
Beneficios para empleados: Planes de beneficios vigentes del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027.

La imagen de portada muestra montañas cubiertas de nieve sobre un bosque otoñal, con un panel azul diagonal en la parte inferior izquierda.

Sus beneficios para empleados

Planes de beneficios efectivos

1 de julio de 2026 - 30 de junio de 2027

Logotipo del Distrito Escolar de Summit Logotipo de CEBT Benefit by Trust

Beneficios diseñados para ti

En el Distrito Escolar de Summit, tu bienestar es importante. Nuestro programa integral de beneficios está diseñado para apoyar tu salud física, emocional y financiera. Esta guía te ayudará a comprender tus beneficios, aprender a utilizarlos y sentirte seguro al acceder a la atención médica cuando la necesites.

Por favor, revise detenidamente la guía correspondiente al año del plan 2026 para que pueda tomar decisiones informadas sobre las opciones que mejor se adapten a sus necesidades. Si la consulta en formato electrónico, puede hacer clic en los elementos del índice para acceder directamente a cada sección.

¿Qué hay dentro?

Cómo funcionan las prestaciones

- ¿Quiénes son elegibles?, página 4
- Cómo cambiar sus beneficios, página 4
- Cómo empezar con la inscripción abierta, página 5
- Descripción general de CEBT/WTW, página 6
- Aplicación CEBT y términos clave de beneficios, página 7

Fotografía de altos árboles de hoja perenne con montañas al fondo y la luz del sol brillando desde la parte superior izquierda.

planes de salud

- Medicina, página 9
- Receta, página 14
- Plan dental B y C, página 15
- Plan de Visión C, página 17
- Costo de sus beneficios, página 18

Ahorros

- Cuentas de ahorro para la salud y cuentas de gastos flexibles, página 20
- Beneficios de valor añadido de CEBT, página 21

Seguridad financiera

- Cobertura de vida y de accidentes y muerte accidental, página 23
- Prestaciones voluntarias, página 24

Beneficios e información adicionales

- Información de contacto, página 25
- Aviso reglamentario del plan de salud CEBT, página 27

CEBT.ORG

[\(800\)332-1168](tel:(800)332-1168)

Una familia aparece de pie en un mirador de montaña, dentro de una fotografía circular con un borde dorado sobre un fondo azul.

Empezando

Descarga la aplicación del plan de salud CEBT

Las insignias de descarga de la tienda de aplicaciones se muestran para el acceso desde dispositivos móviles.

[Descarga la aplicación del plan de salud CEBT](#)

Visite nuestro sitio web cebt.org

Explore la información del plan, los formularios, los recursos y las preguntas frecuentes útiles.

¿Necesitar ayuda?

[800-332-1168](tel:800-332-1168)
[303-773-1373](tel:303-773-1373)

El servicio de atención al cliente de CEBT está aquí para ayudarle con sus preguntas, asistencia con las reclamaciones, orientación a los proveedores y mucho más.

Beneficio CEBT por Fideicomiso

Bienvenido a sus beneficios de CEBT.

CEBT es su socio de confianza para seguros médicos, dentales, de visión, de vida y mucho más. Como miembro de CEBT, usted recibe un paquete integral de beneficios diseñado para apoyar su salud, bienestar y tranquilidad.

Los empleados inscritos en el plan de salud CEBT disfrutan no solo de sus beneficios básicos (médicos, dentales, oftalmológicos y de vida), sino también de una amplia gama de **beneficios de valor añadido** creados para mejorar su bienestar físico, mental y financiero.

Con CEBT, usted obtiene acceso a programas y servicios adicionales disponibles a **POCO COSTO O SIN COSTO ALGUNO**, que incluyen:

- \$0 – Atención quirúrgica y de infusión de bajo costo – **Lantern**
- Atención médica virtual 24 horas al día, 7 días a la semana – **Teladoc**
- Herramientas de transparencia de costes y calidad – **Valenz Bluebook**
- Programas de apoyo para enfermedades crónicas – **Omada**
- Servicios de salud mental y coaching – **Modern Health**
- Programa de Asistencia al Empleado (PAE) – **AllOne Health**
- Asistencia de emergencia en viajes: **el estándar**
- Servicios de Recursos para el Cáncer y la Maternidad – **UMR**

- ...¡y mucho más!

Estas ventajas adicionales hacen que cuidar de uno mismo y de la familia sea más fácil, más cómodo y, a menudo, más asequible.

Puede encontrar más información sobre estos beneficios [AQUÍ](#).

Cómo funcionan los beneficios

¿Quiénes son elegibles?

Como empleado del Distrito Escolar de Summit, usted tiene derecho a beneficios si trabaja al menos 30 horas semanales. Los beneficios entran en vigencia el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. Una vez que usted cumpla con los requisitos, puede inscribir a sus dependientes elegibles para la cobertura, incluyendo a su cónyuge, pareja de hecho e hijos menores de 26 años.

Cambiar tus beneficios

Nuevos empleados: Como nuevo empleado, debe inscribirse en los beneficios dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación. Si no se inscribe dentro de este plazo, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.

Eventos que dan derecho a beneficios y baja de dependientes: Por lo general, solo puede realizar o modificar sus opciones de beneficios al ser un nuevo empleado o durante el período anual de inscripción abierta. Sin embargo, puede dar de baja a un dependiente en cualquier momento (la cobertura continuará hasta el final de ese mes), o puede actualizar sus opciones de beneficios durante el año si experimenta alguno de los siguientes eventos que dan derecho a beneficios:

Cambio en el estado civil

- Casamiento
- Muerte del cónyuge
- Divorcio o separación legal

Cambio en el número de dependientes

- Casamiento
- Nacimiento
- Muerte
- Adopción de un niño o colocación de un niño en adopción

Cambio en el estado de cobertura

- Pérdida o ganancia de otra cobertura por parte del empleado o dependiente.

Cambio en el estado de cobertura individual debido a la edad límite

- En caso de que un empleado pierda la elegibilidad en el plan de sus padres, debido a que sale de la edad (26)

Tiene 30 días a partir de la fecha de un evento vital que califique para realizar cambios en su cobertura. Dependiendo del evento, es posible que deba presentar documentación de respaldo (por ejemplo, un acta de matrimonio o un certificado de nacimiento). No se requiere documentación si solo elimina a un dependiente de su plan actual. Sin embargo, siempre se requiere documentación al agregar dependientes fuera del período de inscripción abierta.

Collage fotográfico en blanco y negro que muestra tres momentos importantes de la vida: un ramo de novia sostenido junto a una pareja, unas manos de adulto sujetando los pies de un bebé y un arreglo floral junto a una persona tumbada, lo que sugiere cambios en la vida familiar y en las relaciones de dependencia.

Inscripción abierta anual

Fechas de inscripción abierta para 2026: **del 18 al 29 de mayo**. La inscripción abierta de este año está **ACTIVA**.

La inscripción ACTIVA significa que todos los empleados deben iniciar sesión y completar la inscripción en línea, incluso si mantienen los mismos beneficios, para tener cobertura para el nuevo año del plan.

Primeros pasos con el período de inscripción abierta

Registro / Inicio de sesión

Usuarios primerizos

1. Visite cebt.org. Seleccione “Nuevo usuario de la comunidad/Registrarse”.
2. Complete todos los campos obligatorios en la página de registro.
*Utilice su correo electrónico del trabajo o el correo electrónico que consta en los registros de su empleador.
3. Haz clic en “Crear”.
4. En breve recibirás un correo electrónico con un enlace para iniciar sesión.

Usuarios recurrentes

1. Seleccione “Iniciar sesión como usuario existente de la comunidad”. No necesita registrarse de nuevo.
2. Si olvidaste tu contraseña, haz clic en “Olvidé mi contraseña” debajo del botón de inicio de sesión.
3. Crea una nueva contraseña, confírmala y haz clic en “Cambiar contraseña”.

Iniciar inscripción

¿Necesitas agregar un dependiente?

1. Desplácese hacia abajo en la página de beneficios y haga clic en "Agregar un nuevo dependiente".
2. Complete la información requerida.
3. Pulse “Guardar dependiente”.

Agregar un beneficiario

Agregue beneficiarios adicionales seleccionando el signo + e ingresando su nombre, parentesco y porcentaje. El porcentaje total de todos los beneficiarios principales o contingentes debe ser igual al 100 %. Ingrese solo números, sin símbolos.

Previsualiza y envía tu inscripción.

Seleccione “Previsualizar beneficios” para revisarlos antes de enviar la solicitud. Seleccione “Guardar y finalizar” para enviar la inscripción.

Cargar verificación dependiente

Tras seleccionar «Guardar y finalizar», se le pedirá que cargue la documentación. Cargue el comprobante de elegibilidad para cualquier nuevo dependiente (por ejemplo, certificado de nacimiento,

Pequeño icono circular con la etiqueta "Inscripción Abierta".

1. Haz clic en "Inscripción Abierta" para comenzar tus elecciones.
2. Revisa tus opciones y selecciona un plan en cada pestaña (Médico, Dental, Oftalmológico, etc.).
3. Haz clic en Siguiente o pasa a la siguiente pestaña.
4. Marque la casilla junto a cada dependiente que desee agregar; repita este paso en cada pestaña de beneficios.
5. Si lo desea, puede optar por renunciar a la cobertura.
6. Las prestaciones pagadas por el empleador estarán preseleccionadas y no se podrán modificar.
7. Seleccione Guardar progreso y completar más tarde o Previsualizar beneficios y completar la inscripción cuando haya terminado.

¿No sabes qué plan elegir?

Consulte las descripciones de los beneficios para comparar los diferentes planes.

Descripción del beneficio

El icono de descarga se muestra debajo de las palabras Descripción del beneficio.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su administrador de recursos humanos o con su especialista en beneficios.

certificado de matrimonio, documentos de adopción). La documentación debe enviarse en un plazo de 30 días. Si no la tiene al momento de la inscripción, seleccione «Omitir y continuar» y proporcione los documentos posteriormente al departamento de Recursos Humanos o cárguelos cuando vuelva a iniciar sesión.

Revisión e impresión de las elecciones

Seleccione "Resumir coberturas" para revisar su inscripción. Imprima el resumen de su elección para sus registros o para futuras consultas.

Descripción general de CEBT/WTW

¿Qué es CEBT?

El Colorado Employer Benefit Trust (CEBT) es un fideicomiso gubernamental autofinanciado para múltiples empleadores que proporciona beneficios de salud, odontológicos, de visión y de seguro de vida a más de 440 entidades públicas y a más de 37.000 empleados y sus dependientes en todo Colorado.

¿Quién es WTW?

Willis Towers Watson (WTW) es el corredor y administrador de CEBT. WTW brinda asistencia al cliente para consultas sobre reclamaciones y beneficios al [\(800\) 332-1168](tel:8003321168) o [\(303\) 773-1373](tel:3037731373), realiza visitas a los grupos participantes, ayuda a los posibles nuevos miembros y gestiona la elegibilidad y la facturación de primas entre el fideicomiso y los empleadores.

¿Cuáles son las funciones de UMR, CVS Caremark y Delta Dental & Vision Service Plan (VSP)?

CEBT ha contratado a estas compañías de atención médica administrada para proporcionar procesamiento de reclamaciones y acceso a la red de proveedores:

UMR ofrece servicios de pago de reclamaciones a terceros y acceso a las redes de proveedores de United Healthcare para los miembros de CEBT que tienen cobertura médica.

CVS Caremark ofrece pago de farmacia y acceso a su red de proveedores para los miembros de CEBT con cobertura médica a través de United Healthcare.

Delta Dental de Colorado ofrece servicios de pago de reclamaciones dentales a terceros y acceso a sus redes Dental PPO y Premier.

El Plan de Servicios de Visión (VSP, por sus siglas en inglés) proporciona el pago de los servicios de visión y el acceso a su red de proveedores para los miembros de CEBT que tienen cobertura de visión.

Gran parte de su correspondencia diaria, como las explicaciones de beneficios (EOB) y las solicitudes de información adicional, provendrá de UMR. Además, recibirá tarjetas de identificación de UMR, CVS Caremark y Delta Dental, pero no de VSP. VSP no utiliza tarjetas.

¿Necesita ayuda con una reclamación?

CEBT cuenta con un equipo especializado de representantes de servicio al cliente para ayudar a los clientes con preguntas sobre beneficios. Para obtener ayuda con cualquiera de los siguientes temas, llame al [\(303\) 773-1373](tel:(303)773-1373) :

- Información sobre beneficios
- Estado de la reclamación
- Resolución de reclamaciones
- Explicación de los beneficios
- Deducibles
- Cómo solicitar tarjetas de identificación

Horas

Lunes a jueves: 7:30 a. m. a 4:30 p. m.

. Viernes: 7:30 a. m. a 4:00 p. m.

Número

[\(303\) 773-1373](tel:(303)773-1373)

Cómo funcionan los beneficios

Aplicación CEBT y términos de beneficios clave

La aplicación móvil de CEBT te brinda acceso sencillo y conveniente para administrar tus beneficios de atención médica desde cualquier lugar. En la aplicación, puedes:

- **Inscríbese en los beneficios.**
Inscríbese en sus beneficios, vea los planes y dependientes actuales, descargue resúmenes de beneficios y procese los cambios relacionados con eventos de vida o el período de inscripción abierta.
- **Encuentre un proveedor.**
Busque proveedores dentro de la red y navegue fácilmente para encontrar más información sobre los valiosos socios de CEBT.

- **Consulta y solicita tarjetas de identificación.**

Ten siempre a mano una copia de tus tarjetas de identificación: accede o imprime tus tarjetas de identificación digitales y solicita nuevas tarjetas.

- **Comuníquese con el servicio al cliente.**

Haga preguntas sobre beneficios o reclamos a un representante del servicio al cliente de CEBT abriendo un caso.

[Descarga la aplicación 'Plan de Salud CEBT'](#)

Imagen promocional de una mujer usando un teléfono móvil mientras está sentada en un sofá.

Cómo funcionan las prestaciones

Términos clave de beneficios

Año de beneficios: Los 12 meses durante los cuales se pagan y acumulan los beneficios. El deducible y el límite máximo de gastos de bolsillo se acumulan durante el Año de beneficios y se restablecen a cero al comienzo del siguiente Año de beneficios. Para CEBT, el año de beneficios es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Año del plan: Los 12 meses durante los cuales el plan que elija estará vigente. El año del plan abarca del 1 de julio al 30 de junio.

Deducible: Es la cantidad que usted debe pagar por los servicios de atención médica antes de que su seguro o plan de salud comience a cubrir los gastos. (Por ejemplo: Juan tiene un plan de salud con un deducible anual de \$1,500. Se cae del techo y necesita tres cirugías de rodilla; la primera cuesta \$800. Como Juan no ha pagado nada de su deducible este año, es responsable del 100% de su primera cirugía. Se aplican \$800 a su deducible).

Copago: Cantidad fija que usted paga por un servicio de salud cubierto, generalmente al recibirlo. El monto puede variar según el tipo de servicio. El copago no se aplica al deducible, pero sí al límite máximo de gastos de bolsillo.

Coseguro: Es la parte que le corresponde pagar de los costos de un servicio de salud cubierto, calculada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) del monto autorizado para dicho servicio. Usted paga el coseguro después de haber cubierto su deducible. (Por ejemplo: La segunda cirugía de Juan cuesta \$3,200. Como ya pagó \$800 de su deducible anual de \$1,500, Juan es responsable de los primeros \$700 para cubrir su deducible. Su plan cubrirá el 80% del costo restante, para un total de \$2,000 [$\$2,500 \times 80\%$]).

Condiciones clave de las prestaciones (continuación)

Límite máximo de gastos de bolsillo (OOPM): La cantidad máxima que usted paga en un año calendario antes de que su plan de salud comience a pagar el 100% del monto permitido.

Artículos que se tienen en cuenta para el límite máximo de gastos de bolsillo:

- Copagos
- Deducibles
- Pagos de coseguro

Artículos que **NO** cuentan para el límite máximo de gastos de bolsillo:

- Tu premium

- Cargos por saldo facturado
- Cargos que su plan no cubre (por ejemplo, cirugía plástica, servicios excluidos, etc.)

Ejemplo: La tercera cirugía de John cuesta \$12,000; su plan tiene un límite de gastos de bolsillo mensual (OOPM) de \$4,000. Como John ya pagó \$2,000 de su OOPM por sus dos primeras cirugías, solo necesita gastar \$2,000 antes de alcanzar su límite de OOPM (\$4,000 - \$2,000). El plan cubre los \$10,000 restantes (\$8,000 - \$2,000).

Dentro de la red: Médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores con los que el plan de salud tiene un acuerdo para atender a sus miembros. Los planes de salud cubren una mayor proporción del costo de los proveedores dentro de la red que de los proveedores fuera de ella.

Fuera de la red: Un plan de salud cubrirá el tratamiento con médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores que estén fuera de la red, pero los miembros pagarán más de su bolsillo por usar proveedores fuera de la red que por proveedores dentro de la red.

Médico de atención primaria (PCP): Médico que proporciona el primer contacto para una persona con un problema de salud, así como atención continua para diversas afecciones médicas, sin limitarse por causa, sistema orgánico o diagnóstico.

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Una cuenta de ahorros médicos con ventajas fiscales disponible para quienes están inscritos en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP). Los fondos aportados no están sujetos al impuesto federal sobre la renta. Estos fondos pueden utilizarse para diversos gastos médicos, dentales y de la vista. Para obtener una lista completa, visite www.irs.gov y consulte la Publicación 502 del IRS.

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA): Una cuenta donde los empleados depositan dinero que luego pueden usar para pagar ciertos gastos médicos de bolsillo. Este dinero no está sujeto a impuestos, lo que significa que ahorrará una cantidad equivalente a los impuestos que habría pagado sobre el dinero que ahorró.

Explicación de Beneficios (EOB): Un estado de cuenta enviado por una compañía de seguros de salud a las personas aseguradas, que explica los tratamientos y/o servicios médicos que se pagaron en su nombre.

Formulario: Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de salud.

U&C – Usos y Costos Habituales: El monto que el plan permite para un procedimiento o servicio específico. También conocido como R&C (Razonable y Costo Habitual). Se le pueden facturar estos cargos al miembro.

Facturación de saldo: Cuando un proveedor le cobra la diferencia entre su cargo y lo que paga su plan de salud. Un proveedor participante no puede facturarle el saldo restante por los servicios cubiertos por su contrato. Los montos facturados en saldo no se aplican a su deducible ni a su gasto de bolsillo.

Planes de salud

Médico

Logotipo de CEBT Benefit by Trust. Logotipo de United Healthcare junto al logotipo de UMR con el texto pequeño: Una empresa de UnitedHealthcare.

Cobertura médica

Los empleados del Distrito Escolar de Summit tienen la opción de elegir entre tres planes médicos diferentes: PPO5, HDHP25 y HDHP4, ofrecidos a través del Colorado Employer Benefit Trust (CEBT). Cada plan incluye beneficios integrales de atención médica, que incluyen servicios preventivos gratuitos y cobertura de medicamentos recetados. Estos planes utilizan la red United Healthcare Choice Plus. Esta es la red de médicos a la que deberá acudir para acceder a sus beneficios dentro de la red.

Antes de contratar un seguro médico, tómese el tiempo necesario para comprender bien cómo funciona cada plan. Las tablas a continuación resumen los beneficios de cada plan. Los montos de coseguro que se muestran reflejan la cantidad que usted paga. Consulte la documentación oficial del plan para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

Antes de elegir un plan, tenga en cuenta lo siguiente:

Icono de la cartera.

¿Prefieres pagar más por la atención médica con tu sueldo, pero menos cuando la necesitas?

Portapapeles con icono de lista de verificación médica.

¿Qué servicios médicos planificados prevé necesitar el próximo año?

Icono de pastillas recetadas.

¿Usted o alguno de sus familiares cubiertos por el seguro toman algún medicamento recetado de forma regular?

Planes de salud

Descripción general de las opciones de planes médicos

A continuación se presenta un desglose simplificado de cada tipo de plan ofrecido.

plan PPO

- Los copagos se aplican a los servicios estándar (consultas médicas, especialistas, etc.).
- Para servicios de alto costo (hospitalización, atención ambulatoria, diagnóstico por imágenes avanzado), debe alcanzar el deducible antes de pagar el coseguro.
- Una vez alcanzado el límite máximo de gastos de bolsillo, el plan cubre el 100%.

HDHP (Plan de Salud con Deducible Alto)

- Usted paga el 100% de los costos médicos hasta el deducible, utilizando: su HSA o fondos de su propio bolsillo.
- La atención preventiva está totalmente cubierta.
- Una vez cubierto el deducible, el plan paga de acuerdo con su tabla de beneficios.

planes médicos CEBT

Las tablas que aparecen a continuación resumen los beneficios de cada plan médico.

Los importes del coseguro que se muestran reflejan el monto que usted paga. Consulte los [documentos oficiales del plan](#) para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

plan médico básico	PPO5	HDHP25	HDHP4
Red	United Healthcare Choice Plus	United Healthcare Choice Plus	United Healthcare Choice Plus
Consulta médica (atención primaria/especialidad)	Copago de \$45 Copago de \$45	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Deducible (Individual Familiar)	\$2,500 \$5,000 Integrado	\$2,500 \$5,000 (sin integración)	\$4,000 \$8,000 Integrado
Coaseguro (Entrada Salida)	20% de entrada *40% de salida	20% de entrada *40% de salida	20% de entrada *40% de salida
Sencillo fuera de bolsillo (Entrada Salida)	\$4,500 \$9,000	\$4,500 \$9,000	\$5,000 \$10,000
Familia sin recursos (Entrada Salida)	\$9,000 \$18,000	\$9,000 \$18,000 (sin integración)	\$10,000 \$20,000 Integrado
Hospital de pacientes internados	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Hospital ambulatorio	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Venta minorista de medicamentos recetados	Genérico \$20 Preferido \$40 No preferido \$60	Deducible entonces: Genérico \$20 Preferido \$40 No preferido \$60	Deducible entonces: Genérico \$20 Preferido \$40 No preferido \$60
Pedido de medicamentos recetados por correo	2 copagos	2 copagos	2 copagos
Visita preventiva	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Quiropráctica	*Copago de \$45 por 20 visitas al año	*Deducible + 20% de desembolso personal. Máximo 20 visitas al año.	*Deducible + 20% de desembolso personal. Máximo 20 visitas al año.

Las tablas que aparecen a continuación resumen los beneficios de cada plan médico.

Los importes del coseguro que se muestran reflejan el monto que usted paga. Consulte los [documentos oficiales del plan](#) para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

plan médico básico	PPO5	HDHP25	HDHP4
Teladoc	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Telesalud	Copago de \$45	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Imágenes avanzadas	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
radiografía	Copago de \$45 en consultorio Deducible en consulta externa + 20% del límite máximo de gastos de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Laboratorio	Copago de \$45	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Atención de urgencias	Copago de \$75	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo
Atención de emergencia	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo	Deducible + 20% al gasto máximo de bolsillo

planes de salud

Planes médicos de CEBT

Información sobre el plan médico

Esta comparación de coberturas tiene únicamente carácter de descripción general de las características principales de la red de los planes de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre un beneficio en particular o sobre el nivel de cobertura, consulte el documento completo del plan, disponible en el sitio web www.cebt.org, para obtener información específica sobre la cobertura.

*Los cargos están sujetos a los cargos usuales y habituales (U&C). Estos cargos se consideran excesivos al reembolso razonable, el monto reconocido, el cargo usual y habitual, la tarifa negociada o el cuadro de tarifas. Las exclusiones bajo esta categoría no se aplican a los pagos que puedan requerirse bajo la Ley Sin Sorpresas. Los servicios preventivos se procesarán de acuerdo con la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible. Para obtener más información sobre estos servicios, visite <https://cebt.org/benefit-booklets>. Incorporado: bajo esta definición de deducible, ningún miembro individual de una familia tiene que cumplir con el deducible familiar completo para que entren en vigor los beneficios posteriores al deducible. Una vez que cumplan con

el deducible individual, los beneficios del plan comenzarán a pagarse. No incorporado: también conocido como deducible agregado. Bajo este arreglo, el deducible familiar total debe pagarse de bolsillo antes de que el seguro de salud comience a pagar por los servicios de atención médica incurridos por cualquier miembro de la familia. Generalmente se aplica en planes de salud con deducible alto. El deducible individual no se aplica si hay varias personas cubiertas por el plan (empleado + 1, empleado + cónyuge, cobertura familiar, etc.). Nota sobre PPO: La combinación del límite de gastos de bolsillo de PPO y no PPO nunca excederá el límite de gastos de bolsillo no PPO. Los deducibles del plan PPO se incluyen en la definición de deducible incorporado, donde ningún miembro de la familia tiene que cumplir con el deducible familiar completo para que se activen los beneficios posteriores al deducible. Una vez que cumplan con el deducible individual, comenzarán a pagarse los beneficios del plan.

PLANES DE SALUD

Logotipo de CVS Caremark

Prescripción

Cobertura de medicamentos recetados

CVS Caremark es el proveedor de medicamentos recetados para los planes PPO5, HDHP25 y HDHP4 de CEBT United Healthcare. Puede acceder a las farmacias CVS en King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens, etc. Para ver los medicamentos o para obtener más información, visite la [página de CVS Caremark](#) en el [sitio web de CEBT](#).

Para recibir un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento (para la presión arterial, el colesterol, etc.) por correo, llame a CVS al [\(866\) 885-4944](tel:866-885-4944) o pídale a su médico que envíe la receta a la farmacia de CVS. ¡Recibirá un suministro para 90 días al precio de uno para 60! ¡Tres meses por el precio de dos!

Medicamentos con receta (suministro para 30 días en tienda)	Medicamentos con receta (suministro para 90 días por correo)	Ahorro de costos promedio
Copago de \$20 (genérico)	Copago de \$40 (genérico)	\$80
Copago de \$40 (Preferido)	Copago de \$80 (Preferido)	\$160
Copago de \$60 (Medicamentos no preferidos/especializados)	Copago de \$120 (no preferencial/especializado)	\$240

[Formas de ahorrar tiempo y dinero en medicamentos](#)

👉 **Regístrate** en [Caremark.com](https://www.caremark.com).

Crea una cuenta en línea para acceder a herramientas, alertas y formas personalizadas de ahorrar en tus recetas.

Utilice farmacias dentro de la red.

- Surtir sus recetas en las farmacias minoristas de la red que aparecen en Caremark.com.
- Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de tu seguro médico significa que pagas el 100% del costo.

Compruebe qué medicamentos están cubiertos.

- Visite Caremark.com para consultar la lista de medicamentos cubiertos por su plan y encontrar las opciones más económicas.

Comparar precios con “Consultar el costo del medicamento”

- Utilice esta herramienta en Caremark.com para comparar medicamentos uno al lado del otro y elegir la opción más económica.

Elija la opción de envío por correo

- Obtén un suministro para 90 días con envío gratuito, actualizaciones de seguimiento y un embalaje seguro a prueba de manipulaciones, resistente a la intemperie y con control de temperatura.
- ¿Prefiere recoger sus medicamentos en persona? También puede recogerlos en cualquier farmacia CVS.

PrudentRx

PrudentRx es un programa de asistencia para copagos integrado en los beneficios de medicamentos recetados de Caremark, dentro de los planes CEBT PPO, **que reduce los gastos de bolsillo a \$0** para ciertos medicamentos especializados. Si cumple con los requisitos, PrudentRx se comunicará con usted para ayudarle con la inscripción.

Planes de salud

Planes dentales B y C

Logotipo de Delta Dental

Plan dental B

Las revisiones y limpiezas dentales periódicas ayudan a detectar problemas dentales a tiempo, antes de que se vuelvan dolorosos y costosos. Mantener dientes y encías sanos puede ayudar a prevenir la caries y favorecer la salud en general.

CEBT utiliza la red Delta Dental. Puedes acceder a tres niveles de red: **dentista PPO, dentista Premier y dentista no participante**. Si bien puedes visitar al dentista que prefieras, te conviene buscar un proveedor de Delta Dental (dentista PPO o Premier) para obtener los mejores beneficios, ahorros, descuentos y protección contra cobros adicionales por los servicios cubiertos.

Los documentos oficiales del plan se encuentran en la página [de Folletos de Beneficios](#) del sitio web de CEBT. Localice un dentista de la red Delta Dental y conozca los diferentes niveles de la red en [deltadental.com](#).

Descripción	Cobertura
Máximo anual	\$1,500
Deducible	
(Individual Familiar)	\$50 \$150
Servicios preventivos	Cobertura del 100% Exámenes y limpiezas de rutina dos veces al año, radiografías interproximales una vez al año, radiografías de boca completa elegibles una vez cada 5 años.

Descripción	Cobertura
Servicios básicos	Cobertura del 80% Tratamiento de urgencia, mantenedores de espacio, extracciones simples, anestesia y empastes restaurativos, cirugía oral, endodoncia, periodoncia, tratamiento de conducto.
Servicios principales	Cobertura del 50% coronas, prótesis parciales o completas, implantes
Servicios de ortodoncia	Cobertura del 50% Límite máximo de por vida de \$1,500 (incluye hijos dependientes hasta los 19 años)

La prevención es lo primero.

Delta Dental sabe que las visitas regulares al dentista mejoran su salud bucal y general. Con su exclusivo programa [PREVENTION FIRST](#), las visitas de diagnóstico y prevención no se descontarán de su límite máximo anual, lo que le permite aprovechar al máximo sus beneficios y extender su límite máximo anual.

Inicio correcto para niños (RS4K)

Una mejora en el diseño del plan que elimina la mayoría de las barreras económicas para la atención dental, cumpleaños al brindar cobertura para niños hasta su decimotercer cumpleaños con un coseguro del 100 % para servicios de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores, sin deducible, al consultar con proveedores dentro de la red.* [RS4K](#)

**Se aplican copagos para adultos en el caso de proveedores fuera de la red. Los servicios de ortodoncia están disponibles, pero no son elegibles para la cobertura del 100 % del plan RS4K.*

Planes de salud

Plan dental C

Logotipo de Delta Dental

Planes de salud

Las revisiones y limpiezas dentales periódicas ayudan a detectar problemas dentales a tiempo, antes de que se vuelvan dolorosos y costosos. Mantener dientes y encías sanos puede ayudar a prevenir la caries y favorecer la salud en general.

CEBT utiliza la red Delta Dental. Puedes acceder a tres niveles de red: **dentista PPO, dentista Premier y dentista no participante**. Si bien puedes visitar al dentista que prefieras, te conviene buscar un proveedor de Delta Dental (dentista PPO o Premier) para obtener los mejores beneficios, ahorros, descuentos y protección contra cobros adicionales por los servicios cubiertos.

Los documentos oficiales del plan se encuentran en la página [de Folletos de Beneficios](#) del sitio web de CEBT. Localice un dentista de la red Delta Dental y conozca los diferentes niveles de la red en [deltadental.com](#).

Descripción	Cobertura
Máximo anual	\$1,500
Deducible	
(Individual Familiar)	\$50 \$150

Descripción	Cobertura
Servicios preventivos	Cobertura del 100% Exámenes y limpiezas de rutina dos veces al año, radiografías interproximales una vez al año, radiografías de boca completa elegibles una vez cada 5 años.
Servicios básicos	Cobertura del 80% Tratamiento de urgencia, mantenedores de espacio, extracciones simples, anestesia y empastes restaurativos, cirugía oral, endodoncia, periodoncia, tratamiento de conducto.
Servicios principales	Cobertura del 50% coronas, prótesis parciales o completas, implantes
Servicios de ortodoncia	No cubierto

La prevención es lo primero.

Delta Dental sabe que las visitas regulares al dentista mejoran su salud bucal y general. Con su exclusivo programa [PREVENTION FIRST](#), las visitas de diagnóstico y prevención no se descontarán de su límite máximo anual, lo que le permite aprovechar al máximo sus beneficios y extender su límite máximo anual.

Inicio correcto para niños (RS4K)

Una mejora en el diseño del plan que elimina la mayoría de las barreras económicas para la atención dental, cumpleaños al brindar cobertura para niños hasta su decimotercer cumpleaños con un coseguro del 100 % para servicios de diagnóstico, preventivos, básicos y mayores, sin deducible, al consultar con proveedores dentro de la red.* [RS4K](#)

**Se aplican copagos para adultos en el caso de proveedores fuera de la red. Los servicios de ortodoncia están disponibles, pero no son elegibles para la cobertura del 100 % del plan RS4K.*

Logotipo de VSP con el lema "Cuidado de la vista para toda la vida".

Planes de salud

Plan de Visión C

CEBT ofrece beneficios de visión a través de VSP, que cubre exámenes oculares de rutina y paga la totalidad o parte del costo de anteojos o lentes de contacto. Si bien puede elegir cualquier proveedor, ahorrará dinero al permanecer dentro de la red de VSP. Puede encontrar una lista de proveedores locales dentro de la red en [VSP.com](#). Tenga en cuenta que el año de beneficios es de 12 meses consecutivos. Si bien la tabla a continuación resume el plan, los documentos oficiales del plan se pueden encontrar en la página [de Folletos de Beneficios](#) en el sitio web de CEBT.

Incluso con una visión perfecta, un examen ocular anual es importante. Mediante un examen ocular, los médicos pueden detectar signos de presión arterial alta, diabetes y más de 200 enfermedades graves.

Transportador

Frecuencia de beneficios

- Examen, lentes y monturas disponibles cada 12 meses.
- Ahorra un 20 % en gafas y gafas de sol adicionales, incluyendo mejoras en las lentes, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses posteriores a tu último examen de visión Well Vision.
- \$20 adicionales para gastar en marcas de monturas destacadas. Visita vsp.com/offers para más detalles.

Examen de rutina

Copago de \$10

Lentes**Lentes UMR | Sin red****Soltero** Copago de \$10**Bifocal** Copago de \$10**Trifocal** Copago de \$10**Lenticular** Copago de \$10**Marcos** Asignación de \$175**Contactos** Asignación de \$175

Exclusiones: Beneficios cubiertos por la Ley de Compensación Laboral, cirugía o tratamiento médico de los ojos, reemplazo de lentes y/o monturas perdidas, robadas o rotas, servicios y suministros que usted o su dependiente no estén obligados a pagar, servicios y suministros no enumerados. Esto solo pretende destacar algunas de las funciones pertinentes del plan y no es una descripción exhaustiva de las disposiciones del plan.

Costo de sus beneficios

A continuación se muestra el costo mensual del seguro médico, dental y de la vista.

PPO5

Nivel de cobertura	Costo para el empleador	Costo del empleado
EE	\$701.00	\$315.00
EE + Cónyuge	\$1,087.00	\$1,044.00
EE + EE	\$1,501.00	\$630.00
EE + Niños	\$1,051.00	\$826.00
Familia	\$1,437.00	\$1,556.00
2EE + Familia	\$1,856.00	\$1,137.00

HDHP25

Nivel de cobertura	Costo para el empleador	Costo del empleado
EE	\$840.00	\$126.00
EE + Cónyuge	\$1,377.00	\$648.00

HDHP25

Nivel de cobertura	Costo para el empleador	Costo del empleado
EE + EE	\$1,773.00	\$252.00
EE + Niños	\$1,303.00	\$481.00
Familia	\$1,878.00	\$968.00
2EE + Familia	\$2,248.00	\$598.00

HDHP4

Nivel de cobertura	Costo para el empleador	Costo del empleado
EE	\$772.00	\$115.00
EE + Cónyuge	\$1,264.00	\$595.00
EE + EE	\$1,629.00	\$230.00
EE + Niños	\$1,194.00	\$442.00
Familia	\$1,723.00	\$888.00
2EE + Familia	\$2,063.00	\$548.00

planes de salud

Odontología B

Nivel de cobertura	Costo para el empleador	Costo del empleado
EE	\$47.50	\$5.50
EE + Cónyuge	\$49.10	\$42.90
EE + EE	\$81.00	\$11.00
EE + Niños	\$49.50	\$49.50
Familia	\$51.30	\$84.70
2EE + Familia	\$85.40	\$50.60

Dental C

Nivel de cobertura	Costo para el empleador	Costo del empleado
EE	\$47.50	\$5.50
EE + Cónyuge	\$49.10	\$42.90
EE + EE	\$81.00	\$11.00
EE + Niños	\$49.50	\$38.50
Familia	\$51.30	\$73.70
2EE + Familia	\$85.40	\$39.60

Visión

Nivel de cobertura	Costo del empleado
EE	\$9.00
EE + Cónyuge	\$18.00
EE + Niños	\$19.00
Familia	\$31.00

planes de salud

Ahorros

Cuentas de ahorro para la salud y cuentas de gastos flexibles

cuenta de ahorros para la salud

Si se inscribe en los planes HDHP25 y HDHP4, podría ser elegible para abrir y financiar una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) a través de Health Equity.

Una HSA es una cuenta de ahorros que puedes usar para pagar gastos médicos de bolsillo con dinero antes de impuestos.

La contribución del empleador se aplicará a su cuenta HSA independientemente de su decisión de contribuir. La contribución máxima a la cuenta HSA es de **\$4,400** para la cobertura individual y de **\$8,750** para los demás niveles, para el año del plan **2026**. **Las personas de 55 años o más pueden aportar \$1,000** adicionales como contribución de recuperación.

Crea tu cuenta e inicia sesión en www.healthequity.com para ver el saldo de tu cuenta, tus ahorros, los gastos elegibles, los formularios, el historial de transacciones y mucho más.

cuenta de ahorros flexible

El distrito escolar de Summit ofrece dos opciones de cuentas de gastos flexibles (FSA): la FSA para atención médica y la FSA para el cuidado de dependientes, que le permiten pagar gastos elegibles con dinero antes de impuestos. Las FSA son administradas por **Rocky Mountain Reserve**.

Crea una cuenta en www.rockymountainreserve.com para consultar el saldo de tu cuenta, calcular tus ahorros fiscales, ver los gastos elegibles, descargar formularios, consultar el historial de transacciones y mucho más.

Cuenta de gastos flexibles para atención médica

Los gastos elegibles incluyen deducibles, copagos y otros gastos relacionados con la salud no cubiertos por los planes médicos, dentales o de la vista. La contribución máxima a la Cuenta de Gastos Flexibles para la Salud (FSA) es de **\$3,400** para el año del plan **2026**. La FSA solo se puede combinar con el plan PPO5 (cualquier plan que no sea de alta cobertura).

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes

Los gastos elegibles incluyen las tarifas de guardería, el cuidado infantil antes y después de la escuela, y los servicios de niñera a domicilio (los ingresos deben ser reportados por la persona que brinda el cuidado). Puede aportar hasta **\$7,500** a su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes (FSA) para el año fiscal **2026** si está casado y presenta una declaración conjunta, o si presenta una declaración individual o como cabeza de familia.

Beneficios adicionales de Cebt: ¡No se pierda la atención médica a bajo costo o incluso gratis!

Beneficios de valor añadido de CEBT

Tu plan médico CEBT incluye beneficios adicionales que te permiten ahorrar tiempo y dinero, e incluso acceder a atención médica a bajo costo o sin costo alguno. Estas ventajas adicionales ya están incluidas en tu cobertura. Muchos afiliados desconocen su disponibilidad.

¿Desea obtener más información? Visite la página [de Socios/Proveedores](#) en [cebt.org](#), llame al [\(303\) 773-1373](#) o escanee el código QR para acceder directamente.

Código QR para la página de Socios/Proveedores

A continuación, encontrará una lista completa de los beneficios adicionales de CEBT. Las opciones marcadas indican los beneficios a los que tiene derecho. Puede acceder a los folletos haciendo clic en los títulos azules que aparecen a continuación o escaneando los códigos QR para visitar los sitios web.

UMR - Servicios de Recursos Oncológicos y Atención Materna

El Servicio de Recursos Oncológicos de la UMR ofrece apoyo y orientación a los miembros de CEBT con diagnósticos de cáncer complejos, conectándolos con Centros de Excelencia Oncológica.

- Sitio web: [cebt.org/umr](#) ; Teléfono: [\(866\) 494-4502](#)

UMR Maternity CARE ofrece información sobre cómo reducir el riesgo de complicaciones y prepararse para un embarazo exitoso a término y un bebé sano. Para acceder:

- Sitio web: [cebt.org/umr](#) ; Teléfono : [1\(888\) 438-8105](#)

Logotipo de UMR Código QR para información sobre los Servicios de Recursos Oncológicos y Cuidados de Maternidad de la UMR.

Linterna - Cirugía y cuidados de infusión

Lantern Surgery Care es un beneficio complementario para cirugías no urgentes, que ayuda a los miembros de CEBT a planificar y pagar más de 1500 procedimientos con acceso a atención asequible y servicio personalizado.

Lantern Infusion Care ofrece tarifas más bajas para tratamientos de infusión a domicilio o ambulatorios sin costo adicional en planes PPO. Los miembros reciben apoyo personalizado de un equipo de atención clínica durante toda su terapia de infusión. Para acceder:

- Sitio web: [my.lanterncares.com](#) (seleccione "Iniciar sesión" para crear una cuenta); Teléfono: [\(855\) 200-6675](#)

Logotipo de linterna Código QR para información sobre cirugía Lantern y cuidados de infusión.

Teladoc Health - Telemedicina

Teladoc ofrece a sus miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por juntas estadounidenses a través de consultas telefónicas, por video o mediante una aplicación móvil para enfermedades que no son de emergencia, como gripe, alergias, infecciones sinusales y más. Para acceder:

- Sitio web: [teladoc.com/register](#) ; Teléfono: [1\(855\) 656-7243](#)

**No marque la casilla que dice "Recibí un código de salud de Teladoc".*

**Debe ingresar su número de identificación médica UMR, así que tenga su tarjeta a mano. Si no se encuentra ninguna coincidencia, llame al número de teléfono indicado.*

- Descarga la aplicación

Logotipo de Teladoc Health Código QR para información sobre telemedicina de Teladoc Health

Valenz Bluebook - Herramienta de transparencia de costes

Valenz Bluebook ayuda a sus miembros a encontrar procedimientos a precios justos y a ganar recompensas de entre 25 y 1500 dólares por utilizar proveedores ecológicos o a precios justos. Para acceder:

- Sitio web: healthcarebluebook.com/cc/CEBT (Inicie sesión ingresando su apellido y fecha de nacimiento).
- Descarga la aplicación (selecciona “Iniciar sesión con código móvil” y usa el código móvil: CEBT).

Logotipo de Valenz Bluebook Código QR para obtener información sobre la herramienta de transparencia de costes de Valenz Bluebook.

Omada - Programa de Gestión de Enfermedades

Omada es un programa de atención virtual que ofrece asesoramiento, dispositivos, apoyo entre pares y planes personalizados para ayudar a sus miembros a alcanzar sus objetivos de salud. Incluye programas para prediabetes, diabetes, hipertensión y problemas musculoesqueléticos. Para acceder:

- Sitio web: omadahealth.com/cebt (Haga clic en el botón "¿Soy elegible?" para completar el formulario); Teléfono: [\(888\) 409-8687](tel:(888)409-8687)

Logotipo de Omada Código QR para información sobre el programa de gestión de enfermedades de Omada.

Contenido adicional del artículo anterior: Beneficios de valor añadido de CEBT

Salud moderna - Bienestar mental

Modern Health ofrece apoyo personalizado de salud mental para miembros y dependientes mayores de 6 años inscritos en un plan médico, que incluye 8 sesiones de terapia y 8 sesiones de coaching al año, además de recursos digitales ilimitados. Para acceder:

- Sitio web: my.modernhealth.com (utilice el correo electrónico del trabajo y el nombre de la empresa: CEBT)
- Descarga la aplicación

Logotipo de Modern Health Código QR para información sobre bienestar mental de Modern Health

AllOne Health - Programa de Asistencia al Empleado (PAE)

El programa EAP de Allone Health ofrece 6 sesiones de asesoramiento gratuitas al año para los miembros de CEBT y sus dependientes menores de 26 años, que abarcan temas como el divorcio, la crianza de los hijos, el duelo y los conflictos. También incluye 6 sesiones gratuitas de coaching personal, revisión legal y asesoramiento financiero. Para acceder:

- Sitio web: allonehealth.com/portal (vaya al Portal de Miembros y haga clic en "Registrarse", use el código de empresa: CEBT); Teléfono: [\(970\) 242-9536](tel:(970)242-9536) o [\(877\) 679-1100](tel:(877)679-1100)

Logotipo de AllOne Health Código QR para obtener información sobre el programa de asistencia al empleado de AllOne Health.

The Standard - Asistencia en Viajes

El programa de Asistencia Estándar para Viajes es un programa integral que ofrece ayuda en viajes, incluyendo atención médica, reemplazo de tarjetas de crédito/pasaportes, renovación de recetas y más. Para acceder:

- Sitio web: cebt.org/the-standard-insurance
- Llama al [\(800\) 872-1414](tel:8008721414) , envía un mensaje de texto al [\(609\) 334-0807](tel:6093340807) , descarga la aplicación “Assist America” y usa el código de referencia 01-AA-STD-5201.

El logotipo estándar Código QR para obtener información sobre asistencia en viajes de The Standard.

Via Benefits - Servicio de asesoramiento sobre beneficios posteriores al empleo

Servicio de asistencia personalizada para beneficios posteriores al empleo, que ayuda a los exmiembros de CEBT a inscribirse en la cobertura médica, farmacéutica, dental y/o oftalmológica. Para acceder:

- Sitio web: marketplace.viabenefits.com/ColoradoPublicEmployers ; Teléfono: [\(833\) 414-1452](tel:8334141452)

Logotipo de Via Benefits Código QR para obtener información del servicio de asesoramiento sobre beneficios posteriores al empleo de Via Benefits.

Seguridad financiera

Cobertura de vida y de accidentes y muerte accidental

El logotipo estándar

El seguro de vida es un aspecto importante de la seguridad financiera, especialmente si otras personas dependen de usted. El seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) está diseñado para brindar una prestación a su beneficiario o beneficiarios designados en caso de muerte o desmembramiento accidental.

El distrito escolar de Summit ofrece un seguro básico de vida y de accidentes y desmembramiento a todos los empleados que cumplan los requisitos, sin coste alguno para ellos, a través de The Standard.

Seguro de vida

Esta prestación se abonará al beneficiario designado en caso de fallecimiento del asegurado.

Cobertura por muerte accidental y desmembramiento

Este seguro ofrece prestaciones específicas por lesiones corporales accidentales cubiertas que provoquen directamente la amputación (por ejemplo, la pérdida de una mano, un pie o un ojo). Si el fallecimiento se produce a consecuencia del accidente, se abonarán tanto la prestación por vida como la de accidentes y desmembramiento.

Descripción	Beneficio
Monto del beneficio por seguro de vida/muerte accidental y desmembramiento	\$25,000
Reducción de prestaciones	40% a los 65 años, 65% a los 70 años,

Descripción

Beneficio

75% a los 75 años,
80% a los 80 años.

Seguro de vida complementario y AD&D

Según su situación, es posible que desee una cobertura de seguro de vida complementaria, además del seguro básico de vida y de accidentes y desmembramiento, para proteger a quienes dependen económicamente de usted. El Distrito Escolar de Summit le ofrece la opción de adquirir un seguro complementario para usted y sus dependientes a través de The Standard. (Debe contar con cobertura complementaria para usted si desea adquirirla para sus dependientes). Las tarifas varían según la edad, y los beneficios disminuyen a partir de los 65 años. Consulte el folleto informativo sobre seguros de vida voluntarios de su empleador (también disponible en cebt.org) para obtener más información y ver los costos de esta cobertura.

Empleado: Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000 — Monto de emisión de garantía: \$150,000

Cónyuge: Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000 — Monto de emisión de la garantía: \$30,000

Hijos dependientes: \$20,000

Beneficios voluntarios

Para obtener más información sobre los productos voluntarios que ofrece The Standard, visite <https://flow.page/summitschools>.

El estándar

Accidente

El seguro de accidentes paga una indemnización en efectivo cuando ocurre una lesión accidental cubierta. La cobertura puede incluir beneficios para servicios de ambulancia, fisioterapia y más. Las personas con esta cobertura presentan reclamaciones después del diagnóstico y/o tratamiento, y los beneficios se pagan por los diagnósticos y procedimientos aprobados según un baremo de beneficios preestablecido.

Beneficios por enfermedades graves y cáncer

Protección ante un diagnóstico de enfermedad grave. Por eso, un seguro como el de enfermedades graves puede ayudarle durante un evento médico importante. Al recibir un diagnóstico de una enfermedad cubierta, recibirá una prestación económica basada en el porcentaje correspondiente a dicha afección. Usted decide cómo usar ese dinero y puede gastarlo como mejor le parezca. Si tiene un plan de salud de alto deducible (HDHP), los gastos imprevistos y los costos médicos importantes pueden ser especialmente elevados. Este tipo de programas puede ayudarle a cubrir los gastos incurridos.

Seguro de indemnización hospitalaria

Una visita inesperada al hospital puede generar gastos no cubiertos por el seguro médico. The Standard te paga en efectivo para ayudarte con estos gastos, para que no tengas que preocuparte por tus necesidades diarias. Obtén más información sobre este beneficio voluntario en <https://flow.page/summitschools>.

Cobertura voluntaria por discapacidad

El **seguro por incapacidad temporal** le paga una prestación semanal si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no laboral cubierta por el seguro.

Seguro de Incapacidad Temporal (STD)

Seguro voluntario de incapacidad a corto plazo

Importe del beneficio	60% de los ingresos previos a la discapacidad
Beneficio mínimo semanal	\$15 por semana
Beneficio máximo semanal	\$1,500 por semana
Período de espera para recibir beneficios	7 días
Primas pagadas por	Empleado
Seguridad financiera	

Beneficios e información adicionales

Información del contacto

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre el contenido de esta guía, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos:

Monica Williams - Especialista en Beneficios de Recursos Humanos

Correo electrónico: monica.williams@summitk12.org

Servicios médicos, dentales, oftalmológicos y de vida/accidentes - Servicio al cliente de CEBT

Servicios para miembros [\(303\) 773-1373](tel:(303)773-1373) o [\(800\) 332-1168](tel:(800)332-1168)

Sitio web www.cebt.org

CVS Caremark

Pedidos por correo [\(866\) 885-4944](tel:(866)885-4944)

Sitio web www.caremark.com

The Standard - Seguro de vida colectivo y de accidentes y discapacidad

Seguro de vida colectivo y seguro por muerte accidental y desmembramiento [\(800\) 628-8600](tel:(800)628-8600)

Programa de asistencia al empleado (EAP) [\(888\) 293-6948](tel:(888)293-6948)

Sitio web workhealthlife.com/Estándar3

El Estándar - Enfermedades graves, accidentes, indemnización hospitalaria

Asesores de inscripción de beneficios [\(866\) 951-0947](tel:(866)951-0947)

Enfermedades graves, accidentes y reclamaciones de indemnización hospitalaria. [\(800\) 348-4489](tel:(800)348-4489)

Incapacidad temporal voluntaria [\(800\) 368-1135](tel:(800)368-1135)

Sitio web standard.com/ahl/mybenefits

Asistencia estándar para viajes

El Estándar - Enfermedades graves, accidentes, indemnización hospitalaria

Servicios para miembros [\(800\) 872-1414](tel:(800)872-1414) (teléfono) / [\(609\) 334-0807](tel:(609)334-0807)
(mensaje de texto)
Correo electrónico [servicios médicos@assistamerica.com](mailto:servicios_médicos@assistamerica.com)
Política # 645869

Teladoc

Servicios para miembros [\(800\) Teladoc](tel:(800)Teladoc) o [\(800\) 835-2362](tel:(800)835-2362)
Sitio web www.Teladoc.com/CEBT

Valenz Bluebook

Servicios para miembros [\(800\) 341-0504](tel:(800)341-0504)
Código de acceso CEBT
Sitio web <https://www.healthcarebluebook.com/cc/cebt/>

Contenido adicional del artículo anterior: Información de contacto

Salud moderna

Servicios para miembros help@modernhealth.com
Sitio web my.joinmodernhealth.com

Omada Health - Programa de Gestión Digital de Enfermedades

Servicios para miembros [\(888\) 409-8687](tel:(888)409-8687)
Sitio web <https://go.omadahealth.com/cebt>

Programa de Servicios de Recursos Oncológicos de la UMR

Servicios para miembros [\(866\) 494-4502](tel:(866)494-4502)

Linterna

Servicios para miembros [\(855\) 200-6675](tel:(855)200-6675)
Sitio web my.lanternicare.com

Programa de asistencia al empleado de AllOne Health

Servicios para miembros [\(877\) 679-1100](tel:(877)679-1100) o [\(970\) 242-9536](tel:(970)242-9536)
Código de la empresa cebt
Sitio web www.allonehealth.com/portal

Cuenta de gastos flexibles - Reserva de las Montañas Rocosas

Servicios para miembros [\(888\) 722-1223](tel:(888)722-1223)
Sitio web <https://rockymountainreserve.com>

Cuenta de Ahorro para la Salud - Equidad en Salud

Servicios para miembros [\(866\) 346-5800](tel:(866)346-5800)
Sitio web www.healthequity.com

Vía Beneficios

Sitio web anterior a 1965 marketplace.viabenefits.com/ColoradoPublicEmployers
Sitio web Post-65 my.viabenefits.com/ColoradoPublicEmployers
Teléfono [\(833\) 414-1452](tel:(833)414-1452)

Avisos reglamentarios del plan de salud CEBT

Los requisitos federales de notificación obligan a los empleadores y patrocinadores de planes de salud a proporcionar a los empleados elegibles para beneficios información sobre sus derechos, oportunidades y obligaciones conforme a su plan de beneficios de salud. Esta información está disponible en el [sitio web de CEBT](#) , y los avisos que se enumeran incluyen enlaces directos a los documentos para facilitar el acceso.

Folletos de beneficios

Todos los folletos informativos sobre beneficios se pueden encontrar en nuestro sitio web en cebt.org/benefit-booklets .

- [Descripción resumida del plan \(SPD\)](#) : el documento escrito completo del plan para cada plan individual.
- [Resumen de Beneficios y Cobertura \(SBC\)](#) : un resumen que describe los principales beneficios de cada plan individual, según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Aviso de política de privacidad de HIPAA

Este aviso describe las políticas y prácticas de CEBT con respecto a la divulgación de información de salud protegida (PHI). Este aviso se encuentra disponible en nuestro sitio web: cebt.org/resource-center .

Aviso general sobre los derechos de COBRA

Este aviso informa a las personas recién inscritas sobre sus derechos a la continuación de la cobertura COBRA en caso de que esta finalice. Puede consultar este aviso en nuestro sitio web: cebt.org/resource-center .

Los siguientes avisos se encuentran aquí: (<https://cebt.org/resources/resource-center>)

Avisos anuales y otros avisos reglamentarios

El Aviso Anual es un folleto que recopila avisos que se distribuyen anualmente para cumplir con los requisitos federales de notificación para el empleador y el patrocinador del plan. Los avisos incluidos en este folleto son:

- Divulgación de protección al paciente
- Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer
- Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres
- Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés)
- Notificación de determinación adversa de beneficios
- Notificación de determinación interna final de beneficio adverso
- Notificación de la decisión de la revisión externa
- Aviso de inscripción especial de HIPAA
- Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Derechos de continuación de cobertura COBRA
- Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA
- Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
- Opciones de cobertura del mercado

Otros avisos reglamentarios incluyen:

- Aviso de no discriminación de la Sección 1557
- Aviso de facturación sin sorpresas de CEBT 2022
- Aviso sobre Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Beneficios e información adicionales

Logotipo del Distrito Escolar de Summit con las palabras Distrito Escolar de Summit y el lema educar, elevar, empoderar.

Este resumen de beneficios ofrece información destacada sobre el programa de beneficios para empleados del Distrito Escolar de Summit. No constituye un documento legal y no debe interpretarse como una garantía de beneficios ni de continuidad laboral en la empresa. Todos los planes de beneficios se rigen por políticas, contratos y documentos del plan. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de las políticas, contratos y documentos del plan se regirá por estos últimos. El Distrito Escolar de Summit se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, total o parcialmente, en cualquier momento. El administrador del plan tiene la facultad para realizar estos cambios.

Este documento fue transcrito por IA y puede contener errores que parecen creíbles. Para superar esta limitación, ofrecemos 30 minutos de interpretación visual gratuita con Aira. Llame al 1-800-835-1934 o use la aplicación Aira, ingrese el código de acceso "DocAccess" y comparta este ID de documento con su intérprete: 4A4-1BC . Su intérprete podrá ver el documento en docaccess.com/go. Al usar este producto, todos los usuarios aceptan los [términos de uso](#) .