

INFORMACIÓN OFICIAL SOBRE LA INSCRIPCIÓN ANUAL
PARA BENEFICIOS DE SALUD

INFORME SOBRE TUS BENEFICIOS

PRIMAVERA DE 2025



PREPÁRATE PARA

LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

DEL 16 AL 30 DE MAYO DE 2025

LO QUE TE ESPERA DENTRO DE ESTE FOLLETO

Novedades para 2025.....	2
Inscríbete y haz los cambios que quieras	3
Primas mensuales.....	7
Resumen de los beneficios	8
Cambios en los beneficios.....	11
Recompensas en la prima	12
Cuentas de gastos flexibles.....	14
Elegibilidad	16
Preguntas y respuestas	18
Beneficios para todos.....	21
Avisos importantes.....	22
Contacto	27

REVISADO EL 6/3/25

VIGENTE PARA EL AÑO DEL PLAN QUE VA DESDE
EL 1 DE JULIO DE 2025 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2026

SITIO WEB SOBRE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL DHRM

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



¡Es momento para la Inscripción abierta!

La Inscripción abierta anual sucede en cada primavera, y es el periodo durante el cual es posible realizar cambios relacionados con tu plan médico y tus cuentas de gastos flexibles (FSA). Asegúrate de considerar cuidadosamente tus opciones.

COMIENZA EL 1 DE JULIO DE 2025

TODOS LOS PLANES

- **Mensajes de texto a tu teléfono inteligente:** Proporciona tu número de teléfono para recibir actualizaciones importantes sobre el programa de la Oficina de Beneficios de Salud (OHB).
- **Entrega de la documentación del dependiente:** Esto cambia de 60 a 30 días para entregar documentación de respaldo.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA CUIDADO MÉDICO (FSA)

- **Aumento del máximo de aportes:** Puedes separar hasta \$3,300 durante el año del plan 2025-26.

SENTARA HEALTH PLANS (HMO)

- **Tratamiento Intensivo para Pacientes ambulatorios (IOP):** El copago se reduce a \$200.
- **Programa de Asistencia a los Empleados (EAP):** Se incrementa a 5 visitas por incidente.

(Consulta las modificaciones en Resumen de los beneficios)

LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR. SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO ESTATAL DEFINITIVO.

Puntos a tener en cuenta durante la Inscripción abierta

Cada año, tienes que tomar decisiones sobre tus beneficios de salud y tus cuentas de gastos flexibles (FSA). Si no tomas ninguna medida, se mantendrá tu plan médico actual y tus membresías vigentes en el nuevo año del plan. **Debes renovar tu FSA cada año.**

NO SE REQUIERE NINGUNA ACCIÓN SI:

- no realizarás cambios relacionados con el plan médico;
- no te inscribirás en una cuenta FSA; o
- no deseas participar en el programa Recompensas en la prima.

DEBES REALIZAR ALGUNA ACCIÓN SI DESEAS:

- Inscribirte en un plan médico o cambiar el plan médico actual.
- Suscribir o cancelar opciones de cobertura ampliada opcional de COVA Care, COVA HDHP y COVA HealthAware.
- Renunciar a la cobertura.
- Añadir o quitar miembros de la familia.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

- Insíbete en una cuenta FSA de cuidado médico o en una cuenta FSA de cuidado de dependientes, o en ambas.
- Debes presentar una solicitud de inscripción cada año si deseas tener una FSA.

RECOMPENSAS EN LA PRIMA

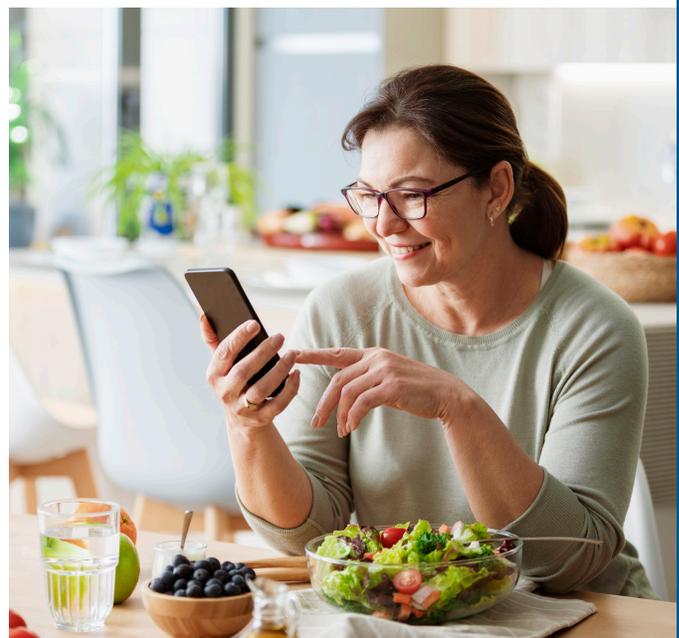
- Los miembros elegibles deben completar una evaluación de la salud para recibir el incentivo del programa Recompensas en la prima.

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

El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) de cada plan, que condensa la información importante acerca de las opciones de cobertura médica en el formato estándar, está disponible en el sitio web del Departamento de Gestión de Recursos Humanos, en <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2025-26>. También puedes obtener una copia impresa del SBC, sin cargo, si envías un correo electrónico a ohb@dhrm.virginia.gov.

TUS OPCIONES DEL PLAN MÉDICO Y DÓNDE ENCONTRARLAS

Opciones del plan médico	Dónde encontrarlas	
COVA Care	Elegible para el programa Recompensas en la prima	En todo el estado y en otros lugares
COVA HealthAware	Elegible para el programa Recompensas en la prima	En todo el estado y en otros lugares
COVA HDHP	En todo el estado y en otros lugares	
Kaiser Permanente HMO	Presencia regional, principalmente en el área norte de Virginia	
Sentara Health Plans HMO (antes, Optima Health)	Presencia regional, en Greater Hampton Roads y en Eastern Shore	
TRICARE Supplement	En todo el estado y en otros lugares para los participantes que sean jubilados militares y sus cónyuges	



LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR. SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO ESTATAL DEFINITIVO.

PRESENTACIÓN DE TUS ELECCIONES DE INSCRIPCIÓN ABIERTA EN CARDINAL

Realiza cambios en la cobertura de tu plan médico y en tus cuentas de gastos flexibles (FSA) durante el próximo periodo de Inscripción abierta (OE) desde el viernes 16 de mayo de 2025 hasta el viernes 30 de mayo de 2025. Para definir tus opciones del OE en línea, deberás utilizar Cardinal HCM.

¿Es la primera vez que utilizas Cardinal? ¿Olvidaste tu contraseña de Cardinal? Visita www.cardinalproject.virginia.gov/login-help para ver consejos de acceso y recibir ayuda.

1. Visita <https://my.cardinal.virginia.gov> para iniciar sesión.
2. Una vez allí, haz clic en el enlace **Human Capital Management (HCM)**.
3. Haz clic en el mosaico **Detalles de beneficios** (Benefit Details).
4. Selecciona el elemento de la lista **Inscripción en los beneficios** (Benefits Enrollment) (a la izquierda de la pantalla).
5. Haz clic en el botón **Comenzar** (Start) (o en **Volver a elegir** [Re-Elect]) para dar comienzo al proceso de OE.
6. Haz clic en el mosaico **Cobertura médica** (Medical) para seleccionar o actualizar tu plan médico.
7. Revisa los dependientes que tengan cobertura en virtud de tu plan médico para determinar si es necesario realizar cambios. **Si no es necesario añadir ningún dependiente, pasa directamente al Paso 29.**

AÑADIR UN DEPENDIENTE

8. Haz clic en el botón **Añadir dependiente** (Add Dependent).
9. Haz clic en el botón **Añadir persona** (Add Individual).
10. Haz clic en el botón **Agregar nombre** (Add Name).
11. Ingresa la información del nombre de tu dependiente.
12. Haz clic en el botón **Listo** (Done).
13. Ingresa la **Fecha de nacimiento** (Date of Birth) y el **Género** (Gender) de tu dependiente.
14. Selecciona "Hijo" (Child) o "Cónyuge" (Spouse) en la sección **Parentesco con el empleado** (Relationship to Employee).
15. Selecciona el estado civil de tu dependiente desde el botón desplegable **Estado civil** (Marital Status).
16. El campo **Estudiante** (Student) se completa automáticamente con la opción "No". Este campo no se registra en Cardinal ni se transmite al proveedor de beneficios de salud.
17. El campo **Persona discapacitada** (Disabled) se completa automáticamente con la opción "No", y no es posible modificarlo.
18. El campo **Fumador** (Smoker) se completa automáticamente con la opción "No fumador" (Non-smoker). Este campo no se registra en Cardinal ni se transmite al proveedor de beneficios de salud.
19. Si tu dependiente tiene el mismo domicilio que tú, verifica que la sección **Domicilio** (Address) tenga marcada la opción "El mismo que el mío" (Same as mine). **Nota:** Si tu dependiente tiene un domicilio diferente que el tuyo, edita lo que corresponda.
20. Haz clic en el botón **Añadir identificación nacional** (Add National ID).



¡Escanea el código QR para ver un tutorial en video sobre la Inscripción abierta en Cardinal!

¿Necesitas información adicional? Visita www.cardinalproject.virginia.gov/OE.



21. Completa los campos **País, tipo de identificación nacional y número de identificación nacional** (Country, National ID Type y National ID [SSN]) para el dependiente.
22. Haz clic en el botón **Listo** (Done).
23. Omite los botones **Añadir teléfono/Añadir correo electrónico** (Add Phone/Add Email), ya que esta información no es necesaria en el caso de dependientes.
24. Haz clic en el botón **Guardar** (Save) en la esquina superior derecha. **Nota:** Si no conoces el SSN de tu dependiente, igualmente podrás guardar el trámite. El administrador de beneficios de tu agencia se comunicará más tarde contigo para solicitártelo.
25. Aparecerá un mensaje con la leyenda **Se guardó correctamente** (Saved Successfully) en una ventana emergente.
26. Haz clic en el botón **Aceptar** (OK).
27. Repite los pasos del 8 al 26 según sea necesario, hasta haber añadido a todos los dependientes.
28. Una vez añadidos todos los dependientes, haz clic en el ícono **Cerrar (X)** (Close) en la esquina superior derecha.

INSCRIPCIÓN EN EL PLAN MÉDICO

29. En la sección **Inscribir a tus dependientes** (Enroll Your Dependents), elige la opción **Inscribir** (Enroll) de la casilla de verificación para cada dependiente correspondiente que deba recibir cobertura. **Nota:** Si **desmarcas a algún dependiente, significa que eliminarás la cobertura de ese dependiente.**
30. En la sección **Inscribir en tu plan** (Enroll in Your Plan), haz clic en el botón **Seleccionar** (Select) para elegir el plan de beneficios correspondiente.
31. Haz clic en el botón **Listo** en la esquina superior derecha.
32. El mosaico **Cobertura médica** muestra ahora la cobertura seleccionada, la cantidad de dependientes inscritos, el costo del periodo de pago (o costo anual, según la agencia), y el campo "Estado" (Status) se actualiza a "Modificado" (Changed).

ELECCIÓN DE UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES

33. Si no deseas inscribirte en una Cuenta de gastos flexibles (FSA), pasa directamente al Paso 36.
34. Son dos los tipos de cuentas de gastos flexibles disponibles: Cuenta de gastos flexibles de cuidado médico y cuenta de gastos flexibles de cuidado de dependientes. **Nota:** Si utilizas estos planes, **idebes volver a elegirlos cada año!** Repite este paso para elegir ambas FSA.
 - Haz clic en el mosaico **Cuenta de gastos flexibles** (Flex Spending Medical) (o en el mosaico **Cuenta de gastos flexibles para cuidado de dependientes** [Flex Spending Dependent Care]).
 - Haz clic en el botón **Seleccionar** (Select) para elegir la cuenta de gastos flexibles para gastos médicos (o cuenta de gastos flexibles para cuidado de dependientes).
 - Ingresa el monto en el campo **Compromiso anual** (Annual Pledge). El monto que ingreses debe ser el monto que deseas que se retenga de tus ingresos para todo el año del plan **completo**.
 - Haz clic en el botón **Listo** (Done), en la esquina superior derecha.
35. Omite el mosaico **Tarifa de administración de la cuenta de gastos flexibles** (Flex Spending Admin Fee), ya que esta opción se selecciona automáticamente y mostrará la tarifa de administración relacionada con tu FSA.

PASOS FINALES

36. Confirma tus opciones revisando los siguientes puntos:
 - **Resumen de la inscripción:** Costo total por periodo de pago
 - **Mosaico de Cobertura médica:** El plan y la cantidad total de dependientes inscritos deben coincidir con lo que elegiste
 - **Mosaicos de cuentas FSA:** El plan y el costo por periodo de pago deben coincidir con tus elecciones

37. ¡Haz clic en el botón **Enviar inscripción** (Submit Enrollment) para completar la inscripción abierta!



¡QUE NO SE TE PASE EL PLAZO DEL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA!

Presenta tus elecciones en línea en Cardinal a partir del 16 de mayo hasta las 11:59 p.m. (hora del Este) del 30 de mayo de 2025.

REVISLA LA DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN DE TUS BENEFICIOS DE SALUD

Una vez que envíes tus opciones, al día siguiente recibirás un correo electrónico automático de Cardinal con el asunto “Declaración de confirmación de tus beneficios de salud - Ahora disponible en línea” (Your Health Benefits Confirmation Statement - Now Available Online). Recibirás este correo electrónico más allá de que hayas sido tú o el administrador de tus beneficios quien completó las opciones. **¡Inicia sesión** en Cardinal para revisar la declaración de confirmación para asegurarte de que las opciones sean las correctas! Después de la Inscripción abierta, **todos los participantes elegibles** recibirán una declaración de confirmación, aun si no has hecho ninguna elección durante este periodo. Esto asegura que todos los participantes tengan un registro del estado actual de sus beneficios.

¿Tienes alguna pregunta? Comunícate con el Administrador de beneficios de tu agencia.

¡NO TE DEMORES EN INGRESAR A CARDINAL!

Si se acerca el final del periodo de Inscripción abierta (y no has intentado ingresar en Cardinal), entrega un formulario de inscripción impreso al Administrador de beneficios de tu agencia antes del final del plazo. OHB no puede recibir solicitudes de cambios en la cobertura del plan médico o decisiones sobre la cuenta FSA después de la fecha límite del 30 de mayo. Consulta las instrucciones a continuación sobre cómo presentar un formulario impreso.

PRESENTACIÓN DE UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN IMPRESO DURANTE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Completa el formulario editable desde el sitio web del DHRM, en <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2025-26>.

Imprime, firma y entrega el formulario a tu Administrador de beneficios antes del horario de cierre laboral del **30 de mayo de 2025**.

Recuerda llenar todas las secciones pertinentes del formulario de inscripción.

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES

COMPARAR
PLANES



Primas mensuales definitivas para 2025/2026 - Para el empleado

Los empleados asalariados que trabajan 30 horas semanales o más pagan el monto que figura en “El empleado paga”. Los empleados asalariados que trabajan menos de 30 horas semanales pagan el monto que figura en “Total de la prima”.

PLANES MÉDICOS			PRIMAS MENSUALES PARA 2024-2025			PRIMAS MENSUALES DEFINITIVAS PARA 2025-2026		
			Solo tú	Tú y otra persona	Tú y otras dos personas o más	Solo tú	Tú y otra persona	Tú y otras dos personas o más
COVA Care		El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$103 \$783 \$886	\$236 \$1,404 \$1,640	\$323 \$2,056 \$2,379	\$108 \$830 \$938	\$248 \$1,488 \$1,736	\$340 \$2,179 \$2,519
COVA Care	+ Fuera de la red	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$124 \$783 \$907	\$275 \$1,404 \$1,679	\$380 \$2,056 \$2,436	\$131 \$830 \$961	\$291 \$1,488 \$1,779	\$402 \$2,179 \$2,581
COVA Care	+ Cobertura dental ampliada	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$136 \$783 \$919	\$296 \$1,404 \$1,700	\$411 \$2,056 \$2,467	\$141 \$830 \$971	\$308 \$1,488 \$1,796	\$428 \$2,179 \$2,607
COVA Care	+ Fuera de la red + Cobertura dental ampliada	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$157 \$783 \$940	\$335 \$1,404 \$1,739	\$468 \$2,056 \$2,524	\$164 \$830 \$994	\$351 \$1,488 \$1,839	\$490 \$2,179 \$2,669
COVA Care	+ Cobertura ampliada para servicios dentales, + de la visión y de la audición	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$156 \$783 \$939	\$333 \$1,404 \$1,737	\$465 \$2,056 \$2,521	\$161 \$830 \$991	\$345 \$1,488 \$1,833	\$482 \$2,179 \$2,661
COVA Care	+ Cobertura ampliada para servicios dentales, + de la visión y de la audición + fuera de la red	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$177 \$783 \$960	\$372 \$1,404 \$1,776	\$522 \$2,056 \$2,578	\$184 \$830 \$1,014	\$388 \$1,488 \$1,876	\$544 \$2,179 \$2,723
COVA HealthAware		El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$17 \$768 \$785	\$53 \$1,404 \$1,457	\$54 \$2,056 \$2,110	\$19 \$830 \$849	\$64 \$1,511 \$1,575	\$70 \$2,215 \$2,285
COVA HealthAware	+ Cobertura dental ampliada	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$50 \$768 \$818	\$113 \$1,404 \$1,517	\$142 \$2,056 \$2,198	\$52 \$830 \$882	\$124 \$1,511 \$1,635	\$158 \$2,215 \$2,373
COVA HealthAware	+ Cobertura ampliada para servicios dentales y de la visión	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$60 \$768 \$828	\$133 \$1,404 \$1,537	\$170 \$2,056 \$2,226	\$62 \$830 \$892	\$144 \$1,511 \$1,655	\$186 \$2,215 \$2,401
COVA HDHP		El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$0 \$665 \$665	\$0 \$1,239 \$1,239	\$0 \$1,810 \$1,810	\$0 \$739 \$739	\$0 \$1,366 \$1,366	\$0 \$1,998 \$1,998
COVA HDHP	+ Cobertura dental ampliada	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$33 \$665 \$698	\$60 \$1,239 \$1,299	\$88 \$1,810 \$1,898	\$33 \$739 \$772	\$60 \$1,366 \$1,426	\$88 \$1,998 \$2,086
Kaiser Permanente HMO <small>(disponible principalmente en el área norte de Virginia)</small>	+ Cobertura ampliada para servicios dentales y de la visión	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$86 \$783 \$869	\$202 \$1,395 \$1,597	\$289 \$2,038 \$2,327	\$91 \$830 \$921	\$214 \$1,479 \$1,693	\$306 \$2,161 \$2,467
Sentara Health Plans (HMO) <small>(Hampton Roads/ Eastern Shore)</small>	+ Cobertura ampliada para servicios dentales y de la visión	El empleado paga El Estado paga Total de la prima	\$86 \$769 \$855	\$202 \$1,382 \$1,584	\$289 \$2,004 \$2,293	\$91 \$816 \$907	\$214 \$1,464 \$1,678	\$306 \$2,125 \$2,431
TRICARE Voluntary Supplement*		Total de la prima	\$61	\$120	\$161**	\$61	\$120	\$161**

*Los residentes de New York deben comunicarse con la Oficina de Beneficios de Salud para consultar el monto de la prima de TRICARE.

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

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS PARA 2025

LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO ESTATAL DEFINITIVO.

Planes médicos	COVA HealthAware	COVA Care	COVA HDHP	Kaiser Permanente HMO	Sentara Health Plans HMO
Beneficios	Tú recibes lo siguiente	Tú recibes lo siguiente	Tú recibes lo siguiente	Tú recibes lo siguiente	Tú recibes lo siguiente
Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) <i>El empleador deposita en tu HRA el 1 de julio de 2025</i>	\$600, empleado \$600, cónyuge inscrito	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
Beneficios dentro de la red	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas
Deducible (por año del plan)					
Una persona	\$1,500	\$300	\$1,750	Ninguno	\$200
Dos personas o más	\$3,000	\$600	\$3,500	Ninguno	\$400
Límite de gastos de bolsillo (por año del plan)					
• Una persona/Dos personas o más	\$3,000/\$6,000	\$1,500/\$3,000	\$5,000/\$10,000	\$1,500/\$3,000	\$2,000/\$4,000
Consultas médicas (en persona y telemedicina)					
• Médico de cuidados primarios	20% después del deducible	\$25	20% después del deducible	\$25	Nivel 1: \$10/Nivel 2: \$30
• Consulta 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 urgencia	20% después del deducible	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	20% después del deducible	\$40	\$60
Servicios hospitalarios					
• Paciente internado/Paciente ambulatorio	20% después del deducible	\$300 por estadía/ \$125 por visita	20% después del deducible	\$300 por admisión/ \$75 por visita	\$500 por admisión/ \$200 por visita
Visitas en la sala de emergencias	20% después del deducible	\$300 por visita (que se cancelan si tú quedas internado)	20% después del deducible	\$75 por visita (que se cancelan si tú quedas internado)	\$200 por visita (que se cancelan si tú quedas internado)
Transporte en ambulancia	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	\$50 por servicio	Si no es una emergencia: 20% después del deducible Si es una emergencia: \$200
Servicios de laboratorio y radiografía de diagnóstico para pacientes ambulatorios	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	\$0 por laboratorio, análisis patológico, inyecciones, radiología, pruebas de diagnóstico	20% después del deducible
Servicios de infusión (incluye quimioterapia intravenosa o inyectable)	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	\$25 para PCP \$40 para especialista	\$40 de copago por visita al consultorio \$100 de copago para medicamentos inyectables o de administración por infusión, con autorización previa
Consultas de terapia para pacientes ambulatorios					
• Terapia ocupacional y terapia del habla	20% después del deducible	\$25 para PCP/ \$35 para especialista	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodios)	\$30*
• Fisioterapia únicamente	20% después del deducible	\$15	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodios)	\$30*
• Fisioterapia y otros servicios relacionados, incluida la intervención manual y la manipulación espinal	20% después del deducible	\$25 para PCP/ \$35 para especialista	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodios)	\$30*
• Servicios de quiropráctica (límite de 30 visitas por miembro por año del plan)	20% después del deducible	\$25 para PCP/ \$35 para especialista	20% después del deducible	\$40	\$35
Tratamiento de trastornos del espectro autista y servicios relacionados	20% después del deducible	\$25 por servicio/ \$40 para especialista	20% después del deducible	\$25 por servicio/ \$40 para especialista	PCP Nivel 1: \$10 Nivel 2: \$30 Especialista Nivel 1: \$20 Nivel 2: \$50
Salud conductual					
• Consultas médicas y a profesionales no médicos	20% después del deducible	\$25	20% después del deducible	\$12 cobertura grupal/ \$25 cobertura individual	\$10
• Tratamiento residencial para pacientes internados	20% después del deducible	\$300 por estadía	20% después del deducible	\$300 por admisión	\$500 por admisión
• Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOP)	20% después del deducible	\$125 por episodio de atención	20% después del deducible	\$12 cobertura grupal/ \$25 cobertura individual	\$200
Programa de Asistencia a los Empleados (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 recetados (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 de KP: \$15/\$25/\$40 Especialidad: 50%, \$75 máx. Comunitaria: \$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 **
Servicios de bienestar y prevención					
Visitas al consultorio a intervalos específicos, vacunas, análisis de laboratorio y radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

*La terapia ocupacional y la fisioterapia están limitadas a un beneficio máximo combinado de 30 visitas por año del plan. La terapia del habla se limita a un máximo de 30 visitas por año del plan.
**Los suministros para 90 días de medicamentos especializados de Nivel 4 no están disponibles.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS PARA 2025

LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO ESTATAL DEFINITIVO.

Planes médicos	COVA HealthAware	COVA Care	COVA HDHP	Kaiser Permanente HMO	Sentara Health Plans HMO
Beneficios dentro de la red	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas	Tú pagas
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, examen prostático (examen de tacto rectal), prueba del antígeno prostático específico (PSA) y prueba de detección de cáncer colorrectal	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen anual de la visión, de rutina	\$0	\$15	\$15	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	\$15
Examen anual de la audición, de rutina	\$0	Beneficio opcional*	No disponible	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	\$40
Audífonos y otros servicios relacionados con los audífonos para niños menores de 18 años (por cada oído con problemas de audición)	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 a deducible, después rige el coseguro de 0%. Asignación de \$1,500 (una vez 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					
Preventivos y de diagnóstico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Cobertura dental ampliada	<i>Beneficio opcional*:</i>	<i>Beneficio opcional*:</i>	<i>Beneficio opcional*:</i>	Se incluye con el plan médico:	Se incluye con el plan médico:
• 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 por cobertura familiar	\$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
• Atención compleja restaurativa (incrustaciones, recubrimientos, 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 (hasta 19 años)	50%, sin deducible \$2,000
Cuidado de la visión de rutina (plan básico)	<i>Se incluye con el plan médico:</i>	<i>Se incluye con el plan médico:</i>	<i>Se incluye con el plan médico:</i>	<i>Se incluye con el plan médico:</i>	<i>Se incluye con el plan médico:</i>
• Examen anual de la visión, de rutina	\$0	\$15	\$15	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	\$15
• Marcos de anteojos	65% del precio minorista	80% del precio minorista, 0 65% del precio minorista cuando se adquiere como un par de anteojos completo	80% del precio minorista, 0 65% del precio minorista cuando se adquiere como un par de anteojos completo	Saldo después de que el plan pague \$75 (19 años o más) Menores de 19 años, \$0 (1 par por año del plan)	80% después de que el plan pague \$100
• Lentes para anteojos (de plástico estándar) - Monofocales - Bifocales - Trifocales	\$40 \$60 \$80	\$50 \$70 \$105	\$50 \$70 \$105	Saldo después de que el plan pague \$75 (19 años o más) Menores de 19 años, \$0 (1 par/año del plan)	\$20 \$20 \$20
• Lentes de contacto** - Convencionales** - Desechables** - No electivos**	Lentes de contacto convencionales: 85% del precio minorista	Lentes de contacto convencionales: 85% del precio minorista (el descuento se aplica solamente a los materiales)	Lentes de contacto convencionales: 85% del precio minorista (el descuento se aplica solamente a los materiales)	Saldo después de que el plan pague \$25; descuento si se adquieren en KP Optical	85% después de que el plan pague \$100 Saldo después de que el plan pague \$100 \$0
Cobertura ampliada para la visión, de rutina	<i>Beneficio opcional*:</i>	<i>Beneficio opcional*:</i>			
• Marcos de anteojos	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 anteojos (de plástico estándar, monofocales, bifocales o trifocales) o	\$20	\$20	No disponible	No disponible	No disponible
• Lentes de contacto** - Convencionales** - Desechables** - No electivos**	85% del precio minorista 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 Cobertura total	No disponible	No disponible	No disponible
Atención de la audición de rutina	<i>Se incluye en el plan básico:</i>	<i>Beneficio opcional*:</i>		<i>Se incluye en el plan básico:</i>	<i>Se incluye en el plan básico:</i>
• Examen de audición de rutina (una vez por 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	<i>Se incluye en el plan básico:</i>	<i>Beneficio opcional*:</i>	<i>Se incluye en el plan básico:</i>		
	Se aplica un deducible adicional y límites de gastos de bolsillo. Coseguro del 40% después del deducible de \$3,000/\$6,000. Es posible que se aplique la facturación del saldo.	Pago del plan reducido en un 25%. Es posible que se aplique la facturación del saldo.	Se aplica un deducible adicional y límites de gastos de bolsillo. Coseguro del 30% después del deducible de \$1,750/\$3,500. Es posible que se aplique la facturación del saldo.	No disponible	No disponible. Está disponible un programa para hijos dependientes fuera del área. Consulte el sitio web del plan para acceder al formulario.

El programa también ofrece un seguro suplementario voluntario de TRICARE, que se coordina con los beneficios de TRICARE federal.

*Los beneficios opcionales se ofrecen mediante una prima adicional, y pueden contratarse en las combinaciones que se detallan en el folleto de Inscripción abierta (ver Resumen de primas).

**Las lentes de contacto electivas reemplazan a los anteojos. Las lentes no electivas están cubiertas cuando los anteojos no son una opción para la corrección que se necesita para la visión.

OTRAS COSAS
QUE DEBES SABER

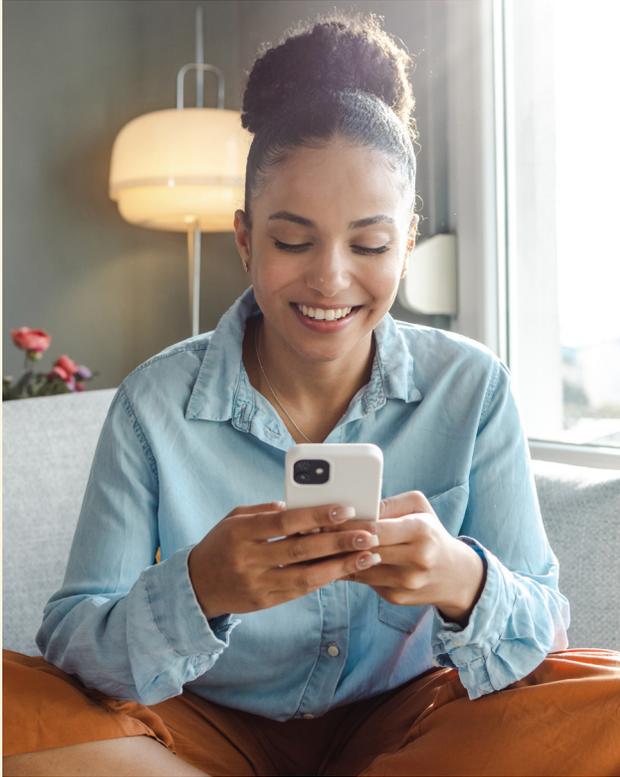
OTRAS COSAS
QUE DEBES SABER

**OTRAS COSAS
QUE DEBES SABER**

OTRAS COSAS
QUE DEBES SABER

NOVEDADES IMPORTANTES:

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



Prepárate para recibir información importante acerca del programa de beneficios de salud de la OHB directamente en tu dispositivo móvil. Al aceptar recibir mensajes de texto, permitirás que se te envíen notificaciones rápidas en tiempo real.

¡Registrarte es muy fácil! Si quieres recibir mensajes de texto, entra al sitio web del DHRM: <https://public.govdelivery.com/accounts/VADHRM/signup/40873> e introduce tu número de teléfono celular junto con tu consentimiento.

Registrarte en este servicio de mensajería es independiente de cualquier otra información que pueda recopilar tu agencia y/o DHRM y no reemplaza ninguna otra forma de comunicación. Esta información será utilizada exclusivamente por la OHB para enviarte actualizaciones sobre beneficios y no se compartirá con ninguna otra entidad. Este nuevo canal de comunicación comenzará cuando haya suficientes personas registradas.

Si quieres dejar de recibir mensajes, responde STOP (PARAR) desde tu dispositivo móvil. Recibirás un mensaje de confirmación y no volverás a recibir mensajes, a menos que decidas activarlos nuevamente.

Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos. Para obtener ayuda o consultar los Términos y condiciones, visita <https://granicus.com/wireless/> (el DHRM se ha asociado con Granicus para ofrecer este servicio). Para consultar la política del sitio web del DHRM, visita <https://www.dhrm.virginia.gov/web-policy>.

¡APOYO PARA LOS DESAFÍOS DE LA VIDA, GRANDES Y PEQUEÑOS!

CONOCE TU PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS EMPLEADOS (EAP)

Es importante que te tomes el tiempo para cuidar tu bienestar mental y emocional. El EAP está diseñado para ayudarte con los desafíos de la vida, ya sean grandes o pequeños. El EAP es **totalmente confidencial** y está disponible para ti, como miembro inscrito en el plan médico, y también para los miembros del hogar. Aprovecha **hasta 4 sesiones de consejería sin costo** por problema, por año del plan. Pueden ser visitas cara a cara, por teléfono o virtuales. Habla con un consejero o terapeuta capacitado acerca de la ansiedad, el duelo, la depresión, los conflictos familiares o el equilibrio entre el trabajo y tu vida personal. Además de ofrecerte apoyo en momentos difíciles, el EAP también te da acceso rápido y sencillo a recursos sin costo, de corto plazo y con un enfoque en soluciones, para ayudarte a manejar los retos del día a día.

Contacta a EAP para acceder a servicios como los siguientes:

- Consejería financiera y recursos gratuitos en línea
- Servicios legales y formularios gratuitos como testamentos, directivas anticipadas, facturas de compraventa, etc.
- Recursos de referencia para el cuidado de niños y de personas mayores
- Recursos para el cuidado de mascotas

Para recibir información adicional sobre cobertura y otros servicios del EAP, comunícate con tu plan médico.

¡OBTÉN RECOMPENSAS SOBRE LAS PRIMAS TODOS LOS MESES!

Recompensas en la prima es un programa de incentivos sobre las primas de los planes médicos para participantes de COVA Care y COVA HealthAware que completen su evaluación de la salud. Los empleados o sus cónyuges inscritos **pueden recibir un incentivo de \$204 por año o de \$408 por año para el empleado y su cónyuge, en conjunto**, si cumplen con los requisitos para obtener una recompensa sobre la prima durante la instancia de Inscripción abierta.

¿CÓMO OBTENGO UNA RECOMPENSA?

Para el año del plan, que inicia el 1 de julio de 2025, deberás presentar una evaluación de la salud tal como se describe para poder recibir una recompensa sobre la prima.

UTILIZA TU PROPIO DISPOSITIVO: Recomendamos encarecidamente a nuestros participantes que utilicen sus propios dispositivos personales para realizar las evaluaciones de la salud; de esa forma, el usuario puede administrar las limitaciones como los cortafuegos y las cookies. Es posible que al utilizar computadoras gubernamentales para acceder a la evaluación de la salud, los participantes reciban un error, dadas las limitaciones como administrador.

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

Visita el sitio web o la aplicación móvil de tu plan médico para acceder a tu evaluación de la salud. **Completa o actualiza tu evaluación de la salud entre el 16 y el 30 de mayo de 2025.** Asegúrate de conservar una copia de tu confirmación.

Recuerda que debes ser un miembro activo y debes estar inscrito en COVA Care o en COVA HealthAware para ser elegible para una recompensa. Los empleados inscritos y sus cónyuges deben registrarse con una cuenta separada para presentar sus respectivas evaluaciones de la salud. Es posible que los empleados y/o los cónyuges que se inscriban por primera vez en COVA Care o en COVA HealthAware durante este periodo de Inscripción abierta tengan que esperar hasta el 1 de julio de 2025 para realizar la evaluación de la salud. Los miembros actuales de COVA Care o de COVA HealthAware que modifiquen sus planes para el 1 de julio de 2025 deberán realizar sus evaluaciones de la salud con el administrador de su plan médico vigente.

CUANDO CUMPLES CON EL REQUISITO

- El empleado O su cónyuge que participa: Ahorras hasta \$204 por año o \$17 por mes.
- El empleado Y su cónyuge que participan: Ahorras hasta \$408 por año o un total de \$34 por mes en primas.

ACCESO A LA EVALUACIÓN DE LA SALUD

MIEMBROS DE COVA CARE

En línea

A continuación, se detallan los enlaces para acceder a su Guía de navegación para la Evaluación de la salud de COVA Care desde la [aplicación móvil Sydney Health](#) y la Guía de navegación de Sydney.

- Inicia sesión en www.anthem.com.
- Selecciona **Mi panel de salud** (My Health Dashboard) desde el menú de navegación superior y, en el menú desplegable, selecciona **Dashboard** (Panel).
- Aparecerá en la parte superior el mosaico Chequeo de mi salud (My Health Check-in). Haz clic en **Comenzar** (Get started).
- También puedes acceder a la sección Chequeo de mi salud desde la página Programas (Programs), y hacer clic en **Ver evaluación** (View assessment).
- Haz clic en el botón **Enviar** (Submit) una vez que hayas completado la evaluación.
- Tras completar tu evaluación, verás algunas recomendaciones personalizadas según tus respuestas.
- Dentro del mosaico violeta de Chequeo de mi salud, encontrarás un enlace para acceder a **Ver evaluaciones completas** (View Completed Assessments). Esto te permitirá imprimir o enviar por correo electrónico la fecha de tu última evaluación de la salud en Chequeo de mi salud.
- Si ya has completado la evaluación anteriormente durante este año calendario, verás el enlace "Volver a completar la evaluación" (Retake assessment).

Aplicación móvil Sydney Health

- Inicia sesión en la aplicación Sydney Health.
- Desde la pantalla de bienvenida de Sydney, puedes hacer clic en el botón "Más" (More), en la esquina inferior derecha.
- En el menú Acceder al cuidado (Access Care), selecciona la flecha desplegable **Acceder al cuidado**.
- En el menú Acceder al cuidado, selecciona **Mi panel de salud** (My Health Dashboard).

- La sección Chequeo de mi salud (My Health Check-in) aparecerá en la parte superior. Haz clic en **Comenzar**.
- En la página de bienvenida, haz clic en **Ver evaluación**.
- Una vez que hayas respondido a todas las preguntas, haz clic en **Enviar**.
- Tras completar tu evaluación, verás algunas recomendaciones personalizadas según tus respuestas.
- Dentro del mosaico violeta de Chequeo de mi salud, encontrarás un enlace para acceder a **Ver evaluaciones completas** (View Completed Assessments). Esto te permitirá imprimir o enviar por correo electrónico la fecha de tu última evaluación de la salud en Chequeo de mi salud.
- Si ya has completado la evaluación anteriormente durante este año calendario, verás el enlace “Volver a completar la evaluación” (Retake assessment).

Los miembros de COVA Care que tengan dificultades con la alfabetización, el idioma o la tecnología, pueden solicitar ayuda a Anthem llamando al 1-800-552-2682.

MIEMBROS DE COVA HEALTHAWARE

En línea

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

- Inicia sesión en su sitio web para miembros de Aetna, en www.aetna.com.
- Desplázate hacia abajo hasta que veas “**Recursos para miembros**” (Member Resources) en el costado derecho de la página, y haz clic en “**Recursos de bienestar**” (Well-being Resources) en esta sección para abrir la plataforma de participación para miembros.
- Una vez que se abre la plataforma de participación para miembros, pasa el mouse encima de “**Mi salud**” (My Health) en el menú en la parte superior y haz clic en “**Evaluación de la salud**” (Health Assessment).

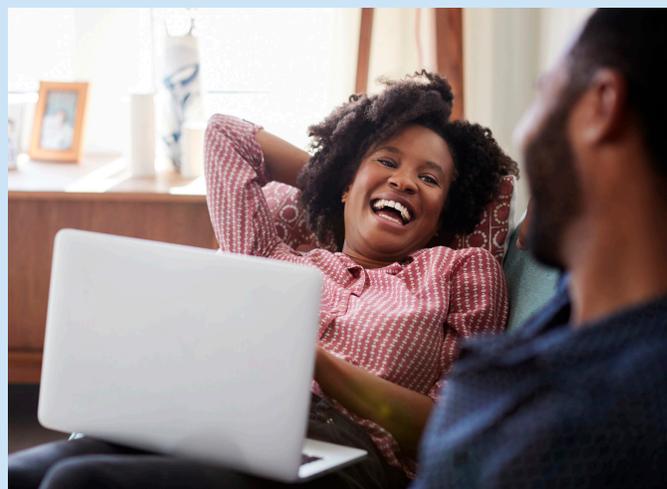
Aplicación móvil Aetna Health

- Inicia sesión en la aplicación móvil Aetna Health.
- Selecciona la pestaña **Mejorar** (Improve).
 - Cuando accedas a esta pestaña por primera vez, selecciona **Comenzar** (Get Started).
 - Si no es la primera vez que accedes a esta pestaña, selecciona **Encuesta de salud** (Health Survey).

Los miembros de COVA HealthAware que tengan dificultades con la alfabetización, el idioma o la tecnología, pueden comunicarse con el Equipo de asesores de Aetna al 1-855-414-1901 para solicitar ayuda.

Si crees que has obtenido una recompensa en la prima y no te la han concedido, comunícate con el Administrador de beneficios de tu agencia. Debes proporcionar una copia de la confirmación de tu evaluación de la salud emitida por tu plan.

La Plataforma de Participación de Miembros estará fuera de servicio desde el sábado 17 de mayo de 2025 a las 4 p.m. hora del Este, hasta el domingo 18 de mayo a las 12 p.m. hora del Este. También desde el martes 20 de mayo de 2025 a partir de las 11 p.m. hora del Este, hasta el miércoles 21 de mayo a las 6 a.m. hora del Este. Ten en cuenta esta información para tu organización.



PLANIFICA CON ANTICIPACIÓN: HAZTE TU EXAMEN DE CONTROL

Los requisitos del programa Recompensas en la prima cambiarán para el año del plan 2026-27

Se agregará un componente de un examen de control a los requisitos para poder calificar para recibir los incentivos del programa Recompensas en la prima. Además de la evaluación de la salud, se te pedirá un examen de control para poder recibir los incentivos de Recompensas en la prima a partir del 1 de julio de 2026. Recomendamos que te realices un examen de control este año para cumplir con los nuevos requisitos. Recuerda que el examen de control anual/preventivo es sin costo para los miembros. Si no te haces el examen de control, podrías perder el incentivo que entrará en vigencia el 1 de julio de 2026. Informaremos más detalles antes de esa fecha.

¿NECESITAS AHORRAR EN IMPUESTOS?

INSCRÍBETE EN UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

inspira™
FINANCIAL

Al inscribirte en una FSA, puedes ahorrar dinero en gastos de bolsillo por tu cuidado médico o el de tus dependientes. Puedes aportar a una o a ambas FSA si eres elegible para los beneficios de salud, incluso si no estás inscrito en un plan médico del estado.

- Inscríbete en una cuenta FSA de cuidado médico o en una cuenta FSA de cuidado de dependientes, o en ambas.
- Debes presentar una solicitud de inscripción cada año si deseas tener una Cuenta FSA de cuidado médico y/o una FSA de cuidado de dependientes.

¿CUÁLES SON LOS GASTOS ELEGIBLES?

- **Cuenta FSA de cuidado médico:** Utiliza tu dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos elegibles, tales como los siguientes:
 - Copagos, coseguros y deducibles.
 - Otros gastos médicos de bolsillo elegibles.
- **Cuenta FSA de cuidado de dependientes:** Utiliza tu dinero antes de impuestos para pagar gastos de tus dependientes relacionados con tu trabajo, tales como los siguientes:
 - Cuidado de hijos menores de 13 años.
 - Cuidado de hijos, cónyuge o familiares elegibles que tengan alguna discapacidad física o mental que les impida valerse por sí mismos y que vivan contigo más de la mitad del año.

MIEMBROS DE COVA HEALTHAWARE

INSCRIPCIÓN EN UNA FSA

- Al planificar inscribirse en una cuenta FSA de cuidado médico: El acuerdo de reembolso por gastos médicos (HRA) paga primero por ciertos gastos médicos y farmacéuticos elegibles.

CONSULTA EL MANUAL PROVISIONAL DE TU CUENTA FSA PARA OBTENER ASISTENCIA

Analiza el manual provisional de la cuenta FSA de Inspira para 2025 y visita el sitio web de Inspira para conocer detalles sobre qué gastos son elegibles, cómo funciona la cuenta y otra información importante. Visita <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2025-26> o llama al 855-516-8595.



LA FORMA MÁS SENCILLA. PAGA CON LA TARJETA INSPIRA MASTERCARD DE TU CUENTA FSA DE CUIDADO MÉDICO.

Tu Cuenta FSA de cuidado médico incluye una tarjeta Inspira MasterCard. Una vez activada la tarjeta, tendrás acceso inmediato a los fondos de tu cuenta FSA de cuidado médico. Solo los nuevos participantes recibirán una nueva tarjeta Inspira MasterCard. Si renuevas tu inscripción en una cuenta FSA de cuidado médico, puedes seguir utilizando tu tarjeta Inspira o PayFlex MasterCard hasta que venza. Todos los demás miembros recibirán una tarjeta Inspira MasterCard nueva.

Simplemente, paga tus gastos médicos elegibles en la mayoría de los comercios donde aceptan MasterCard.

- Asegúrate de prestar especial atención a las transacciones con la tarjeta de tu cuenta FSA de cuidado médico que requieran verificación. Consulta el manual provisional de la FSA o ingresa en el sitio web de Inspira para obtener más información.
- Concilia todas las transacciones de la tarjeta antes del cierre de tu periodo de extinción de los fondos.

¡NO PIERDAS NI UN CENTAVO!

Si tu cuenta cierra el 30 de junio de 2025, tienes hasta el 30 de septiembre de 2025 para presentar una solicitud de reembolso y así resolver las transacciones pendientes en la tarjeta. (**Nota:** Si tu cuenta cierra antes del 30 de junio, tienes tres meses después de que termine tu cobertura para tomar las medidas correspondientes). Presenta tu solicitud de reembolso y la documentación pertinente a Inspira. Para obtener más información, comunícate con Inspira al 855-516-8595 o ingresa en inspirafinancial.com.

LO QUE DEBES SABER ACERCA DE TU FSA

APORTE MÁXIMO A LA FSA

- **Cuenta FSA de cuidado médico:** Aumento en 2025! Hasta \$3,300 por año del plan.
- **Cuenta FSA de cuidado de dependientes:** Es de hasta \$5,000 por año del plan, dependiendo de tu situación tributaria.

CÓMO CALCULAR LOS APORTES A TU FSA

- Decide cuánto deseas apartar para el año del plan. Utiliza la planilla de cálculo de FSA en <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2025-26> para determinar el monto anual de aportes.

TARIFA ADMINISTRATIVA

- Se deducirán \$2.10 mensualmente, sobre el bruto sin impuestos, para una o para ambas FSA.

¡ÚSALO TODO O PIÉRDELO TODO!

- Presenta las reclamaciones de reembolso antes de la fecha límite de presentación (periodo de extinción de los fondos). Caso contrario, perderás los fondos remanentes en la cuenta FSA. Tus aportes no se trasladarán al nuevo año del plan.

CONOCE A FONDO CÓMO FUNCIONA TU CUENTA FSA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

Puedes ahorrar dinero en gastos elegibles de cuidado de dependientes que debas pagar de tu bolsillo. Con una cuenta FSA de cuidado de dependientes, puedes apartar hasta \$5,000 de tus ingresos por año del plan, sobre tus ingresos antes de impuestos. Utiliza tu dinero antes de impuestos para pagar los gastos elegibles de cuidado de dependientes que reciban las personas calificadas, de manera que tú (o tu cónyuge, si estás casado) pueda trabajar o buscar empleo. Las personas calificadas deben cumplir con los requisitos del IRS, que incluyen los siguientes:

- Un hijo dependiente menor de 13 años que viva contigo durante más de la mitad del año.
- Tu cónyuge u otro dependiente elegible que tenga una discapacidad física o mental y sea incapaz de valerse por sí mismo, y que viva contigo durante más de la mitad del año.

¿Cuáles son los gastos elegibles para el reembolso con una cuenta FSA de cuidado de dependientes?

- Escuela preescolar o guardería
- Cuidado antes y después de la escuela
- Niñera (rigen ciertas reglas)
- Cuidado diurno para personas mayores, para personas calificadas

- Si tu cuenta es para una parte del año del plan, puedes presentar reclamaciones de la FSA elegibles hasta tres meses después del cierre del periodo de cobertura.
- Si tu cuenta cierra el 30 de junio de 2026, tienes hasta el 30 de septiembre de 2026 para presentar tus reclamaciones para el reembolso por las fechas de servicio durante el año del plan que finaliza el 30 de junio de 2026.

SI TIENES GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

No se te exige que te inscribas en una cuenta FSA de cuidado de dependientes durante el periodo de Inscripción abierta. Si experimentas un cambio en los costos del cuidado de dependientes, se te permite realizar el cambio correspondiente dentro de los 60 días. Por ejemplo, si tu hijo se inscribe en cuidado de dependientes en otoño, puedes inscribirte en la cuenta FSA de cuidado de dependientes en ese momento. Ten en cuenta esta información para tu organización.

¿Cuáles son los gastos que no califican para el reembolso con una cuenta FSA de cuidado de dependientes?

- Gastos de bolsillo para cuidado médico que tu cónyuge o tus dependientes hayan recibido.
- Matrículas o gastos educativos (como escuela de verano o programas de tutorías)
- Dinero que le pagues a tu cónyuge o a tu hijo menor de 19 años
- Gastos de alimentación (a menos que no puedan desglosarse de los gastos de cuidado)

Asegúrate de planificar meticulosamente tus gastos, ya que perderás los fondos que no utilices, que pasarán directamente al plan. Si experimentas un cambio en el costo de la cobertura brindada a tu dependiente durante el año del plan, es posible que seas elegible para realizar un cambio en la elección correspondiente.

Consulta el Manual Provisional de Beneficios Flexibles para obtener más información detallada sobre los requisitos de las personas calificadas y los gastos elegibles en virtud de una cuenta FSA de cuidado de dependientes.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA LA COBERTURA Y DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Dependientes	Definiciones de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	El matrimonio debe estar reconocido como una unión legal en la Mancomunidad de Virginia. Nota: Los excónyuges no serán elegibles, incluso si tienen una orden judicial.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia certificada o registrada del acta de matrimonio. y Fotocopia de la sección superior de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado, donde conste que el dependiente aparece consignado como "cónyuge". NOTA: Se puede ocultar toda la información financiera y los Números del Seguro Social.
Hijo/Hija natural o adoptivo	Los hijos/hijas pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del certificado de nacimiento o acta de adopción legal donde conste el nombre del empleado. NOTA: Si se trata de un acuerdo previo a la adopción legal, debe ser revisado y aprobado por la Oficina de Beneficios de Salud.
Hijastro o hijastra	Los hijastros/hijastras pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen los 26 años. Nota: Los hijastros/hijastras son elegibles mientras sus padres naturales sigan siéndolo.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del certificado de nacimiento o acta de adopción donde conste el nombre del cónyuge. y Fotocopia del acta de matrimonio donde conste el nombre del empleado y del padre/la madre del dependiente. y Fotocopia de la declaración de impuestos federales más reciente donde figure el nombre de la madre/el padre del dependiente consignado como "cónyuge". NOTA: Se puede ocultar toda la información financiera y los Números del Seguro Social.
Otros menores	Un hijo o hija no casado sobre quien un tribunal haya emitido una orden que exige al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) que asuma la custodia exclusiva permanente podrá tener cobertura hasta el final del año en que el menor cumpla los 26 años, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> el lugar principal de residencia es con el empleado; es miembro del hogar del empleado; reciben más de la mitad de su sustento de parte del empleado; y la custodia se concedió antes del cumpleaños número 18 del menor. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia de la orden judicial definitiva que confiere la custodia, con la firma del juez a cargo.

Nota: Nadie puede inscribirse en más de un plan estatal de beneficios de salud, bajo ninguna circunstancia. Si se determina que una persona tiene cobertura por error, el plan tiene derecho a tomar las medidas correctivas pertinentes.

CAMBIÓ EL PLAZO PARA ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Al añadir dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que sirva como la prueba de elegibilidad. **Si no tienes la documentación, no te pierdas la fecha límite de inscripción. Tienes otros 30 días más al final del periodo de inscripción abierta para presentar la documentación de elegibilidad.**

La cobertura de atención médica **no** entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulta con el Administrador de beneficios de tu agencia para obtener más información.



EVENTOS DE VIDA/EVENTOS CALIFICADOS DE MITAD DE AÑO QUE EXCEDEN AL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Puedes realizar ciertos cambios electivos durante el año del plan, que se basan en determinados eventos de la vida o eventos calificados de la mitad del año (QME). Estos eventos incluyen nacimientos, matrimonio o divorcio. Si deseas consultar una lista completa de este tipo de eventos calificados/QME, visita el sitio web del DHRM. Debes proporcionar tu solicitud de cambio electivo y la documentación de respaldo dentro de los 60 días calendario posteriores al evento. **La cuenta regresiva inicia el día mismo del evento. Si no tienes la documentación, no dejes pasar tu fecha límite. Tienes otros 30 días adicionales a partir de la solicitud de cambio para presentar la documentación de respaldo necesaria.**

La cobertura de atención médica **no** entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulta con el Administrador de beneficios de tu agencia para obtener más información.

ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTES NO ELEGIBLES

Únicamente aquellos miembros de la familia que cumplan con los criterios de elegibilidad pueden recibir cobertura. Debes eliminar los dependientes que no cumplan con los requisitos de elegibilidad. Fuera del periodo de Inscripción abierta, tienes 60 días calendario para presentar una acción de inscripción para eliminar a los dependientes que ya no sean elegibles. **La cuenta regresiva inicia el día mismo del evento.**

Aquellos empleados que inscriban u omitan eliminar a las personas no elegibles en el plazo de 60 días podrán quedar sujetos a sanciones, hasta la exclusión del programa de beneficios de salud por hasta tres años.

Comunícate con el Administrador de beneficios de tu agencia o visita el sitio web del DHRM para obtener más información.

¿TE MUDAS DENTRO O FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO?

Sentara Health Plans y Kaiser Permanente son planes médicos regionales que requieren que **vivas o trabajes en el área de servicio para poder inscribirte o mantener tu cobertura.** Si ya no vives ni trabajas en esa área de servicio, tu **cobertura del plan médico se cancelará el primer día del mes siguiente al cambio. Tienes 60 días desde el cambio de dirección o lugar de trabajo para inscribirte en un nuevo plan médico. Si no envías una nueva elección dentro de ese plazo, te quedarás sin cobertura médica.** Tu próxima oportunidad para hacer cambios será si tienes un evento de vida calificado de mitad de año (QME) o durante el próximo periodo de Inscripción abierta. Puedes consultar los códigos postales del área de servicio en los sitios web de [Sentara Health Plans](#) o [Kaiser Permanente](#), o comunicarte con el Administrador de beneficios de tu agencia.



PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE SALUD Y LAS CUENTAS FSA

P. ¿Debo hacer algo durante el periodo de Inscripción abierta?

- R.** No se requiere ninguna elección si no realizarás ningún cambio en la cobertura de tu plan médico, si no participas en el programa Recompensas en la prima o si no necesitas inscribirte en una cuenta de gastos flexibles (FSA). No obstante, te recomendamos que inicies sesión en **Cardinal HCM**, en <https://my.cardinal.virginia.gov>, para revisar tus elecciones vigentes y actualizar tu información personal.
- **Debes presentar una solicitud de inscripción cada año si deseas tener una FSA.** Consulta la página 14 para obtener más información.
 - **Debes realizar una acción si deseas acceder o seguir en el programa Recompensas en la prima durante el año del plan 2025-2026.** Consulta la página 12 para obtener más información.

P. ¿Cómo determino cuál es mi plan médico actual?

- R.** Puedes iniciar sesión en **Cardinal HCM**, en <https://my.cardinal.virginia.gov> y en la página de inicio de Cardinal, seleccionar el mosaico "Detalles de beneficios" (Benefit Details) para revisar el resumen de beneficios de salud vigentes o comunicarte con tu Administrador de beneficios.

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

- R.** Si es la primera vez que utilizas **Cardinal** Sigue las instrucciones en "Cómo acceder a Cardinal" (How do I Access Cardinal) en www.cardinalproject.virginia.gov/OE en la Guía rápida de Cardinal para la Inscripción abierta.

Si olvidaste tu contraseña: sigue las instrucciones en el sitio web para obtener ayuda (www.cardinalproject.virginia.gov/portal).

Si, aun así, no puedes acceder a Cardinal HCM: comunícate con el Administrador de beneficios de tu agencia.

Nota: Si se acerca el final del periodo de Inscripción abierta, entrega un formulario de inscripción impreso al Administrador de beneficios de tu agencia antes del final del plazo. No podemos aceptar solicitudes de cambios en la cobertura del plan médico o de elección de cuentas FSA una vez pasado ese plazo.

P. ¿Y qué sucede si deseo añadir a un dependiente elegible a mi plan médico, pero no tengo actualmente la documentación requerida?



- R.** Debes realizar tu solicitud de elección del 16 al 30 de mayo de 2025. No dejes pasar el plazo de la Inscripción abierta. La documentación podrá ser presentada después de esa fecha. Tienes otros 30 días más al final del periodo de Inscripción abierta para presentar la documentación de elegibilidad. Si contrajiste matrimonio dentro de los últimos 12 meses, bastará con que presentes una fotocopia del acta de matrimonio certificada o registrada para validar la elegibilidad para tu cónyuge, puesto que aún no contarás con la declaración de impuestos.

Nota: La cobertura de atención médica no entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulta con el Administrador de beneficios de tu agencia si tienes alguna pregunta.

P. ¿Puedo añadir a mi dependiente que tiene 26 años?

- R.** Los dependientes que cumplan 26 años durante el año calendario 2025 pueden inscribirse durante el periodo de Inscripción abierta. No obstante, el dependiente será automáticamente eliminado de la cobertura el 31 de diciembre de 2025. Si recibes un error, deberás presentar un formulario de inscripción impreso en tu agencia. Comunícate con el Administrador de beneficios de tu agencia.

P. ¿Es necesario que elimine a mi hijo dependiente que cumplirá 26 años este año calendario?

- R.** No. No se te exige que elimines a tu hijo dependiente durante el periodo de Inscripción abierta ni en el mes en que ese hijo cumpla 26 años. Los dependientes elegibles mantienen su elegibilidad en virtud del Programa de Beneficios de Salud para Empleados hasta el final del año calendario en el que cumplen 26 años. Estos dependientes serán eliminados automáticamente de la cobertura el 31 de diciembre de 2025.

P. ¿Puedo inscribir a un dependiente que ya está inscrito en otro plan médico estatal de la Mancomunidad de Virginia?

R. Ninguna persona puede estar inscrita en más de un plan médico estatal bajo ninguna circunstancia. Es necesario realizar la elección pertinente para eliminar al dependiente del otro plan si deseas inscribirlo en este plan.

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

R. Cuenta de cuidados médicos: sí, tanto tú como tu cónyuge pueden tener una cuenta FSA de cuidados médicos y aportar hasta el máximo del empleador por año del plan a la cuenta FSA de cuidados médicos.

Cuenta de cuidado de dependientes: sí, dependiendo de tu situación tributaria y de conformidad con los límites estipulados por el IRS.

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

P. Una vez que comience el nuevo plan, ¿puedo usar mi tarjeta MasterCard asociada a mi FSA para pagar gastos del año pasado?

R. No. No puedes utilizar tu tarjeta de débito asociada a la FSA después del 30 de junio de 2025 para pagar gastos correspondientes al año del plan 2024-2025. Solo puedes utilizar tu tarjeta MasterCard de la FSA para gastos en los que incurras desde el 1 de julio de cada año del plan. Después del 30 de junio, debes presentar las reclamaciones impresas para solicitar el reembolso de gastos en los que hayas incurrido durante el año del plan anterior.

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

R. Las primas de atención médica se calculan sobre la base de los gastos en los que incurre el plan, incluidos los pagos de reclamaciones y de administración. El plan debe garantizar fondos suficientes para cubrir los crecientes costos para financiar el Programa de Beneficios de Salud para los empleados del estado.

P. ¿Cómo sabré si mis elecciones del periodo de Inscripción abierta se enviaron correctamente?

R. Recibirás un correo electrónico automatizado de Cardinal HCM al día siguiente, donde se te indica que inicies sesión en Cardinal HCM para revisar tu declaración de confirmación de la Inscripción abierta. Puedes iniciar sesión en **Cardinal HCM**, en <https://my.cardinal.virginia.gov> y, en la página de inicio de Cardinal selecciona el mosaico “Detalles de beneficios” (Benefit Details) y luego “Declaraciones de beneficios” (Benefit Statements) para revisar tu declaración de confirmación.

Al finalizar la Inscripción abierta, todas las personas elegibles recibirán una declaración de confirmación, aun si no han hecho ninguna elección durante este periodo. Esto asegura que todos los **participantes elegibles** tengan un registro del estado actual de sus beneficios.

Si no recibes ninguna notificación después de presentar tu elección, comunícate con tu Administrador de beneficios.

P. ¿Qué debo hacer si se me pasó la fecha límite del periodo de Inscripción abierta?

R. El último día para realizar alguna elección en la Inscripción abierta, incluida la inscripción en cuentas FSA, es el 30 de mayo de 2025. No podemos aceptar solicitudes de cambios en la cobertura del plan médico o de elección de cuentas FSA una vez pasado ese plazo. La siguiente oportunidad será en el periodo de Inscripción abierta de 2026 o sujeto a un evento de vida/ evento calificado de mitad del año correspondiente. Las elecciones de tu plan médico se mantendrán como están designadas actualmente si no realizaste ningún cambio. Puesto que los miembros deben renovar la inscripción cada año si desean tener una cuenta FSA, ya no estarás inscrito en una FSA para el nuevo año del plan.



BENEFICIOS
PARA TODOS

BENEFICIOS
PARA TODOS

**BENEFICIOS
PARA TODOS**

BENEFICIOS
PARA TODOS

BENEFICIOS
PARA TODOS

BENEFICIOS
PARA TODOS

BENEFICIOS
PARA TODOS

EL PROGRAMA DE BIENESTAR PARA EMPLEADOS DE LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA



wellness@dhrm.virginia.gov



commonhealth.virginia.gov

CAMPAÑAS PARA LA EDUCACIÓN SOBRE SALUD

Recibe temas sobre bienestar en tu agencia o equipo, a través de tu asesor de bienestar regional de la Mancomunidad. Para programar una sesión, comunícate con el Coordinador de la Mancomunidad de tu agencia (o con el Administrador de beneficios de Recursos Humanos). ¿No sabes quién ocupa ese puesto? Escríbenos a wellness@dhrm.virginia.gov para averiguarlo.

PREMIO AL CAMPEÓN DEL BIENESTAR

Nombra a un empleado de la Mancomunidad de Virginia que haya hecho cambios importantes en sus hábitos de salud, haya motivado a otros a tomar decisiones más saludables o haya contribuido a crear una cultura de bienestar en el lugar de trabajo o en más lugares. Consulta los requisitos de elegibilidad y envía tu candidatura al sitio commonhealth.virginia.gov/wellnesschampions.html.

CORREOS ELECTRÓNICOS “UN MINUTO CON TU GERENTE”

Los gerentes y supervisores reciben mensajes mensuales con consejos simples para ayudar a crear una cultura de bienestar en el lugar de trabajo. Inscríbete en forms.office.com/g/661fGes4LM.

CORREOS ELECTRÓNICOS DE “MIÉRCOLES DE BIENESTAR”

Recibe mensajes semanales con consejos, trucos, información y adivinanzas para ayudarte a tomar decisiones más saludables. Regístrate en forms.office.com/g/GvGeA4wtznz.



DESCUENTO EN WEIGHTWATCHERS

Los empleados de la Mancomunidad de Virginia que sean elegibles para beneficios, sus cónyuges y dependientes mayores de 18 años, reciben un 50% de descuento sobre el precio regular y pueden unirse a WeightWatchers por solo \$9.75 al mes. Regístrate en www.weightwatchers.com/us/commonhealth.

FACEBOOK

Puedes recibir consejos de bienestar e información acerca de eventos y programas si sigues a la Mancomunidad en <https://www.facebook.com/CommonHealthVA/> y en <https://www.facebook.com/groups/commonhealthvaanywhere/>.

YOUTUBE

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

AVISOS IMPORTANTES

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta guía explica tus beneficios. Los documentos oficiales del plan y del seguro rigen tus derechos y beneficios en virtud de cada plan. Si deseas obtener detalles acerca de tus beneficios, incluidos los gastos cubiertos, las exclusiones y limitaciones, consulta el manual del miembro individual, que funciona como la descripción resumida del plan (SDS), los documentos del plan o el certificado de cobertura de cada plan. Si existiera alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, serán los documentos oficiales los que prevalezcan. La Mancomunidad de Virginia se reserva el derecho de realizar cambios en cualquier momento sobre los beneficios, los costos y las demás disposiciones relacionadas con los beneficios.

RECORDATORIO DE DISPONIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Esto pretende recordarles a los participantes y beneficiarios del plan del Programa estatal de beneficios de salud de la Mancomunidad de Virginia (el "Plan") que el Plan ha emitido una Notificación de Privacidad del Plan Médico que describe la manera en que el Plan utiliza y divulga la información médica protegida (PHI). El Administrador de beneficios de tu agencia debe entregarte una copia de la Práctica de Notificación de Privacidad de la Oficina de Beneficios de Salud. Si no recibes tal notificación, comunícate con tu Oficina de Beneficios o visita el sitio web del DHRM en www.dhrm.virginia.gov para obtener una copia. Si tienes preguntas, comunícate con la Oficina de Beneficios de Salud del Departamento de Gestión de Recursos Humanos escribiendo a ohb@dhrm.virginia.gov.

LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (ACA)

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Los beneficios de salud disponibles para ti a través de la Mancomunidad de Virginia representan un componente importante de tu paquete de compensaciones. Esos beneficios también brindan una protección importante para ti y tu familia en caso de enfermedad o lesión.

Tu plan ofrece una serie de opciones de cobertura médica. Elegir una cobertura médica es una decisión importante. Para ayudarte a tomar esa decisión informada, tu plan pone a tu disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para cada plan, donde se resume información importante acerca de las opciones de cobertura médica en un formato estándar, para ayudarles a ti y a tu familia a comparar las diferentes opciones.

El SBC está disponible en el sitio web del Departamento de Gestión de Recursos Humanos, en www.dhrm.virginia.gov. También puedes obtener una copia impresa del SBC, sin cargo, si envías un correo electrónico a ohb@dhrm.virginia.gov.

Si deseas conocer la descripción detallada de los beneficios del plan, limitaciones y exclusiones, consulta siempre el manual del miembro de tu plan.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si te han realizado una mastectomía, o debes realizártela, es posible que tengas derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se brindará cobertura de la forma establecida con la aprobación del médico tratante y la paciente, para los siguientes casos:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en las que se realizó la mastectomía.

- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico, esto incluye cobertura para la reconstrucción de la aureola y del pezón (incluida la repigmentación) para restaurar la apariencia física del seno y reconstrucción de la pared torácica con cierre estético plano.
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas en la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros que correspondan a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en virtud de este plan.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL SEGÚN LA HIPAA

Si rehúas inscribirte o inscribir a tus dependientes (incluso tu cónyuge) porque tienes cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal, la inscripción especial de la HIPAA te permite inscribirte e inscribir a tus dependientes en este plan en los siguientes casos:

- Tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de hacer contribuciones a tu otra cobertura o la de tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que finalice tu otra cobertura o la de tus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).
- Tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedas inscribirte e inscribir a tus nuevos dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Tú o tu dependiente alcanzan la elegibilidad para un subsidio de primas de Medicaid o SCHIP y solicitas cobertura del plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la determinación de elegibilidad.

Para solicitar la inscripción especial según la HIPAA o para obtener más información, comunícate con el Administrador de beneficios de tu agencia.

COBERTURA AMPLIADA/ NOTIFICACIONES DE COBRA

Al inscribirte en COVA Care, COVA HealthAware, COVA HDHP, Sentara Health, Kaiser Permanente o en las cuentas de gastos flexibles, debes recibir una Notificación General de Cobertura Ampliada (COBRA). La distribución de las notificaciones es responsabilidad de Inspira Financial. Si no recibes una, contáctate con el administrador de COBRA de Inspira Financial Health para obtener una copia.

La continuidad de la cobertura está disponible para ti y para tus familiares cubiertos que hayan perdido la elegibilidad en virtud del Programa estatal de beneficios de salud, a menos que te inscribas en el programa seguro suplementario de TRICARE. Encontrarás más información acerca de la cobertura ampliada (COBRA) en el sitio web del DHRM o si se la solicitas a tu Administrador de beneficios. La información de portabilidad para el programa seguro suplementario de TRICARE está disponible a través del administrador del plan.

NOTIFICACIÓN ACERCA DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

AÑO DEL PLAN: DEL 1 DE JULIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2026

AVISO SOBRE ESTÁNDARES ALTERNATIVOS RAZONABLES

Tu plan médico se compromete a ayudarte a lograr tu mejor versión. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados.

Si consideras que no cumplirás con los estándares para obtener una recompensa conforme a este programa de bienestar, es posible que califiques para tener la oportunidad de obtener las mismas recompensas de formas diferentes.

Contactanos al 888-642-4414 y trabajaremos contigo (y tu médico, si así lo deseas) para encontrar un programa de bienestar que ofrezca las mismas recompensas y que sea adecuado para ti conforme a tu estado de salud.

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR DE EEOC

Hay programas de bienestar voluntarios disponibles para todos los empleados, participantes de grupos de jubilados y sus cónyuges inscritos en los planes médicos de COVA Care, COVA HealthAware, y COVA High Deductible Health Plan en virtud del programa de beneficios de salud para empleados y jubilados de la Mancomunidad de Virginia. La administración de estos programas es responsabilidad de los administradores de reclamaciones de los planes médicos, como se detalla a continuación, según las normas federales que permiten a los programas de bienestar patrocinados por empleados procurar mejorar la salud de los empleados y prevenir sus enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud, según corresponda, entre otras. Si decides participar en el programa de bienestar que tengas a disposición, se te pedirá que completes en línea una evaluación voluntaria de riesgos para la salud voluntaria (o "HRA") que plantea una serie de preguntas sobre tus actividades y comportamientos relacionados con tu salud, y si tienes o tuviste ciertas condiciones médicas (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). Si los empleados/jubilados y sus cónyuges inscritos en los planes COVA Care y COVA HealthAware completan la HRA, obtendrán una recompensa sobre la prima. No se te exige que completes la HRA ni que participes en otros exámenes médicos. No obstante, los empleados/jubilados y sus cónyuges inscritos que deseen participar en el programa de bienestar mediante el requisito de HRA ganarán un incentivo de \$17 por mes por cada HRA que completen. La recompensa sobre la prima entrará en vigencia en la fecha en que se complete la HRA. Si bien no se te pide que completes una HRA, solo aquellos empleados/jubilados y sus cónyuges que completen una HRA podrán obtener una recompensa sobre las primas.

Existen otros incentivos disponibles para empleados y sus cónyuges inscritos en planes COVA Care y COVA HealthAware que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud, según se detalla al final de este Aviso. Estos programas se describen en detalle en el Manual del miembro. Si no puedes participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud que son requisitos para ganar un incentivo, es posible que tengas derecho a una adaptación razonable o a la aplicación de un estándar diferente. Puedes solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándote 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 médico COVA High Deductible pueden participar en estos programas de bienestar, pero no hay incentivos disponibles para ellos. La información de tu HRA o de las reclamaciones de tu plan médico se utilizará para proporcionarte información que te ayude a comprender cómo está tu salud actualmente y qué riesgos podrías tener. También puede utilizarse para ofrecerte servicios a través del programa de bienestar, como los que se detallan al final de este Aviso, u otra información que te sirva para brindarte orientación médica personalizada. También te recomendamos compartir tus resultados o inquietudes con tu médico.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de tu información de salud que te identifica personalmente. Si bien el programa de bienestar y el Programa de Beneficios de Salud para Empleados y Jubilados de la Mancomunidad de Virginia pueden utilizar la información recopilada para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, los administradores de reclamaciones nunca divulgarán ningún dato que te identifique

personalmente, ya sea públicamente o al empleador, excepto en la medida necesaria para responder a una solicitud de una adaptación razonable que se requiera para participar en el programa de bienestar, o según la ley expresamente lo permita. La información médica que se proporciona en relación con el programa de bienestar y que te identifica personalmente no se proporcionará a tus supervisores o gerentes, y nunca podrá usarse para tomar decisiones con respecto a tu empleo.

No venderemos, intercambiaremos, transferiremos ni divulgaremos de otro modo tu información de salud, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se te solicitará que renuncies a la confidencialidad de tu información de salud como condición para participar en el programa de bienestar ni para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba tu información con el fin de prestarte servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Únicamente el administrador de reclamaciones de tu plan médico, que es quien administra los programas de bienestar disponibles, recibirá tu información médica personal para poder brindarte servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá de forma separada de tus registros personales; la información almacenada electrónicamente estará cifrada; y ninguna información que proporciones como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones laborales. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en el caso de que se produjera una violación de los datos que afectara a la información que proporcionaste en relación con el programa de bienestar, te lo notificaremos de inmediato. No podrás ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciones como parte de tu participación en el programa de bienestar, ni podrás ser objeto de represalias si decides no participar.

Si tienes preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comunícate 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 de programas de bienestar también están disponibles como parte de los planes COVA Care y COVA HealthAware:

PROGRAMA	INCENTIVO DISPONIBLE
Apoyo para la maternidad	Exención de copago o contribución al Acuerdo de Reembolso de Salud, según el diseño de cada plan
Ejecución de las actividades de salud designadas (Do-Rights)	Contribución al Acuerdo de Reembolso de Salud, según el diseño de cada plan, y sujeto al nivel de ejecución

SERVICIOS DE ACCESO EN OTROS IDIOMAS: (TTY/TDD: 711)

(Español): Tienes derecho a obtener esta información y ayuda en tu idioma en forma gratuita. Llama al número de Servicios para Miembros que figura en tu tarjeta de identificación para obtener ayuda.

(Chino): 您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。

Cumplimos con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos a las personas por su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si tú o tus hijos reúnen los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid o CHIP y son elegibles para obtener la cobertura médica de tu empleador, es posible que tu estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, con fondos de tus programas de Medicaid o CHIP. Si tú o tus hijos no son elegibles para recibir los beneficios de Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visita www.healthcare.gov.

Si tú o tus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP, y si vives en uno de los estados que aparecen a continuación, comunícate con la oficina de Medicaid de tu estado o CHIP para averiguar si hay una asistencia para el pago de primas disponible.

Si tú o tus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y crees que tú o tus dependientes pueden reunir los requisitos para recibir los beneficios de cualquiera de estos programas, comunícate con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado o marca **1-877-KIDS NOW**, o bien, visita www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar la inscripción. Si calificas, consulta en tu estado si existe un programa que pueda ayudarte a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si tú o tus dependientes reúnen los requisitos para obtener asistencia para el pago de primas conforme a Medicaid o CHIP, y si también son elegibles en virtud del plan de tu empleador, este debe permitir que te inscribas en el plan del empleador si aún no estás inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial" y **debes solicitar la cobertura en el plazo de 60 días a partir de la determinación de elegibilidad para obtener asistencia para el pago de primas**. Si tienes alguna pregunta sobre la inscripción en un plan del empleador, visita el sitio web del Departamento de Trabajo, www.askebsa.dol.gov, o llama al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vives en alguno de los siguientes estados, es posible que seas elegible para recibir asistencia para el pago de primas del plan médico de tu empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 17 de marzo de 2025. Comunícate con tu Estado para obtener más información sobre elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid

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

ALASKA – Medicaid

Programa de Pago de la Prima del Seguro Médico de AK

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

Correo electrónico:

CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad para Medicaid:

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

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>

Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de la Prima del Seguro Médico (HIPP):

<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/State Relay 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

Servicio al Cliente de CHP+:

1-800-359-1991/State Relay 711

Programa Health Insurance Buy-In (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 HIPP de GA:

<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, presione 1

Sitio web de CHIPRA de GA:

<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

Teléfono: 678-564-1162, presione 2

INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de la Prima del Seguro Médico

Todos los otros sitios web

de Medicaid: <https://www.in.gov/medicaid/>

<http://www.in.gov/fssa/dfr/>

Administración de Servicios Sociales y Familiares

Teléfono: 1-800-403-0864

Teléfono de Servicios para Miembros:

1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:

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

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki:

[Hawki - Niños Saludables y Bien Cuidados en Iowa | Salud y Servicios Humanos](https://www.iowa.gov/hawki)

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: [Pago de la Prima del Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos \(iowa.gov\)](https://www.iowa.gov/hipp)

Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del programa integrado de Pago de la Prima del Seguro Médico en Kentucky (KI-HIPP):

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid en Kentucky:

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

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.louisianamedicaid.gov o

www.lahipp.gov

Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web para inscribirse:

https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono: 1-800-442-6003

TTY: Retransmisión de Maine 711

Página web de la prima del Seguro

Médico Privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

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

TTY: 711

Correo electrónico:

masspreassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

Teléfono: 1-800-657-3672

Teléfono: 1-800-657-3672

Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

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

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218

Número telefónico gratuito para el programa

HIPP: 1-800-852-3345, extensión: 15218

Correo electrónico:

DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:

<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Teléfono: 1-800-356-1561

Teléfono de la Asistencia para el pago de Primas

de CHIP: 609-631-2392

Sitio web de CHIP:

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

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

NEW YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

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

Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – 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

OREGON – Medicaid y CHIP

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

Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>

Teléfono: 1-800-692-7462

Sitio web de CHIP: [Programa de Seguro de Salud para Niños \(CHIP\) \(pa.gov\)](#)

Teléfono de 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 Rlte Share)

SOUTH CAROLINA – Medicaid

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

Teléfono: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA – Medicaid

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

Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: [Programa del Pago de la Prima del Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos de Texas](#)

Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de la asociación de Utah para el

Pago de la Prima del Seguro Médico (UPP):

<https://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 Asistencia para

el Pago de un Seguro de Medicaid en Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

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

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de Expansión para Adultos:

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

Sitio web del programa de Asistencia para

el Pago de un Seguro de Medicaid en Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

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

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de Expansión para Adultos:

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

Sitio web del programa de Asistencia para

el Pago de un Seguro de Medicaid en Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

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

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de Expansión para Adultos:

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

Sitio web del programa de Asistencia para

el Pago de un Seguro de Medicaid en Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

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

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de Expansión para Adultos:

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

Sitio web del programa de Asistencia para

el Pago de un Seguro de Medicaid en Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

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

Teléfono: 1-888-222-2542

Sitio web de Expansión para Adultos:

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

Sitio web del programa de Asistencia para

el Pago de un Seguro de Medicaid en Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

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

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

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

WASHINGTON – Medicaid

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

Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Línea gratuita de CHIP: 1-855-MyWVHIPP

(1-855-699-8447)

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Línea gratuita 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/programs-and-eligibility/>

Teléfono: 1-800-251-1269

Para consultar si otros estados han agregado

un programa de asistencia con las primas

desde el 17 de marzo de 2025, o si deseas

obtener más información sobre los derechos

de inscripción especial, comuníquese con alguno

de los siguientes:

Departamento del Trabajo

de los Estados Unidos

Administración de Seguridad para

los Beneficios de los 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 Estados Unidos

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de menú: 4, Extensión:

61655

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, pub. L. 104-13) (PRA), nadie tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que tal recopilación exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento destaca que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar recopilaciones de información a menos que tenga la autorización de la OMB en virtud de la PRA, y que exhiba un número de control válido de OMB, y el público no tiene la obligación de responder a la recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de OMB. Ver 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones de la ley, ninguna persona podrá quedar sujeta a sanciones por incumplir con una recopilación de información si dicha recopilación de información no exhibe el número de control válido y vigente de OMB. Ver 44 U.S.C. 3512.

La carga de notificación pública para esta recopilación de información se estima en aproximadamente siete minutos por persona interrogada, en promedio. Se insta a las partes interesadas a enviar los comentarios en relación con la estimación de la carga o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir la carga, al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, a: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, haciendo referencia al número de control de OMB 1210-0137.



CONTACTO

CONTACTO

CONTACTO

CONTACTO

Plan o Beneficio	Información de contacto
COVA Care y COVA HDHP*	Beneficios médicos, de la visión y de la audición - Anthem: 800-552-2682 o www.anthem.com/cova
	Medicamentos recetados - Anthem Pharmacy (CarelonRx): 833-267-3108 o www.anthem.com
	Salud conductual y Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) - Anthem: 855-223-9277 o www.AnthemEAP.com/cova
	Beneficio dental - Delta Dental en Virginia: 888-335-8296 o www.deltadentalva.com
	Opciones de atención virtual, incluida LiveHealth Online: Aplicación Sydney Health o www.anthem.com/cova
	Evaluación de la salud en My Health Check-in (El Chequeo de mi salud) - Inicia sesión en www.anthem.com (o en la aplicación móvil Sydney Health) > Mi panel de salud (My Health Dashboard) > Programas (Programs) Comunícate con Anthem al 800-552-2682 para completar telefónicamente tu evaluación de la salud.
	Programas de salud y bienestar - www.anthem.com (o en la aplicación móvil Sydney Health) > Mi panel de salud > Programas <ul style="list-style-type: none"> • Condition Care (antes, Disease Management) y Asesor de Bienestar: 844-507-8472 • Cómo Fomentar Familias Saludables (antes, Future Moms): www.anthem.com (o en la aplicación móvil Sydney Health) > Mi panel de salud > Programas - 833-414-4200
	Programa Shared Savings Incentive – SmartShopper: https://cova.smartshopper.com/ o Anthem: 844-277-8991
COVA HealthAware*	Beneficios médicos, de la visión, de la audición y salud conductual - Aetna: 855-414-1901 o www.covahealthaware.com Salud conductual: 866-885-5596
	Medicamentos recetados - Anthem Pharmacy (CarelonRx): 833-267-3108 o www.anthem.com
	Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) - Aetna: 888-238-6232 o www.mylifevalues.com (nombre de usuario y contraseña: COVA)
	Beneficio dental - Delta Dental en Virginia: 888-335-8296 o www.deltadentalva.com
	Teladoc: www.teladoc.com/aetna o 855-835-2362
	Evaluación de la salud - Inicia sesión en www.aetna.com (o en la aplicación móvil Aetna) > Recursos para miembros (Member Resources) > Recursos de bienestar (Well-being Resources)
	Programas de salud y bienestar - 855-414-1901 o inicia sesión en www.aetna.com > Recursos para miembros > Recursos de bienestar
	Programa Shared Savings Incentive – SmartShopper: https://cova.smartshopper.com/ o Aetna: 833-849-0567
Kaiser Permanente HMO (Principalmente en el área norte de Virginia. Ver el sitio web para consultar los códigos postales específicos)	Beneficios médicos, de medicamentos recetados y de la visión – Kaiser Permanente: 800-777-7902, 301-468-6000 en Washington D.C. o www.my.kp.org/commonwealthofvirginia
	Consulta médica en línea: www.kp.org o 800-777-7904
	Beneficio dental - Liberty Dental: 800-764-5393 o www.libertydentalplan.com/kp-cova
	Salud conductual - Kaiser: 866-530-8778
	Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) - Salud conductual de Carelon: 866-517-7042 o www.carelonwellbeing.com/kaiser
Sentara Health Plans Vantage HMO (Área general de Hampton Roads y de Eastern Shore Ver el sitio web para consultar los códigos postales específicos)	Beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales, de la visión, de salud conductual. Sentara Health: 866-846-2682 , www.sentarahealthplans.com/cova o members@sentara.com
	Consulta médica en línea: MDLIVE o 866-648-3638
	Programa de Asistencia a los Empleados (EAP): www.sentaraeap.com (nombre de usuario: COVA) o 800-899-8174
TRICARE Supplement	Selman & Company (SelmanCo): 800-638-2610 (presiona la Opción 1)
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Inspira Financial FSA: 855-516-8595 (TTY:711) o inspirafinancial.com
Información sobre la Inscripción abierta	Cardinal HCM: https://my.cardinal.virginia.gov/
	https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2025-26
	Oficina de Beneficios de Salud: openrollment@dhrm.virginia.gov ¿Tienes problemas con Cardinal? Comunícate con tu Administrador de beneficios

**INFORMACIÓN OFICIAL SOBRE LA INSCRIPCIÓN ANUAL
PARA BENEFICIOS DE SALUD**



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



INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL 16 AL 30 DE MAYO DE 2025

**VIGENTE PARA EL AÑO DEL PLAN QUE VA DESDE
EL 1 DE JULIO DE 2025 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2026**

**SITIO WEB SOBRE EL PERIODO
DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL DHRM**

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



(antes, Twitter):

<https://twitter.com/VirginiaDHRM>