una residencia de cuidados de enfermería.
- Solicitud de equipos médicos duraderos.
- Fecundación *in vitro* u otros procedimientos para la infertilidad.
- Trasplante de órgano.
- Servicios hospitalarios de rehabilitación y terapia ambulatoria relacionada (física, del habla u ocupacional).

Embarazo

Llame a Medi-Call al **800.925.9724** durante los primeros tres meses de embarazo.

Emergencias

En caso de emergencia hospitalaria, llame a Medi-Call al **800.925.9724** para informar de su ingreso en un plazo de 48 horas o el siguiente día laborable.

Servicios de radiología

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

- Tomografía computarizada (CT).
- Resonancia magnética (MRI).
- Angiografía por resonancia magnética (MRA).
- Tomografía por emisión de positrones (PET).

Servicios de salud conductual

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

- Atención hospitalaria.
- Atención hospitalaria ambulatoria intensiva.
- Hospitalización parcial.
- Terapia electroconvulsiva ambulatoria.
- Terapia magnética transcraneal repetitiva.
- Terapia de análisis conductual aplicado.
- Pruebas psicológicas/neuropsicológicas.
- Es posible que algunos servicios ambulatorios de salud conductual no estén cubiertos por el plan si no recibe la autorización previa.

Planifique su cobertura de seguro para el 2026

Periodo de inscripción abierta

Durante el periodo de inscripción abierta, que es del 1 al 31 de octubre de 2025, usted puede cambiar su cobertura para el 2026. Revise su cobertura actual en *MyBenefits*: mybenefits.sc.gov. Si está conforme con su cobertura, no es necesario que haga nada. Su cobertura continuará en el 2026. Sin embargo, tenga en cuenta que debe volver a inscribirse cada año en las cuentas de gastos flexibles de *MoneyPlus*. Los cambios en la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de enero de 2026. Los aumentos en la cobertura del seguro de vida opcional y del seguro de vida para cónyuges dependientes podrían entrar en vigor después del 1 de enero, dependiendo de cuándo MetLife la apruebe.

Sus próximos pasos

Infórmese sobre los cambios que puede hacer durante la inscripción abierta y su planilla en peba.sc.gov/oe. A continuación, inicie sesión en *MyBenefits* en mybenefits.sc.gov, antes del 31 de octubre de 2025, para cambiar su cobertura para el 2026. Su administrador de beneficios también puede ayudarle.

Nuevas contrataciones

Su empleador 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. A partir de la fecha en que sea elegible, tiene 31 días para inscribirse en su seguro médico y en los otros beneficios disponibles del seguro.

Sus próximos pasos

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

La **Guía de beneficios del seguro médico 2026** está disponible en peba.sc.gov/publications.

Resúmenes de beneficios y cobertura. Los resúmenes de beneficios y cobertura del 2026 para los planes estándar y de ahorros están en peba.sc.gov/publications. Para solicitar copias, llame a la PEBA al 803.737.6800 o al 888.260.9430.

Exención de responsabilidad. Los administradores de beneficios y otras personas elegidas por su empleador para ayudar a los miembros a participar en los programas de beneficios para empleados administrados por la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur (la PEBA) no son agentes ni empleados de la PEBA y no están autorizados a vincular ni hacer declaraciones en nombre de la PEBA.

Aviso de derechos adquiridos

La Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur considera que el Plan de Salud Estatal es un "plan de salud con derechos adquiridos" (grandfathered health plan) en virtud de la Ley de 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. 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 ofrecer 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.



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 su información del 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*.

Divulgaciones a terceros

Estas empresas prestan servicios en nombre de la Autoridad de Beneficios para Empleados Públicos de Carolina del Sur, que administra el Plan de Salud Estatal y otros beneficios de seguros. BlueCross BlueShield de Carolina del Sur es el administrador externo del Plan de Salud Estatal y de los beneficios dentales. Companion Benefit Alternatives, Inc., administra los servicios de salud conductual. Evolent administra los servicios de radiología. Caremark administra los beneficios farmacéuticos. EyeMed administra los beneficios de visión. MetLife administra los beneficios del seguro de vida. The Standard administra los beneficios por discapacidad permanente. 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 (PEBA) 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 o 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 de lenguaje de señas.
 - 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.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si usted cree que la PEBA no le ha prestado estos servicios o lo 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*), 202 Arbor Lake Dr., Columbia, SC 29223, 888.260.9430 (teléfono), 803.570.8110 (fax), o por 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, de forma electrónica, 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 en

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Asistencia lingüística

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

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

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

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

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

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

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

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

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

نايف، غللا ركنا ثلحتت تنك اذ:ةظوحلم 1.888.260.9430 . مقرب لصتا.
ناجملاب كل رفاوتت ةيوغللا ةدعاسملا تامدخ

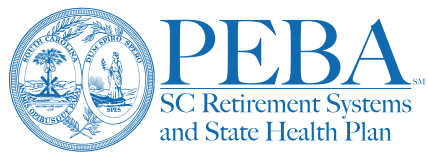
ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1.888.260.9430.

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।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែក ភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.260.9430



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