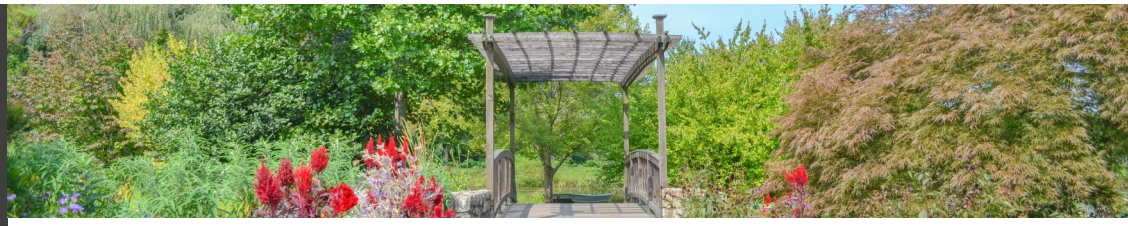
NOVA PARKS
Northern Virginia Regional Park Authority

2022

Empleados de tiempo completo

GUÍA DE BENEFI-



CONTENIDO

BenefitsVIP® 3

Cobertura médica 4

Cobertura dental 7

Cobertura oftalmológica 8

Cuenta FSA 9

Seguro de vida y por discapacidad 10

Programa de Asistencia para la Vida 11

Jubilación 12

Programa de Ayuda para Empleados 13

Divulgaciones 14

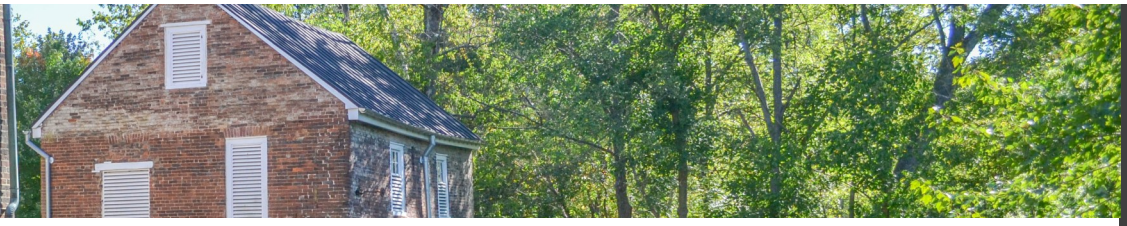
Estimado colega de NOVA Parks:

NOVA Parks se preocupa por la salud y bienestar de usted y su familia, y hemos asumido el compromiso de brindarle un paquete integral de beneficios. Los invitamos a usted y a sus dependientes a familiarizarse con los recursos y proveedores que se detallan en esta guía de beneficios.

Como empleado activo de tiempo completo, usted reúne los requisitos para recibir una gran variedad de valiosos beneficios, como seguro médico, beneficios dentales y de la vista, planes de gastos flexibles y un programa de ayuda para empleados. NOVA Parks también se complace en brindar seguro de vida, seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés), y seguro por discapacidad a corto y largo plazo pagados por el empleador, así como acceso a beneficios voluntarios opcionales pagados por el empleado que incluyen seguro de vida y seguro AD&D adicionales. Las primas para los beneficios médicos, dentales y de la vista se deducen en forma quincenal, antes de impuestos, en 26 períodos de pago.

Analice atentamente sus opciones de beneficios antes de hacer sus elecciones. Los beneficios que escoja entrarán en vigencia a partir de su fecha de elegibilidad hasta el final del año calendario, a menos que durante el año tenga un evento calificado según lo define el Servicio de Rentas Internas (IRS), como matrimonio, nacimiento, fallecimiento, etc. Es responsabilidad del empleado notificar a Recursos Humanos cualquier evento calificado que tenga lugar en el transcurso del año y que afecte su cobertura, en un plazo no mayor a 30 días luego de ocurrido el evento.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736



BenefitsVIP
Help starts here.

LA AYUDA COMIENZA AQUÍ

BenefitsVIP es un centro de contacto integral con gran capacidad de respuesta atendido por profesionales expertos. Su equipo dedicado de promotores de beneficios para el empleado está listo para ayudarlos a usted y a su familia a resolver problemas relacionados con sus beneficios de Kaiser, MetLife, Avēsis, Renaissance, BRI e INOVA EAP.

Para recibir un servicio confidencial y que responda a sus necesidades, comuníquese llamando al:

866.293.9736

De lunes a viernes
De 8:30 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Este)
Fax: 856.996.2755
solutions@benefitsvip.com

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS AQUÍ

¡COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL! Sus promotores dedicados de BenefitsVIP entienden sus planes de beneficios y pueden responder preguntas sobre beneficios y resolver reclamos y problemas de elegibilidad con rapidez. La mayoría de las consultas se resuelven en el mismo día, y todas las llamadas cumplen con las mejores prácticas de privacidad.

Tenga en cuenta que BenefitsVIP tiene capacidad limitada para responder preguntas y atender inquietudes referentes a los planes médicos de Cigna y los planes de cuidado de la vista de EyeMed.

BenefitsVIP.com

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736

SITIO WEB

Manténgase informado con las últimas novedades de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en **benefitsvip.com.**

BLOG

HealthDiscovery.org es un blog sobre estilo de vida con artículos sobre bienestar, consejos prácticos, tests, recetas y mucho más.

COBERTURA MÉDICA

PLANES CIGNA

NOVA Parks ofrece dos planes médicos administrados por Cigna. Estos planes ofrecen cobertura fuera de la red e incluyen beneficios para la atención de la vista (pág. 8). Para encontrar un médico, inicie sesión www.mycigna.com.

COSEGURO

La parte que paga Cigna del costo de un servicio de salud cubierto, calculada como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Usted paga el resto del coseguro, los copagos y cualquier deducible que adeude.

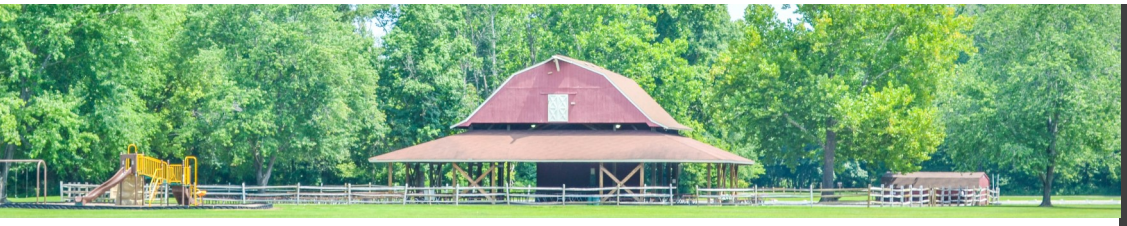
OAP CON COSEGURO DE 80%

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Médico de atención primaria	80%*	60%*
Atención de especialistas	80%*	60%*
Deducible anual	**$500 individual** **$1,000 familiar**	**$1,000 Individual** **$2,000 Familiar**
Máximo de gastos de bolsillo	**$3,000 individual** **$6,000 familiar**	**$6,000 Individual** **$12,000 Familiar**
Atención preventiva—todas las edades Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	100%	**Hasta los 17 años de edad:** 70% **Adultos de 18 años y mayores:** 70%*
Centro para hospitalización	80%*	60%*
Centro hospitalario de atención	80%*	60%*
Servicio profesional para pacientes	80%*	60%*
Atención quiropráctica	80%*	60%*[1]
Audífonos	80%*[2]	80%*[2]
Sala de emergencias	80%*	80%*
Centro de atención de urgencia	80%*	80%*
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	80%*	60%*
Deducible anual por medicamentos recetados	$200 individual $400 familiar	
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo	$2,500 individual $5,000 familiar	
Medicamentos recetados **Farmacia minorista** 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de $10* Marca preferida: 80%* (máx. $55) No preferida: 65%* (máx. $110)	70%*
Medicamentos recetados **Entrega a domicilio** 90 días de suministro	Genéricos de mantenimiento: Copago de $0* Genéricos no de mantenimiento: Copago de $20* Marca preferida: 80%* (máx. $110) No preferida: 65%* (máx. $220)	Sin cobertura

APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	$49.10	$278.23
Empleado + cónyuge	$171.59	$514.78
Empleado + hijo(s)	$155.57	$466.71
Empleado + familia	$245.45	$736.36

* Después del deducible aplicable
[1] Máximo 12 visitas por año
[2] El beneficio máximo es $3,000 cada 24 meses

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.973



COBERTURA MÉDICA

OAP CON COSEGURO DE 90%

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Médico de atención primaria	90%*	70%*
Atención de especialistas	90%*	70%*
Deducible anual	**$350 individual** **$700 familiar**	**$700 individual** **$1,400 familiar**
Máximo de gastos de bolsillo	**$2,500 individual** **$5,000 familiar**	**$5,000 individual** **$10,000 familiar**
Atención preventiva—todas las edades Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	100%	**Hasta los 17 años de edad:** 70% **Adultos de 18 años y mayores:** 70%*
Centro hospitalario	90%*	70%*
Centro hospitalario de atención	90%*	70%*
Servicio profesional para pacientes	90%*	70%*
Atención quiropráctica	90%*	70%*[1]
Audífonos	90%*[2]	90%*[2]
Sala de emergencias	90%*	90%*
Centro de atención de urgencia	90%*	90%*
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	90%*	70%*
Deducible anual por medicamentos recetados	$75 individual $150 familiar	
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo	$2,000 individual $4,000 familiar	
Medicamentos recetados **Farmacia minorista** 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de $7* Marca preferida: 80%* (máx. $50) No preferida: 65%* (máx. $100)	70%*
Medicamentos recetados **Entrega a domicilio** 90 días de suministro	Genéricos de mantenimiento: Copago de $0* Genéricos no de mantenimiento: Copago de $14* Marca preferida: 80%* (máx. $100) No preferida: 65%* (máx. $200)	Sin cobertura

APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	$69.03	$391.15
Empleado + cónyuge	$241.33	$723.99
Empleado + hijo(s)	$218.67	$656.00
Empleado + familia	$345.08	$1035.24

* Después del deducible aplicable
[1] Máximo 12 visitas por año
[2] El beneficio máximo es $3,000 cada 24 meses

MEDICAMENTOS RECETADOS DE CIGNA

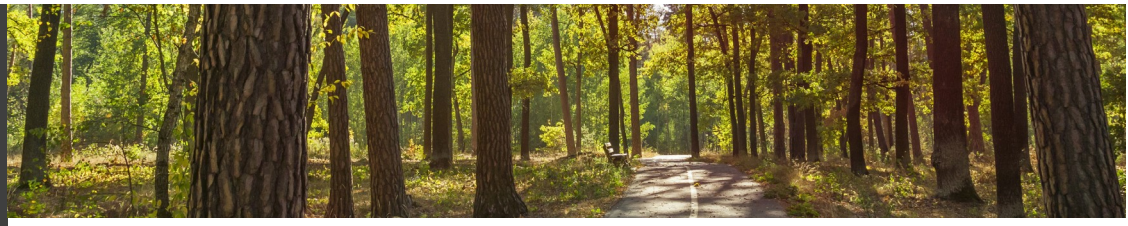
La mayoría de los medicamentos y suministros para diabéticos son gratuitos para los participantes de todos los planes administrados por Cigna cuando la receta se surte a través de una farmacia con entrega a domicilio o en una farmacia minorista.

Los medicamentos preventivos genéricos están cubiertos al 100% y están eximidos del deducible.

El suministro para 90 días de una farmacia minorista solo está disponible en una farmacia participante de Cigna 90 Now.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736

COBERTURA MÉDICA



KAISER PERMANENTE®

PLANES DE SEGURO DE KAISER PERMANENTE

NOVA Parks ofrece dos planes de seguro de Kaiser Permanente: HMO Signature y HMO Select. Estos planes solo proporcionan cobertura dentro de la red; **no hay beneficios disponibles fuera de la red.**

El plan HMO Select tiene los mismos beneficios que el plan HMO Signature, pero ofrece una red más amplia de médicos para elegir. En otras palabras, el plan HMO Select no requiere que usted o sus dependientes se atiendan en un centro médico de Kaiser Permanente, mientras que el plan HMO Signature está basado en centros médicos de una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) local.

Visite www.kp.org o llame al 1.855.249.5018 para obtener una lista de proveedores de la red.

	HMO SIGNATURE	HMO SELECT
BENEFICIO	**SOLO DENTRO DE LA RED**	**SOLO DENTRO DE LA RED**
Médico de atención primaria	Copago de $10[1]	Copago de $10[1]
Atención de especialistas	Copago de $20	Copago de $20
Deducible anual	**Ninguno**	**Ninguno**
Máximo de gastos de bolsillo	**$3,500 individual** **$9,400 familiar**	**$3,500 individual** **$9,400 familiar**
Atención preventiva—todas las edades Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	Sin costo	Sin costo
Centro hospitalario	$100 por admisión	$100 por admisión
Centro hospitalario de atención	$50 por visita	$50 por visita
Servicio profesional para pacientes	Copago de $50	Copago de $50
Atención quiropráctica	Sin cobertura	Sin cobertura
Audífonos	Sin cobertura	Sin cobertura
Sala de emergencias	Copago de $50[2]	Copago de $50[2]
Centro de atención de urgencia	Copago de $20	Copago de $20
Disfunción temporomandibular, cirugía y tratamiento no quirúrgico Consultorio de un médico	Los costos del copago varían según la ubicación del servicio	Los costos del copago varían según la ubicación del servicio
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	$100 por admisión[3]	$100 por admisión[3]
Deducible anual por medicamentos	Ninguno	Ninguno
Medicamentos recetados anuales	Combinado con la cobertura médica	Combinado con la cobertura médica
Medicamentos recetados **Farmacia de Kaiser** 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de $10 Marca preferida: Copago de $20 No preferida: Copago de $35 Pedido por correo postal[4]: $20/$40/$70	Medicamento genérico: Copago de $10 Marca preferida: Copago de $20 No preferida: Copago de $35 Pedido por correo postal[4]: $20/$40/$70
Medicamentos recetados **Farmacia de la comunidad** 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de $20 Marca preferida: Copago de $40 No preferida: Copago de $55	Medicamento genérico: Copago de $20 Marca preferida: Copago de $40 No preferida: Copago de $55

APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	$39.71	$225.01	$41.47	$234.97
Empleado + 1 dependiente	$132.36	$397.08	$138.22	$414.66
Empleado + familia	$191.92	$575.77	$200.42	$601.25

[1] Sin costo para niños menores de 5 años de edad
[2] Copago exento en caso de admisión
[3] Tratamiento ambulatorio: $10 por visita individual/$5 por visita grupal
[4] 90 días de suministro

COBERTURA DENTAL

MetLife

PLANES DENTALES DE METLIFE

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de MetLife: el plan con deducible bajo y el plan con deducible alto. Para localizar un dentista, visite www.metlife.com/dental o llame al 1.800.275.4638.

Puede elegir un dentista dentro o fuera de la red. Sin embargo, si elige un dentista fuera de la red, es posible que sus gastos de bolsillo sean mayores. Antes de recibir el servicio, MetLife recomienda que solicite una estimación previa al tratamiento para los servicios que superen los $300. Su dentista puede enviar una solicitud en línea a www.metdental.com o puede llamar al 1.877.MET.DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación del beneficio para la mayoría de los procedimientos mientras aún se encuentre en el consultorio.

	PLAN CON DEDUCIBLE BAJO		PLAN CON DEDUCIBLE ALTO	
BENEFICIO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Deducible anual	**Individual:** $50 **Familiar:** $150	**Individual:** $50 **Familiar:** $150	**Individual:** $50 **Familiar:** $150	**Individual:** $50 **Familiar:** $150
Máximo anual	$1,000		$1,750	
Servicios diagnósticos y preventivos Profilaxis (limpiezas, hasta 4 por año del plan), exámenes bucales, flúor tópico (hasta los 14 años de edad), aleta de mordida, radiografías	100%	60%	100%	80%
Servicios básicos Exámenes enfocados en problemas; empastes; extracciones; cirugía bucal; endodoncia; raspado dental, alisado radicular y cirugía periodontal; anestesia; reparaciones; selladores y mantenedores de espacio (hasta los 14 años de edad)	80%*	40%*	80%*	80%*
Servicios más avanzados Puentes y dentaduras postizas; coronas, incrustaciones intracoronarias (inlay), incrustaciones extracoronarias (onlay),	50%*	10%*	50%*	50%*
Servicios de ortodoncia	Sin cobertura		Sin cobertura	
APORTES QUINCENALES	**EMPLEADO**		**EMPLEADO**	
Solo empleado	$15.81		$21.79	
Empleado + 1 dependiente	$32.34		$44.37	
Empleado + familia	$55.91		$75.05	

* Después del deducible

VISION

EYEMED VISION

Si está inscrito en un plan de seguro de Cigna, el seguro para atención de la vista proporcionado por EyeMed está incluido. Tiene acceso a proveedores como Target Optical, LensCrafters, MyEyeDr, America's Best, Pearle Vision, JC Penney o Sears Optical. Para encontrar un proveedor de servicios para la vista o información sobre descuentos, visite www.eyemed.com.

BENEFICIOS PARA ATENCIÓN DE LA VISTA DE KAISER PERMANENTE (KP)

Si sus dependientes son menores de 19 años y están inscritos en el plan de seguro de Kaiser Permanente que ofrece NOVA Parks, cuentan con beneficios para atención de la vista. Usted y sus dependientes mayores de 19 años de edad no tienen beneficios para la atención de la vista incluidos en el plan, pero pueden reunir los requisitos para recibir un descuento en lentes y armazones de anteojos. Visite www.kp.org para más información.

AVĒSIS

Para localizar proveedores de la red, llame al 800.828.9341 o visite www.avesis.com. Los miembros que utilicen un proveedor fuera de la red deberán pagarle al proveedor el importe completo al momento de recibir el servicio y enviar una reclamación a Avēsis para obtener un reembolso.

	EYEMED		KP*
BENEFICIO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**	**SOLO COBERTUA DE DEPENDIENTES Y DENTRO DE LA RED**
Examen oftalmológico	Sin costo	Reembolso de hasta $40	Copago de $10-20[1]
Frecuencia Examen/monturas y lentes para	12/12/12 meses		12/12/12 meses[2,3]
Monturas	Asignación de $150[4]	Reembolso de hasta $50	Sin costo[5]
Lentes Lentes monofocales Lentes bifocales	 Sin costo Sin costo Sin costo	 Reembolso de hasta $50 Reembolso de hasta $75 Reembolso de hasta $100	 Sin costo[5] Sin costo[5] Sin cobertura
Lentes de contacto Ajuste y seguimiento estándar Ajuste y seguimiento superiores Lentes convencionales Lentes desechables Sin costo	 Copago de hasta $40 Descuento del 10% del precio minorista Asignación de $150[6] Asignación de $150	 Sin cobertura Sin cobertura Reembolso de hasta $140 Reembolso de hasta $140 Reembolso de hasta $225	 Sin cobertura Sin cobertura 1 par cubierto en su totalidad 1 par cubierto en su totalidad 2 pares cubiertos en su totalidad

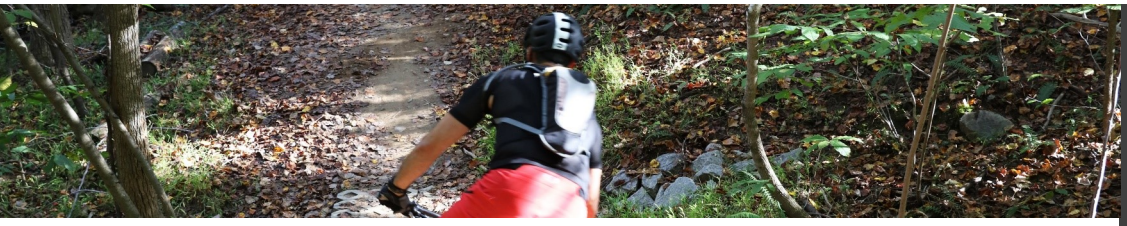
* Sin cobertura para 19 años de edad y más, descuentos disponibles
1 Copago de $10 para el optometrista/copago de $20 para el oftalmólogo
2 Armazones y lentes en lugar de lentes de contacto
3 Lentes de contacto en lugar de armazones y lentes
4 20% de descuento en montos superiores a $150
5 Se aplican algunas limitaciones
6 15% de descuento en montos superiores a $150
7 Los lentes médicamente necesarios requieren aprobación previa l

AVESIS VISION

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen de la vista	Copago de $10	Reembolso de hasta $35
Frecuencia Examen/lentes para anteojos o lentes de	12 /12 /24 meses	
Monturas	Asignación de $120[1]	Reembolso de hasta $45
Lentes Monofocales Bifocales Trifocales	 Cubierto en su totalidad después de un copago de $15 Cubierto en su totalidad después de un copago de $15 Cubierto en su totalidad después de un copago de $15	 Reembolso de hasta $25 Reembolso de hasta $40 Reembolso de hasta $50
Lentes de contacto[2] Pruebas y seguimiento de lentes de contacto estándar Lentes de contacto electivos	 Copago máximo de $50 Asignación de $110 Cubierto en su totalidad	 n/c Reembolso de hasta $85 Reembolso de hasta $250

APORTES QUINCENALES	EMPLEADO
Solo empleado	$2.76
Empleado + cónyuge	$5.22
Empleado + hijo(s)	$5.70
Empleado + familia	$7.33

[1] Descuento de hasta un 20% por encima de la asignación para armazones
[2] En lugar armazones o lentes
[3] Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios



CUENTA FSA

¿QUÉ ES UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES?

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite disponer de dólares libres de impuestos de su pago que se pueden utilizar para cubrir los gastos de atención médica que debe pagar de su bolsillo en los que hayan incurrido usted o sus dependientes, así como gastos de cuidado diurno de dependientes, durante todo el año.

GUARDE TODOS LOS RECIBOS

Debe guardar todos los recibos de las compras efectuadas con su tarjeta de débito de la FSA, si le proporcionaron una. Benefit Resources Inc. (BRI) puede pedirle que justifique las

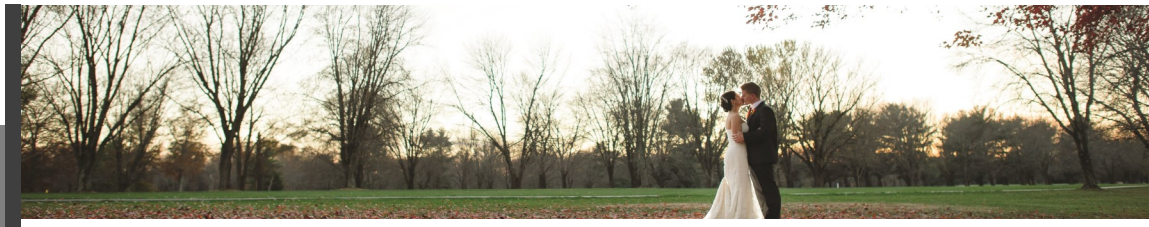
TIPO DE CUENTA	EJEMPLOS DE GASTOS ELEGIBLES	LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN	ACCESO A LOS FONDOS	BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS
FSA para atención médica	• Deducibles del plan médico • La mayoría de los copagos de los seguros • Medicamentos recetados • Exámenes de la vista • Anteojos/lentes de contacto • Cirugía ocular láser • Gastos dentales • Ortodoncia (frenillos)	La contribución máxima para 2022 es $2,750 por año	Permite el acceso inmediato a todo el monto del aporte desde el primer día del año del beneficio, antes de que se hayan efectuado todos los aportes programados.	Ahorre entre un 20% y un 40% en sus gastos de atención médica Ahorre en compras no cubiertas por el seguro Reduzca su ingreso sujeto a impuestos
FSA para cuidado de dependientes	• Cuidado diurno • Campamento diurno de verano • Cuidado de personas mayores • Cuidado antes y después de la escuela	La contribución máxima para 2022 es $5,000 por año ($2,500 si la persona está casada y presenta una declaración de impuestos separada de su cónyuge)	Podrá presentar reclamos hasta el monto acumulado en su cuenta desde el inicio del año hasta la fecha (Solo se le reembolsará en función de sus montos de contribución acumulados)	Ahorre 20% - 40% en sus gastos de cuidado de dependientes Reduzca su ingreso sujeto a impuestos

BUDGET APPROPRIATELY

FSAs are typically "use it or lose it" type programs meaning if you do not use all of the funds you elect to contribute to your FSA during the plan year, you will lose those remaining funds. This is why it is important for you to budget appropriately and use all of the funds within the FSA plan year. With a Health Care FSA, you will be eligible to carryover amounts up to $550 into the next plan year. The only time you may make a change to your contribution amount is during open enrollment or if you experience an IRS qualified status change.

Internal Revenue Service tax regulations require participants to make a new election each year. In other words, you must complete a new enrollment form each year.

SEGURO DE VIDA Y POR



Renaissance
Life & Health Insurance Company of America

SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

La cobertura del seguro de vida proporciona una importante protección financiera para su familia en el caso de que usted fallezca. La cobertura de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) brinda protección financiera en caso de fallecimiento o de pérdida de las manos, los pies y/o la vista debido a un accidente cubierto. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura de seguro de vida a término y seguro AD&D a través de Renaissance. El monto del beneficio es su salario anual redondeado a la cifra de mil más cercana que no supere los $100,000. Las reducciones de beneficios comienzan cuando el empleado llega a los 65 años de edad. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA A TÉRMINO Y SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

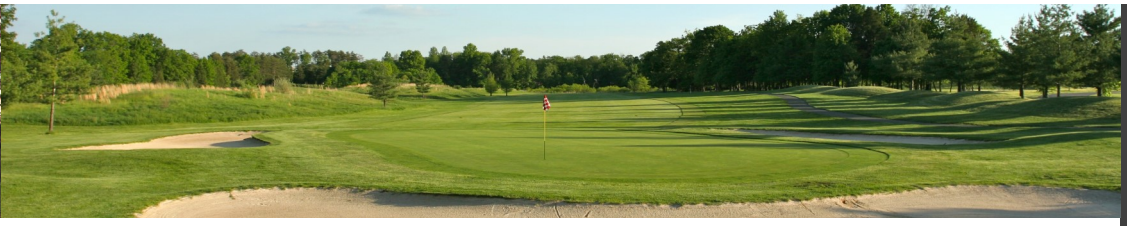
Los empleados de tiempo completo reúnen los requisitos para comprar seguro de vida voluntario a través de Renaissance en incrementos de $10,000, con un beneficio general de hasta cinco veces su salario anual o $500,000, lo que sea menor. El seguro para el cónyuge está disponible en incrementos de $5,000, hasta $100,000. Los hijos dependientes pueden tener montos de cobertura en incrementos de $1,000, hasta $10,000. Para montos de seguro que superen los $100,000, el asegurado deberá someterse a una evaluación de riesgos médicos. Los costos asociados a solicitudes de registros o pruebas para la evaluación de riesgos médicos correrán a cargo del empleado. Las primas se basan en la edad del empleado y el monto de la cobertura elegida. Los empleados son responsables del 100% del costo de este beneficio.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

El seguro por discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar un reemplazo de los ingresos si usted queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad y no puede trabajar. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura STD a través de Renaissance. El beneficio STD reemplaza el 60% de su salario bruto hasta un máximo de $1,000 por semana. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El seguro por discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar un reemplazo de los ingresos si usted queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad prolongada y no puede trabajar. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura LTD a través de Renaissance. El beneficio LTD reemplaza el 60% de su salario bruto hasta un máximo de $5,000 por mes. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA

Renaissance
Life & Health Insurance Company of America

ASISTENCIA DE VIAJES

Ya sea que los empleados viajen por negocios o por placer, una enfermedad inesperada, la exposición a un virus, un dolor de muelas o la pérdida de su equipaje puede arruinarles el viaje. Con los servicios de asistencia de viajes, usted tiene acceso a transporte de emergencia, apoyo para el viaje, asistencia personal y de seguridad, y servicios de asistente durante su viaje. La asistencia de viajes está presente en 200 países y territorios, y cuenta con centros de asistencia que funcionan las 24 horas del día, los 365 días del año, atendidos por coordinadores de asistencia multilingües, gestores de casos y personal médico y de seguridad, que le ayudarán a obtener la atención que necesita en caso de emergencia mientras viaja. Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, llame primero a las autoridades de emergencia locales para recibir asistencia inmediata y luego póngase en contacto con Generali Global Assistance (GGA).

ASISTENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DE ROBOS DE IDENTIDAD

Como consecuencia del aumento de los riesgos de ciberseguridad y el estrés considerable que puede suponer el robo de la identidad, los empleados pueden beneficiarse de un recurso que les ayudará a restaurar su identidad si son víctimas de este tipo de robo.

- Especialistas certificados en resolución de incidentes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a resolver cualquier problema que surja
- Asistencia en la presentación de declaraciones juradas, utilizadas para impugnar cualquier actividad fraudulenta ante las autoridades, las oficinas de crédito y los acreedores en nombre de un afiliado
- Notificación a los acreedores, impugnación y seguimiento de los acreedores
- Asistencia en la notificación de actividades fraudulentas a las autoridades judiciales y policiales y en el envío de informes a los acreedores

ASISTENCIA A LA PAREJA DEL BENEFICIARIO

Es posible que muchas personas que han perdido a un ser querido no quieran hacer llamadas telefónicas ni gestionar el papeleo mientras se enfrentan a esa pérdida. Nuestra asistencia a las parejas de los beneficiarios les ayuda a atender los detalles administrativos para terminar de resolver los asuntos de un ser querido, y alivia el estrés del papeleo, lo que permite a los beneficiarios enfocarse en su proceso de sanación.

- Asesoramiento y orientación las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Protección de la identidad y asistencia para la resolución de incidentes en caso de robo
- Asistencia en notificaciones, comunicaciones con terceros proveedores y bancos, cierre de redes sociales
- Asistencia en la gestión de seguros y los asuntos finales de un ser querido

Para ponerse en contacto con Life Assist, llame a su línea de asistencia que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-213-338-6614** (número local/directo) o al **1-833-960-1152** (línea telefónica gratuita)

JUBILACIÓN

ELEGIBILIDAD PARA LA COMPENSACIÓN DIFERIDA

Los empleados reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier momento. Puede realizar cambios a los montos que aporta en forma quincenal.

Cabe destacar que no tiene permitido pedir prestado ni retirar fondos de esta cuenta mientras esté empleado en NOVA Parks.

ELEGIBILIDAD PARA EL PLAN DE JUBILACIÓN

Los empleados de tiempo completo están automáticamente inscritos y cubiertos.

RETENCIONES OBLIGATORIAS DEL PLAN DE JUBILACIÓN

Los empleados aportan un 5% de su salario a través de 26 deducciones de nómina quincenales, antes de impuestos, por año calendario.

MissionSquare RETIREMENT

COMPENSACIÓN DIFERIDA

El Plan de Compensación Diferida de NOVA Parks es administrado por MissionSquare Retirement. Este plan brinda a los empleados la oportunidad de ahorrar una parte de su salario para la jubilación antes de impuestos. El programa se rige por la Sección 457 del Código de Renta Interna y está diseñado para complementar el plan de jubilación con beneficios definidos de NOVA Parks.

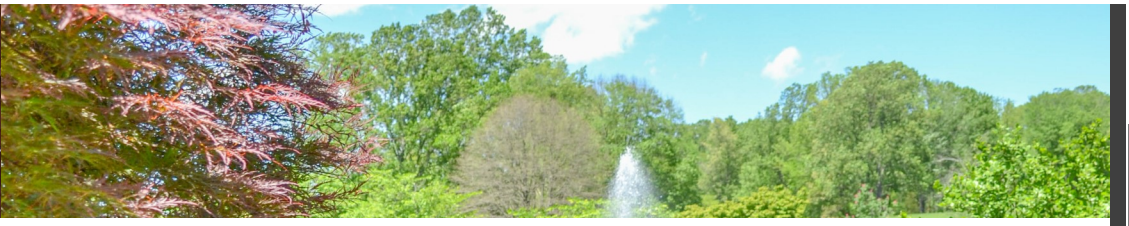
Todos los años se establece el límite de diferimiento anual, y algunos empleados reúnen los requisitos para efectuar contribuciones para ponerse al día. Si tiene preguntas sobre su cuenta o sus contribuciones para ponerse al día, comuníquese con Recursos Humanos o directamente con MissionSquare Retirement en www.icmarc.org o llamando al 1.800.669.7400.

PLAN DE JUBILACIÓN CON BENEFICIOS DEFINIDOS

El Plan de Jubilación con Beneficios Definidos de NOVA Parks es una anualidad anual (que se paga todos los meses) equivalente a la compensación final promedio del empleado multiplicada por la cantidad de años de servicio acreditable y el 1.9% o 2.1%.* Hay diversas formas de anualidad disponibles, que incluyen beneficios para el sobreviviente para jubilados casados. Hay opciones tanto para jubilación anticipada como para jubilación normal. Puede encontrar información detallada en el documento del Plan de jubilación.* 1.9% para empleados contratados después del 1 de julio de 2002 y 2.1% para empleados contratados antes del 1 de julio de 2002.

SEGURO DE SALUD PARA JUBILADO

Los jubilados que reúnen los requisitos pueden participar en el programa de seguro de salud. Los jubilados están sujetos a los mismos procedimientos y reglas que los empleados activos. El Plan de jubilación pagará una parte de la prima, sin superar el límite, según los años de servicio.



INOVA
Inova Employee Assistance

PROGRAMA DE AYUDA PARA EMPLEADOS

El Programa de Ayuda para Empleados (EAP) es un servicio gratuito y confidencial de ayuda para empleados que ofrece soluciones prácticas del mundo real para ayudarle a resolver problemas antes de que afecten de manera adversa su vida personal, su salud y su rendimiento laboral. Los empleados de tiempo completo y los miembros de su familia reúnen los requisitos para recibir servicios de EAP. EAP incluye:

- Asesoramiento confidencial
  Los servicios de asesoramiento a corto plazo pueden ayudarle a encontrar soluciones a problemas que varían desde frustraciones familiares o del lugar de trabajo hasta consumo de drogas o alcohol. Los asesores profesionales definen el problema, brindan apoyo y ofrecen orientación y derivaciones.

- Servicios legales
  Una consulta gratuita de 30 minutos con un abogado de la red y un 25% de descuento en la tarifa por hora del abogado si decide contratar a ese abogado.
  Acceda a testamentos, directivas avanzadas y otros documentos legales en línea.

- Servicios financieros
  Hable con un profesional financiero sin costo alguno sobre problemas tales como planificación de la jubilación, consolidación de deuda, financiamiento de la educación universitaria de un hijo, opciones de préstamos hipotecarios y muchas otras preocupaciones financieras. Las personas que llaman reciben hasta 60 minutos de consulta telefónica por problema. Hay información financiera, herramientas y calculadores disponibles en línea.

- Servicios de referencia para conciliación de la vida laboral y familiar
  Los consejeros en conciliación de la vida laboral y familiar evaluarán sus necesidades, identificarán los recursos apropiados y sugerirán pautas para evaluar dichos recursos. Los consejeros pueden localizar recursos en diversas áreas, que incluyen cuidado de niños; cuidado de ancianos; robo de identidad; información sobre educación, salud y bienestar; servicios para mascotas y más.

- Recursos en línea
  Un servicio web interactivo que brinda acceso las 24 horas del día a una extensa biblioteca de recursos y herramientas interactivas sobre conciliación de la vida laboral y familiar en todo el país.

Llame al 1.800.346.0110 o inicie sesión en www.inova.org/eap para obtener apoyo, referencias y recursos. Nombre de usuario: NVRPA Contraseña: NVRPA

EAP EN MOVIMIENTO

iConnectYou es su aplicación del Programa de Ayuda para Empleados (EAP, por sus siglas en inglés) que lo conecta al instante con profesionales para recibir apoyo inmediato y ayuda para encontrar recursos para usted y su familia. Características de la aplicación:

- Llamadas
- Mensajería instantánea
- Video
- Programación de citas
- Su historial de aplicaciones
- Recursos y artículos de autoayuda
- Información de la cuenta

Para acceder a iConnectYou, descargue la aplicación del App Store (iPhone) o Google Play (Android) y regístrese con el código de acceso de iCY: 28185.

DIVULGACIONES

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS DE 1996 (LEY DE RECIÉN NACIDOS)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos por lo general, y según la legislación federal, no pueden restringir los beneficios de la duración de la estadía en un hospital relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un alumbramiento normal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor a cargo de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores de seguro médico no pueden, de conformidad con la legislación federal, solicitar que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor para que se prescriba la duración de una estadía a no más de 48 horas (o 96 horas).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES DE 1998 (WHCRA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

En virtud de la WHCRA, los planes de salud grupales, las compañías de seguros y las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) que ofrecen cobertura de mastectomía también deben brindar cobertura para cirugía reconstructiva de una manera que se determine mediante la consulta con la paciente y el médico que la atiende. La cobertura incluye la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para que tenga una apariencia simétrica, y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos edemas linfáticos.
Para obtener más información, llame al administrador de su plan.

ORDEN CALIFICADA DE SOSTÉN MÉDICO DE UN NIÑO (QMCSO)

QMCSO es una orden para el sostén médico de un niño emitida en virtud de la ley del estado que crea o reconoce la existencia del derecho de un "beneficiario alterno" a recibir los beneficios para los que reúne los requisitos un participante o beneficiario bajo un plan de salud grupal. El "beneficiario alterno" es cualquier hijo de un participante (incluido un hijo adoptado o puesto en adopción con un participante de un plan médico grupal) que la orden de sostén médico reconoce como beneficiario del derecho a la inscripción en un plan médico grupal al que esté afiliado dicho participante. Tras la recepción, es necesario que el administrador de un plan médico grupal establezca, en un período razonable de tiempo, si califica una orden de sostén médico de un niño, y que administre los beneficios según los términos aplicables de cada orden que califica. En caso de que le notifiquen que debe proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente como resultado de una decisión legal, usted puede obtener información de su empleador sobre las reglas para tratar de activar dicha cobertura. Estas reglas son proporcionadas sin costo alguno para usted y puede solicitarlas a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN (HIPAA)

Si anteriormente ha rechazado su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) por otra cobertura de seguro médico, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de finalizada la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA CONFORME A LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene derecho a elegir si continúa con la cobertura del plan de salud de su empleador para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) durante un máximo de 24 meses mientras presta servicio militar. Incluso si no elige continuar con la cobertura durante el servicio militar, tiene derecho a que se le reincorpore en el plan médico de su empleador cuando vuelva a ser contratado, por lo general sin ningún tipo de período de espera o exclusión por condiciones preexistentes, excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el tiempo que estuvo en servicio.

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle permite a los estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continuar la cobertura bajo un plan de salud grupal cuando deben abandonar los estudios a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y cuando de otra forma perderían su cobertura.
La continuación de la cobertura se aplica al permiso de hijos dependientes para ausentarse (o cualquier otro cambio en la inscripción) de una institución educativa postsecundaria (universidad o institución de educación superior) a causa de una enfermedad o lesión grave mientras estén cubiertos bajo un plan médico. De lo contrario, esto podría hacer que el hijo pierda la condición de dependiente de conformidad con los términos del plan. La cobertura continuará hasta:
1. Un año a partir del inicio de la ausencia necesaria desde el punto de vista médico, o
2. La fecha en que la cobertura de otro modo terminaría conforme a los términos del plan médico, lo que ocurra primero.

LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN DE 2008

Esta ley extiende los requisitos de paridad en la salud mental de la Ley de Seguridad de Ingresos de Empleados Jubilados, el Código de Rentas Internas y la Ley del Servicio de Salud Pública al imponer nuevos mandatos a los planes de salud grupales que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos y también beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro médico que se ofrece en relación con dichos planes) deben garantizar que:
los requisitos financieros que se aplican a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes que se aplican esencialmente a todos los beneficios médicos y quirúrgicos que cubre el plan (o la cobertura), y que no existan requisitos de copago que se apliquen solamente a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

GINA les prohíbe ampliamente a los empleadores cubiertos la discriminación en contra de un empleado, individuo o miembro con motivo de su "información genética", la cual se define ampliamente en GINA y se refiere a (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de los familiares del individuo y (3) la manifestación de una enfermedad o trastorno en familiares de dicho individuo.
Conforme a la ley GINA, también se le prohíbe al empleador que solicite, requiera o adquiera la información genética de un empleado. Esta prohibición no se aplica a la información que se solicita o exige para cumplir los requisitos de certificación de las leyes de licencias médicas y familiares, o a la información que se obtiene de forma involuntaria por medio de consultas legales, por ejemplo, en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, siempre que el empleador no utilice esta información de forma discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto adquiera información genética ya sea de forma legal (o inadvertida), la información se debe guardar en un archivo por separado y tratarse como un expediente médico confidencial, y se puede divulgar a terceros solamente bajo situaciones muy limitadas.

LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA)

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985 establece que los empleadores que proporcionan cobertura médica a sus empleados deben ofrecer dicha cobertura a los empleados y familiares cubiertos de manera temporal cuando haya habido un cambio en las circunstancias que de otra forma provocaría la pérdida de dicha cobertura [26 USC §4980B]. Este beneficio, conocido como "continuación de la cobertura", se aplica si, por ejemplo, un hijo dependiente se vuelve independiente, los cónyuges se divorcian o los empleados dejan su trabajo.

LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIPRA) [1] SEP.

A partir del 1 de abril de 2009, los empleados y dependientes elegibles para recibir la cobertura pero que no se han inscrito tienen el derecho de elegir la cobertura durante el año de validez del plan bajo dos circunstancias:
La cobertura estatal de Medicaid o del Seguro Médico para Niños (CHIP) del empleado o dependiente termina porque el individuo deja de ser elegible.
El empleado o dependiente se convierte en elegible para recibir un subsidio de asistencia para pagar las primas de CHIP bajo el Medicaid o CHIP del estado.
Los empleados deben solicitar esta inscripción especial dentro de los 60 días después de perder la cobertura o dentro de un plazo de 60 días a partir del momento en que se establece la elegibilidad del subsidio para la prima.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DEL SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para obtener la cobertura de Medicaid o CHIP y usted es elegible para recibir la cobertura de atención médica por parte de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que le puede ayudar a pagar la cobertura de su plan de atención médica con los fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para obtener la cobertura de Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, aunque es posible que tenga la posibilidad de adquirir una cobertura de seguro individual en el mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en alguno de los estados de la siguiente lista, póngase en contacto con las oficinas estatales de Medicaid o CHIP para averiguar si ofrecen asistencia para el pago de primas.
Si usted o sus dependientes NO se encuentran actualmente inscritos en Medicaid o CHIP y piensa que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para inscribirse en alguno de estos programas, póngase en contacto con las oficinas estatales de Medicaid o CHIP, o llame al 1-877-KIDS NOW, o visite el sitio web www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar su inscripción. Si cumple los requisitos, pregunte en su estado si cuentan con un programa para ayudarle a pagar las primas de un plan subsidiado por su empleador.
Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas que ofrecen Medicaid o CHIP, y si también reúne los requisitos para inscribirse en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle que se inscriba en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le conoce como oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de un plazo de 60 días después de que se establezca que reúne los requisitos para recibir la asistencia el pago de las primas. Si tiene consultas sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo a través del sitio web www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en alguno de los siguientes estados, tiene la posibilidad de reunir los requisitos para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de atención médica de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada hasta el 31 de enero de 2020. Póngase en contacto con su 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 Primas del Seguro de Salud de Alaska
Sitio web: http://myakhipp.com/
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS: Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

DIVUL-GACIONES

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 los miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/childhealth-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711

FLORIDA: Medicaid Sitio web: http://flmedicaidtplrecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurancepremium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, ext. 2131

INDIANA: Medicaid Healthy Indiana Plan para adultos de entre 19 y 64 años con bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás planes Medicaid Sitio web: http:/www.indianamedicaid.com Teléfono: 1-800-403-0864

IOWA: Medicaid Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

KANSAS: Medicaid Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY: Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov

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

MAINE: Medicaid Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/publicassistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión 711 de Maine MASSACHUSETTS: Sitio web de Medicaid y CHIP: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840

MINNESOTA: Medicaid https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-andfamilies/health-care/health-care-programs/programs-andservices/medical-assistance.jsp (En la ficha ELIGIBILITY, consulte "What if I have other health insurance?" (¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud?)] Teléfono: 1-800-657-3739

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

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/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número telefónico gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/ dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

NEW YORK: Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA: Medicaid Sitio web: https://dma.ncdhhs.gov Teléfono: 919.855.4100

NORTH DAKOTA: Medicaid Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON: Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA: Medicaid Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical /HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462

RHODE ISLAND: Medicaid 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: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT: Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA: Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1--800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282

WASHINGTON: Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA: Medicaid Sitio web: http://mywvhipp.com/ Línea telefónica gratuita: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING: Medicaid Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono: 307-777-7531

Para averiguar si existen otros estados que hayan agregado el programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2020 o para recibir más información sobre los derechos especiales de inscripción, puede ponerse en contacto con los siguientes organismos:

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU. www.dol.gov/ agencies/ebsa 1-866-444-EBSA (3272)

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.: www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DEL PAPELEO (PRA)

Según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que dicha recolección exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recolección de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la ley PRA y exhiba un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recolección de información a menos que esta exhiba un número de control de la OMB vigente. Consulte el Título 44 del Código de los Estados Unidos, párrafo 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de ley, ninguna persona estará sujeta a una penalización por no cumplir con una recolección de información si dicha recolección no exhibe un número de control de la OMB vigente. Consulte el Título 44 del Código de los Estados Unidos, párrafo 3512.

Se estima que la carga de informe público de esta recolección de información promedia los siete minutos por entrevistado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios en relación con la estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210; o enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y mencionar el número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (vencimiento: 31 de enero de 2023)

NOVA PARKS
Northern Virginia Regional Park Authority

Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios disponible para los empleados. No es un documento legal y no será interpretado como una garantía de beneficios ni de empleo continuo. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de planes maestros. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de estas pólizas, contratos y documentos de planes se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. Nuestra compañía se reserva el derecho de modificar, suspender o poner fin a cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.

CORPORATE SYNERGIES®