

DESTACAR EN TU BENEFICIOS

PRIMAVERA 2025



PREPÁRATE PARA

¿QUÉ HAY DENTRO?

Novedades para 2025	2
Inscribirse y realizar cambios	3
primas mensuales	7
Beneficios de un vistazo	8
Cambios en los beneficios	11
Recompensas Premium	12
Cuentas de gastos flexibles	14
Elegibilidad	16
Preguntas y respuestas	18
Beneficios para todos	21
Avisos importantes	22
A quién contactar	27

ABIERTO

INSCRIPCIÓN

16-30 DE MAYO DE 2025

VIGENTE PARA EL AÑO DEL PLAN DEL 1 DE JULIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2026

SITIO WEB DE DHRM OE

<https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2025-26>



¡Es hora de la inscripción abierta!

Abierto Anual

La inscripción es la

Es hora de que cada primavera hagas cambios relacionados con tu plan de salud y tus cuentas de gastos flexibles (FSA).

Asegúrese de tener en cuenta

Sus opciones cuidadosamente.

A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025

TODOS LOS PLANES

- Mensajes de texto/SMS a su teléfono inteligente: Envíe su teléfono móvil número para recibir actualizaciones importantes del Programa de la Oficina de Beneficios de Salud (OHB).
- Presentación de documentación dependiente:
Cambiar de 60 días a 30 días para proporcionar documentación de respaldo.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA LA SALUD (FSA)

- Aumentos máximos de contribución: puede reservar hasta \$3,300 en el año del plan 2025-26.

PLANES DE SALUD SENTARA (HMO)

- Tratamiento ambulatorio intensivo (IOP): el copago se reduce a \$200.
- Programa de Asistencia al Empleado (EAP): Aumenta a 5 visitas por incidente.
(Ver cambios en Beneficios de un vistazo)

LA PRIMA Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN CAMBIAR SUJETOS A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO FINAL DEL ESTADO.



Qué tener en cuenta Durante la inscripción abierta

Cada año debe tomar decisiones sobre sus beneficios de salud y cuentas de gastos flexibles (FSA). Si no toma ninguna medida, su plan de salud y su membresía actuales continuarán en el nuevo año del plan. Su FSA debe renovarse anualmente.

NO SE REQUIERE NINGUNA ACCIÓN SI:

- No tener cambios relacionados con el plan de salud,
- No se están inscribiendo en un FSA, o
- No planea participar en Recompensas Premium.

PUEDA TOMAR MEDIDAS PARA:

- Inscribirse o cambiar su plan de salud.
- Elegir o eliminar compras opcionales para COVA Care, COVA HDHP y COVA HealthAware.
- Renunciar a la cobertura.
- Agregar o eliminar miembros de la familia.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSAS)

- Inscribirse en una FSA de salud o de cuidado de dependientes o en ambas.
- Debe presentar una solicitud de inscripción cada año para tener una FSA.

RECOMPENSAS PREMIUM

- Los miembros elegibles deben completar un formulario de salud. Evaluación para recibir el incentivo Premium Rewards.

CÓMO OBTENER UNA COPIA DEL RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) para cada plan, que resume información importante sobre las opciones de cobertura de salud en el formato estándar, está disponible en el sitio web del Departamento de Gestión de Recursos Humanos (DHRM) en <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/>

[Inscripción abierta 2025-26](#). Puede obtener copias impresas gratuitas de los SBC enviando un correo electrónico a ohb@dhrm.virginia.gov.

SUS OPCIONES DE PLAN DE SALUD Y DONDE ESTÉ DISPONIBLE

Plan de salud Opciones	Donde esté disponible	
Atención COVA	Elegible para De primera calidad Recompensas	A nivel estatal y en otros lugares
COVA Consciente de la salud	Elegible para De primera calidad Recompensas	En todo el estado y en otros lugares
COVA HDHP	en todo el estado y en otros lugares	
Emperador Permanente HMO	Regional, principalmente en Virginia del Norte	
Sentara Planes de salud HMO (anteriormente Optima Health)	Regional, Gran Hampton Carreteras y costa este	
TRICARE Suplemento	En todo el estado y en otros lugares para participantes o cónyuges que sean jubilados militares	



ENVIANDO SU INSCRIPCIÓN ABIERTA ELECCIONES EN CARDINAL

Realice cambios relacionados con la cobertura de su plan de salud y sus cuentas de gastos flexibles (FSA) durante el próximo período de Inscripción Abierta (OE), del viernes 16 al viernes 30 de mayo de 2025. Utilizará Cardinal HCM para realizar sus elecciones de OE en línea. ¿Es su primera vez en Cardinal? ¿Olvidó su contraseña de Cardinal? Visite www.cardinalproject.virginia.gov/login-help para obtener consejos y asistencia para iniciar sesión.

1. Visite <https://my.cardinal.virginia.gov> para iniciar sesión.
2. Una vez en Cardinal, haga clic en Capital Humano
Enlace de gestión (HCM) .
3. Haga clic en el mosaico Detalles del beneficio .
4. Haga clic en el elemento de la lista Inscripción a beneficios (lado izquierdo de la pantalla).
5. Haga clic en el botón Iniciar (o Reelegir) para comenzar el proceso de OE.
6. Haga clic en el mosaico Médico para seleccionar o actualizar su plan de salud.
7. Revise a sus dependientes actuales cubiertos por su plan de salud para determinar si es necesario hacer cambios. Si no necesita agregar un dependiente,
Vaya al paso 29.

AGREGAR UN DEPENDIENTE

8. Haga clic en el botón Agregar dependiente .
9. Haga clic en el botón Agregar individuo .
10. Haga clic en el botón Agregar nombre .
11. Ingrese la información del nombre de su dependiente.
12. Haga clic en el botón Listo .
13. Ingrese la fecha de nacimiento y el género de su dependiente .
14. Seleccione "Hijo" o "Cónyuge" en Relación con el empleado.
15. Seleccione el estado civil de su dependiente utilizando el botón desplegable Estado civil .
16. El campo "Estudiante" tiene el valor predeterminado "No". Este campo no se registra en Cardinal ni se transmite al proveedor de beneficios de salud.
17. El campo Deshabilitado tiene como valor predeterminado "No" y no se puede cambiar.
18. El campo "Fumador" tiene como valor predeterminado "No fumador". Este campo no se registra en Cardinal ni se transmite al proveedor de beneficios de salud.
19. Si su dependiente tiene la misma dirección que
Si lo hace, verifique que la sección Dirección esté configurada como "Igual que la mía". Nota: Si su dependiente tiene una dirección diferente a la suya, modifique la dirección según corresponda.



¡Escanee el código QR para ver el video tutorial de inscripción abierta de Cardinal!



¿Necesita información adicional?

Visita www.cardinalproject.virginia.gov/OE.

20. Haga clic en el botón Agregar identificación nacional .
21. Complete los campos País, Tipo de identificación nacional y Identificación nacional (SSN) del dependiente.
22. Haga clic en el botón Listo .
23. Omita los botones Agregar teléfono/Agregar correo electrónico , esta información no es necesaria para los dependientes.
24. Haga clic en el botón Guardar en la parte superior derecha.
Nota : Si no tiene el número de Seguro Social de su dependiente, puede guardar el formulario. El administrador de beneficios de su agencia se comunicará con usted más adelante para obtener el número de Seguro Social.
25. Aparecerá un mensaje que indica que el archivo se ha guardado correctamente en una ventana emergente.
26. Haga clic en el botón Aceptar .
27. Repita los pasos 8 a 26 según sea necesario hasta que se agreguen todos los dependientes.
28. Después de agregar todos los dependientes, haga clic en el ícono Cerrar (X) en la esquina superior derecha.

INSCRÍBASE EN EL PLAN DE SALUD

29. En la sección Inscriba a sus dependientes ,
Seleccione la casilla azul "Inscribir" para los dependientes que deban recibir cobertura. Nota: Si desmarca la casilla, la eliminará de la cobertura.
30. En la sección Inscríbese en su plan , haga clic en el
Seleccione el botón para seleccionar el Plan de Beneficios aplicable.
31. Haga clic en el botón Listo en la esquina superior derecha.
esquina.
32. El mosaico Médico ahora muestra la cobertura
seleccionado, el número de dependientes inscritos, el costo del período de pago (o el costo anual, según su agencia) y el campo Estado se actualiza a "Cambiado".

ELEGIR EL GASTO FLEXIBLE CUENTAS

33. Si no se está inscribiendo en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA), salte al Paso 36.

34. Hay dos Cuentas de Gastos Flexibles disponibles: Gastos Médicos Flexibles y Gastos para el Cuidado de Dependientes Flexibles.
Nota: Si usa estos planes, ¡ debe renovarlos cada año! Repita este paso para elegir ambas FSA.

- Haga clic en el mosaico Gastos flexibles médicos (o en el mosaico Gastos flexibles de cuidado de dependientes).
- Haga clic en el botón Seleccionar para elegir Gasto médico flexible (o Gasto para atención de dependientes flexible).
- Ingrese el monto en el campo Compromiso anual .
El monto ingresado debe ser el monto que desea que salga de su salario durante todo el período.
año del plan.
- Haga clic en el botón Listo en la esquina superior derecha. esquina.

35. Omite el mosaico de tarifa administrativa de gastos flexibles ; esta opción se selecciona automáticamente y mostrará la tarifa administrativa asociada con su FSA.

PASOS FINALES

36. Confirme sus elecciones marcando lo siguiente elementos:

- Resumen de inscripción: Costo total del período de pago
- Perfil médico: el plan y el total de dependientes inscritos coinciden con sus elecciones de cobertura
- Mosaicos FSA: el costo del plan y del período de pago coincide con sus elecciones

37. ¡Haga clic en el botón Enviar inscripción para completar la inscripción abierta!



¡NO PIERDAS LA FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN ABIERTA!

Envíe sus elecciones en línea en Cardinal a partir del 16 de mayo y no más tarde de las 11:59 p.m. EDT del 30 de mayo de 2025.

REVISA TU SALUD CONFIRMACIÓN DE BENEFICIOS DECLARACIÓN

Una vez enviadas sus elecciones, Cardinal le enviará durante la noche un correo electrónico automático con el asunto "Su declaración de confirmación de beneficios de salud: ahora disponible en línea".

Recibirá este correo electrónico independientemente de si usted o su administrador de beneficios ingresaron sus elecciones. ¡Inicie sesión en Cardinal y revise su Declaración de Confirmación para asegurarse de que sus elecciones sean correctas!

Después de la inscripción abierta, todos los participantes elegibles Recibirá una confirmación, incluso si no realizó ninguna elección durante el período de inscripción abierta. Esto garantiza que todos los participantes tengan un registro del estado actual de sus beneficios.

¿Preguntas?

Comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.

¡NO ESPERES PARA ENTRAR EN CARDINAL!

Si se acerca el final del período de Inscripción Abierta (y aún no ha intentado acceder a Cardinal), envíe un formulario de inscripción impreso al Administrador de Beneficios de su agencia antes de la fecha límite.

OHB no puede aceptar cambios en la cobertura del plan de salud ni solicitudes de elección de FSA durante la Inscripción Abierta después de la fecha límite del 30 de mayo.

Consulte las instrucciones a continuación para enviar un formulario en papel.

ENVIANDO SU INSCRIPCIÓN ABIERTA USO DE ELECCIONES INSCRIPCIÓN EN PAPEL FORMA

Complete el formulario rellenable en el sitio web de DHRM en https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/inscripciones_abiertas_2025-26.

¡Imprima, firme y envíelo a su administrador de beneficios antes del cierre de operaciones el 30 de mayo de 2025!

Recuerde completar todas las secciones correspondientes del formulario de inscripción.

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES



Propuesta 2025 – 2026

Primas mensuales de los empleados

Los empleados asalariados que trabajan 30 horas o más por semana pagan el monto de "Pago del empleado".

Los empleados asalariados que trabajan menos de 30 horas a la semana pagan el monto de la "Prima Total".

LA PRIMA Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN CAMBIAR SUJETOS A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO FINAL DEL ESTADO.

PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA		2024-2025 PRIMAS MENSUALES			PROPUESTA 2025-2026 PRIMAS MENSUALES			
		Tú Solo	Tú Más Uno	Tú Más dos o más	Tú Solo	Tú Más Uno	Tú Más dos o más	
Atención COVA		Pagos de empleados	\$103	\$236	\$323	\$108	\$248	\$340
		El Estado paga	\$783	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$886	\$1,640	\$2,379	\$938	\$1,736	\$2,519
Atención COVA	+ Fuera de la red	Pagos de empleados	\$124	\$275	\$380	\$131	\$291	\$402
		El Estado paga	\$783	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$907	\$1,679	\$2,436	\$961	\$1,779	\$2,581
Atención COVA	+ Odontología ampliada	Pagos de empleados	\$136	\$296	\$411	\$141	\$308	\$428
		El Estado paga	\$783	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$919	\$1,700	\$2,467	\$971	\$1,796	\$2,607
Atención COVA	+ Fuera de la red + Odontología ampliada	Pagos de empleados	\$157	\$335	\$468	\$164	\$351	\$490
		El Estado paga	\$783	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$940	\$1,739	\$2,524	\$994	\$1,839	\$2,669
Atención COVA	+ Odontología ampliada + Visión y audición	Pagos de empleados	\$156	\$333	\$465	\$161	\$345	\$482
		El Estado paga	\$783	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$939	\$1,737	\$2,521	\$991	\$1,833	\$2,661
Atención COVA	+ Fuera de la red + Odontología ampliada + Visión y audición	Pagos de empleados	\$177	\$372	\$522	\$184	\$388	\$544
		El Estado paga	\$783	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$960	\$1,776	\$2,578	\$1,014	\$1,876	\$2,723
COVA Consciente de la salud		Pagos de empleados	\$17	\$53	\$54	\$19	\$87	\$106
		El Estado paga	\$768	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
	Prima total	\$785	\$1,457	\$2,110	\$849	\$1,575	\$2,285	
COVA Consciente de la salud	+ Odontología ampliada	Pagos de empleados	\$50	\$113	\$142	\$52	\$147	\$194
		El Estado paga	\$768	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$818	\$1,517	\$2,198	\$882	\$1,635	\$2,373
COVA Consciente de la salud	+ Expandido Odontología y visión	Pagos de empleados	\$60	\$133	\$170	\$62	\$167	\$222
		El Estado paga	\$768	\$1,404	\$2,056	\$830	\$1,488	\$2,179
		Prima total	\$828	\$1,537	\$2,226	\$892	\$1,655	\$2,401
Plan de salud de alto riesgo COVA		Pagos de empleados	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
		El Estado paga	\$665	\$1,239	\$1,810	\$739	\$1,366	\$1,998
	Prima total	\$665	\$1,239	\$1,810	\$739	\$1,366	\$1,998	
Plan de salud de alto riesgo COVA	+ Odontología ampliada	Pagos de empleados	\$33	\$60	\$88	\$33	\$60	\$88
		El Estado paga	\$665	\$1,239	\$1,810	\$739	\$1,366	\$1,998
		Prima total	\$698	\$1,299	\$1,898	\$772	\$1,426	\$2,086
Emperador Permanente HMO (disponible principalmente en Virginia del Norte)	+ Expandido Odontología y visión	Pagos de empleados	\$86	\$202	\$289	\$91	\$214	\$306
		El Estado paga	\$783	\$1,395	\$2,038	\$830	\$1,479	\$2,161
		Prima total	\$869	\$1,597	\$2,327	\$921	\$1,693	\$2,467
Sentara Health Planes (HMO) (Hampton Roads/ Costa Este)	+ Expandido Odontología y visión	Pagos de empleados	\$86	\$202	\$289	\$91	\$214	\$306
		El Estado paga	\$769	\$1,382	\$2,004	\$816	\$1,464	\$2,125
		Prima total	\$855	\$1,584	\$2,293	\$907	\$1,678	\$2,431
Suplemento voluntario de TRICARE*		Prima total	\$61	\$120	\$161**	\$61	\$120	\$161**

* Los residentes de Nueva York se comunican con la Oficina de Beneficios de Salud para conocer el monto de la prima de TRICARE

**Si un empleado cubre a varios hijos sin cónyuge, la tarifa es de \$120

BENEFICIOS 2025 DE UN VISTAZO

LA PRIMA Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN CAMBIAR SUJETOS A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO FINAL DEL ESTADO.

Planes de salud	COVA Consciente de la salud	Atención COVA	Plan de salud de alto riesgo COVA	Emperador HMO permanente	Sentara Health Planes HMO
Beneficios que recibe		Usted recibe	Usted recibe	Usted recibe	Usted recibe
Acuerdo de Reembolso de Gastos de Salud (HRA) Depósito del empleador en su HRA el 1 de julio de 2025	empleado de \$600 \$600 cónyuge inscrito	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
Beneficios dentro de la red		Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas
Deducible – por año del plan					
Una persona	\$1,500	\$300	\$1,750	Ninguno	\$200
Dos o más personas	\$3,000	\$600	\$3,500	Ninguno	\$400
Límite de gastos de bolsillo por año del plan					
• Una persona / Dos o más personas	\$3,000 / \$6,000	\$1,500 / \$3,000	\$5,000 / \$10,000	\$1,500 / \$3,000	\$2,000 / \$4,000
Visitas médicas (presenciales y telemedicina)					
• Médico de atención primaria	20% después del deducible	\$25	20% después del deducible	\$25	Nivel 1: \$10 / Nivel 2: \$30
• Visita médica por telesalud	\$0	\$0	20% después del deducible	\$0	\$0
• Especialista	20% después del deducible	\$40	20% después del deducible	\$40	Nivel 1: \$20 / Nivel 2: \$50
• Atención de urgencias	20% después del deducible	\$25 PCP/\$40 especialista	20% después del deducible	\$40	\$60
Servicios hospitalarios					
• Pacientes hospitalizados/ambulatorios	20% después del deducible	\$300 por estancia / \$125 por visita	20% después del deducible	\$300 por entrada / \$75 por visita	\$500 por entrada / \$200 por visita
Visitas a la sala de emergencias	20% después del deducible	\$300 por visita (exento en caso de admisión)	20% después del deducible	\$75 por visita (exento en caso de admisión)	\$200 por visita (exento en caso de admisión)
Viajes en ambulancia	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	\$50 por servicio	No emergencia - 20% después del deducible Emergencia - \$200
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio y radiografías	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	\$0 laboratorio, patología, inyecciones, radiología, pruebas de diagnóstico	20% después del deducible
Servicios de infusión (incluye quimioterapia intravenosa o inyectada)	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	\$25 PCP Especialista de \$40	Copago de \$40 por visita al consultorio Copago de \$100 por inyección preautorizada/ Medicamentos infundidos
Visitas de terapia ambulatoria					
• Terapia ocupacional y del habla	20% después del deducible	\$25 PCP/\$35 especialista	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodio)	\$30*
• Solo fisioterapia	20% después del deducible	\$15	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodio)	\$30*
• Fisioterapia y otros servicios relacionados, incluida la intervención manual y la manipulación espinal.	20% después del deducible	\$25 PCP/\$35 especialista	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodio)	\$30*
• Servicios quiroprácticos (límite de 30 visitas por año del plan por miembro)	20% después del deducible	\$25 PCP/\$35 especialista	20% después del deducible	\$40	\$35
Tratamiento del trastorno del espectro autista y servicios relacionados	20% después del deducible	\$25 por servicio/ Especialista de \$40	20% después del deducible	\$25 por servicio/ Especialista de \$40	PCP Nivel 1: \$10 Nivel 2: \$30 Especialista Nivel 1: \$20 Nivel 2: \$50
Salud conductual					
• Visitas profesionales médicas y no médicas	20% después del deducible	\$25	20% después del deducible	\$12 grupo/\$25 individual	\$10
• Tratamiento residencial para pacientes hospitalizados	20% después del deducible	\$300 por estancia	20% después del deducible	\$300 por entrada \$12	\$500 por entrada
• Tratamiento ambulatorio intensivo (PIO)	20% después del deducible	\$125 por episodio de atención	20% después del deducible	grupo/\$25 individual	\$200
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Hasta 4 visitas por incidente	Hasta 4 visitas por incidente	Hasta 4 visitas por incidente	Hasta 4 visitas por incidente	Hasta 5 visitas por incidente
Medicamentos con receta: genéricos obligatorios					
Farmacia minorista	20% después del deducible	Suministro para hasta 34 días \$15/\$30/\$45/\$55	20% después del deducible	Suministro para hasta 30 días Centro KP: \$15/\$25/\$40 Especialidad: 50%, \$75 máximo Comunidad participante: \$20/\$45/\$60 (3 x copago por 90 días)	Suministro para hasta 30 días \$15/\$30/\$45/\$55
Farmacia con entrega a domicilio	20% después del deducible	Suministro para hasta 90 días \$30/\$60/\$90/\$110	20% después del deducible	\$13/\$23/\$38 (2 x copago por 90 días)	Suministro para hasta 90 días \$30/\$60/\$90/NA **

*La terapia ocupacional y la fisioterapia están limitadas a un máximo de 30 visitas combinadas por año del plan. La terapia del habla está limitada a un máximo de 30 visitas por año del plan.

**El suministro para 90 días para medicamentos especializados de nivel 4 no está disponible.

BENEFICIOS 2025 DE UN VISTAZO

LA PRIMA Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN CAMBIAR SUJETOS A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO FINAL DEL ESTADO.

Planes de salud	COVA Consicniente de la salud	Atención COVA	Plan de salud de alto riesgo COVA	Emperador HMO permanente	Sentara Health Planes HMO
Beneficios dentro de la red	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas
Servicios de bienestar y prevención					
Visitas al consultorio en intervalos específicos, vacunas, análisis de laboratorio y radiografías.	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita de control anual (médico de atención primaria o especialista), vacunas, análisis de laboratorio y radiografías.	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
• Examen ginecológico de rutina, prueba de Papanicolaou, mamografía de detección, examen de próstata (examen rectal digital), antígeno prostático específico Prueba de PSA y detección del cáncer colorrectal	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista de rutina anual	\$0	\$15	\$15	\$25 PCP/\$40 especialista	\$15
Examen auditivo de rutina anual	\$0	Beneficio opcional*	No disponible	\$25 PCP/\$40 especialista	\$40
Audífonos y otros servicios relacionados con audífonos para niños de 18 años o menos (por oído con discapacidad auditiva)	Saldo después de que el plan pague \$1,500 (una vez cada 24 meses)	Saldo después de que el plan pague \$1,500 (una vez cada 24 meses)	Sujeto al deducible, con un coaseguro del 0%. El límite es de \$1,500 (cada 24 meses).	Saldo después de que el plan pague \$1,500 (una vez cada 24 meses)	Saldo después de que el plan pague \$1,500 (una vez cada 24 meses)
Servicios dentales					
Diagnóstico y preventivo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Odontología ampliada	Opcional Beneficio*:	Opcional Beneficio*:	Opcional Beneficio*:	Incluido con Medical:	Incluido con Medical:
• Beneficio máximo – por miembro	\$2,000	\$2,000	\$2,000	\$1,000	\$2,000
• Deducible	\$50/\$100/\$150	\$50/\$100/\$150	\$50/\$100/\$150	\$25 por persona/\$75 familia	\$50/\$150
• Atención primaria (básica)	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
• Restaurador complejo (incrustaciones, incrustaciones, coronas, dentaduras postizas, puentes)	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
• Ortodoncia - Beneficio máximo de por vida	50% sin deducible \$2,000	50% sin deducible \$2,000	50% sin deducible \$2,000	50% hasta \$1,000 (19 años o menos)	50% sin deducible \$2,000
Visión de rutina - Plan básico	Incluido con Médico:	Incluido con Médico:	Incluido con Médico:	Incluido con Médico:	Incluido con Médico:
• Examen de la vista de rutina anual	\$0	\$15	\$15	\$25 PCP/\$40 especialista	\$15
• Monturas de gafas	65% del precio de venta al público	80% del precio de venta al público, O 65% del precio de venta al público cuando se compra un par completo de anteojos	80% del precio de venta al público, O 65% del precio de venta al público cuando se compra un par completo de anteojos	Saldo después de que el plan pague \$75 (mayores de 19 años) <19 \$0 (1 par/plan anual)	80% después de que el plan pague \$100
• Lentes de gafas - plástico estándar - Soltero - Bifocales - Trifocal	\$40 \$60 \$80	\$50 \$70 \$105	\$50 \$70 \$105	Saldo después de que el plan pague \$75 (mayores de 19 años) <19 \$0 (1 par/plan anual)	\$20 \$20 \$20
• Lentes de contacto** - Convencional** - Desechable** - No electivo**	Lentes de contacto convencionales: 85% del precio de venta al público	Lentes de contacto convencionales: 85% del precio de venta al público (el descuento se aplica solo a los materiales)	Lentes de contacto convencionales: 85% del precio de venta al público (el descuento se aplica solo a los materiales)	Saldo después de pagar el plan: \$25 de descuento si se compra en KP Óptico	85% después de que el plan pague \$100 Saldo después de que el plan pague \$100 \$0
Visión de rutina ampliada	Opcional Beneficio*:	Opcional Beneficio*:			
• Monturas de gafas	80% después de que el plan pague \$100	80% después de que el plan pague \$100	No disponible	No disponible	No disponible
• Lentes - Lentes para gafas (plásticas estándar, simples, bifocales o trifocales) o	\$20	\$20	No disponible	No disponible	No disponible
• Lentes de contacto** - Convencional** - Desechable** - No electivo**	85% del precio de venta al público Saldo después de que el plan pague \$100 Saldo después de que el plan pague \$250	85% del saldo después de que el plan pague \$100 Saldo después de que el plan pague \$100 Cubierto por completo	No disponible	No disponible	No disponible
Audición de rutina •	Incluido en Básico Plan:	Opcional Beneficio*:		Incluido en Básico Plan:	Incluido en Básico Plan:
Examen de audición de rutina (una vez cada año del plan) \$0		\$40	No disponible	\$25 PCP / \$40 Especialista	\$40
• Audífonos y otros servicios relacionados con los audífonos*	No disponible	Saldo después de que el plan pague \$1,200 (una vez cada 48 meses)	No disponible	No disponible	Saldo después de que el plan pague \$1,200 (una vez cada 48 meses)
• Beneficio máximo	No disponible	\$1,200	No disponible	No disponible	\$1,200 Adultos
Fuera de la red	Incluido en el Plan Básico:	Beneficio opcional*:	Incluido en Básico Plan:		
	Se aplican límites deducibles y de bolsillo adicionales. Coaseguro del 40 % después del deducible de \$3000/\$6000. Puede aplicarse facturación de saldo.	Pago del plan reducido en un 25%. Puede aplicarse facturación de saldo.	Se aplican límites deducibles y de bolsillo adicionales. Coaseguro del 30 % después del deducible de \$1750/\$3500. Puede aplicarse facturación de saldo.	No disponible	No disponible. Programa para niños dependientes fuera del área disponible. Consulte el sitio web del plan para obtener el formulario.

El programa también ofrece el suplemento voluntario TRICARE, que se coordina con los beneficios federales TRICARE.

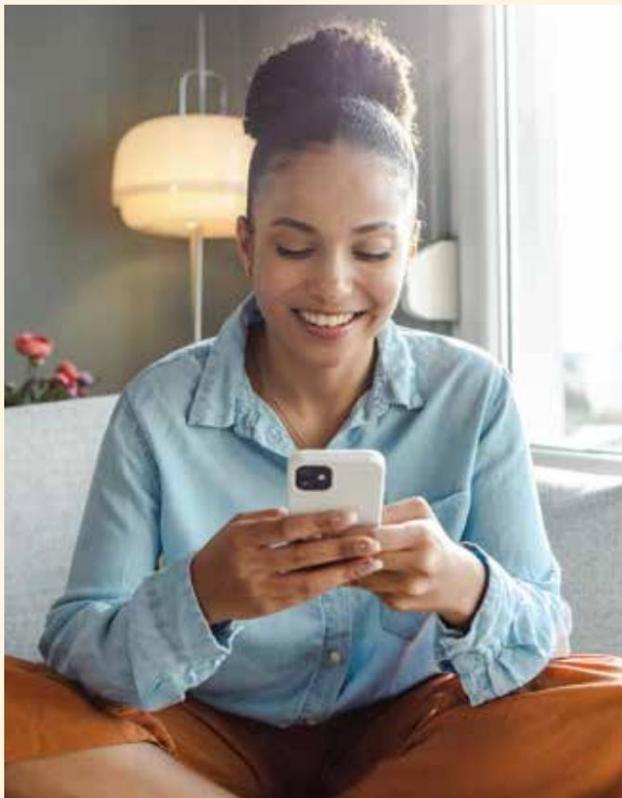
*Se ofrecen beneficios opcionales por una prima adicional y pueden comprarse en combinaciones como se muestra en su folleto de inscripción abierta (consulte el resumen de la prima).

**Los lentes de contacto electivos sustituyen a los anteojos. Los lentes no electivos están cubiertos cuando los anteojos no son una opción para corregir la visión.

MÁS TÚ
NECESITA SABER

NOTICIAS EMOCIONANTES:

¡REGÍSTRATE PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO EN TU TELÉFONO INTELIGENTE!



Prepárese para recibir importantes beneficios de salud. Reciba información del programa de la OHB directamente en su dispositivo móvil. Al aceptar recibir mensajes de texto, recibirá notificaciones rápidas en tiempo real.

¡Registrarse es muy fácil! Si desea recibir mensajes de texto, visite el sitio web de la DHRM: <https://public.govdelivery.com/accounts/VADHRM/signup/40873> y proporcione su número de teléfono móvil número y consentimiento.

Registrarse en esta función de mensajes de texto es independiente de cualquier otra información que su agencia o DHRM puedan recopilar y no reemplaza ninguna otra información. Esta información es únicamente para que OHB proporcione actualizaciones sobre los beneficios y no se compartirá con ninguna otra entidad. Esta nueva función de comunicación estará disponible una vez que se hayan registrado suficientes participantes.

Para cancelar la suscripción o dejar de recibir mensajes, responda "STOP" desde su dispositivo móvil. Recibirá una confirmación por SMS y no recibirá más mensajes a menos que vuelva a activarla.

Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Para obtener ayuda o consultar los Términos y Condiciones, visite:

<https://granicus.com/wireless/> (DHRM se ha asociado con Granicus para ofrecer este servicio).

Para conocer la política del sitio web de DHRM, visite <https://www.dhrm.virginia.gov/web-policy>.

¡AYUDA CON LOS DESAFÍOS GRANDES Y PEQUEÑOS DE LA VIDA!

CONOCE A TU PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO/EAP

Es importante dedicar tiempo a cuidar su bienestar mental y emocional. El Programa de Asistencia al Empleado (PAE) está diseñado para ayudarle con los desafíos de la vida, grandes y pequeños. El PAE es totalmente confidencial y está disponible para los afiliados a un plan de salud y sus familiares. Aproveche hasta 4 visitas de asesoramiento sin costo. Por problema, por año del plan, ya sea en persona, por teléfono o virtualmente. Hable con un consejero o terapeuta capacitado sobre ansiedad, duelo, depresión, conflictos familiares o conciliación de la vida laboral y personal. Además de brindar apoyo en los momentos difíciles, el PAE ofrece acceso rápido y fácil a recursos gratuitos, a corto plazo y con soluciones para ayudarle a afrontar los desafíos de la vida diaria.

Comuníquese con EAP para acceder a servicios como:

- Asesoramiento financiero y recursos gratuitos en línea
- Servicios legales y formularios gratuitos, incluidos testamentos, directivas anticipadas, facturas de venta, etc.
- Recursos de referencia para el cuidado de niños y ancianos
- Recursos para el cuidado de mascotas

Comuníquese con su plan de salud para obtener información adicional sobre la cobertura y las ofertas adicionales del EAP.

¡GANA RECOMPENSAS PREMIUM CADA MES!

Las Recompensas Premium son incentivos del plan de salud para los participantes de COVA Care y COVA HealthAware que se sometan a una evaluación de salud. Un empleado o su cónyuge inscrito pueden recibir un incentivo de \$204 anuales o \$408 anuales para ambos, si cumplen los requisitos para obtener una Recompensa Premium durante la Inscripción Abierta.

¿CÓMO GANO UNA RECOMPENSA?

Para el año del plan que comienza el 1 de julio de 2025, deberá enviar una evaluación de salud como se describe para recibir una Recompensa Premium.

UTILICE SU PROPIO DISPOSITIVO: Recomendamos encarecidamente a los participantes que utilicen sus propios dispositivos personales para completar una evaluación de salud, ya que el usuario puede administrar limitaciones como firewalls y cookies. Los participantes pueden recibir un error al usar una computadora proporcionada por el estado para acceder a la evaluación de salud debido a las limitaciones del administrador del sistema.

PARA GANAR UNA RECOMPENSA A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025:

Visite el sitio web o la aplicación móvil de su plan para acceder a su evaluación de salud. Complete o actualice su evaluación de salud entre el 16 y el 30 de mayo de 2025. Asegúrese de guardar una copia de su confirmación.

Recuerde que debe estar activo e inscrito en COVA Care o COVA HealthAware para poder optar a una recompensa. Los empleados inscritos y sus cónyuges deben registrarse con una cuenta aparte para enviar una evaluación de salud. Los empleados y sus cónyuges que se inscriban por primera vez en COVA Care o COVA HealthAware durante el período de inscripción abierta podrían tener que esperar hasta el 1 de julio de 2025 para completar una evaluación de salud. Los miembros actuales de COVA Care o COVA HealthAware que puedan cambiar sus planes para el 1 de julio de 2025 deberán completar su evaluación de salud con el administrador de su plan de salud actual.

CUANDO TE ENCUENTRAS CON EL REQUISITO

- Si el empleado o su cónyuge participan: ahorra hasta \$204 al año o \$17 por mes.
- El empleado y su cónyuge participan: usted ahorra hasta \$408 al año o un total de \$34 en primas por mes.

ACCESO A LA EVALUACIÓN DE SALUD

MIEMBROS DE COVA CARE

En línea

Aquí encontrará enlaces para acceder a su Guía de navegación de evaluación de salud de COVA Care para la [aplicación móvil de Sydney Health](#) y la [Guía de navegación de Sydney](#).

- Inicie sesión en www.anthem.com.
- Seleccione Mi panel de salud en el menú de navegación superior y seleccione Panel en el menú desplegable.
- El mosaico Mi registro de salud se mostrará en la parte superior. Haga clic en Comenzar.
- También puede acceder a Mi registro de salud desde la página Programas y hacer clic en Ver evaluación.
- Haga clic en el botón Enviar cuando haya completado su evaluación.
- Después de completar su evaluación, se le solicitará: Se muestran algunas recomendaciones personalizadas basadas en tus respuestas.

Dentro del mosaico morado de Mi Control de Salud hay un enlace para Ver Evaluaciones Completadas. Esto le permitirá imprimir o enviar por correo electrónico la fecha de su última evaluación de Mi Control de Salud.

- Si ya ha completado la evaluación en el año calendario actual, verá el enlace "Retomar la evaluación".

Aplicación móvil de Sydney Health

- Inicie sesión en la aplicación Sydney Health.
- Desde la pantalla de bienvenida de Sydney, puede hacer clic en el botón "Más", en la esquina inferior derecha.
- Desde el menú Access Care, seleccione Acceso a la atención flecha desplegable.
- Desde el menú Access Care, seleccione Mi panel de salud.

- Mi registro de salud estará en la parte superior; haga clic en Obtener Comenzó.
- En la página de bienvenida, haga clic en Ver evaluación.
- Una vez que haya respondido todas las preguntas haga clic en Entregar.
- Después de completar su evaluación, se le solicitará:
Se muestran algunas recomendaciones personalizadas basadas en tus respuestas.

Dentro del mosaico morado de Mi Control de Salud hay un enlace para Ver Evaluaciones Completadas. Esto le permitirá imprimir o enviar por correo electrónico la fecha de su última evaluación de Mi Control de Salud.

- Si ya ha completado la evaluación en el año calendario actual, verá el enlace "Retomar la evaluación".

Los miembros de COVA Care con dificultades de alfabetización, lenguaje o tecnología pueden comunicarse con Anthem al 1-800-552-2682 para obtener ayuda.

COVA HEALTHAWARE MIEMBROS

En línea

Guía de navegación de evaluación de salud COVA HealthAware para la aplicación móvil Aetna Health y el sitio web para miembros de Aetna.

- Inicie sesión en su sitio web para miembros de Aetna en www.aetna.com.
- Desplácese hacia abajo hasta que vea "Recursos para miembros" en el lado derecho de la página y haga clic en "Recursos de bienestar" en esta sección para abrir su Plataforma de participación de miembros.
- Una vez que se abra la Plataforma de participación de miembros, pase el cursor sobre "Mi salud" en el menú de la parte superior y luego haga clic en "Evaluación de salud".

Aplicación móvil de Aetna Health

- Inicie sesión en la aplicación móvil Aetna Health.
- Seleccione la pestaña Mejorar.
 - Cuando acceda a esta pestaña por primera vez, seleccione Comenzar.
 - Al acceder a esta pestaña por primera vez, seleccione Encuesta de salud.

Los miembros de COVA HealthAware con dificultades de alfabetización, lenguaje o tecnología pueden comunicarse con el equipo de conserjería de Aetna al 1-855-414-1901 para obtener ayuda.

Si cree haber ganado una Recompensa Premium y no la ha recibido, comuníquese con el Administrador de Beneficios de su agencia. Debe proporcionar una copia de la confirmación de su evaluación de salud de su plan.

La Plataforma de Participación de Miembros experimentará interrupciones del sistema desde el sábado 17 de mayo de 2025 a las 16:00 EDT hasta el domingo 18 de mayo de 2025 a las 12:00 EDT. Desde el martes 20 de mayo de 2025 a las 23:00 EDT hasta el miércoles 21 de mayo de 2025 a las 06:00 EDT.

Planifique en consecuencia.



PLANIFICAR CON ANTELACIÓN: HAZTE TU EXAMEN DE BIENESTAR

Requisitos de recompensas premium que cambian para el año del plan 2026-27

Se añadirá un examen de bienestar a los requisitos para calificar para el incentivo de Recompensas Premium. Además de completar la Evaluación de Salud, se requerirá un examen de bienestar para recibir su incentivo de Recompensas Premium a partir del 1 de julio de 2026. Le recomendamos que se realice un examen de bienestar este año para cumplir con los nuevos requisitos de Recompensas Premium. Recuerde, un examen anual/

El examen preventivo de bienestar no tiene costo para el miembro. Si no se realiza el examen de bienestar, podría perder el incentivo de Recompensas Premium a partir del 1 de julio de 2026. Se proporcionarán más detalles antes del 1 de julio de 2026.

¿NECESITA UN AHORRO EN SUS IMPUESTOS?

INSCRÍBASE EN UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

inspira™
FINANCIAL

¡Ahorre dinero en gastos de bolsillo para la salud o el cuidado de dependientes inscribiéndose en una FSA! Puede contribuir a una o ambas FSA si cumple los requisitos para recibir beneficios de salud, incluso si no está inscrito en un plan de salud estatal.

- Inscribirse en una FSA de salud o de cuidado de dependientes o en ambas.
- Debe enviar una solicitud de inscripción cada año que desee tener una FSA de salud y/o cuidado de dependientes.

¿QUÉ GASTOS SON ELEGIBLES?

- FSA de salud: use su dinero antes de impuestos para pagar gastos de atención médica elegibles, como:
 - Copagos, coaseguros y deducibles.
 - Otros gastos médicos elegibles de bolsillo.
- FSA para el cuidado de dependientes: use su dinero antes de impuestos para gastos elegibles de cuidado de dependientes relacionados con el trabajo, incluidos:
 - Cuidado a su hijo menor de 13 años.
 - Cuidar a su hijo calificado, cónyuge o familiar que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y viva en su hogar más de la mitad del año.

COVA HEALTHAWARE MIEMBROS

INSCRIBIRSE EN UNA FSA

- Recuerde al planificar un FSA de salud: el acuerdo de reembolso de salud (HRA) paga primero ciertos gastos médicos y farmacéuticos elegibles.

CONSULTE SU FSA LIBRO DE FUENTES PARA ASISTENCIA

Revise el Manual de Inspira FSA 2025 y visite el sitio web de Inspira para obtener detalles sobre qué gastos son elegibles, cómo funcionan las cuentas y más.

Visita <https://www.dhrm.virginia.gov/beneficiosparaempleados/inscripciónabierto-2025-26> o llame al 855-516-8595.



HAZLO SIMPLE. PAGA CON TU MASTERCARD INSPIRA HEALTH FSA.

Su FSA de salud incluye una tarjeta MasterCard Inspira. Una vez activada la tarjeta, tendrá acceso inmediato a los fondos de su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Salud. Solo los nuevos participantes recibirán una nueva Tarjeta Inspira MasterCard. Si se reinscribe en una FSA de Salud, podrá seguir usando su Tarjeta Inspira o PayFlex MasterCard actual hasta su vencimiento. El resto de participantes recibirá una nueva Tarjeta Inspira MasterCard.

Simplemente paga los gastos de atención médica elegibles en la mayoría de los comercios donde se acepta MasterCard.

Asegúrese de prestar especial atención a las transacciones con la tarjeta FSA de Salud que requieren verificación. Consulte el Manual de la FSA o visite el sitio web de Inspira para obtener más información.

- Resuelva todas las transacciones con tarjeta antes de que finalice su período de vencimiento.

¡NO PIERDAS DINERO!

Si su cuenta vence el 30 de junio de 2025, tiene hasta el 30 de septiembre de 2025 para solicitar un reembolso y resolver las transacciones pendientes de su tarjeta. (Nota: Si su cuenta vence antes del 30 de junio, tiene tres meses después de la finalización de su cobertura para tomar medidas). Envíe su solicitud de reembolso y la documentación a Inspira. Para más información, comuníquese con Inspira al 855-516-8595 o visite inspirafinancial.com.

COSAS QUE DEBE SABER SOBRE FSAS

FSA MÁXIMO CONTRIBUCIONES

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Salud: ¡ Aumento para 2025! Hasta \$3,300 por año de plan.

- FSA para el cuidado de dependientes: hasta \$5000 por año del plan, dependiendo de su estado civil para la declaración de impuestos. **CÓMO CALCULAR SU**

FSA CONTRIBUCIÓN

- Decide cuánto reservar para el año del plan.

Utilice la hoja de trabajo FSA en <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/> **Inscripción abierta 2025-26** para determinar el monto de su contribución anual.

TARIFA ADMINISTRATIVA

- \$2.10 deducidos mensualmente antes de impuestos por una o ambas FSA.

¡ÚSALO O PIÉRDELO!

Presente sus solicitudes de reembolso antes de la fecha límite (período de vencimiento); de lo contrario, perderá los fondos restantes de su FSA. Sus contribuciones no se transferirán al nuevo año del plan.

- Si su cuenta es por parte del año del plan, puede presentar reclamos de FSA elegibles hasta tres meses después de que finalice su período de cobertura.
- Si su cuenta finaliza el 30 de junio de 2026, tiene hasta el 30 de septiembre de 2026 para presentar sus reclamos de reembolso por las fechas de servicio durante el año del plan que finaliza el 30 de junio de 2026.

SI TIENE DEPENDIENTES GASTOS DE CUIDADO

No es necesario inscribirse en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de Dependientes durante la Inscripción Abierta. Si hay un cambio en los costos del cuidado de dependientes, puede realizar el cambio correspondiente dentro de los 60 días. Por ejemplo, si su hijo se inscribe en el cuidado de dependientes en otoño, puede inscribirse en la FSA para el Cuidado de Dependientes en ese momento. Planifique en consecuencia.

CONOZCA SU FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

Puede ahorrar dinero en gastos elegibles de cuidado de dependientes que paga de su bolsillo. Con una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de Dependientes, puede reservar hasta \$5,000 de sus ingresos por año del plan antes de impuestos. Use sus ingresos antes de impuestos para cubrir los gastos elegibles de cuidado de dependientes que se le proporcionen a su persona calificada para que usted (y su cónyuge, si está casado) puedan trabajar o buscar trabajo. Una persona calificada debe cumplir con los requisitos del IRS e incluir:

- Su hijo dependiente menor de 13 años que vive con usted durante más de la mitad del año.
- Su cónyuge u otro dependiente calificado que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y viva con usted durante más de la mitad del año.

¿Qué gastos son elegibles para reembolso bajo una FSA de cuidado de dependientes?

- Escuela preescolar o guardería
- Cuidado antes y después de la escuela
- Niñera (se aplican ciertas reglas)
- Cuidado de día para personas mayores para una persona que califique

¿Qué gastos no son elegibles para reembolso bajo una FSA de Cuidado de Dependientes? • Gastos de bolsillo por

atención médica recibida por su cónyuge o dependiente.

- Gastos de matrícula y/o educación (como escuelas de verano y programas de tutoría)
- Dinero pagado a su cónyuge o a su hijo menor de 19 años
- Gastos de alimentación (a menos que no puedan separarse de la atención)

Asegúrese de planificar sus gastos cuidadosamente, ya que cualquier fondo que no utilice se transferirá al plan. Si experimenta un cambio en el costo de la cobertura de su dependiente durante el año del plan, podría tener derecho a realizar el cambio correspondiente.

Consulte el Libro de fuentes de beneficios flexibles para obtener información más detallada sobre los requisitos para una persona calificada y los gastos elegibles bajo la FSA de cuidado de dependientes.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA COBERTURA Y DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Dependientes	Definiciones de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	El matrimonio debe ser reconocido como legal en la Mancomunidad de Virginia. Nota: Los ex cónyuges no serán elegibles, incluso con una orden judicial.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del acta de matrimonio certificada o registrada, y Fotocopia de la parte superior de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado que muestra al dependiente listado como "Cónyuge". NOTA: Toda la información financiera y los números de Seguro Social pueden ser redactados.
Natural o Adoptado Hijo/Hija	Un hijo o hija puede estar cubierto hasta el final del año en que cumple 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del acta de nacimiento o acuerdo de adopción legal que muestre el nombre del trabajador. NOTA: Si se trata de un acuerdo preadoptivo legal, deberá ser revisado y aprobado por la Oficina de Beneficios de Salud.
Hijastro o Hijastra	Un hijastro o hijastra puede estar cubierto hasta el final del año en que cumple 26 años. Nota: Sólo son elegibles los hijastros, mientras que sus padres biológicos siguen siendo elegibles.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del certificado de nacimiento (o acuerdo de adopción) que muestre el nombre del cónyuge del empleado; y Fotocopia del certificado de matrimonio que muestre el nombre del empleado y del padre dependiente y Fotocopia de la declaración de impuestos federales más reciente que muestre al padre del dependiente listado como "Cónyuge". NOTA: Toda la información financiera y los números de Seguro Social pueden ser redactados.
Otra mujer o Hijo varón	Un niño soltero en el que un tribunal ha ordenó al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) asumir la custodia permanente exclusiva; puede estar cubierto hasta el final del año en que cumpla 26 años si: <ul style="list-style-type: none"> el lugar de residencia principal es con el empleado; son miembros del hogar del empleado; reciben más de la mitad de su manutención del empleado y la custodia se otorgó antes del 18.º cumpleaños del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia de la Orden Judicial Final que otorga la custodia permanente con la firma del juez presidente.

Nota: Ninguna persona puede estar inscrita en más de un plan estatal de beneficios de salud bajo ninguna circunstancia. Si se determina que una persona está cubierta por error, el plan tiene derecho a tomar medidas correctivas.

SE MODIFICÓ EL PLAZO PARA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Al agregar dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que acredite su elegibilidad. Si no cuenta con la documentación, no se pierda la fecha límite de inscripción. Tiene 30 días adicionales a partir del final del período de inscripción abierta para presentar la documentación de elegibilidad.

La cobertura médica no entrará en vigor hasta que se reciba la documentación aprobada. Para más información, consulte con el administrador de beneficios de su agencia.



EVENTOS DE LA VIDA/EMPRESAS EXTERIORES DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Puede realizar ciertos cambios de elección durante el año del plan basados en ciertos eventos vitales o eventos calificados de mitad de año (ECA). Estos incluyen eventos como un nacimiento, matrimonio o divorcio. Para obtener una lista completa de eventos vitales/ECA, visite el sitio web de DHRM. Debe presentar su solicitud de cambio de elección y la documentación de respaldo dentro de los 60 días calendario posteriores al evento. El conteo regresivo comienza el día del evento. Si no tiene la documentación, no se pierda la fecha límite.

Tienes 30 días adicionales desde la solicitud de elección para presentar toda la documentación de respaldo.

La cobertura médica no entrará en vigor hasta que se reciba la documentación aprobada. Para más información, consulte con el administrador de beneficios de su agencia.

ELIMINAR NO ELEGIBLES DEPENDIENTES

Solo los familiares que cumplen con los requisitos de elegibilidad pueden recibir cobertura. Debe eliminar a los dependientes que no cumplan con los requisitos de elegibilidad del plan. Fuera del período de inscripción abierta, tiene 60 días calendario para enviar la solicitud de inscripción y eliminar a un dependiente no elegible. El plazo comienza el día del evento.

Los empleados que inscriban o no eliminen a personas no elegibles dentro del plazo de 60 días pueden estar sujetos a sanciones, incluida la exclusión del programa de beneficios de salud por hasta tres años.

Comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia o visite el sitio web de DHRM para obtener más información.

¿SE MUDARÁ DENTRO O FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO?

Sentara Health Plans y Kaiser Permanente son planes de salud regionales que requieren que usted viva o trabaje en el área de servicio para inscribirse y mantener la cobertura.

Si ya no reside ni trabaja en el área de servicio, la cobertura del plan de salud finalizará el primer día del mes siguiente al cambio. Tiene 60 días a partir del cambio de domicilio o lugar de trabajo para inscribirse en un nuevo plan de salud. Si no presenta una nueva elección, no tendrá cobertura. Su próxima oportunidad para elegir será si presenta un evento de mitad de año/de vida (EV) calificado consistente o durante el próximo período de inscripción abierta. Consulte los códigos postales del área de servicio del plan en el sitio web de [Sentara Health Plans](#) o [Kaiser Permanente](#), o comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.



BENEFICIOS DE SALUD Y FSAS

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

P. ¿Debo hacer algo durante el período de inscripción abierta?

A. No es necesario seleccionar nada si no ha cambiado su cobertura médica, no participa en el programa Premium Rewards ni se inscribe en una cuenta de gastos flexibles (FSA). Sin embargo, le recomendamos que inicie sesión en Cardinal HCM en <https://my.cardinal.virginia.gov> para revisar sus elecciones actuales y actualizar su información personal.

Debe presentar una solicitud de inscripción cada año para obtener una FSA. Consulte la página 14 para obtener más información.

Deberá realizar alguna acción para acceder o continuar con la Recompensa Premium para el año del plan 2025-2026. Consulte la página 12 para obtener más información.

P. ¿Cómo puedo determinar mi plan de salud actual?

A. Puede iniciar sesión en Cardinal HCM en <https://my.cardinal.virginia.gov> y, desde la página de inicio de Cardinal, seleccionar el mosaico "Detalles de beneficios" para revisar su resumen de beneficios de salud actual o comunicarse con su administrador de beneficios.

P. ¿Qué debo hacer si no puedo iniciar sesión en Cardinal HCM?

A. Si es la primera vez que utiliza Cardinal siga las instrucciones "¿Cómo accedo a Cardinal?" en www.cardinalproject.virginia.gov/OE en la Guía rápida de Cardinal para la inscripción abierta.

Si olvidó su contraseña

Siga las instrucciones de esta página web para obtener ayuda: www.cardinalproject.virginia.gov/portal.

Si aún no puede acceder a Cardinal HCM Comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.

Nota: Si se acerca el final del período de inscripción abierta, envíe un formulario de inscripción impreso al administrador de beneficios de su agencia antes de la fecha límite. No se aceptarán cambios en la cobertura del plan de salud ni solicitudes de elección de FSA después de la fecha límite.



P. ¿Qué pasa si quiero agregar un dependiente elegible a mi plan de salud pero actualmente no tengo la documentación requerida?

A. Debe presentar su solicitud de elección entre el 16 y el 30 de mayo de 2025. No se pierda la fecha límite de Inscripción Abierta. Puede presentar la documentación posteriormente. Tiene 30 días adicionales a partir del final del período de Inscripción Abierta para presentar la documentación de elegibilidad. Si se casó en los últimos doce meses, una fotocopia de un certificado de matrimonio certificado o registrado es suficiente para validar la elegibilidad de su cónyuge, ya que es posible que aún no esté disponible su declaración de impuestos.

Nota: La cobertura médica no entrará en vigor hasta que se reciba la documentación aprobada. Si tiene alguna pregunta, consulte con el administrador de beneficios de su agencia.

P. ¿Puedo agregar a mi dependiente que tenga 26 años?

A. Los dependientes que cumplan 26 años durante el año calendario 2025 podrán inscribirse durante la Inscripción Abierta. Sin embargo, se les dará de baja automáticamente de la cobertura el 31 de diciembre de 2025. Si recibe un error, deberá enviar un formulario de inscripción impreso a su agencia. Comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.

P. ¿Debo retirar a mi hijo dependiente que tenga 26 años este año calendario?

A. No. No es necesario que elimine a su dependiente durante la Inscripción Abierta ni el mes en que cumpla 26 años. Los dependientes elegibles seguirán siendo elegibles bajo el Programa de Beneficios de Salud para Empleados hasta el final del año calendario en que cumplan 26 años. Estos dependientes serán eliminados automáticamente de la cobertura el 31 de diciembre de 2025.

P. ¿Puedo inscribir a un dependiente que ya esté inscrito en otro plan de salud estatal de la Commonwealth of Virginia?

A. Ninguna persona puede estar inscrita en más de un plan de salud estatal bajo ninguna circunstancia. Si desea inscribir a su dependiente, deberá optar por darlo de baja del otro plan.

P. ¿Mi cónyuge y yo podemos inscribirnos en una cuenta de gastos flexible (FSA)?

A. Cuenta de salud : Sí, tanto usted como su cónyuge pueden tener una FSA de salud y contribuir hasta el máximo del año del plan FSA de salud del empleador.

Cuenta de cuidado de dependientes : Sí, dependiendo de su estado civil para la declaración de impuestos y de acuerdo con los límites del IRS.

Nota: Usted y su cónyuge no pueden presentar los mismos gastos para reembolso.

P. Una vez que comience el nuevo año del plan, ¿Puedo usar mi tarjeta MasterCard FSA para pagar los gastos del último año del plan?

A. No. No podrá usar su tarjeta de débito FSA después del 30 de junio de 2025 para pagar los gastos del año del plan 2024-2025. Solo podrá usar su tarjeta FSA MasterCard para los gastos incurridos a partir del 1 de julio de cada año del plan. Después del 30 de junio, deberá presentar solicitudes de reembolso por escrito de los gastos del año del plan anterior.

P. ¿Por qué aumentarán mis primas de atención médica a partir del 1 de julio?

A. Las primas de atención médica se determinan en función de los gastos del plan, incluyendo el pago de reclamaciones y la administración. El plan debe garantizar una financiación adecuada para cubrir los crecientes costos del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Estatales.

P. ¿Cómo sabré si mis elecciones de inscripción abierta se enviaron correctamente?

A. Recibirá un correo electrónico automático de Cardinal HCM durante la noche indicándole que inicie sesión en Cardinal HCM para revisar su estado de confirmación de Inscripción Abierta. Puede iniciar sesión en Cardinal HCM en <https://my.cardinal.virginia.gov> y, desde la página de inicio de Cardinal, seleccionar la opción "Detalles de beneficios" y luego "Declaraciones de beneficios" para revisar su estado de confirmación.

Al cierre de la Inscripción Abierta, todos los participantes elegibles recibirán una confirmación, incluso si no realizaron ninguna elección durante el período de Inscripción Abierta. Esto garantiza que todos los participantes elegibles tengan un registro del estado actual de sus beneficios.

Si no recibe ninguna notificación después de enviar su elección, comuníquese con su administrador de beneficios.

P. ¿Qué debo hacer si no cumplo con la fecha límite de inscripción abierta?

A. El último día para realizar una elección de Inscripción Abierta, incluyendo las elecciones de FSA, es el 30 de mayo de 2025. No podemos aceptar cambios en la cobertura del plan de salud ni solicitudes de elección de FSA después de la fecha límite. Su próxima oportunidad será durante la Inscripción Abierta de 2026 o si se produce un evento de vida consistente o un evento calificado a mitad de año. Sus elecciones de plan de salud se mantendrán como están designadas si no realizó ningún cambio. Dado que los miembros deben reinscribirse cada año para las FSA, no se les inscribirá en una FSA para el nuevo año del plan.



BENEFICIOS PARA
TODOS

LA COMUNIDAD DE EMPLEADO DE VIRGINIA PROGRAMA DE BIENESTAR



bienestar@dhrm.virginia.gov



commonhealth.virginia.gov

EDUCACIÓN PARA LA SALUD CAMPAÑAS

Reciba temas de bienestar impartidos por su consultor regional de bienestar de CommonHealth en su agencia o equipo. Para programar una cita, comuníquese con su coordinador de agencia de CommonHealth (o administrador de beneficios de RR. HH.).

No estoy seguro de quién es esa persona. Envíe un correo electrónico a wellness@dhrm.virginia.gov para averiguarlo.

CAMPEÓN DEL BIENESTAR OTORGAR

Nomine a un empleado de la Mancomunidad de Virginia que haya logrado cambios significativos en sus hábitos de salud, motivado a otros a tomar decisiones más saludables o contribuido a crear una cultura de bienestar en el lugar de trabajo o más allá. Consulte los requisitos de elegibilidad y envíe su nominación en commonhealth.virginia.gov/campeonesdelbienestar.html.

MINUTO CON UN

CORREOS ELECTRÓNICOS DEL GERENTE

Los gerentes y supervisores reciben mensajes mensuales con consejos rápidos para fomentar una cultura de bienestar en el lugar de trabajo.

Regístrese en forms.office.com/g/661fGes4LM.

MIÉRCOLES DE BIENESTAR

CORREOS ELECTRÓNICOS

Reciba mensajes semanales con consejos, trucos, información y rompecabezas para ayudarle a tomar decisiones saludables.

Regístrese en forms.office.com/g/GvGeA4wtz.



Vigilantes del peso DESCUENTO

Los empleados, cónyuges y dependientes adultos (mayores de 18 años) que cumplen los requisitos para recibir beneficios obtienen un 50 % de descuento sobre el precio de venta al público y pueden unirse a WeightWatchers por tan solo \$9.75 al mes. Regístrese en www.weightwatchers.com/us/commonhealth.

FACEBOOK

Obtenga consejos de bienestar e información sobre eventos y programas siguiendo a CommonHealth en <https://www.facebook.com/CommonHealthVA/> y <https://www.facebook.com/groups/saludcomúnen cualquier lugar/>.

YOUTUBE

Accede a una variedad de videos cortos e informativos que te ayudarán en tu camino hacia el bienestar y a añadir más movimiento, relajación y conocimiento a tu día. Visita youtube.com/@commonhealthva9169/videos.

AVISOS IMPORTANTES

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta guía describe sus beneficios. Los documentos oficiales del plan y del seguro rigen sus derechos y beneficios bajo cada plan. Para obtener más detalles sobre sus beneficios, incluyendo gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte el manual individual del miembro, que sirve como descripción resumida del plan (SPD), documento del plan o certificado de cobertura para cada plan. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán estos últimos. El Estado de Virginia se reserva el derecho de modificar en cualquier momento los beneficios, costos y otras disposiciones relacionadas con los beneficios.

RECORDATORIO DE DISPONIBILIDAD DE AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso tiene como objetivo recordar a los participantes y beneficiarios del Plan de Beneficios de Salud del Estado de Virginia (el "Plan") que el Plan ha emitido un Aviso de Privacidad del Plan de Salud que describe cómo utiliza y divulga la información médica protegida (PHI). Debería recibir del Administrador de Beneficios de su agencia una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Oficina de Beneficios de Salud. Si no recibe el aviso, comuníquese con su oficina de beneficios o visite el sitio web del DHRM en www.dhrm.virginia.gov para obtener una copia. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Beneficios de Salud del Departamento de Gestión de Recursos Humanos en ohb@dhrm.virginia.gov.

ASEQUIBLE

Ley de Atención Médica Asequible (ACA)

RESÚMENES DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBCS)

Los beneficios de salud disponibles a través de la Mancomunidad de Virginia representan un componente importante de su compensación. También brindan protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión.

Su plan ofrece diversas opciones de cobertura médica. Elegir una opción de cobertura médica es una decisión importante. Para ayudarle a tomar una decisión informada, su plan pone a su disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para cada plan, que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura médica en un formato estándar, para ayudarle a usted y a su familia a comparar las distintas opciones.

Los SBC están disponibles en el sitio web del Departamento de Gestión de Recursos Humanos: www.dhrm.virginia.gov. Puede obtener copias impresas gratuitas de los SBC enviando un correo electrónico a ohb@dhrm.virginia.gov.

Para obtener una descripción completa de los beneficios, límites y exclusiones del plan, consulte siempre el Manual del Miembro de su plan.

SALUD DE LA MUJER Y CÁNCER LEY DE DERECHOS

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, podría tener derecho a ciertas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de la Mujer en materia de Salud y Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica, incluyendo cobertura del pezón y la areola

reconstrucción (incluida repigmentación) para restaurar la apariencia física de la mama y reconstrucción de la pared torácica con cierre plano estético;

- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA AVISO

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal, bajo una Inscripción Especial HIPAA, es posible que pueda inscribirse usted mismo y sus dependientes en este plan si:

- Usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).
- Si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y todos sus dependientes elegibles. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

- Usted o su dependiente se vuelven elegibles para Medicaid o SCHIP subsidio de asistencia con la prima y solicita cobertura bajo el plan dentro de los 60 días a partir de la fecha en que se determina su elegibilidad.

Para solicitar una inscripción especial de HIPAA u obtener más información, comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.

COBERTURA EXTENDIDA/COBRA AVISOS

Al inscribirse en COVA Care, COVA HealthAware, COVA HDHP, Sentara Health, Kaiser Permanente o las Cuentas de Gastos Médicos Flexibles, debería recibir una Cobertura Extendida (COBRA)

Aviso general. Los avisos son distribuidos por Inspira Financial. Si no recibe su aviso, comuníquese con su administrador de COBRA, Inspira Financial Health, para obtener una copia.

La cobertura continua está disponible para usted y sus familiares cubiertos que pierdan su elegibilidad bajo el Programa Estatal de Beneficios de Salud, a menos que se inscriban en el plan suplementario de TRICARE. Puede encontrar más información sobre la Cobertura Extendida (COBRA) en el sitio web de DHRM o a través de su Administrador de Beneficios. Puede obtener información sobre la portabilidad del plan suplementario de TRICARE a través del administrador del plan.

AVISO SOBRE EL BIENESTAR PROGRAMA

AÑO DEL PLAN 1 DE JULIO DE 2025 HASTA 30 DE JUNIO DE 2026

ESTÁNDAR ALTERNATIVO RAZONABLE AVISO

Su plan de salud se compromete a ayudarle a alcanzar su mejor salud. Todos los empleados reciben recompensas por participar en un programa de bienestar.

Si cree que no puede cumplir con un estándar para obtener una recompensa bajo este programa de bienestar, podría calificar para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios.

Contáctenos al 888-642-4414 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

AVISO DE LA EEOC SOBRE PROGRAMAS DE BIENESTAR

Los programas voluntarios de bienestar están disponibles para todos los empleados, participantes del grupo de jubilados y cónyuges inscritos en los Planes de Salud COVA Care, COVA HealthAware y COVA con Deducible Alto bajo el Programa de Beneficios de Salud para Empleados/Jubilados de la Mancomunidad de Virginia. Los programas son administrados por los administradores de reclamaciones del plan médico, como se indica a continuación, de acuerdo con las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar disponible para usted, puede optar por completar una evaluación voluntaria de riesgos para la salud en línea o "HRA" que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). Al completar la HRA, los empleados/jubilados y sus cónyuges afiliados a los Planes COVA Care o COVA HealthAware obtendrán una prima. No es obligatorio completar la HRA ni participar en otros exámenes médicos. Sin embargo, los empleados/jubilados y sus cónyuges afiliados que opten por participar en el programa de bienestar completando la HRA obtendrán un incentivo de \$17 al mes por cada HRA completada. La prima entrará en vigor a partir de la fecha en que se complete la HRA. Si bien no es obligatorio completar la HRA, solo los empleados/jubilados y sus cónyuges que lo hagan obtendrán una prima.

Hay incentivos adicionales disponibles para los empleados y sus cónyuges inscritos en los Planes COVA Care y COVA HealthAware que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud, como se indica al final de este Aviso. Estos programas se describen en detalle en su Manual del Miembro. Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud requeridas para obtener un incentivo, podría tener derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con la Oficina de Beneficios de Salud del Departamento de Gestión de Recursos Humanos por correo electrónico a ohb@dhrm.virginia.gov o por teléfono al 888-642-4414. Los empleados/jubilados y sus cónyuges inscritos en el Plan de Salud con Deducible Alto de COVA pueden participar en estos programas de bienestar, pero no hay incentivos disponibles. La información de su Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) o las reclamaciones del plan de salud se utilizarán para brindarle información que le ayude a comprender su salud actual y los posibles riesgos. También podrá utilizarse para ofrecer servicios a través del programa de bienestar, como los que se detallan al final de este Aviso, u otra información que proporcione orientación sanitaria personalizada. Le animamos a compartir sus resultados o inquietudes con su médico.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica personal identificable. Si bien el programa de bienestar y el Programa de Beneficios de Salud para Empleados y Jubilados de la Mancomunidad de Virginia pueden usar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, los administradores de reclamaciones nunca divulgarán su información personal, ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según se indique expresamente.

Permitido por ley. La información médica proporcionada en relación con el programa de bienestar y que lo identifique personalmente no se compartirá con sus supervisores ni gerentes, y nunca podrá utilizarse para tomar decisiones sobre su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra forma, excepto en la medida permitida por la ley para realizar actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar. No se le solicitará ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar ni para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información para brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Solo el administrador de reclamaciones de su plan médico, que administra los programas de bienestar disponibles, recibirá su información médica personal identificable para brindarle los servicios del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de su historial personal, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa se utilizará para tomar decisiones laborales. Se tomarán las precauciones necesarias para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos relacionada con la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato. No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con la Oficina de Beneficios de Salud del Departamento de Gestión de Recursos Humanos por correo electrónico a ohb@dhrm.virginia.gov o por teléfono al 1-888-642-4414.

Los siguientes incentivos del programa de bienestar también están disponibles como parte de los planes COVA Care y COVA HealthAware:

PROGRAMA	INCENTIVO DISPONIBLE
Maternidad Apoyo	Exención de copago o aportación a la Salud Acuerdo de reembolso, según el diseño del plan
Finalización de Salud designada Actividades (Hacer-Derechos)	Contribución al Reembolso de Salud Disposición, según diseño del plan, en función de la finalización

SERVICIOS DE ACCESO A IDIOMAS - (TTY/TDD:711)

(Español) - Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda.

(chino) -
ID .

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

ASISTENCIA PREMIUM BAJO MEDICAID Y LA PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y también para la cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero podrían adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de ellos podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP. Llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si cumple con los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles para el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo está. Esto se denomina "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si reside en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 17 de marzo de 2025. Para obtener más información sobre la elegibilidad, comuníquese con su estado.

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico de AK

Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861

Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad de Medicaid:

<https://health.alaska.gov/dpa/Pages/predeterminado.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Pago de primas del seguro médico (HIPP)

Sitio web del programa: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676

Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa

de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:

<https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Retransmisión estatal 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/plan-de-salud-infantil-plus>
Servicio al cliente de CHP+:

1-800-359-1991/Retransmisión estatal 711

Programa de Compra de Seguro Médico

(HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web:

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP:

<https://medicaid.georgia.gov/programa-de-pago-de-prima-de-seguro-de-salud-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, Presione 1

Sitio web de GA

CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/Ley-de-Reautorización-del-Programa-de-Seguro-Médico-Infantil/Responsabilidad-Civil-de-2009-Chipra>

Teléfono: 678-564-1162, Presione 2

INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico

Todos los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>

Administración de Servicios Sociales y Familiares

Teléfono: 1-800-403-0864

Servicios para miembros Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:

[Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos](https://www.medicare.gov/medicaid/iowa)

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki:

[Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa | Salud y Servicios Humanos](https://www.hawki.gov/)

Hawki Teléfono: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: [Pago de primas del seguro médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos \(iowa.gov\)](https://www.hipp.gov/)

Teléfono HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencias/dms/miembro/Paginas/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky:

<https://chfs.ky.gov/agencias/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicare.gov/medicaid/la o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción:

https://www.mymaineconnection.gov/beneficios/s/?language=es_ES

Teléfono: 1-800-442-6003

TTY: Retransmisión de Maine 711

Página web de primas de seguros de salud privados:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/formularios-de-solicitud>
Teléfono: 1-800-977-6740

TTY: Retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/MassHealth/PA>
Teléfono: 1-800-862-4840

Teléfono de texto: 711

Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web:

<https://mn.gov/dhs/cobertura-de-atención-sanitaria/>
Teléfono: 1-800-657-3672

MISURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participantes/paginas/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/>

[Programas de atención médica de Montana/HIPP](#)

Teléfono: 1-800-694-3084

Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web:

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcnp.nv.gov>

Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/>

[programas-servicios/medicaid/](#)

[programa de primas de seguro de salud](#)

Teléfono: 603-271-5218

Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218

Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:

<http://www.state.nj.us/humanservices/>

[dmahs/clientes/medicaid/](#)

Teléfono: 1-800-356-1561

Asistencia Premium de CHIP Teléfono:

609-631-2392

Sitio web de

CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: <https://www.health.ny.gov/>

[atención médica/medicaid/](#)

Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>

Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono: 1-888-365-3742

OREGÓN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Paginas/index.aspx>

Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/>

[servicios/dhs/solicitud-para-programa-de-pago-de-primas-de-seguro-de-salud-medicaid-hipp.html](#)

Teléfono: 1-800-692-7462

Sitio web de CHIP: [Programa de Seguro](#)

[Médico para Niños \(CHIP\) \(pa.gov\)](#)

Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>

Teléfono: 1-855-697-4347, o

401-462-0311 (Línea directa de Rite Share)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR - Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>

Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: [Prima del seguro de salud](#)

[Programa de Pago \(HIPP\) | Texas](#)

[Salud y Servicios Humanos](#)

Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de la Asociación Premium para Seguros

de Salud (UPP) de Utah: [https://](https://medicaid.utah.gov/upp/)

[medicaid.utah.gov/upp/](#)

Correo electrónico: upp@utah.gov

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de expansión para

adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de

Utah: <https://medicaid.utah.gov/>

[programa de compra/](#)

Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT – Medicaid

Sitio web: [Prima del seguro de salud](#)

[Programa de Pago \(HIPP\) | Departamento de Acceso](#)

[a la Salud de Vermont](#)

Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web:

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/>

[asistencia-premium/famis-select](#)

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/>

[Asistencia con primas/seguro de salud, pago](#)

[de primas y programas HIP](#)

Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>

Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhr.vv.gov/bms/>

<http://mywvhpp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP

(1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/>

[badgercareplus/p-10095.htm](#)

Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/>

[healthcarefin/medicaid/programas-y-elegibilidad/](#)

Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa

de asistencia premium desde entonces

17 de marzo de 2025, o para obtener más información

sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos

Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.

UU.

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esta sea aprobada por la OMB bajo la PRA y muestre un número de control de la OMB vigente. El público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB vigente. Véase 44 USC 3507. Asimismo, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanción por incumplir una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB vigente. Véase 44 USC 3512.

Se estima que la carga de información pública necesaria para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos en promedio por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a la Oficina de Estadísticas de los Estados Unidos. Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de Control de la OMB 1210-0137.



A QUIÉN
CONTACTO
A QUIÉN
CONTACTO
A QUIÉN
CONTACTO
A QUIÉN
CONTACTO

Plan o Beneficio	Información del contacto
Atención COVA y <small>Plan de salud de alto riesgo COVA</small>	Servicios médicos, de la vista y de la audición - Anthem: 800-552-2682 o www.anthem.com/cova
	Medicamentos con receta - Farmacia Anthem (CarelonRx): 833-267-3108 o www.anthem.com
	Programa de Salud Conductual y Asistencia al Empleado (EAP) - Anthem: 855-223-9277 o www.AnthemEAP.com/cova
	Dental - Delta Dental de Virginia: 888-335-8296 o www.deltadentalva.com
	Opciones de atención virtual, incluido LiveHealth Online: aplicación Sydney Health o www.anthem.com/cova
	Mi control de salud Evaluación de salud: inicie sesión en www.anthem.com (o la aplicación móvil de Sydney) > Mi panel de salud > Programas Comuníquese con Anthem al 800-552-2682 para completar una evaluación de salud telefónica My Health Check-In.
	Programas de salud y bienestar - www.anthem.com (o la aplicación móvil de Sydney) > Mi panel de salud > Programas • Atención de afecciones (anteriormente Gestión de enfermedades) y Coach de bienestar: 844-507-8472 • Building Healthy Families (anteriormente Future Moms): www.anthem.com (o la aplicación móvil de Sydney) > Mi panel de salud > Programas - 833-414-4200
Programa de incentivos de ahorro compartido – SmartShopper: https://cova.smartshopper.com/ o Anthem: 844-277-8991	
COVA HealthAware	Salud médica, visual, auditiva y conductual - Aetna: 855-414-1901 o www.covahealthaware.com Salud conductual: 866-885-5596
	Medicamentos con receta - Farmacia Anthem (CarelonRx): 833-267-3108 o www.anthem.com
	Programa de Asistencia al Empleado (EAP) - Aetna: 888-238-6232 o www.mylifevalues.com (Nombre de usuario y contraseña: COVA)
	Dental - Delta Dental de Virginia: 888-335-8296 o www.deltadentalva.com
	Teladoc: www.teladoc.com/aetna o 855-835-2362
	Evaluación de salud: inicie sesión en www.aetna.com (o la aplicación móvil de Aetna) > Recursos para miembros > Recursos de bienestar
	Programas de salud y bienestar: 855-414-1901 o inicie sesión en www.aetna.com > Recursos para miembros > Recursos de bienestar
Programa de incentivos de ahorro compartido – SmartShopper: https://cova.smartshopper.com/ o Aetna: 833-849-0567	
Kaiser Permanente HMO <small>(Principalmente el norte de Virginia; consulte el sitio web para conocer los códigos postales específicos)</small>	Medicamentos recetados, médicos y de la vista Kaiser Permanente: 800-777-7902, 301-468-6000 en Washington, DC o www.my.kp.org/commonwealthofvirginia
	Visita médica en línea: www.kp.org o 800-777-7904
	Odontología – Liberty Dental: 800-764-5393 o www.libertydentalplan.com/kp-cova
	Salud Conductual - Kaiser: 866-530-8778
	Programa de Asistencia al Empleado (EAP) - Carelon Behavioral Health: 866-517-7042 o www.carelonwellbeing.com/kaiser
Planes de salud Sentara Vantage HMO (Greater Hampton Roads y Costa Este) <small>(Consulte el sitio web para conocer los códigos postales específicos)</small>	Servicios médicos, de medicamentos recetados, dentales, de la vista y de salud conductual - Sentara Health: 866-846-2682, www.sentarahealthplans.com/cova o members@sentara.com
	Visita médica en línea: MDLIVE o 866-648-3638
	Programa de Asistencia al Empleado (EAP): www.sentaraeap.com (Nombre de usuario: COVA) o 800-899-8174
Suplemento de TRICARE Selman & Company (SelmanCo): 800-638-2610 (presione la opción 1)	
Gastos flexibles Cuentas (FSA)	Inspira Financial FSA: 855-516-8595 (TTY:711) o inspirafinancial.com
Inscripción abierta Información	Cardenal HCM: https://my.cardinal.virginia.gov/ https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/inscripción-abierta-2025-26 Oficina de Beneficios de Salud: openenrollment@dhrm.virginia.gov ¿Tiene problemas con Cardinal? Contacte a su administrador de beneficios.



PUBLICADO POR EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS | COMMONWEALTH DE VIRGINIA



ABIERTO INSCRIPCIÓN 16-30 DE MAYO DE 2025

VIGENTE PARA EL AÑO DEL PLAN DEL 1 DE JULIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2026

SITIO WEB DE DHRM OE

<https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/inscripción-abierta-2025-26>



(antes conocido como

Twitter): <https://twitter.com/VirginiaDHRM>