

# INFORMACIÓN SOBRE TUS BENEFICIOS

PRIMAVERA DE 2026



## LO QUE TE ESPERA DENTRO DE ESTE FOLLETO

Novedades para 2026.....	2
Inscríbete y haz los cambios que quieras.....	4
Primas mensuales.....	7
Resumen de los beneficios.....	10
Cambios en los beneficios.....	12
Recompensas en la prima.....	17
Cuentas de gastos flexibles.....	19
Elegibilidad.....	21
Preguntas y respuestas.....	23
Beneficios para todos.....	25
Avisos importantes.....	27
Contacto.....	35

# PREPÁRATE PARA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL 15 AL 29 DE MAYO DE 2026

VIGENTE PARA EL AÑO DEL PLAN QUE VA DESDE EL 1.º DE JULIO DE 2026  
HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2027

SITIO WEB SOBRE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL DHRM

<https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2026-2027>



# ¡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.º DE JULIO DE 2026

### TODOS LOS PLANES

- **Costo compartido de \$0 para el examen de mamas antes del diagnóstico:** La ley de Virginia ahora exige que las compañías de seguro cubran, sin costo para el miembro, los exámenes de mamas de diagnóstico o complementarios que se hagan dentro de la red (antes del diagnóstico).
- **Nuevos criterios de autorización previa para medicamentos GLP-1 para bajar de peso:** Se requiere tener un índice de masa corporal (BMI) de 35 o superior para obtener un medicamento GLP-1 para perder peso.

### COVA CARE

- **Deducible de farmacia de \$150/\$300:** Nuevo deducible de farmacia requerido para medicamentos de Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 4.

### COVA PLAN MÉDICO CON DEDUCIBLES ALTOS (HDHP)

- **Cuidado virtual a \$0:** El cuidado virtual al que se accede a través de la aplicación Sydney Health ahora tiene un costo de \$0.

### COVA CARE Y COVA HEALTHAWARE

- **Requisito adicional para el programa Recompensas en la Prima (Premium Rewards):** También se requiere una visita preventiva anual, un examen de bienestar para adultos o un control médico ginecológico.

### COVA CARE, COVA HDHP Y COVA HEALTHAWARE

- **Nuevo Formulario de medicamentos:** Tu plan cubrirá una nueva lista de medicamentos con receta.

### CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

- **Aumento del máximo de aportes:** En el año del plan 2026-2027, puedes apartar hasta \$3,400 en la cuenta FSA de cuidado médico y \$7,500 en la cuenta FSA de cuidado de dependientes.

LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR, SUJETOS 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 cuenta 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; o
- 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 cuenta FSA.

## RECOMPENSAS EN LA PRIMA

- Los miembros elegibles deben realizarse una evaluación de la salud y una visita preventiva anual, un examen de bienestar para adultos o control médico ginecológico para recibir un 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 (DHRM), en <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2026-2027>. También puedes obtener una copia impresa del SBC, sin cargo, si envías un correo electrónico a [ohb@dhrm.virginia.gov](mailto: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	Presencia regional, en Greater Hampton Roads y en Eastern Shore	
Seguro suplementario de TRICARE	En todo el estado y en otros lugares para los participantes que sean jubilados militares y sus cónyuges	

Meet alex<sup>®</sup>



¿No sabes si este es el mejor plan médico para ti? Conversa con ALEX, nuestro asesor en línea que aclarará tus dudas sobre los beneficios. ¡ALEX evalúa tus datos y te recomienda un plan que sea justo a tu medida! Conversa con ALEX en <https://start.myalex.com/cova>.



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

# PRESENTACIÓN DE TUS ELECCIONES DE INSCRIPCIÓN ABIERTA EN CARDINAL

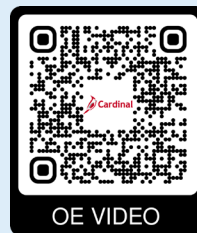
Realiza cambios en la cobertura de tu plan médico y en tus cuentas de gastos flexibles (FSA) durante el próximo periodo de Inscripción abierta (OE) desde el viernes 15 de mayo de 2026 hasta el viernes 29 de mayo de 2026. Para definir tus opciones del OE en línea, deberás utilizar Cardinal HCM. ¿Es la primera vez que utilizas Cardinal? ¿Olvidaste tu contraseña de Cardinal? Visita [www.cardinalproject.virginia.gov/login-help](http://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 **Gestión del Capital Humano (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)** que se encuentra 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"

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



¿Necesitas información adicional? Visita [www.cardinalproject.virginia.gov/OE](http://www.cardinalproject.virginia.gov/OE).



(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)**.
21. Completa los campos **País (Country)**, **Tipo de identificación nacional (National ID Type)** y **Número de identificación nacional (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 (Done)** en la esquina superior derecha.
32. El mosaico **Cobertura médica (Medical)** 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 cuentas FSA.
  - Haz clic en el mosaico **Cuenta de gastos flexibles (Flex Spending Medical)** (o en el mosaico Cuenta de gastos flexibles de 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 de 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 cuenta 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 has elegido
  - **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!**

Your Annual Cost **\$1,932.00**

Status **Pending Review**

[Enrollment Preview Statement](#)

**Submit Enrollment**

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

Presenta tus elecciones en línea en Cardinal a partir del 15 de mayo hasta las 11:59 p.m. (hora del Este) del 29 de mayo de 2026.

## REVISA 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!

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 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. La Oficina de Beneficios de Salud (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 29 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-2026-2027>. Imprime, firma y entrega el formulario a tu administrador de beneficios antes del horario de cierre laboral del 29 de mayo de 2026. Recuerda llenar todas las secciones pertinentes del formulario de inscripción.

COMPARAR  
PLANES

COMPARAR  
PLANES

COMPARAR  
PLANES

COMPARAR  
PLANES

COMPARAR  
PLANES

# Propuesta de primas mensuales para 2026/2027 - 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”.

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

PLANES MÉDICOS		PRIMAS MENSUALES PARA 2025-2026			PRIMAS MENSUALES PROPUESTAS PARA 2026-2027		
		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 \$108 El Estado paga \$830 Total de la prima \$938	\$248 \$1,488 \$1,736	\$340 \$2,179 \$2,519	\$123 \$973 \$1,096	\$285 \$1,745 \$2,030	\$394 \$2,553 \$2,947
COVA Care	+ Fuera de la red	El empleado paga \$131 El Estado paga \$830 Total de la prima \$961	\$291 \$1,488 \$1,779	\$402 \$2,179 \$2,581	\$151 \$973 \$1,124	\$338 \$1,745 \$2,083	\$469 \$2,553 \$3,022
COVA Care	+ Cobertura dental ampliada	El empleado paga \$141 El Estado paga \$830 Total de la prima \$971	\$308 \$1,488 \$1,796	\$428 \$2,179 \$2,607	\$156 \$973 \$1,129	\$345 \$1,745 \$2,090	\$482 \$2,553 \$3,035
COVA Care	+ Fuera de la red + Cobertura dental ampliada	El empleado paga \$164 El Estado paga \$830 Total de la prima \$994	\$351 \$1,488 \$1,839	\$490 \$2,179 \$2,669	\$184 \$973 \$1,157	\$398 \$1,745 \$2,143	\$557 \$2,553 \$3,110
COVA Care	+ Cobertura dental ampliada + Cobertura de la visión y la audición	El empleado paga \$161 El Estado paga \$830 Total de la prima \$991	\$345 \$1,488 \$1,833	\$482 \$2,179 \$2,661	\$176 \$973 \$1,149	\$382 \$1,745 \$2,127	\$536 \$2,553 \$3,089
COVA Care	+ Fuera de la red + Cobertura dental ampliada + Cobertura de la visión y la audición	El empleado paga \$184 El Estado paga \$830 Total de la prima \$1,014	\$388 \$1,488 \$1,876	\$544 \$2,179 \$2,723	\$204 \$973 \$1,177	\$435 \$1,745 \$2,180	\$611 \$2,553 \$3,164
COVA HealthAware		El empleado paga \$19 El Estado paga \$830 Total de la prima \$849	\$64 \$1,511 \$1,575	\$70 \$2,215 \$2,285	\$29 \$981 \$1,010	\$110 \$1,762 \$1,872	\$141 \$2,579 \$2,720
COVA HealthAware	+ Cobertura dental ampliada	El empleado paga \$52 El Estado paga \$830 Total de la prima \$882	\$124 \$1,511 \$1,635	\$158 \$2,215 \$2,373	\$62 \$981 \$1,043	\$170 \$1,762 \$1,932	\$229 \$2,579 \$2,808
COVA HealthAware	+ Cobertura ampliada para servicios dentales y de la visión	El empleado paga \$62 El Estado paga \$830 Total de la prima \$892	\$144 \$1,511 \$1,655	\$186 \$2,215 \$2,401	\$72 \$981 \$1,053	\$190 \$1,762 \$1,952	\$257 \$2,579 \$2,836
COVA HDHP		El empleado paga \$0 El Estado paga \$739 Total de la prima \$739	\$0 \$1,366 \$1,366	\$0 \$1,998 \$1,998	\$0 \$922 \$922	\$0 \$1,708 \$1,708	\$0 \$2,492 \$2,492
COVA HDHP	+ Cobertura dental ampliada	El empleado paga \$33 El Estado paga \$739 Total de la prima \$772	\$60 \$1,366 \$1,426	\$88 \$1,998 \$2,086	\$33 \$922 \$955	\$60 \$1,708 \$1,768	\$88 \$2,492 \$2,580
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 \$91 El Estado paga \$830 Total de la prima \$921	\$214 \$1,479 \$1,693	\$306 \$2,161 \$2,467	\$106 \$894 \$1,000	\$251 \$1,586 \$1,837	\$360 \$2,317 \$2,677
Sentara Health Plans (HMO) <small>(Hampton Roads/Eastern Shore)</small>	+ Cobertura ampliada para servicios dentales y de la visión	El empleado paga \$91 El Estado paga \$816 Total de la prima \$907	\$214 \$1,464 \$1,678	\$306 \$2,125 \$2,431	\$106 \$904 \$1,010	\$251 \$1,617 \$1,868	\$360 \$2,345 \$2,705
Seguro suplementario voluntario de TRICARE*		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.



## ¿POR QUÉ ESTÁN AUMENTANDO LAS PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA?

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 ajustar las primas para garantizar un financiamiento adecuado que permita cubrir el aumento de los costos del Programa Estatal de Beneficios de Salud.

Cada año, el Programa Estatal de Beneficios de Salud revisa el costo total de proporcionar beneficios de salud, de salud conductual y de farmacia a los miembros. Tras completar la revisión de este año, debemos ajustar las primas para garantizar que el plan siga siendo financieramente estable y capaz de satisfacer las necesidades de los miembros.

**Varios factores están impulsando el aumento de las primas este año:**

- **Mayores reclamaciones médicas y de farmacia**  
Los miembros utilizaron más servicios médicos en el último año, incluido el cuidado hospitalario, procedimientos ambulatorios y medicamentos especializados. Los costos de estos servicios continúan aumentando a nivel nacional y el plan está experimentando la misma tendencia.
- **Aumento de los costos de los medicamentos recetados**  
Los medicamentos especializados que se utilizan para tratar condiciones como trastornos autoinmunes, cáncer, enfermedades poco frecuentes y los medicamentos GLP-1 que se utilizan para favorecer la pérdida de peso han sido los factores de costo de más rápido crecimiento. Incluso cuando son utilizados por una pequeña

cantidad de miembros, estos medicamentos incrementan de forma significativa los gastos generales del plan.

- **Mayor uso de servicios de salud mental y cuidado preventivo**  
Más miembros están accediendo al cuidado de salud conductual y a las pruebas de detección preventiva. Si bien esto favorece una mejor salud a largo plazo, también incrementa los costos del plan a corto plazo.
- **Inflación en la fuerza de trabajo de cuidado médico y suministros**  
Los hospitales, clínicas y farmacias enfrentan mayores costos de trabajadores, equipos y suministros. Estos aumentos se ven reflejados en las reclamaciones que se presentan al plan.
- **Mantenimiento de reservas financieras requeridas**  
La ley estatal y las buenas prácticas financieras exigen que el plan mantenga reservas adecuadas para pagar reclamaciones futuras. Los ajustes en las primas ayudan a garantizar que el plan permanezca estable y cumpla con estos requisitos.

El Programa Estatal de Beneficios de Salud entiende que cualquier aumento en las primas afecta el presupuesto de su hogar. Nuestro objetivo es continuar ofreciendo una cobertura integral y de alta calidad, mientras se administran de manera responsable los costos médicos en incremento y mantener el compromiso de ofrecer una variedad de opciones de planes que se ajusten a tus necesidades y las de tu familia.

# 5 FORMAS DE AHORRAR EN LOS COSTOS MÉDICOS

Aprovechar al máximo tu plan médico empieza por tomar algunas opciones inteligentes. Te presentamos cinco maneras de reducir los costos médicos para ti y tu familia este año:

## 1. Elige médicos e instalaciones que pertenezcan a la red del plan

Cuando acudas a médicos y hospitales de la red del plan, por lo general pagarás menos. Antes de programar una cita, asegúrate de que pertenezcan a la red de tu plan y consulta en la aplicación o en el sitio web del plan médico.

## 2. Elige el lugar adecuado para recibir atención médica

La sala de emergencia (ER) es la mejor opción para emergencias mortales. Para la mayoría de las necesidades que no son una emergencia, puedes ahorrar dinero al recibir atención de parte de tu médico de atención primaria, de la atención de urgencia o del cuidado virtual. Los planes médicos ofrecen opciones de cuidado virtual que están disponibles en su sitio web o a través de su aplicación. Si se trata de una emergencia, llama al 911 o dirígete a la ER.

## 3. Compara costos antes de recibir atención

Los costos de los análisis de laboratorio, procedimientos y visitas pueden variar.

Los miembros de Anthem y Aetna pueden utilizar SmartShopper (un beneficio gratuito) para encontrar opciones asequibles y de alta calidad en su área. Obtén más información en el sitio [cova.smartshopper.com](https://cova.smartshopper.com).

## 4. Mantente al día con el cuidado preventivo

Los chequeos anuales y las vacunas recomendadas pueden ayudar a detectar problemas de manera temprana, antes de que se vuelvan más graves y más costosos. El seguro cubre el cuidado preventivo, por lo que es una excelente manera de proteger tu salud y presupuesto.

## 5. Mantén bajo control las condiciones en curso

Controlar las condiciones crónicas y tomar los medicamentos según lo recetado pueden ayudarte a sentirte mejor y evitar visitas a la sala de emergencia (ER). Los medicamentos pueden variar en precio según el nivel en el que se encuentren. Trabaja con tu médico para encontrar los medicamentos que mejor se adapten a ti, teniendo en cuenta los medicamentos preferidos del formulario.



# RESUMEN DE LOS BENEFICIOS PARA 2026

LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR, SUJETOS 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
<b>Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA)</b> <i>El empleador deposita en su HRA el 1.º de julio de 2026</i>	\$600, empleado \$600, cónyuge inscrito	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
<b>Beneficios dentro de la red</b>	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente
<b>Deducible (por año del plan)</b>					
Una persona	\$1,500	\$300	\$1,750	Ninguna	\$200
Dos personas o más	\$3,000	\$600	\$3,500	Ninguna	\$400
<b>Límite de gastos de bolsillo (por año del plan)</b>					
• 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
<b>Consultas médicas (en persona y telemedicina)</b>					
• Médico de atención primaria	20% después del deducible	\$25	20% después del deducible	\$25	Nivel 1: \$10/Nivel 2: \$30
• Consulta médica por telesalud	\$0	\$0	\$0	\$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
<b>Servicios hospitalarios</b>					
• 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
<b>Visitas en la sala de emergencia</b>	20% después del deducible	\$300 por visita (que se cancela si quedas internado)	20% después del deducible	\$75 por visita (que se cancela si quedas internado)	\$200 por visita (que se cancela si quedas internado)
<b>Transporte en ambulancia</b>	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
<b>Servicios de laboratorio y radiografía de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b>	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
<b>Servicios de infusión (incluye quimioterapia intravenosa o inyectable)</b>	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
<b>Consultas de terapia para pacientes ambulatorios</b>					
• Terapia ocupacional y terapia del habla	20% después del deducible	\$25 para PCP/ \$35 para especialista	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodio)	\$30*
• Fisioterapia únicamente	20% después del deducible	\$15	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodio)	\$30*
• Fisioterapia y otros servicios relacionados, incluida la intervención manual y la manipulación espinal	20% después del deducible	\$25 para PCP/ \$35 para especialista	20% después del deducible	\$40 (30 visitas/episodio)	\$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
<b>Tratamiento de trastornos del espectro autista y servicios relacionados</b>	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
<b>Salud conductual</b>					
• Consultas médicas y a profesionales no médicos	20% después del deducible	\$25	20% después del deducible	\$12 por cobertura grupal/ \$25 por 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 por cobertura grupal/ \$25 por cobertura individual	\$200
<b>Programa de Asistencia a los Empleados (EAP)</b>	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
<b>Medicamentos recetados (genéricos obligatorios)</b>					
<b>Deducible (por año del plan)</b>		\$150 por persona/ \$300 por dos o más personas en los Niveles 2, 3 y 4			
<b>Farmacia minorista</b>	20% después del deducible	Nivel 1: \$15 Nivel 2: \$30 Nivel 3: \$45 Nivel 4: \$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 por copago por 90 días)	Suministro para hasta 30 días \$15/\$30/\$45/\$55
<b>Farmacia con entrega a domicilio</b>	20% después del deducible	Nivel 1: \$30 Nivel 2: \$60 Nivel 3: \$90 Nivel 4: \$110	20% después del deducible	\$13/\$23/\$38 (2 por copago por 90 días)	Suministro para hasta 90 días \$30/\$60/\$90/NA **

\*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 2026

LAS PRIMAS Y LOS BENEFICIOS DEL PLAN PUEDEN VARIAR, SUJETOS 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 lo siguiente	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente	Tú pagas lo siguiente
<b>Servicios de bienestar y de cuidado preventivo</b>					
Visitas al consultorio a intervalos específicos, vacunas, análisis de laboratorio y radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita de chequeo 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
<b>Examen anual de visión, de rutina</b>	\$0	\$15	\$15	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	\$15
<b>Examen anual de audición, de rutina</b>	\$0	Beneficio opcional*	No disponible	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	\$40
<b>Audífonos y otros servicios relacionados con los audífonos</b> 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)
<b>Servicios dentales</b>					
Preventivos y de diagnóstico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Cobertura dental ampliada</b>	<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
<b>Cuidado de la visión de rutina (plan básico)</b>	<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 visión, de rutina	\$0	\$15	\$15	\$25 para PCP/ \$40 para especialista	\$15
• Marcos de anteojos	65% del precio minorista	80% del precio minorista, o 65% del precio minorista cuando se adquiere como un par de anteojos completo	80% del precio minorista, o 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
<b>Cobertura ampliada para la visión, de rutina</b>	<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
<b>Atención de la audición de rutina</b>	<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
<b>Fuera de la red</b>	<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. Consulta 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 el resumen de primas).

\*\*Los lentes de contacto opcionales reemplazan a los anteojos. Los lentes no opcionales están cubiertos cuando los anteojos no son una opción para la corrección que se necesita para la visión.

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN

LOS BENEFICIOS CAMBIAN  
SEGÚN EL PLAN



## LOS BENEFICIOS CAMBIAN SEGÚN EL PLAN: VIGENTE A PARTIR DEL 1.º DE JULIO DE 2026

### TODOS LOS PLANES

#### COSTO COMPARTIDO DE \$0 PARA EL EXAMEN DE MAMAS ANTES DEL DIAGNÓSTICO

La ley de Virginia exige cobertura sin costos compartidos (costo de \$0 para el miembro) para ciertos exámenes de mamas de diagnóstico o complementarios que se realizan para determinar si existe cáncer de mama (antes del diagnóstico). Este costo compartido de \$0 para el miembro se aplica a los proveedores dentro de la red en las siguientes situaciones e incluye exámenes realizados mediante mamografía diagnóstica, resonancia magnética mamaria o ecografía mamaria.

- Exámenes de mamas de diagnóstico para evaluar lo siguiente:
  - Una anomalía observada o de la que se sospecha en un examen médico o
  - Una anomalía encontrada a través de otro tipo de examen.
- Exámenes de mamas complementarios cuando sucede lo siguiente:
  - No se observa ni se sospecha una anomalía y
  - El examen se basa en antecedentes personales o familiares u otros factores que incrementan el riesgo de tener cáncer de mama.

Después de que se realiza un diagnóstico, se aplican los beneficios normales del plan. Los exámenes de mamas posteriores pueden requerir un copago, coseguro y/o aplicarse a los requisitos de deducible, según el plan.

### COVA HDHP

#### CUIDADO VIRTUAL A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN SYDNEY HEALTH AHORA CON COSTO DE \$0

El cuidado virtual que se accede mediante la aplicación Sydney Health, incluido LiveHealth Online, ahora tiene un costo de \$0 para los miembros de COVA HDHP. Antes, había un coseguro del 20%. Las videoconsultas seguras con proveedores de cuidados médicos certificados por el Colegio de Médicos están disponibles para todo lo siguiente:

- Atención de urgencia las 24 horas, los 7 días de la semana para tos, resfriados, erupciones, conjuntivitis, cortes leves, entre otros.
- Atención primaria para chequeos anuales y el manejo de condiciones de salud crónicas.
- Especialistas, como profesionales de la salud mental, dermatólogos y alergistas.

Inicia sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) o en tu aplicación Sydney Health, selecciona Cuidado (Care) y luego Cuidado virtual (Virtual care).



## LOS BENEFICIOS DE FARMACIA CAMBIAN SEGÚN EL PLAN

### COVA CARE

#### LOS DEDUCIBLES DE FARMACIA SE AGREGAN A LOS NIVELES 2 A 4

Ahora se aplica un **deducible de farmacia de \$150/\$300** antes de que el plan pague cualquier gasto de los medicamentos recetados de **Nivel 2, Nivel 3 o Nivel 4**.

- El deducible es el siguiente:
  - \$150 por persona
  - \$300 por dos personas o más
- Primero debes pagar el **deducible de farmacia de tu bolsillo** antes de que el plan comience a compartir los costos de los medicamentos de los Niveles 2 a 4. El deducible no se aplica a las recetas de Nivel 1.
- **Una vez que hayas alcanzado el deducible total**, comenzarás a pagar **inmediatamente el copago normal** correspondiente al nivel de esos medicamentos.
- Los medicamentos se agrupan en cuatro niveles, y cada uno tiene un copago establecido para un **suministro para 34 días**:

#### Niveles de medicamentos (copago de suministro para 34 días)

- **Nivel 1:** copago de \$15 (medicamentos genéricos)
- **Nivel 2:** copago de \$30 (medicamentos de marca preferida de menor costo)
- **Nivel 3:** copago de \$45 (medicamentos de marca no preferida de mayor costo)
- **Nivel 4:** copago de \$55 (medicamentos especializados de costo alto)

**Ejemplo:** Una persona con deducible de \$150 (medicamento de Nivel 3; costo de \$100 por surtido)

**Primer surtido (el deducible aún no se ha alcanzado):**

- Tú pagas **\$100** (esto se aplica al deducible)
- El plan paga **\$0**

**Segundo surtido (el deducible se alcanza de forma parcial):**

- Tú pagas **\$50** (se alcanza el deducible) + **\$45** (copago de Nivel 3)
- El plan paga **\$5**

**Tercer surtido y surtidos futuros (deducible alcanzado en su totalidad):**

- Tú pagas **\$45** (copago de Nivel 3)
- El plan paga **\$55**

#### NOTAS IMPORTANTES

- Las compras que se hagan en una farmacia minorista participante, farmacia con entrega a domicilio o una farmacia especializada cuentan para el deducible.
- Los montos que tú pagas para este deducible también cuentan para el máximo de gastos de bolsillo de tu plan.

## COVA CARE, COVA HDHP Y COVA HEALTHAWARE

### ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS GLP-1 PARA BAJAR DE PESO

Se requiere tener un índice de masa corporal (BMI) de 35 o superior para obtener un medicamento GLP-1 para perder peso. También seguirán aplicándose pautas y criterios adicionales de autorización previa. Los usuarios actuales estarán sujetos a los criterios actualizados de BMI una vez que venza su autorización previa (PA) existente.

### NUEVO FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

Tu formulario de medicamentos cambiará al formulario nacional de medicamentos preferidos directos, lo que significa que tu plan cubrirá una nueva lista de medicamentos con receta. Determinados medicamentos de marca serán preferidos por el plan y costarán menos que otros. Los medicamentos también pueden cambiar de nivel, lo que significa que sus costos pueden aumentar o disminuir.

Si tomas un medicamento afectado por este cambio, recibirás una carta con anticipación con los medicamentos preferidos por el plan para que puedas conversar con tu médico. Si un medicamento de marca es reemplazado por otro, necesitarás una nueva receta de tu médico. Si un medicamento de marca es reemplazado por un medicamento genérico, el cambio puede gestionarse a través de tu farmacia. Tienes la opción de continuar tomando los medicamentos no preferidos, pero es posible que necesites realizar pasos adicionales para obtener aprobaciones y posiblemente pagar más. Puedes consultar la lista de medicamentos que ya no son preferidos en [anthem.com/cova](https://www.anthem.com/cova).

### PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE FARMACIAS

**P1: ¿Qué sucede si mi medicamento no está en el nuevo formulario?**

**R1:** Aún puedes seguir tomando tu medicamento, pero es posible que tengas que:

- Pagar el costo total, o
- Pagar más que antes, si es que el medicamento cambia de nivel

**P2: ¿Qué sucede si mi medicamento cambia de nivel?**

**R2:** El costo para el miembro aumentará o disminuirá



**P3: ¿Cómo verifico si mi medicamento está cubierto y cuál será el nuevo costo?**

**R3:** Durante la Inscripción abierta, la lista de medicamentos afectados estará disponible en [anthem.com/cova](https://www.anthem.com/cova).

Una vez que el nuevo formulario entre en vigor el 1.º de julio de 2026, visita [anthem.com](https://www.anthem.com) y sigue estos pasos para consultar el costo de medicamentos específicos y sus alternativas:

1. Inicia sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com)
2. Elige **Mis Planes (My plans)**
3. Selecciona **Beneficios de farmacia (Pharmacy Benefits)**
4. En **Recetas (Prescriptions)**, elige **Calcula el precio de un medicamento (Price a Medication)**
5. Allí podrás ver:
  - Si tu medicamento está cubierto
  - Cuánto podría costar
  - Otras opciones si no está cubierto

**P4: ¿Necesito una nueva receta de mi médico?**

**R4:** Depende. Si tomas un medicamento de marca y cambias a otro medicamento de marca, necesitarás una nueva receta de tu médico. Si cambias de un medicamento de marca a un medicamento genérico, es posible que la farmacia pueda realizar el cambio sin necesidad de tener una nueva receta.

**P5: ¿Qué sucede si ningún otro medicamento funciona para mí?**

**R5:** Tú y tu médico pueden solicitar al plan una **aprobación previa** (también llamada **autorización previa**). Si el plan la aprueba, es posible que puedas continuar tomando tu medicamento actual. Visita [anthem.com/pharmacy-information.com](https://www.anthem.com/pharmacy-information.com) para obtener información adicional.

**P6: ¿Qué sucede si tengo más preguntas sobre los cambios en el formulario?**

**R6:** Si tienes más preguntas sobre tus medicamentos y el formulario, puedes llamar a **Servicios de Farmacia para Miembros** (el número de teléfono que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro) o visitar [anthem.com/farmacia-information.com](https://www.anthem.com/farmacia-information.com).

## PROGRAMAS DE SALUD ADICIONALES (Vigente a partir del 1.º de abril de 2026)

### COVA CARE, COVA HDHP Y COVA HEALTHAWARE

#### HELLO HEART

Tu plan médico se ha asociado con Hello Heart para apoyar la salud de tu corazón. Hello Heart es un programa digital de salud cardíaca que ayuda a los miembros elegibles a controlar la presión arterial y comprender mejor de qué forma los hábitos diarios



afectan la salud del corazón mediante una aplicación fácil de usar. Los miembros que califican reciben un monitor de presión arterial de Hello Heart sin costo.

[Haz clic aquí para solicitar este beneficio.](#)

Tu kit incluye lo siguiente:

- Monitor de presión arterial y frecuencia cardíaca sin costo
- Aplicación para el seguimiento de la salud cardíaca
- Comentarios personalizados y asesoramiento digital
- Informes detallados y seguros
- Seguimiento de actividad, medicamentos y colesterol

Solo te tomará unos minutos inscribirte.

Te enviaremos el kit a tu hogar sin costo.

[Solicita hoy mismo tu kit de bienvenida sin costo.](#)

#### HINGE HEALTH

Con Hinge Health, puedes acceder a la fisioterapia de forma virtual y otros servicios sin costo para ti.

Utiliza tu beneficio para lo siguiente:

- Recuperarte de una lesión
- Aliviar el dolor y las molestias pélvicas
- Reducir dolores cotidianos en las articulaciones y los músculos
- Mejorar el equilibrio, la fuerza y la movilidad

Trabaja con personas reales, incluido un fisioterapeuta de Hinge Health, que se dedicará a ayudarte a que te sientas lo mejor posible.

- Un plan de salud diseñado para tus actividades diarias y metas a largo plazo, y para tratar varias áreas del cuerpo al mismo tiempo
- Acceso a sesiones de terapia con ejercicios que puedes realizar en tan solo 15 minutos, en cualquier momento y lugar, con la aplicación Hinge Health
- Apoyo personalizado de la mano de un fisioterapeuta o asesor de salud para adaptar las sesiones según sea necesario para ayudarte a alcanzar tus metas.



Hinge Health reemplaza el programa de fisioterapia virtual de Sword, que se ofrecía solo a través de Anthem. Visita [hinge.health/cova](https://hinge.health/cova) para obtener más información.

#### VIRTA

Virta es un programa de salud en línea que te ayuda a mejorar tu salud metabólica mediante cambios simples y sostenibles en tu alimentación. A través de COVA, los miembros elegibles tienen acceso, sin costo, a tres programas adaptados a sus necesidades.



- **Reversión de la diabetes:** Programa con respaldo clínico en el que los miembros trabajan en conjunto con un equipo de cuidado, que incluye proveedores médicos y asesores de salud, para reducir o eliminar la necesidad de ciertos medicamentos para la diabetes mientras mejoran el nivel de azúcar en sangre mediante una atención centrada en la nutrición.
- **Pérdida de peso sostenible:** Programa personalizado en donde los miembros reciben respaldo de asesores de salud y de un equipo clínico para bajar de peso y mantenerlo, abordando las causas principales del aumento de peso sin depender de dietas restrictivas ni de medicamentos.
- **Manejo de la diabetes:** Apoyo para miembros con diabetes tipo 2 que quizás no estén preparados para hacer cambios importantes en su estilo de vida, pero aun así desean mejorar el nivel de azúcar en sangre y la A1C, con orientación continua de un equipo de cuidado dedicado de profesionales clínicos y asesores de salud.

Todos los programas se ofrecen de manera virtual e incluyen un equipo de cuidado dedicado de proveedores médicos y asesores de salud que te brindan apoyo y supervisan tu progreso desde casa. Muchos miembros observan mejoras importantes en su salud, entre ellas la pérdida de peso, mejor control del nivel de azúcar en sangre y menor dependencia de medicamentos con el tiempo.

Virta reemplaza el programa de Prevención de la Diabetes de Lark, que se ofrecía solo a través de Anthem. Obtén más información en el sitio [go.virta.com/cova](https://go.virta.com/cova).

# ¡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 y el **nuevo requisito**: una visita preventiva anual, un examen de bienestar para adultos o un control médico ginecológico. 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**, a partir del 1.º de julio, si cumplen con ambos requisitos para obtener una recompensa sobre la prima.

## ¿CÓMO OBTENGO UNA RECOMPENSA?

Para ser elegible para el programa **Recompensas en la Prima que comienza el 1.º de julio de 2026**, debes completar lo siguiente:

- Inscripción:** Ser un miembro activo y estar inscrito en los planes COVA Care o en COVA HealthAware.
- Nuevo requerimiento: Examen de control:** Realizarte una visita preventiva anual, un examen de bienestar para adultos o un control médico ginecológico **que haya sido completado, procesado y pagado** entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de mayo de 2026. La visita preventiva anual, el examen de bienestar para adultos o el control médico ginecológico debe haberse realizado dentro de los planes COVA CARE y COVA HEALTHAWARE. Los administradores del plan médico enviarán una notificación con esta información. No necesitas proporcionar ninguna información; sin embargo, conserva una copia de tu Explicación de Beneficios (EOB), que demuestre que tu reclamación ha sido procesada y pagada.
- Evaluación de la salud:** Completa la evaluación de la salud mediante la aplicación o el sitio web de tu plan médico. Completa o actualiza tu evaluación de la salud entre el 1.º y el 31 de mayo de 2026. Asegúrate de conservar una copia de tu confirmación.
  - Los empleados inscritos y sus cónyuges deben registrarse cada uno con una cuenta separada con el administrador de su plan médico para enviar una evaluación de la salud.
  - Los miembros actuales de COVA Care o de COVA HealthAware que modifiquen sus planes para el 1.º de julio de 2026 deberán realizar sus evaluaciones de la salud con el administrador de su plan médico vigente.
  - 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.º de julio de 2026 para realizar la evaluación de la salud.

### UTILIZA TU PROPIO DISPOSITIVO:

*Recomendamos encarecidamente a los participantes utilizar sus dispositivos personales para completar la evaluación de la salud; de esta forma, el usuario puede administrar 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.*

## ¿QUÉ SUCEDE SI NO OBTIENES UNA RECOMPENSA PARA EL 1.º DE JULIO DE 2026?

Si no cumples con los requisitos antes del 31 de mayo de 2026, aún puedes participar en el programa **Recompensas en la Prima** para el año del plan comprendido entre 1.º de julio de 2026 y el 30 de junio de 2027. Las **Recompensas en la Prima** entrarían en vigor después del 1.º de julio de 2026.

El incentivo solo se aplicará una vez que se hayan completado ambos requisitos.

## ACCESO A LA EVALUACIÓN DE LA SALUD

### MIEMBROS DE COVA CARE

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 el [portal del miembro de Anthem](#).

#### En línea

- Inicia sesión en [www.anthem.com](http://www.anthem.com).
- Selecciona **Mi panel de salud (My Health Dashboard)** desde el menú de navegación superior y, en el menú desplegable, selecciona **Panel (Dashboard)**.
- 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 (My Health Check-in)** desde la página de **Programas (Programs)** y seleccionar **Ver evaluación (View assessment)**.
- Haz clic en **Enviar (Submit)** una vez que hayas completado la evaluación.
- Tras completarla, verás algunas recomendaciones personalizadas según tus respuestas.
- Dentro del mosaico violeta de **Chequeo de mi salud (My Health Check-in)**, encontrarás un enlace para **Ver evaluaciones completas (View Completed Assessments)**. Esto te permitirá ver la fecha de tu última evaluación de la salud en **Chequeo de mi salud (My Health Check-in)**.

- 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 seleccionar **“Menú” (Menu)**, en la esquina inferior derecha.
- En el menú Acceder al cuidado (Access Care), selecciona la flecha desplegable **Acceder al cuidado (Access to care)**.
- 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 (Get Started)**.
- En la página de bienvenida, haz clic en **Ver evaluación (View Assessment)**.
- Una vez que hayas respondido a todas las preguntas, haz clic en **Enviar (Submit)**.
- Tras completarla, verás algunas recomendaciones personalizadas según tus respuestas.
- Dentro del mosaico violeta de Chequeo de mi salud (My Health Check-in), encontrarás un enlace para **Ver evaluaciones completas (View Completed Assessments)**. Esto te permitirá ver la fecha de tu última evaluación de la salud en Chequeo de mi salud (My Health Check-in).
- 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

A continuación, encontrarás enlaces para acceder a la Guía de navegación de la evaluación de la salud de COVA HealthAware, disponible tanto en la [aplicación móvil MyActiveHealth](#) como en el [sitio web para miembros de Aetna](#). Consulta estas guías para obtener instrucciones paso a paso sobre cómo acceder y completar tu evaluación de la salud, y cómo tomar una captura de pantalla de la fecha de finalización de tu evaluación de la salud para tus registros.

#### CÓMO ACCEDER DESDE EL SITIO WEB PARA MIEMBROS DE AETNA

Ten en cuenta lo siguiente: La plataforma Aetna Health Your Way experimentará una interrupción del sistema desde el sábado 16 de mayo de 2026 a las 4:00 p.m. hasta el domingo 17 de mayo de 2026 a las 12:00 p.m.; y desde el martes 19 de mayo de 2026 a las 11:00 p.m. hasta el miércoles 20 de mayo de 2026 a las 6:00 a.m. Ten en cuenta esta información para tu organización.

- Inicia sesión en el sitio web para miembros de Aetna en [www.aetna.com](http://www.aetna.com)
- Desplázate hacia abajo hasta que veas la sección **“Recursos para miembros” (Member Resources)** en el costado derecho de la página, y haz clic en **“Aetna: tu salud a tu manera” (Aetna Health Your Way)**.
- Si es la primera vez que inicias sesión, debes hacer lo siguiente:
  - Ingresa tu información cuando se te solicite y acepta los términos y condiciones.
- Se te pedirá automáticamente que comiences tu evaluación de la salud. Selecciona **“Actualizar mi evaluación de la salud” (Update my health assessment)** para empezar.
- Después de la primera vez que inicias sesión, haz lo siguiente:
  - Selecciona **“Mi perfil” (My Profile)**.
  - Haz clic en **“Puntaje MyHealth100” (MyHealth100 Score)** junto a tu foto de perfil.
  - Desplázate hacia abajo y haz clic en la opción **“Evaluación de la salud” (Health Assessment)**.

#### CÓMO ACCEDER DESDE LA APLICACIÓN MÓVIL MYACTIVEHEALTH

(consulta la guía de la aplicación móvil MyActiveHealth y encuentra el enlace o código QR para descargarla):

- Inicia sesión en la aplicación móvil MyActiveHealth.
- Si es la primera vez que inicias sesión, debes hacer lo siguiente:
  - Ingresa tu información cuando se te solicite y acepta los términos y condiciones.
  - Se te pedirá automáticamente que comiences tu evaluación de la salud. Selecciona **“Actualizar mi evaluación de la salud” (Update my health assessment)** para empezar.
- Después de la primera vez que inicias sesión, haz lo siguiente:
  - Selecciona la pestaña **“Perfil” (Profile)**.
  - Haz clic en **“Puntaje MyHealth100” (MyHealth100 Score)** junto a tu foto de perfil.
  - Desplázate hacia abajo y haz clic en la opción **“Evaluación de la salud” (Health Assessment)**.

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.

# PARA AHORRAR EN IMPUESTOS, INSCRÍBETE A UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

**inspira™**  
FINANCIAL

Al inscribirte en una cuenta FSA, ¡puedes ahorrar dinero en gastos de bolsillo por tu cuidado médico o el de tus dependientes! Puedes aportar a una o a ambas cuentas 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 cuenta 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 elegibles 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 CUENTA FSA

Al planificar inscribirte 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 2026 y visita el sitio web de Inspira para conocer detalles sobre qué gastos son elegibles, cómo funciona la cuenta y otra información importante. Visita el sitio <https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2026-2027> o llama al número 855-516-8595.



## HAZLO FÁCIL. 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. (Nota: No se puede usar MasterCard para los gastos correspondientes al cuidado del dependiente).

- 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 cuenta 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 2026, tienes hasta el 30 de septiembre de 2026 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](https://inspirafinancial.com).

# LO QUE DEBES SABER ACERCA DE TU CUENTA FSA

## APORTE MÁXIMO A LA CUENTA FSA

- **Cuenta FSA de cuidado médico:** ¡Aumento en 2026! Hasta \$3,400 por año del plan.
- **Cuenta FSA de cuidado de dependientes:** ¡Aumento en 2026! Es de hasta \$7,500 por año del plan, dependiendo de tu situación tributaria.

## CÓMO CALCULAR LOS APORTES A TU CUENTA 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-2026-2027> para determinar el monto anual de aportes.

## TARIFA ADMINISTRATIVA

- Se deducirán \$2.10 mensualmente, sobre el bruto sin impuestos, para una o para ambas cuentas 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 \$7,500 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) puedan trabajar o buscar empleo. Las personas calificadas deben cumplir con los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (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 cuenta FSA elegibles hasta tres meses después del cierre del periodo de cobertura.
- Si tu cuenta cierra el 30 de junio de 2027, tienes hasta el 30 de septiembre de 2027 para presentar tus reclamaciones para el reembolso por las fechas de servicio durante el año del plan que finaliza el 30 de junio de 2027.

## 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 y/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

### CÓNYUGE LEGAL

#### Definiciones de elegibilidad

El matrimonio debe estar reconocido como una unión legal en CommonHealth de Virginia

**NOTA:** Los excónyuges no son elegibles, ni siquiera con una orden judicial

#### Documentación requerida

- 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 O HIJA BIOLÓGICO/A O ADOPTIVO/A

#### Definiciones de elegibilidad

Los hijos/hijas pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen 26 años

#### Documentación requerida

- 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

#### Definiciones de elegibilidad

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

#### Documentación requerida

- 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
- 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

#### Definiciones de elegibilidad

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:

- 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.

#### Documentación requerida

- Fotocopia de la orden judicial definitiva que confiere la custodia, con la firma del juez a cargo

## ACLARACIÓN SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD 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; aun así, puedes presentar la solicitud de elección. La documentación de respaldo puede presentarse más adelante, incluso si la obtienes después de 30 días. Consulta con el administrador de beneficios de tu agencia para recibir asistencia.**

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

**NOTA:** Nadie puede inscribirse en más de un plan estatal de beneficios de salud, bajo ninguna circunstancia. Si una persona se inscribe por error, el plan tiene el derecho de tomar medidas correctivas.



### EVENTOS DE VIDA DE MITAD DE AÑO CALIFICADOS FUERA DEL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Puedes realizar ciertos cambios electivos durante el año del plan, que se basan en determinados eventos de vida calificados de mitad de año. Estos eventos incluyen nacimientos, matrimonio o divorcio. Para ver la lista completa de los eventos de vida calificados, 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. La documentación de respaldo puede presentarse más adelante, incluso si la obtienes después de 30 días. Consulta con el administrador de beneficios de tu agencia para recibir asistencia.**

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 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

## P1: ¿Debo hacer algo durante el periodo de Inscripción abierta?

**R1:** 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).

- Debes presentar una solicitud de inscripción cada año si deseas tener una cuenta FSA. Consulta la página 19 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 2026-2027. Consulta la página 17 para obtener más información.

Aunque no tengas previsto realizar cambios, te recomendamos que inicies sesión en Cardinal (<https://my.cardinal.virginia.gov>) para revisar tus opciones de beneficios de salud actuales.

## P2: ¿Cómo determino cuál es mi plan médico actual?

**R2:** Puedes iniciar sesión en Cardinal HCM, en [my.cardinal.virginia.gov](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.

## P3: Esta es la primera vez que inicio sesión en Cardinal. ¿Qué debo hacer?

**R3:** Dependiendo de tu agencia y de la dirección de correo electrónico registrada en tu perfil de empleado (personal o proporcionada por la agencia), es posible que necesites registrar tu cuenta antes de poder iniciar sesión por primera vez.

Para comenzar:

- **Confirma tu correo electrónico:** Contáctate con el administrador de Recursos Humanos para verificar el correo electrónico registrado en tu expediente de Cardinal y confirmar si es necesario registrarte.
- **Registra tu cuenta (si es necesario):** Sigue la [guía de registro para empleados activos de Cardinal](#), disponible en la [página web de ayuda para iniciar sesión en Cardinal](#).



## P4: Tengo problemas para iniciar sesión en Cardinal. ¿Qué debo hacer?

**R4:** Si tienes problemas como olvidar tu contraseña u otros inconvenientes para iniciar sesión, visita la [página de ayuda de Cardinal](#) para recibir asistencia.

## P5: El periodo de Inscripción Abierta (OE) casi termina y no puedo acceder a Cardinal. ¿Qué debo hacer?

**R5:** Si no puedes acceder a Cardinal, aún puedes completar tu inscripción enviando un formulario de inscripción en papel al administrador de beneficios de tu agencia antes de la fecha límite del 29 de mayo.

**Importante:** no se aceptarán cambios en el plan médico ni elecciones de cuentas FSA después de que finalice la Inscripción abierta el viernes 29 de mayo.

## P6: ¿Y qué sucede si deseo añadir a un dependiente elegible a mi plan médico, pero no tengo actualmente la documentación requerida?

**R6:** Debes realizar tu solicitud de elección del 15 al 29 de mayo de 2026. No dejes pasar el plazo de la Inscripción abierta. La documentación puede presentarse más adelante, incluso si la obtienes después de 30 días. Consulta con el administrador de beneficios de tu agencia para recibir asistencia. Consulta la página 21 para obtener más detalles.

**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.

**P7: ¿Puedo añadir a mi dependiente que tiene 26 años?**

**R7:** Los dependientes que cumplan 26 años durante el año calendario 2026 pueden inscribirse durante el periodo de Inscripción abierta. No obstante, el dependiente será automáticamente eliminado de la cobertura el 31 de diciembre de 2026. Si recibes un error, deberás presentar un formulario de inscripción impreso en tu agencia. Comunícate con el administrador de beneficios de tu agencia.

**P8: ¿Es necesario que elimine a mi hijo dependiente que cumplirá 26 años este año calendario?**

**R8:** 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 Estatal de Beneficios de Salud 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 2026.

**P9: ¿Puedo inscribir a un dependiente que ya está inscrito en otro plan médico estatal de CommonHealth de Virginia?**

**R9:** 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 médico estatal si deseas inscribirlo en este plan.

**P10: ¿Mi cónyuge y yo podemos inscribirnos ambos en una cuenta de gastos flexibles (FSA)?**

**R10: 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 Servicio de Impuestos Internos (IRS).

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

**P11: Una vez que comience el nuevo plan, ¿puedo usar mi tarjeta MasterCard asociada a mi cuenta FSA para pagar gastos del año pasado?**

**R11:** No. No puedes utilizar tu tarjeta de débito asociada a la cuenta FSA después del 30 de junio de 2026 para pagar gastos correspondientes al año del plan 2025-2026. Solo puedes utilizar tu tarjeta MasterCard de la cuenta FSA para gastos en los que incurras desde el 1.º 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.

**P12: ¿Cómo sabré si mis elecciones del periodo de Inscripción abierta se enviaron correctamente?**

**R12:** 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 su administrador de beneficios.

**P13: ¿Qué debo hacer si se me pasó la fecha límite del periodo de Inscripción abierta?**

**R13:** El último día para realizar alguna elección en la Inscripción abierta, incluida la inscripción en cuentas FSA, es el 29 de mayo de 2026. 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 2027 o sujeto a un evento de vida 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

## ¡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.

¡Registrarse 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.

*Registrarse 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 los empleados 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.

\* Los miembros de Sentera Health Plan HMO tienen hasta 5 sesiones de consejería sin costo.

### LOS SERVICIOS DEL EAP SON PARA TODOS

El Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) de Anthem está disponible para todos los empleados con salario, incluidos aquellos que no son elegibles para beneficios, quienes cuentan con seguro suplementario de TRICARE y quienes rechazaron la cobertura médica. Tú y los miembros de tu hogar pueden utilizar los servicios del EAP incluso si no cuentan con seguro médico.

Qué incluye:

- Hasta 4 sesiones gratuitas de consejería (en línea o presenciales) por problema, por año para empleados y miembros del hogar
- Herramientas y recursos de bienestar adicionales en el sitio web del EAP

Visita [anthemeap.com/cova](http://anthemeap.com/cova) o llama al 855-223-9277.

# EL PROGRAMA DE BIENESTAR PARA EMPLEADOS DE COMMONHEALTH DE VIRGINIA



[wellness@dhrm.virginia.gov](mailto:wellness@dhrm.virginia.gov)



[commonhealth.virginia.gov](http://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 CommonHealth. Para programar una sesión, comunícate con el Coordinador de CommonHealth de tu agencia (o con el administrador de beneficios de Recursos Humanos). ¿No sabes quién ocupa ese puesto? Escríbenos a [wellness@dhrm.virginia.gov](mailto:wellness@dhrm.virginia.gov) para averiguarlo.

## NOTAS SOBRE BIENESTAR SEMANALES

Los empleados reciben un boletín semanal con información acerca de una variedad de temas sobre bienestar y eventos próximos en su bandeja de entrada del correo electrónico. ¿No los estás recibiendo? Envía un correo electrónico a [wellness@dhrm.virginia.gov](mailto:wellness@dhrm.virginia.gov) para que te agreguen a la lista.

## PREMIO AL CAMPEÓN DEL BIENESTAR

Nombra a un empleado de CommonHealth 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](http://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](https://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/tnhiia6U1C](https://forms.office.com/g/tnhiia6U1C).

## DESCUENTO EN WEIGHTWATCHERS

Los empleados de CommonHealth 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 Weight Watchers por solo \$9.75 al mes. Regístrate en [www.weightwatchers.com/us/commonhealth](http://www.weightwatchers.com/us/commonhealth).

## FACEBOOK

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

## 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](https://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 (DRP), los documentos del plan o el certificado de cobertura de cada plan. Puedes obtener tus DRP en el sitio web del Departamento de Gestión de Recursos Humanos en [www.dhrm.virginia.gov](http://www.dhrm.virginia.gov). También puedes solicitar una copia impresa sin costo enviando un correo electrónico a [ohb@dhrm.virginia.gov](mailto:ohb@dhrm.virginia.gov). Si existiera alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, serán los documentos oficiales los que prevalezcan. CommonHealth 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 DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Esto pretende recordarles a los participantes y beneficiarios del plan del Programa estatal de beneficios de salud de CommonHealth de Virginia (el "Plan") que el Plan ha emitido un aviso 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 aviso 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](http://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](mailto: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 CommonHealth 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](http://www.dhrm.virginia.gov). También puedes obtener una copia impresa del SBC, sin cargo, si envías un correo electrónico a [ohb@dhrm.virginia.gov](mailto: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 las complicaciones físicas de 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.

Si te gustaría obtener más información acerca de los beneficios de WHCRA, comunícate con tu administrador de beneficios o con el DHRM.

## DIVULGACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS

Según la ley federal, los planes de salud grupales y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden limitar los beneficios por una hospitalización relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, en general, la ley federal no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de haber consultado a la madre, dé de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En ningún caso, conforme a la ley federal, los planes de seguro médico y las entidades emisoras pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no supere las 48 (o 96) horas.

## LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA) DE 2008

Con vigencia a partir del 1.º de enero de 2010, GINA prohíbe la discriminación en la cobertura médica y en el empleo contra un participante del plan basada en su información genética. La información genética, por lo general, incluye historial médico familiar e información sobre las pruebas y servicios genéticos de una persona y sus familiares. Según GINA, los planes médicos grupales y aseguradoras que proporcionan cobertura de planes grupales no pueden utilizar información genética con respecto a la elegibilidad, las primas o los montos aportados. Tampoco pueden solicitar, exigir

o adquirir información genética antes de que la persona se inscriba en un plan de salud, ni solicitar o exigir estudios genéticos de una persona para la suscripción. La disponibilidad de los estudios genéticos y los resultados de cualquier estudio genético al que te sometás serán tratados de manera confidencial, según lo exigen GINA y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

## 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 Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (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, plan médico con deducibles altos de 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 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.º DE JULIO DE 2026 AL 30 DE JUNIO DE 2027**

### 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.

Contáctanos 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 CommonHealth 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 (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).

La realización de la HRA y del examen de control físico anual por parte de los empleados o jubilados y sus cónyuges inscritos en los planes COVA Care o COVA HealthAware son los dos requisitos para obtener una recompensa en la prima. No se te exige que completes la HRA ni que participes en otros exámenes médicos. Aunque no es obligatorio, los empleados o jubilados y sus cónyuges inscritos que decidan participar en el programa de bienestar, completar la HRA y el examen de control físico anual ganarán un incentivo de \$17 por mes. La recompensa en la prima entrará en vigencia según la fecha en la que se hayan cumplido ambos requisitos y se haya procesado la reclamación.

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](mailto: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 CommonHealth 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 y la información almacenada electrónicamente estará "cifrada". 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 proporcionas 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](mailto: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
<b>Apoyo para la maternidad</b>	Exención de copago o contribución al Acuerdo de Reembolso de Salud, según el diseño de cada plan y de la participación y cumplimiento
<b>Ejecución de las actividades de salud designadas (Do-Rights)</b>	Contribución al Acuerdo de Reembolso de Salud, según el diseño de cada plan, y sujeto al nivel de ejecución

Los siguientes son los administradores de reclamaciones de los planes médicos que administran programas de bienestar:

Plan	Administrador de reclamaciones
<b>COVA Care</b>	Anthem Blue Cross and Blue Shield
<b>Plan médico con deducibles altos de COVA (HDHP)</b>	Anthem Blue Cross and Blue Shield
<b>COVA Health Aware</b>	Aetna

**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](http://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](http://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](http://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 31 de enero de 2026. 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](mailto: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](mailto: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 de participación en el seguro médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>  
Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442

### FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.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, presiona 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, presiona 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](#)

Teléfono de Medicaid:

1-800-338-8366

Sitio web de Hawki:

[Hawki - Niños Saludables y Bien Cuidados en Iowa | Salud y Servicios Humanos](#)

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

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

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](mailto: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 de Medicaid en Louisiana:

<https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana>

Línea de Servicio al Cliente de Medicaid:

1-888-342-6207

Correo electrónico de Medicaid en Louisiana:

[healthy@la.gov](mailto:healthy@la.gov)

Sitio web del programa de Pago de Primas del Seguro Médico de Louisiana (LaHIPP):

<https://www.ldh.la.gov/lahipp>

Teléfono de LaHIPP: 1-877-697-6703

Correo electrónico de LaHIPP: [La.HIPP@la.gov](mailto:La.HIPP@la.gov)

Fax de LaHIPP: 1-888-716-9787

Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent

Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084

**MAINE – Medicaid**

Sitio web para inscribirse:

[https://www.mymaineconnection.gov/benefits/?language=en\\_US](https://www.mymaineconnection.gov/benefits/?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/of/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](mailto:masspreassistance@accenture.com)

**MINNESOTA – Medicaid**

Sitio web:

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

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](mailto: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://dhcfp.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](mailto: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/](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 \(CHIP\) \(pa.gov\)](https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html)  
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 Rite 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](https://www.hhs.gov/medicaid/medicaid-CHIP)  
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](mailto: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/>

**VERMONT– Medicaid**

Sitio web: [Programa de Pago de la Prima del Seguro Médico \(HIPP\) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont](https://www.vermont.gov/healthcare/medicaid)  
Teléfono: 1-800-250-8427

**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://dhr.wv.gov/bms/>  
<http://mywvhipp.com/>  
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 31 de enero de 2026, o si deseas obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comunícate 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](http://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 los Estados Unidos**

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción de menú: 4,  
Extensión: 61565



**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 del Código de los Estados Unidos (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](mailto:ebsa.opr@dol.gov), haciendo referencia al número de control de OMB 1210-0137.



CONTACTO  
CONTACTO  
**CONTACTO**  
CONTACTO  
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: <b>800-552-2682</b> o <a href="http://www.anthem.com/cova">www.anthem.com/cova</a>
	Medicamentos recetados - Farmacia de Anthem (CarelonRx): <b>833-267-3108</b> o <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
	Salud conductual y Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) - Anthem: <b>855-223-9277</b> o <a href="http://www.AnthemEAP.com/cova">www.AnthemEAP.com/cova</a>
	Beneficio dental - Delta Dental en Virginia: <b>888-335-8296</b> o <a href="http://www.deltadentalva.com">www.deltadentalva.com</a>
	Opciones de cuidado virtual, incluida LiveHealth Online: Aplicación Sydney Health o <a href="http://www.anthem.com/cova">www.anthem.com/cova</a>
	Evaluación de la salud en Chequeo de mi salud (My Health Check-in) - Inicia sesión en <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> (o en la aplicación móvil Sydney Health) > Mi panel de salud (My Health Dashboard) > Programas (Programs) Comunícate con Anthem al <b>800-552-2682</b> para completar telefónicamente tu evaluación de la salud.
	Programas de salud y bienestar - <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> (o en la aplicación móvil Sydney Health) > Mi panel de salud (My Health Dashboard) > Programas (Programs) <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de Condiciones (Condition Care) y Asesor de Salud (Well-being Coach): <b>844-507-8472</b></li> <li>Cómo Promover Familias Saludables (Building Healthy Families): <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> (o en la aplicación móvil Sydney Health) &gt; Mi panel de salud (My Health Dashboard) &gt; Programas (Programs) - <b>833-812-1776</b></li> </ul>
	Programa Incentivo por Ahorros Compartidos (Shared Savings Incentive) - SmartShopper: <a href="https://cova.smartshopper.com/">https://cova.smartshopper.com/</a> o Anthem: <b>844-277-8991</b>
COVA HealthAware	Beneficios médicos, de la visión, de la audición y salud conductual - Aetna: <b>855-414-1901</b> o <a href="http://www.covahealthaware.com">www.covahealthaware.com</a> Salud conductual: <b>866-885-5596</b>
	Medicamentos recetados - Farmacia de Anthem (CarelonRx): <b>833-267-3108</b> o <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
	Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) - Recursos para la vida: <b>888-238-6232</b> o <a href="http://www.resourcesforliving.com">www.resourcesforliving.com</a> (nombre de usuario y contraseña: COVA)
	Beneficio dental - Delta Dental en Virginia: <b>888-335-8296</b> o <a href="http://www.deltadentalva.com">www.deltadentalva.com</a>
	Teladoc: <a href="http://www.teladoc.com/aetna">www.teladoc.com/aetna</a> o <b>855-835-2362</b>
	Evaluación de la salud - Inicia sesión en <a href="http://www.aetna.com">www.aetna.com</a> (o en la aplicación móvil de Aetna o de MyActiveHealth) > Salud y bienestar (Health & Wellness) > Aetna: tu salud a tu manera (Aetna Health Your Way)
	Programas de salud y bienestar - <b>855-414-1901</b> o inicia sesión en <a href="http://www.aetna.com">www.aetna.com</a> > Recursos para miembros (Member Resources) > Recursos de bienestar (Well-being Resources)
	Programa Incentivo por Ahorros Compartidos - SmartShopper: <a href="https://cova.smartshopper.com/">https://cova.smartshopper.com/</a> o Aetna: <b>833-849-0567</b>
Disponible para COVA Care, COVA HDHP y COVA HealthAware	Correo electrónico de soporte para miembros de Virta: <a href="mailto:support@virtahealth.com">support@virtahealth.com</a>
	Correo electrónico de soporte para miembros de Hello Heart: <a href="mailto:support@helloheart.com">support@helloheart.com</a> Teléfono: <b>800-767-3471</b>
	Correo electrónico de soporte para miembros de Hinge Health: <a href="mailto:help@hingehealth.com">help@hingehealth.com</a> Teléfono: <b>855-902-2777</b>
Kaiser Permanente HMO <i>(Principalmente en el área norte de Virginia - Ver el sitio web para consultar los códigos postales específicos)</i>	Beneficios médicos, de medicamentos recetados y de la visión - Kaiser Permanente: <b>800-777-7902, 301-468-6000</b> en Washington D.C. o <a href="https://myhealth.kaiserpermanente.org/commonwealthofvirginia/">https://myhealth.kaiserpermanente.org/commonwealthofvirginia/</a>
	Consulta médica en línea: <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o <b>800-777-7904</b>
	Beneficio dental - Liberty Dental: <b>800-764-5393</b> o <a href="http://www.libertydentalplan.com/kp-cova">www.libertydentalplan.com/kp-cova</a>
	Salud conductual - Kaiser: <b>866-530-8778</b>
Programa de Asistencia a los Empleados (EAP) - Salud conductual de Carelon: <b>866-517-7042</b> o <a href="http://www.carelonwellbeing.com/kaiser">www.carelonwellbeing.com/kaiser</a>	
Sentara Health Plans Vantage HMO <i>(Área general de Hampton Roads y de Eastern Shore - Ver el sitio web para consultar los códigos postales específicos)</i>	Beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales, de la visión, de salud conductual - Sentara Health: <b>866-846-2682</b> , <a href="http://www.sentarahealthplans.com/cova">www.sentarahealthplans.com/cova</a> o <a href="mailto:members@sentara.com">members@sentara.com</a>
	Consulta médica en línea: MDLIVE o <b>866-648-3638</b>
	Programa de Asistencia a los Empleados (EAP): <a href="http://www.sentaraeap.com">www.sentaraeap.com</a> (nombre de usuario: COVA) o <b>800-899-8174</b>
SEGURO suplementario de TRICARE	Selman & Company (SelmanCo): <b>800-638-2610</b> (presiona la Opción 1)
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Inspira Financial FSA: <b>855-516-8595</b> (TTY:711) o <a href="http://inspirafinancial.com">inspirafinancial.com</a>
Información sobre la Inscripción abierta	Cardinal HCM: <a href="https://my.cardinal.virginia.gov/">https://my.cardinal.virginia.gov/</a>
	<a href="https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2026-2027">https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2026-2027</a>
	Oficina de Beneficios de Salud: <a href="mailto:openenrollment@dhrm.virginia.gov">openenrollment@dhrm.virginia.gov</a>
	¿Tienes problemas con Cardinal? Comunícate con tu <b>administrador de beneficios</b>



VIGENTE PARA EL AÑO DEL PLAN QUE VA DESDE EL 1.º DE JULIO DE 2026 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2027

# INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL 15 AL 29 DE MAYO DE 2026

SITIO WEB SOBRE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL DHRM

<https://www.dhrm.virginia.gov/employeebenefits/open-enrollment-2026-2027>



(antes, Twitter):

<https://twitter.com/VirginiaDHRM>