

UNA GUÍA SOBRE SUS **BENEFICIOS**

Planes de beneficios vigentes del
1 de enero, 2026 al 31 de diciembre, 2026





¡Bienvenido(a)!

En el **Distrito Escolar del Condado de Eagle Re-50** nos interesa su bienestar. Por eso ofrecemos un paquete integral de beneficios diseñado para apoyar su bienestar físico, emocional y financiero. Esta guía le ayudará a comprender sus beneficios, saber cómo utilizarlos y acceder a ellos cuando los necesite.

Revise esta guía sobre los planes de beneficios correspondientes al año **2026** y tome decisiones informadas sobre lo que más le conviene. Si está consultando esta guía en formato electrónico, puede hacer clic en el índice para acceder a la sección correspondiente.

Índice



¡Bienvenido(a)!

1



¿Quién califica para recibir beneficios?

3



Cambiar sus beneficios

3



Descripción general del CEBT

7



Términos clave de los beneficios

9



El costo de sus beneficios

11



Seguro Médico

13



Recetas Médicas

16



Plan Dental A

17

	Plan de Visión B	18
	Centros de Salud y Bienestar CEBT	19
	Beneficios adicionales de CEBT y del plan	21
	Beneficios de la Salud Mental del CEBT	22
	Beneficios adicionales del CEBT	23
	Cobertura de vida y AD&D	24
	Cuentas de Gastos Flexibles	25
	Beneficios específicos del empleador	28
	Información de contacto	31
	Avisos reglamentarios del plan de salud del CEBT	34



¿Quién califica para recibir beneficios?

Como empleado(a) del **Distrito Escolar del Condado de Eagle Re-50 (ECSD)**, usted califica para recibir beneficios si trabaja 30 horas o más por semana. Estos beneficios incluyen planes médico, dental y de visión, así como Cuentas de Gastos Flexibles. Los beneficios entran en vigor el **primer día del mes siguiente a 30 días de empleo (p. ej., si su fecha de inicio es el 1 de agosto, la cobertura entra en vigor el 1 de septiembre; o si su fecha de inicio es el 7 de octubre, la cobertura entra en vigor el 1 de diciembre)**. Una vez que usted reúna los requisitos, puede inscribir a sus dependientes que califiquen para recibir cobertura, lo que puede incluir a su cónyuge legal, su pareja en unión civil y sus hijos de hasta 26 años de edad.



Cambiar sus beneficios

Miembros nuevos del personal

Como empleado(a) nuevo(a), debe inscribirse o renunciar a los beneficios dentro de los primeros 30 días posteriores a su fecha de contratación. Si no se inscribe dentro de ese plazo deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta.

Eventos que califican y baja de dependientes

Generalmente, solo puede realizar cambios en sus beneficios como empleado(a) nuevo(a) o durante el período anual de inscripción abierta. Sin embargo, puede dar de baja a un dependiente en cualquier momento, y este mantendrá la cobertura hasta el final del mes, o puede cambiar sus beneficios durante el año si experimenta uno de los siguientes acontecimientos vitales que califican:

- **Cambio en el estado civil**
 - Matrimonio
 - Fallecimiento del cónyuge
 - Divorcio o separación legal
- **Cambio en el número de dependientes**
 - Matrimonio
 - Nacimiento
 - Fallecimiento
 - Adopción de un(a) niño(a) o colocación de un(a) niño(a) para adopción
- **Cambio en el estado de la cobertura**
 - Pérdida u obtención de otra cobertura por parte del empleado o dependiente
- **Cambio en el estado de la cobertura individual por alcanzar el límite de edad**
 - Si un empleado ya no califica para permanecer en el plan de sus padres (p. ej., al cumplir 26 años)

Tiene 30 días a partir del evento de vida que califica para hacer cambios en su cobertura. Según el tipo de evento, es posible que deba presentar un comprobante del evento (p. ej., certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, etc.). No necesita presentar documentación si el único cambio es dar de baja a uno o más dependientes de su plan actual, pero siempre se requerirá documentación si agrega dependientes fuera del período de inscripción abierta.

Empezando con la inscripción

Registro/Inicio de sesión

Visite cebt.org/for-employees y haga clic en la pestaña "Inscripción comunitaria/en línea".

Usuarios nuevos: seleccione la opción "Nuevo usuario de la comunidad/Registro" para inscribirse. Rellene los espacios requeridos en la página de registro. Por favor, utilice su dirección de correo electrónico laboral, o la dirección de correo electrónico que tiene registrada con su empleador. Pulse "create (crear)" y recibirá un correo electrónico poco después con un enlace para iniciar sesión.

Empleados(as) que regresan: seleccione "Inicio de sesión de usuario de la comunidad existente" para acceder a la página de inicio de sesión de la comunidad. No necesitará llenar el formulario de registro. Si olvidó su contraseña, haga clic en "¿Olvidaste tu contraseña?" debajo del botón de Acceso. Cree una contraseña, confirme y seleccione "Change password (Cambiar contraseña)".

Ver beneficios actuales

Una vez que inicie sesión, puede ver los beneficios actuales seleccionando la pestaña "Your benefits (Sus beneficios)".

Iniciar la inscripción

Seleccione el botón "Open enrollment (Inscripción abierta)" para hacer elecciones para el plan del próximo año.

Verificar información

Revise los detalles del perfil y añada o corrija cualquier información. Luego, pulse "Save and Select Benefits (Guardar y seleccionar beneficios)".

¿Necesita agregar un dependiente?

1. Desplácese hacia abajo en la página de beneficios y haga clic en "Add New Dependent (Añadir nuevo dependiente)".
2. Ingrese la información requerida.
3. Pulse "Save Dependent (Guardar dependiente)".
4. Incluya a los dependientes en la cobertura marcando la casilla junto al dependiente que desee añadir. Tendrá que hacer esto a medida que avanza por cada pestaña de beneficios.

Haga sus elecciones

Revise las opciones de beneficios disponibles y elija un plan.

Vista previa y entregar su solicitud de inscripción

1. Seleccione "*Preview Benefits & Complete Enrollment* (Revisar beneficios y completar la inscripción)" para revisar los beneficios antes de entregar la solicitud.
2. Seleccione "*Save & Finish* (Guardar y finalizar)" para entregar la solicitud de inscripción o "*Make a Change* (Hacer un cambio)" para cambiar sus elecciones.

Adjuntar documentos de verificación de dependientes

Adjunte documentación comprobante de cualquier dependiente agregado a sus beneficios (p. ej., certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, papeles de adopción, certificado de unión civil, etc.) y pulse "*Upload* (adjuntar)". Se requiere verificación de dependientes en un plazo de 30 días. Si no lo tiene durante la inscripción, pulse "*Skip and Continue* (Omitir y continuar)" y envíe la verificación a su administrador de Recursos Humanos.

Otra información del seguro

Después de adjuntar la verificación de los dependientes y enviar sus elecciones, haga clic en el enlace debajo de "*Other Insurance Verification* (Otras verificaciones de seguros)", que le llevará a la página de contactos del CEBT. Seleccione la opción "*Other Insurance Information* (Otra información del seguro)". Allí, responda la pregunta sobre cualquier otra cobertura que usted o sus dependientes puedan tener. Ingrese la información solicitada.

Revisar e imprimir las elecciones

Seleccione "*Summarize Coverages* (Resumir coberturas)" para revisar su inscripción. Imprima el resumen de sus elecciones para sus archivos o futura referencia.

Pagar por la cobertura

Beneficios pagados por el empleador

Usted automáticamente recibe los siguientes beneficios, que son totalmente pagados por el ECSD:

- \$50 000 en un seguro de vida básico y AD&D* [Haga clic AQUÍ](#)
- Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés)

Beneficios antes o después de impuestos

Usted y el ECSD comparten el costo de la cobertura médica, dental y de la vista según el plan o planes que elija. El ECSD paga la mayor parte del costo, pero tenga en cuenta que las decisiones que tome al recibir atención ayudan a determinar el costo total del plan.

- Puede elegir que el costo de su cobertura médica, dental y de la vista se deduzca de su cheque de pago antes o después de impuestos.
- Cualquier contribución que haga a su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de atención médica y/o Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de cuidado de dependientes se realiza antes de impuestos.

Los beneficios antes de impuestos reducen su ingreso tributable anual. Esto significa que se reduce la cantidad de ingresos que se usan para calcular los impuestos que debe porque sus primas ya se han deducido. En general, esto reduce su obligación de impuestos federales y estatales sobre la renta.

Esto también puede afectar su Salario Promedio más Alto (HAS, por sus siglas en inglés) al calcular sus beneficios de jubilación de PERA. *Si está a menos de cuatro años de jubilarse y está en el nivel salarial más alto de su carrera, las primas antes de impuestos podrían reducir su beneficio de PERA.* Por lo tanto, debe considerar cuidadosamente el efecto de las reducciones salariales. Para obtener más información sobre los beneficios de PERA, llame al 800-759-7372.

Recuerde que, con las deducciones antes de impuestos, su pago neto será mayor, pero su contribución a PERA y el impuesto de Medicare (cuando corresponda) se basarán en su salario reducido.

*Antes de impuestos es la opción predeterminada para las deducciones de primas de seguro. Si desea que se deduzcan después de impuestos, complete el formulario que se encuentra aquí: [RapidIdentity → Ícono de formularios de Informed K-12 Forms → Discontinue PreTaxing Insurance Premiums](#) (Suspender la deducción antes de impuestos de las primas de seguro).

Ciclo escolar – Cobertura y primas

Los empleados tienen diferentes calendarios de trabajo según su puesto, entonces ¿cómo se deducen las primas? ¿La cobertura termina si no está trabajando?

- Los empleados por hora que trabajen menos de 260 días al año tendrán sus primas prorrateadas según su año laboral y se deducirán de forma equitativa de cada cheque de pago para mantener la cobertura durante los meses en que no trabajen, hasta el inicio del siguiente ciclo escolar. *Ejemplo: un empleado trabaja desde agosto hasta los primeros días de junio. Las primas correspondientes a 12 meses (de agosto a agosto) se deducirán entre agosto y mayo para que el empleado tenga cobertura durante junio, julio y agosto.*
- A los empleados asalariados que reciben pago durante todo el año se les deducirán las primas a lo largo del año.



Descripción general del CEBT

¿Qué es el CEBT?

El fideicomiso de beneficios para empleadores de Colorado, *Colorado Employer Benefit Trust* (CEBT, por sus siglas en inglés) es un fideicomiso gubernamental autofinanciado para múltiples empleadores que proporciona beneficios a más de 450 entidades públicas, cubriendo a más de 37 000 empleados(as) y dependientes en todo el estado de Colorado. El plan CEBT ofrece cobertura médica, dental, de visión y de vida a los grupos participantes.

¿Qué es WTW?

Willis Towers Watson (WTW) es el corredor/administrador de CEBT. Ofrece atención al cliente para que los participantes del plan obtengan respuestas a cualquier pregunta sobre reclamaciones y beneficios, llamando al (303) 773-1373 o (800) 332-1168. Los representantes de WTW pueden realizar visitas periódicas a los grupos participantes para responder preguntas. Además, WTW comercializa posibles nuevos miembros y gestiona el proceso de elegibilidad y facturación de primas entre el CEBT y los empleadores participantes.

¿Cuáles son los roles de UMR, CVS Caremark, Delta Dental y el Plan de Servicios de Visión (VSP, por sus siglas en inglés)?

CEBT contrata a estas empresas de atención sanitaria gestionada para el procesamiento de reclamaciones y el acceso a la red de proveedores:

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

CVS Caremark proporciona el pago de farmacia y el acceso a su red de proveedores para los miembros de CEBT que tienen cobertura médica utilizando la red de proveedores 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 visión y el acceso a su red de proveedores para los miembros de CEBT que cuentan con cobertura de visión.

La mayoría de la correspondencia diaria (por ejemplo, explicación de beneficios, solicitudes de información, etc.) proviene de UMR. Además, recibirá tarjetas de identificación de UMR, CVS Caremark y Delta Dental, pero no de VSP, ya que no utiliza tarjetas de identificación.

¿Necesita ayuda con una reclamación?

CEBT cuenta con un equipo de 10 representantes de atención al cliente para ayudar a responder preguntas sobre beneficios, ubicados aquí mismo en las oficinas de WTW. Su horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:30 p. m. (excepto el viernes, cuando cierran a las 4:00 p. m.). Si necesita ayuda en cualquiera de las siguientes áreas, por favor llame a la línea de atención al cliente al **(303) 773-1373**:

- Información sobre beneficios
- Resolución de reclamaciones
- Estado de una reclamación
- Explicación de los beneficios
- Deducibles
- Pedido de tarjetas de identificación

La aplicación móvil de CEBT

Beneficios al alcance de la mano

La aplicación móvil de CEBT ofrece un acceso sencillo y conveniente a sus beneficios médicos en cualquier lugar, donde puede:

Inscribirse para recibir beneficios: Inscríbase para recibir beneficios, consulte los planes actuales y dependientes, descargue resúmenes de beneficios y procese cambios en la inscripción abierta debido a acontecimientos vitales que califican.

Encuentre un proveedor: Explore proveedores dentro de la red y encuentre información sobre los socios de CEBT.

Consulte y pida tarjetas de identificación: Tenga a mano una versión digital de sus tarjetas de identificación, acceda o imprima sus tarjetas digitales y pida tarjetas nuevas si las necesita.

Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente: Abra un caso para hablar con un representante de atención al cliente de CEBT para aclarar dudas sobre beneficios o reclamaciones.



Términos clave de beneficios

Año de prestación: Los 12 meses durante los cuales se pagan y acumulan los beneficios. El deducible y los máximos de pago de bolsillo se acumulan durante el Año de Prestación y se reinician a cero al comienzo del siguiente Año de Prestación. Para el CEBT, el Año de Prestación es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Deducible: La cantidad que usted debe por servicios de salud antes de que su seguro o plan de cuidado médico comience a pagar. *Por ejemplo: John tiene un plan de salud con un deducible anual de \$1500. Se cae del tejado y necesita tres cirugías de rodilla; la primera cuesta 800 dólares. Como John no ha pagado nada de su deducible este año, es responsable del 100 % de su primera cirugía. Se aplican \$800 a su deducible.*

Copago: Una cantidad fija que usted paga por un servicio de salud que está cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio cubierto. El copago no se suma al monto del deducible, pero sí cuenta para el máximo de pago de bolsillo.

Coseguro: Su parte de los costes de un servicio de salud cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la cantidad permitida para un servicio. Uno paga coseguro después de haber cumplido con todo el pago del deducible que debe. *Por ejemplo: la segunda cirugía de John cuesta \$3200. Como ya pagó 800 dólares de su deducible anual de \$1500, John es responsable de los primeros \$700 para cubrir su deducible. Su plan cubrirá entonces el 80 % del coste restante, para un total de \$2000 [$\$2500 \times 80\%$].*

Máximo de Gastos de Bolsillo (en inglés, *Out-of-Pocket Maximum, OOPM*): Lo máximo que usted pagará en un año natural antes de que su plan de seguro empiece a pagar el 100 % de la cantidad permitida.

Artículos que cuentan para el máximo de gastos de bolsillo:

- Copagos
- Deducibles
- Pagos de coseguro

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

- La prima
- Cargos con facturación por saldo
- Cargos que su plan no cubre (por ejemplo, cirugía plástica, servicios excluidos, etc.)

Ejemplo: la tercera operación de John cuesta \$12 000; su plan tiene un máximo de gastos de bolsillo de \$4000 dólares. Como John ya pagó \$2000 hacia su máximo de gastos de bolsillo en

sus dos primeras cirugías, solo necesita gastar \$2000 más antes de cumplir su máximo de gastos de bolsillo (\$4000 - \$2000). El plan paga los \$10 000 dólares restantes (\$8000 - \$2000).

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 parte del coste para los proveedores de salud dentro de la red que para los que están fuera de la red.

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

Médico de atención primaria (en inglés, *Primary Care Physician, PCP*): Un médico que proporciona el primer contacto para una persona con un problema de salud, así como atención continua para diversas condiciones médicas, sin limitaciones por causa, sistema orgánico o diagnóstico.

Cuenta de Gastos Flexibles (en inglés, *Flexible Spending Account, FSA*): Una cuenta en la que los empleados invierten dinero y que luego pueden utilizar para cubrir ciertos gastos sanitarios de su bolsillo. Usted no paga impuestos sobre ese dinero, lo que significa que ahorra una cantidad igual a los impuestos que habría pagado sobre el dinero que puso en la cuenta de gastos flexibles.

Explicación de los beneficios (en inglés, *Explanation of Benefits, EOB*): Una declaración enviada por una compañía de seguros de salud a las personas cubiertas, que explica los tratamientos médicos o servicios que se pagaron en su nombre.

Formulario de medicamentos: Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan de salud.

Usual y común (“U&C”): La cantidad que el plan permite para un procedimiento o servicio específico. También se conoce como Razonable y Común “R&C”. El miembro puede ser facturado por estos cargos.

Facturación de saldo: Cuando un proveedor factura al paciente la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan de salud. Un proveedor participante, por contrato, no puede facturarle un saldo por los servicios cubiertos. Las cantidades facturadas saldadas no se aplican al deducible ni al máximo de gastos de bolsillo.

Plan PPO

En un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), pagará un copago por ciertos servicios como visitas al consultorio, visitas a especialistas y otros servicios de menor costo. Los servicios de costo mayor, como hospitalizaciones, atención hospitalaria ambulatoria e imágenes avanzadas, están sujetos a cubrir primero el deducible completo y luego el plan ayuda a cubrir la parte restante del coste mediante coseguros. Una vez que alcanza el máximo de gastos de bolsillo, el plan comienza a pagar el 100 % de los servicios cubiertos.



El costo de sus beneficios

A continuación, encontrará los **costos** mensuales y **quincenales** de su seguro médico, dental, de visión y de vida. La cobertura de seguro ofrecida por el Distrito Escolar del Condado de Eagle Re-50 combina **seguros médico, dental, de visión, de vida y recetas médicas**.

**Esto significa que si se inscribe, disfrutará de todos estos planes. No puede seleccionar algunos y renunciar a otros.*

**Consulte la página 20 para información sobre el programa de Incentivo del bienestar.*

Nivel de cobertura	PPO6 Mensual Médico, Dental, Visión, Vida	PPO6 Mensual Médico, Dental, Visión, Vida	PPO6 Quincenal Médico, Dental, Visión, Vida
	Costo del empleador	Costo para empleados	Costo para empleados
Solamente el empleado	\$1104	\$150	\$75
Empleado + Cónyuge	\$1820	\$676	\$338
Empleado + Hijo(s)	\$1624	\$609	\$304.50
Empleado + Familia	\$2657	\$840	\$420
2 empleados casados + hijo(s)	\$2859	\$638	\$319

Nivel de cobertura	PPO4 Mensual Médico, Dental, Visión, Vida	PPO4 Mensual Médico, Dental, Visión, Vida	PPO4 Quincenal Médico, Dental, Visión, Vida
	Costo del empleador	Costo para empleados	Costo para empleados
Solamente el empleado	\$1218	\$162	\$81
Empleado + Cónyuge	\$1822	\$931	\$465.50
Empleado + Hijo(s)	\$1625	\$834	\$417
Empleado + Familia	\$2661	\$1196	\$598
2 empleados casados + hijo(s)	\$3190	\$667	\$333.50



Seguro médico

Los empleados del **Distrito Escolar del Condado de Eagle Re-50** tienen la opción de elegir entre dos opciones diferentes de plan médico, **PPO4** o **PPO6**, ofrecidas a través del fideicomiso de beneficios para empleadores de Colorado, *Colorado Employer Benefit Trust* (CEBT, por sus siglas en inglés). Cada plan incluye beneficios de atención médica integral, incluyendo servicios preventivos gratuitos y cobertura para medicamentos con receta. Estos planes utilizan la red **United Healthcare Choice Plus**. Esta es la red de médicos en la que querrá permanecer para acceder a sus beneficios dentro de la red.

Antes de escoger una cobertura médica, tómese un tiempo para entender completamente cómo funciona cada plan. Las siguientes tablas resumen los beneficios de cada plan médico. Las cantidades de coseguro reflejan la cantidad que usted paga. Por favor, consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

Antes de elegir un plan, considere lo siguiente:

- ¿Prefiere pagar más por su cobertura médica en deducciones a su cheque y menos cuando necesite atención?
- ¿Qué servicios médicos planificados espera necesitar durante el próximo año?
- ¿Usted o alguno de sus dependientes cubiertos toma medicamentos con receta de forma regular?



Plan Médico Base	PPO4	PPO6
Red	United Healthcare Choice Plus	United Healthcare Choice Plus
Visita a la oficina (Primaria Especialidad)	\$40 de copago \$40 de copago	\$50 de copago \$50 de copago
Deducible (Individual Familia)	\$1500 \$3000 integrados	\$3000 \$6000 integrados
Coseguro (Dentro Fuera)	20 % Dentro *40 % Fuera	20 % Dentro *40 % Fuera
Gastos de bolsillo individual (Dentro Fuera)	\$4000 \$8000	\$5000 \$10 000
Gastos de bolsillo por familia (Dentro Fuera)	\$8000 \$16 000	\$10 000 \$20 000
Hospitalización	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo
Servicios ambulatorios	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo
Recetas en farmacia	Genérica \$20 Preferencia: \$40 Sin preferencia \$60	Genérica \$20 Preferencia: \$40 Sin preferencia \$60
Recetas por correo	2 X Copago	2 X Copago
Visita preventiva	Cubierto al 100 %	Cubierto al 100 %
Quiropráctica	*\$40 de copago 20 visitas al año	*\$50 de copago 20 visitas al año
Teladoc	Cubierto al 100 %	Cubierto al 100 %
Telemedicina	Copago de \$40	Copago de \$50
Imágenes avanzadas	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo
Rayos X	Copago de \$40 en consultorio Centro ambulatorio: deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo	Copago de \$50 en consultorio Centro ambulatorio: deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo
Laboratorio	Copago de \$40	Copago de \$50
Atención Urgente	Copago de \$75	Copago de \$75
Atención de urgencias	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo	Deducible + 20 % hasta el máximo de gastos de bolsillo

Divulgaciones de Planes Médicos

Esta comparación de coberturas tiene únicamente el propósito de ofrecer una descripción general de las principales características de los planes de beneficios dentro de la red. Si tiene preguntas sobre un beneficio específico o un nivel de cobertura, consulte el documento completo del plan, disponible en el sitio web www.cebt.org, para obtener información detallada sobre la cobertura.

*Los cargos están sujetos a **Usual y Común (U&C)**. Estos cargos se consideran superiores al Reembolso Razonable, la Cantidad Reconocida, el cargo Usual y Común, la Tarifa Negociada o la tabla de tarifas. Las exclusiones bajo esta categoría no se aplican a los pagos que puedan ser requeridos bajo la Ley de No Sorpresas.

Servicios Preventivos – se procesarán de conformidad con la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Federal Patient Protection and Affordable Care Act*). Para obtener más información sobre estos servicios, visite <https://cebt.org/benefit-booklets>.

Nota sobre el plan PPO: La combinación del límite máximo de gastos de bolsillo dentro y fuera de la red PPO nunca excederá el límite máximo de gastos de bolsillo fuera de la red PPO.

Los deducibles del plan PPO se rigen por la modalidad de **deducible integrado** (*Embedded deductible*), lo que significa que un integrante de la familia no tiene que cubrir el deducible familiar completo para que comiencen a aplicarse los beneficios después del deducible. Una vez que ese integrante alcance el deducible individual, el plan comenzará a pagar los beneficios.



Recetas médicas

CVS Caremark

CVS Caremark es el proveedor de recetas en los planes de salud **PPO4** y **PPO6** de CEBT United Healthcare. Puede acceder a farmacias CVS en King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens, etc. Para ver medicamentos u obtener más información, visite la [página](#) de CVS Caremark a través del 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 o pida a su médico que envíe la receta a la farmacia de pedidos por correo de CVS. Recibirá un suministro para 90 días por el costo de un suministro para 60 días: ¡tres meses por el precio de dos!

Medicamentos con receta Farmacia: suministro para 30 días	Medicamentos con receta Pedido por correo: suministro para 90 días	Ahorros de costos anuales
Copago de \$20 (Genérico)	Copago de \$40 (Genérico)	\$80
Copago de \$40 (Preferencia)	Copago de \$80 (Preferencia)	\$160
Copago de \$60 (Sin preferencia / Especialidad)	Copago de \$120 (Sin preferencia/Especialidad)	\$240

Formas de ahorrar tiempo y dinero en medicamentos

- **Regístrese en [Caremark.com](#)** para mantenerse al día sobre formas nuevas y únicas de ahorrar.
- **Utilice farmacias minoristas dentro de la red**, que forman parte de su plan y se pueden encontrar a través de [Caremark.com](#). Obtener recetas fuera de la red significa que usted paga el 100 % del costo.
- **Conozca qué medicamentos están cubiertos** visitando [Caremark.com](#) para ver la lista de medicamentos cubiertos de su plan, que indican las opciones más rentables.
- **Utilice la herramienta "Check Drug Cost (Comprobar el coste del medicamento)" en [Caremark.com](#)** para comparar medicamentos lado a lado.
- **Escoja "Delivery by mail (Entrega por correo)"** para recibir un suministro de 90 días con envío gratuito y actualizaciones del estado del envío en paquetes seguros, discretos, resistentes a manipulaciones, a la intemperie y a diferentes temperaturas. También puede recoger sus medicamentos con receta en una farmacia CVS.

PrudentRx

PrudentRx es un programa de asistencia con copago integrado en sus beneficios de prescripción Caremark bajo los **planes CEBT PPO**, reduciendo los costos de bolsillo a 0 dólares para ciertos medicamentos especializados. Si califica, PrudentRx se pondrá en contacto con usted para ayudarle con la inscripción.

Los exámenes y las limpiezas dentales regulares permiten detectar problemas dentales de forma temprana, antes de que se vuelvan dolorosos y costosos. Mantener los dientes y las encías saludables puede prevenir las caries y contribuir a su salud general.

CEBT utiliza la red de Delta Dental. Puede acceder a tres niveles de red diferentes: **dentista PPO**, **Dentista Premier** y **Non-Participating Dentist** (dentista no participante). Aunque puede visitar al dentista de su elección, le conviene acudir a un proveedor de Delta Dental (dentista PPO o dentista Premier) para recibir los mejores beneficios, ahorros, descuentos y protección contra la facturación del saldo por los servicios cubiertos.

Los documentos oficiales del plan están disponibles en la página de [Folletos de Beneficios](#) del sitio web de CEBT. Encuentre un dentista de la red de Delta Dental y obtenga más información sobre los diferentes niveles de la red en deltadental.com.

Descripción	Cobertura
Máximo anual	\$2000
Deducible (Individual Familia)	\$50 \$150
Servicios preventivos	Cubierto al 100 % exámenes de rutina y limpiezas dos veces por año calendario, radiografías interproximales una vez por año calendario y radiografías de boca completa una vez cada cinco años
Servicios básicos	Cubiertos al 80 % tratamiento de emergencia, mantenedores de espacio, extracciones simples, anestesia, empastes restaurativos, cirugía oral, endodoncia, periodoncia y tratamiento de conducto (<i>root canal</i>)
Servicios principales	Cubiertos al 50 % coronas, dentaduras parciales o completas e implantes
Servicios de ortodoncia	Cubiertos al 50 % máximo de por vida de \$2000 (incluye a adultos e hijos dependientes de hasta 26 años de edad)

La prevención es lo primero: Delta Dental sabe que las visitas regulares al dentista mejoran su salud bucal y su salud en general. Con su programa exclusivo *PREVENTION FIRST* (PREVENCIÓN PRIMERO), las consultas de diagnóstico y atención preventiva no cuentan para su máximo anual, por lo que sus beneficios rinden más al extender el monto máximo anual disponible.

Right Start 4 Kids (RS4K): Mejoramos el plan para ofrecer cobertura para niños hasta cumplir 13 años con un coseguro del 100 % para servicios de diagnóstico, preventivos, básicos y principales, sin deducible, cuando reciben atención de proveedores dentro de la red.*

**Los niveles de coseguro para adultos se aplican a los proveedores fuera de la red. Los servicios de ortodoncia están disponibles, pero no califican para el nivel de cobertura del 100 % de RS4K.*



Plan de Visión B

CEBT ofrece beneficios de visión mediante VSP, que cubre exámenes de la vista rutinarios y cubre total o parcialmente el costo de anteojos o lentes de contacto. Aunque puede elegir cualquier proveedor, ahorrará dinero si está dentro de la red de VSP. Encuentre una lista de proveedores locales dentro de la red en VSP.com. Tenga en cuenta que el año de beneficios se basa en un período continuo de 12 meses. Aunque la siguiente tabla resume el plan, los documentos oficiales del plan están disponibles en la página de [Folletos de Beneficios](#) del sitio web de CEBT.

Incluso si tiene una visión perfecta, es importante realizarse un examen ocular anual. Mediante este examen, el médico puede detectar signos de hipertensión, diabetes y más de 200 enfermedades graves.

Operador

Proveedor Red	VSP
Frecuencia de beneficios	Exámenes y lentes con cobertura cada 12 meses. Monturas con cobertura cada 24 meses. Ahorre un 20 % en anteojos y gafas de sol adicionales, incluidos los tratamientos para lentes, con cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen de visión de rutina. Reciba \$20 adicionales para gastar en marcas seleccionadas de monturas. Visite vsp.com/offers para obtener más información.
Examen de rutina	Copago de \$15

Lentes

Lentes	Por par
Simple	Copago \$15
Bifocales	Copago \$15
Trifocales	Copago \$15
Lenticulares	Copago \$15
Marcos	Límite \$160
De Contacto	Límite \$160

Exclusiones: beneficios cubiertos por la Ley de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Act), cirugía o tratamiento médico de los ojos, reemplazo de lentes o monturas perdidos, robados o rotos, servicios y suministros por los que usted o su dependiente no estén obligados a pagar, y otros servicios y suministros no se enumeran en esta lista. Esta información tiene como único propósito destacar algunas de las principales características del plan y no constituye una descripción completa de sus disposiciones.



Centros de Salud y Bienestar CEBT

Los Centros de Salud y Bienestar CEBT le ofrecen un beneficio exclusivo a usted y a sus hijos dependientes de 2 años o más inscritos en un plan médico de CEBT. Reciba, sin costo, servicios de atención primaria, gestión de enfermedades y bienestar. Los equipos médicos con licencia de nuestros centros brindan atención integral para enfermedades comunes, lesiones, evaluaciones de salud y servicios de orientación, en ubicaciones convenientes para usted. Programe una cita en my.marathon-health.com/login para acceder a estos servicios:

- **Acceso Rápido:** Las citas suelen estar disponibles en un plazo de dos días (a menudo el mismo día).
- **Ahorros:** No hay copagos ni facturas por los servicios prestados en el centro.
- **Opciones flexibles:** Elija entre citas presenciales o acceso virtual conveniente.
- **Todo en un solo lugar:** Acceda a laboratorios en el centro y a la entrega de medicamentos con receta.
- **Atención integral:** Cuenta con profesionales de la salud con licencia conectados con proveedores comunitarios y con los registros de vacunación, y tienen el tiempo necesario para responder todas sus preguntas sobre su salud.
- **Evaluaciones completas:** Incluyen exámenes anuales, presión arterial, IMC, colesterol, glucosa y más.
- **Orientación personalizada:** Sobre nutrición, actividad física, manejo del estrés y control de enfermedades crónicas.

Para disfrutar de una atención integral y cómoda en los Centros de Salud y Bienestar CEBT o para obtener más información, visite los centros [CEBT Health Centers](#).

Teléfono de Gypsum	(970) 431-2871
Dirección de Gypsum	35 Lindbergh Drive #110, Gypsum, CO 81637
Teléfono de Glenwood Springs	(970) 440-8087
Dirección de Glenwood Springs	1901 Grand Ave #200, Glenwood Springs, CO 81601
Teléfono de Rifle	(970) 440-8085
Dirección de Rifle	707 Wapiti Ave #201A Rifle, CO 81650

Incentivo para el bienestar a través de *Marathon Health*

¿Desea ahorrar 600 dólares al año en seguro médico?

Cada año del plan, ofrecemos la oportunidad de ahorrar en las primas del seguro al hacer una evaluación de su estado de salud para identificar riesgos u oportunidades y ayudarlo a mejorar su salud. Complete las siguientes actividades antes de las fechas límite indicadas para recibir el incentivo anual completo en su cheque de pago.

Actividades de incentivo para el bienestar

1. Realice una consulta - Realice una consulta por video, teléfono o en persona en un Centro de Salud y Bienestar de CEBT entre el 1 de enero y el 30 de noviembre de cada año.

2. Realice la Evaluación de Riesgos para la Salud (en inglés, *Health Risk Assessment*, HRA) - Complete la evaluación en el portal de Marathon eHealth (my.marathon-health.com) entre el 1 de enero y el 30 de noviembre de cada año. Si necesita ayuda para navegar el portal, llame al 970-431-2871.

3. Realice una prueba biométrica - Las pruebas biométricas se realizan cada dos años, comenzando en 2023. Esto significa que debe completar una prueba en 2023, 2025, 2027 y así sucesivamente. Cada prueba tiene una vigencia de dos años, por lo que no es necesario completarla anualmente.

Vacunas contra la gripe

La vacuna contra la gripe estará disponible en otoño. ***Es opcional y no es un requisito para recibir el incentivo de bienestar.***

Centro de Salud y Bienestar de CEBT en Gypsum

35 Lindbergh Drive, Suite 110 | 970-431-2871

¿Cómo puede recibir el descuento en la prima del seguro médico?

Si desea recibir o seguir recibiendo el descuento en la prima del seguro médico, debe completar todas las actividades del incentivo de bienestar antes del 30 de noviembre de cada año. Los empleados nuevos también pueden aprovechar este incentivo una vez que comiencen sus beneficios. Debe completar todas las actividades para calificar para el descuento en la prima.

Nota: El descuento en su prima comenzará o continuará el mes siguiente (o dos meses después, según la fecha de cierre de la nómina) de completar el incentivo, siempre que haya completado todos los pasos antes del 30 de noviembre.



Beneficios adicionales de CEBT y del plan

Los siguientes beneficios están disponibles para los miembros de CEBT inscritos en un plan médico. Para más información, visite la página de Socios/Proveedores en cebt.org o comuníquese con atención al cliente al (303) 773-1373.

Servicios de Recursos para el Cáncer: Tras un diagnóstico de cáncer, los miembros pueden recibir apoyo personalizado a través de los Servicios de recursos para el cáncer (*Cancer Resource Services, CRS*) de UMR. El equipo de enfermería oncológica brinda orientación, apoyo y acceso a Centros de excelencia en oncología (*Centers of Excellence, COE*) de alta calidad.

Valenz Bluebook: Valenz Bluebook es una herramienta de transparencia de costos que permite a los miembros comparar el costo de servicios de atención médica y obtener recompensas. Si utiliza la herramienta y recibe atención de un proveedor identificado con un precio verde o justo, podría recibir de recompensa una tarjeta de débito con un valor de entre \$25 y \$1500.

Lantern: Lantern (anteriormente conocido como SurgeryPlus) es un beneficio complementario para cirugías no urgentes que ofrece atención de alta calidad, servicio personalizado y costos más bajos. Si utiliza Lantern, CEBT reducirá o eliminará sus gastos de bolsillo para estos servicios.

Cuidado por infusión a través de Lantern desde el 1 de julio de 2025

Lantern Infusion Care ofrece tratamientos de infusión en el hogar o en centros ambulatorios a un menor costo, sin costo compartido para los miembros del plan PPO. Los miembros reciben apoyo personalizado de un equipo clínico durante toda su terapia de infusión.

Programa de Atención de Maternidad: Ya sea que esté planeando tener un bebé o ya esté embarazada, UMR *Maternity CARE* le ayuda a reducir el riesgo de complicaciones y a prepararse para un embarazo a término y un bebé saludable. Llame al (888) 438-8105 para inscribirse.

Omada: Es un programa virtual de atención que combina asesoramiento personalizado, dispositivos conectados, apoyo entre participantes y contenido adaptado para ayudar a los miembros a alcanzar sus metas de salud y hacer cambios sanos sostenibles. Ofrece cuatro programas enfocados en prediabetes (prevención), diabetes, hipertensión y afecciones musculoesqueléticas.

Teladoc: Teladoc ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año, a médicos certificados en los Estados Unidos mediante consultas por teléfono o video. Es una alternativa económica a la atención de urgencia y a las visitas a la sala de emergencias cuando necesita atención inmediata. CEBT cubre el costo total de la consulta, por lo que no hay copago para los miembros.



Beneficios de la Salud Mental del CEBT

Para obtener más información sobre estos beneficios, visite la página de [Socios/Proveedores](https://cebt.org) en cebt.org o llame a atención al cliente al (303) 773-1373.

Programa de Asistencia al Empleado de AllOne Health (EAP)

AllOne Health (anteriormente conocido como Triad) es su programa de asistencia al empleado que ofrece seis sesiones gratuitas de asesoramiento (al año, por incidente) para miembros del CEBT, cónyuges y dependientes de entre 6 y 26 años. Las razones más comunes para las sesiones incluyen divorcio, crianza, relaciones, duelo y conflictos. Además, AllOne ofrece seis sesiones gratuitas de asesoría de vida, revisión legal y asesoramiento financiero. Este beneficio está disponible para todos los empleados a tiempo completo.

Modern Health

Modern Health es una plataforma integral y personalizada de atención a la salud mental que ofrece apoyo autodirigido, comunitario e individual para miembros (y dependientes mayores de 6 años) inscritos en un plan médico de CEBT. Los miembros tienen acceso a ocho sesiones de terapia y ocho sesiones de asesoría por año calendario, además de acceso ilimitado a recursos digitales de Modern Health.

Talkspace

Talkspace es una plataforma de terapia en línea para miembros inscritos en un plan médico de United Healthcare. Puede encontrar un terapeuta al usar la herramienta de búsqueda y comenzar su primera sesión en cuestión de horas. Elija entre videollamadas en vivo o mensajes con su terapeuta. La mensajería está disponible cinco días a la semana para que reciba atención según su horario. Se aplica el costo compartido habitual; Talkspace es un proveedor dentro de la red.





Beneficios adicionales del CEBT

Para conocer más sobre estos beneficios, visite la página de Socios/Proveedores en cebt.org o contacte a atención al cliente al (303) 773-1373.

Asistencia para viajes

Durante un viaje pueden surgir imprevistos, como la pérdida o el robo de un pasaporte, cambios inesperados en los planes de viaje o problemas médicos cuando menos se lo espera.

El servicio de asistencia para viajes está disponible las 24 horas para ayudarle a resolver estas y otras situaciones. Usted, su cónyuge y sus dependientes de hasta 25 años cuentan con esta cobertura a través de su seguro grupal de Standard Insurance Company (The Standard).

Via Benefits

Via Benefits ofrece un servicio de asesoría para exempleados que hayan finalizado, o planeen finalizar, su cobertura de CEBT y necesiten ayuda para inscribirse en otro plan médico, de medicamentos con receta, dental y/o de la vista.

Los planes disponibles incluyen opciones individuales para menores de 65 años y planes *Medicare Advantage* y *Medicare Supplement* para personas de 65 años o más. Este servicio brinda más opciones y flexibilidad para elegir la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades, brindarle estabilidad a largo plazo y ayudarle a reducir costos. Está disponible sin costo.





Cobertura de vida y AD&D

El seguro de vida es un aspecto importante de la seguridad financiera, especialmente si otros dependen de usted. El seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (en inglés, *Accidental Death & Dismemberment*, AD&D) está diseñado para proporcionar un beneficio a su beneficiario o beneficiarios designados en caso de muerte accidental o desmembramiento.

El Distrito Escolar del Condado de Eagle Re-50 ofrece Seguro de vida básico y Seguro de vida AD&D y Seguro de vida para dependientes (*Basic Life and AD&D Insurance and Dependent Life Insurance*) a todos los empleados que califiquen sin costo alguno a través de *The Standard*.

Seguro de vida

Este beneficio se paga al beneficiario designado en caso de fallecimiento del asegurado.

Cobertura de muerte accidental y desmembramiento

Este seguro ofrece beneficios específicos para una lesión corporal accidental cubierta que cause directamente desmembramiento (p. ej., la pérdida de una mano, pie u ojo). Si la muerte ocurre por un accidente, se pagarán tanto el beneficio de vida como el beneficio de AD&D.

Descripción	Beneficio
Monto del beneficio de Seguro de vida / AD&D	\$50 000
Reducción de beneficios	40 % a los 65 años, 65 % a los 70 años, 75 % a los 75 años, 80 % a los 80 años



Cuentas de Gastos Flexibles

El Distrito Escolar del Condado de Eagle Re-50 ofrece dos opciones de Cuenta de Gastos Flexibles (en inglés, *Flexible Spending Account*, FSA): la FSA para atención médica y la FSA para el cuidado de dependientes, que le permiten pagar gastos que califiquen con dinero antes de impuestos. Las FSA son administradas por **WEX**.

*Este beneficio requiere inscripción anual***. Utilice su cuenta de la comunidad en línea de CEBT para inscribirse. Este beneficio es independiente de su plan de seguro médico. Puede inscribirse para tener una FSA sin estar inscrito en los planes médico, dental o de la vista, y viceversa.

FSA para atención médica (Health Care FSA)

Los gastos que califican incluyen deducibles, copagos y otros gastos de atención médica que no estén cubiertos por los planes médico, dental o de la vista. La contribución máxima para la FSA de atención médica es de **\$3400** para el año del plan **2026**. La FSA para atención médica puede combinarse con los planes **PPO4** o **PPO6**.

FSA para el cuidado de dependientes (Dependent Care FSA)

Los gastos que califican incluyen guarderías, programas de cuidado antes y después de clases y servicios de cuidado infantil en el hogar (los ingresos deben ser reportados por el proveedor del cuidado). Puede aportar hasta **\$7500** a su FSA para el cuidado de dependientes durante el año del plan **2026** si está casado y presenta una declaración conjunta, o si presenta una declaración como persona soltera o jefe de familia (**\$2500** si está casado y presenta una declaración por separado).

Para consultar la lista de gastos que califican u obtener más información, visite wexinc.com/discovery-benefits.

Ausencias – Vacaciones – Días festivos

A continuación, se presenta un resumen de nuestras políticas sobre ausencias y tiempo libre. Consulte el Portal del Empleado para conocer las normas completas.

Ausencias remuneradas

Qué son: Toda ausencia que no corresponda a maternidad/paternidad, servicio militar, servicio como jurado o ausencia profesional. Por ejemplo, enfermedad o discapacidad del empleado o de un familiar inmediato, citas médicas u otros motivos personales.

Para qué se utilizan: Para cubrir cualquier ausencia del trabajo, incluyendo enfermedad y duelo. Recuerde que, para maximizar el aprendizaje del alumnado, se recomienda no utilizar esta ausencia remunerada para cosas que puedan programarse fuera del horario escolar.

Acumulación y quiénes califican: Los empleados que trabajen 20 horas o más de forma regular recibirán un día de ausencia remunerada (equivalente a su jornada laboral) por cada 18 días trabajados. El personal de medio tiempo que trabaje de 0 a 19 horas por semana (menos de 0.5 FTE) y los docentes sustitutos acumularán una hora de ausencia remunerada por cada 30 horas trabajadas, hasta un máximo de 48 horas por año calendario.

Ausencia por observancia religiosa

Se otorgarán dos días adicionales de permiso de ausencia por año escolar por este motivo, con solicitud y aprobación previa del Director(a) de Recursos Humanos o de su designado(a).

Ausencias acumuladas de años anteriores

Qué son: Las ausencias remuneradas no utilizadas (antes mencionadas) se transfieren a las ausencias remuneradas acumuladas cada año.

Para qué se utilizan: Solo para ausencias por enfermedad o fallecimiento, y únicamente después de agotar las horas de las ausencias remuneradas del año en curso.

Quiénes califican: Empleados que hayan agotado las ausencias remuneradas asignadas para las situaciones descritas anteriormente.

Más detalles: No tiene valor monetario, salvo que el empleado acumule 20 años o más de servicio continuo; en ese caso, al finalizar la relación laboral podrá recibir el pago de hasta 100 días.

Banco voluntario de ausencias remuneradas por enfermedad

Qué es: Un banco de ausencias para empleados que sufran enfermedad o accidente grave.

Para qué se utiliza: Ausencias continuas por enfermedad o lesión personal grave.

Quiénes califican: Empleados que trabajen 20 horas o más de forma regular.

Para participar, los empleados deben donar un día de ausencia remunerada a este banco al ser contratados, recontratados o durante el período de inscripción abierta. Solo deberá hacer esta donación UNA VEZ, a menos que finalice su empleo (y posteriormente sea recontratado) o que el banco no tenga saldo suficiente.

Donación de días de ausencias remuneradas entre empleados

Si un empleado enfrenta una situación grave que le impide trabajar y ha agotado todos sus horas de ausencias remuneradas disponibles y, cuando corresponda, el banco de ausencias por enfermedad, podrá recibir un máximo de 60 días donados por sus compañeros.

Donación: El donante solo puede donar días de su ausencia remunerada del año en curso. Las donaciones vencen al final del ciclo escolar.

[RapidIdentity>Ícono de formularios Informed K-12> Employee to Employee Paid Leave Donation](#)

Ausencias – Vacaciones – Días festivos

Vacaciones

Los días de vacaciones remuneradas pueden utilizarse por cualquier motivo que requiera ausentarse del trabajo.

Quiénes califican:

1. Empleados administrativos que trabajen tiempo completo durante todo el año (260 días).
2. Personal de apoyo no administrativo que trabaje 4 horas o más al día todo el año (260 días).

Acumulación:

1. 10 días laborables por año.
2. Se acumulan 5/6 de un día laborable por mes (según las horas trabajadas por día).

La tasa de acumulación aumenta entre más tiempo trabaje para el empleador.

La siguiente lista refleja la acumulación para un empleado que trabaja 8 horas al día.

6 a 10 años: 15 días por año

11 años: 16 días por año

12 años: 17 días por año

13 años: 18 días por año

14 años: 19 días por año

15 años: 20 días por año (máximo)

Otros detalles: Los empleados pueden acumular hasta el equivalente a 18 meses de vacaciones. Las vacaciones acumuladas con más de 18 meses de antigüedad se perderán.

Días festivos

Los empleados de ECSD que califiquen reciben tiempo libre remunerado durante los días festivos oficiales que coincidan con su horario de trabajo. Para consultar la lista completa de días festivos remunerados, revise el Calendario del Empleado del año en curso disponible en el Portal del Empleado.



Beneficios específicos del empleador

Este es un resumen de otros beneficios que ofrece el ECSD. Consulte el Portal del Empleado para conocer las normas y los requisitos completos.

Jubilación PERA

Los beneficios de PERA sustituyen el Seguro Social para los empleados de ECSD. Mientras trabaja, usted aporta el **11 %** de sus ingresos al plan. Como empleador, ECSD también aporta el **21.4 %** de los ingresos del empleado al fondo de pensiones. Este beneficio aplica a TODOS los empleados. Para más información, visite <https://www.copera.org/members>.

Anualidad con ventajas fiscales

Los empleados pueden aportar a una cuenta individual de jubilación mediante deducciones de nómina. El distrito no iguala las contribuciones. La inscripción es opcional. Para más información, visite www.copera.org y siga esta vía en el Portal del Empleado para acceder al formulario de inscripción: **Rapid Identity → Ícono de formularios Informed K-12 → Salary Reduction Agreement for Tax Sheltered Annuity**

Disponible para todos los empleados de ECSD.

Exención de matrícula en Colorado Mountain College

Colorado Mountain College (CMC) exime del pago de matrícula a los empleados del Distrito Escolar del Condado de Eagle por hasta cinco (5) créditos por semestre en cursos de nivel 100 al 400. Los créditos que excedan ese límite serán responsabilidad del empleado.

Esta exención aplica únicamente a la matrícula. El empleado es responsable del costo de los materiales, libros de texto y las tarifas aplicables (p. ej., tarifas de tecnología o administrativas).

Los cursos deben:

- Estar directamente relacionados con el trabajo del empleado en el Distrito.
- Ser cursos con créditos o cursos de inglés como segundo idioma (ESL).
- Otorgar una calificación. Los cursos de aprobado/reprobado no califican para esta exención.

Cada año académico (del 1 de agosto al 31 de julio) hay un número limitado de créditos del Distrito disponibles para esta exención. Las solicitudes se atenderán por orden de solicitud hasta alcanzar el límite anual.

Disponible para empleados que trabajen 20 horas o más por semana.

Rapid Identity > Ícono de formularios Informed K-12 > Colorado Mountain College ECSD Tuition Waiver

Reembolso de matrícula

Los empleados que califiquen pueden solicitar hasta \$1500 por año fiscal para este reembolso (siempre que cursen estudios en una universidad acreditada y obtengan una calificación de B- o superior). O, puede solicitar un monto único para la certificación *National Board Certification*.

Acceda a los formularios electrónicos K12, a través de RapidIdentity utilizando la siguiente vía:

RapidIdentity → Icono de formularios Informed K-12 → Tuition Reimbursement

*Si no está seguro de si una clase o curso califica para este beneficio, envíe un correo electrónico a eaglehr@eagleschools.net.

Disponible para empleados que trabajen 20 horas o más por semana.

Descuento en el pase de esquí

Entre mediados y finales de octubre, Recursos Humanos informa al personal sobre la carta del pase de esquí de Vail Resorts para ese año. Si desea acceder a este descuento, siga esta vía:

RapidIdentity → Icono de formularios Informed K-12 → Ski Pass Discount Request

Disponible para empleados que trabajen 30 horas o más por semana.

Descuentos en los centros recreativos de Avon y Gypsum

Los empleados de ECSD califican para membresías con descuento en los centros recreativos de Avon y Gypsum. Para inscribirse, comuníquese con la recepción de cualquiera de los dos centros.

Disponible para empleados que trabajen 20 horas o más por semana.

Programa de apoyo para la salud mental Colorado Educator Support

El Distrito Escolar del Condado de Eagle está comprometido con su salud mental y bienestar. Hemos ampliado los recursos de apoyo para la salud mental disponibles para nuestro personal.



- ¿Quién puede acceder a este programa? Empleados del Distrito Escolar del Condado de Eagle.
- ¿Qué ofrece este programa? Servicios de bienestar y apoyo individual, programas en línea a su propio ritmo y talleres.
- ¿Cómo accedo a este programa? Visite coloradoeducatorsupport.com y acceda a los recursos.
- ¿Qué organización administra este programa? Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de CU.
- ¿Cómo obtengo ayuda para utilizar este programa? Envíe un correo electrónico a coloradoeducatorsupport@cuanschutz.edu o llame o envíe un mensaje de texto al 303-724-2500.

Si tiene preguntas sobre este recurso, comuníquese con eaglehr@eagleschools.net.

Beneficios voluntarios (Mutual of Omaha y Atlantic American)

Para inscribirse voluntariamente en los beneficios, consultar los folletos e información adicional, o agendar una cita personalizada con un Especialista de Beneficios y aprender más opciones de beneficios voluntarios, utilice el enlace a continuación.

Identificador de la empresa: ecsd

<https://ecsd.benefitsinfo.com>

Para reclamos, comuníquese directamente con los proveedores de beneficios usando la siguiente información de contacto.

Mutual of Omaha

Mutual of Omaha ofrece: Seguro de Vida temporal y AD&D, Incapacidad a Corto Plazo, Incapacidad a Largo Plazo, Enfermedades Graves, Indemnización Hospitalaria y seguro de Accidente

Información de contacto de Mutual of Omaha

Equipo de Servicio de Denver: (800) 655-5142

DenverServiceTeam@mutualofomaha.com

EDIService@mutualofomaha.com

Atlantic American

Atlantic American ofrece: pólizas de vida permanente (Whole Life) y de cuidado de vida (Living Care)

Información de contacto de Atlantic American

Consultas sobre reclamos: (866) 458-7502 o groupclaims@atlam.com

Presentar reclamos: mycoverage.atlam.com

Los documentos de apoyo para reclamos deben enviarse por correo o fax a:

PO Box 105652, Atlanta, GA 30348-5185

claims@atlam.com

Fax: (404) 926-4067



Información de contacto

Médico, Dental, Visión, Vida/AD&D – Servicio al Cliente de CEBT

Servicios a los miembros	(303) 773-1373 o (800) 332-1168
Sitio web	www.cebt.org

Centros de Bienestar y Marathon Health de CEBT

Teléfono de Gypsum	(970) 431-2871
Dirección de Gypsum	35 Lindbergh Drive #110, Gypsum, CO 81637
Teléfono de Glenwood Springs	(970) 440-8087
Dirección de Glenwood Springs	1901 Grand Ave #200, Glenwood Springs, CO 81601
Teléfono de Rifle	(970) 440-8085
Dirección de Rifle	707 Wapiti Ave #201A Rifle, CO 81650

Programa de Asistencia al Empleado EAP AllOne Health (anteriormente Triad)

Servicios a los miembros	(877) 679-1100 o (970) 242-9536
Código de la empresa	cebt
Sitio web	www.triadeap.com

CVS Caremark

Pedido por correo postal	(866) 885-4944
Sitio web	www.caremark.com

FSA – WEX

Sitio web	https://customer.wexinc.com/
-----------	---

Valenz Bluebook

Servicios a los miembros	(800) 341-0504
Código de acceso	CEBT
Sitio web	www.healthcarebluebook.com/cc/cebt

Lantern *(anteriormente SurgeryPlus)*

Servicios a los miembros	(855) 200-6675
Sitio web	my.lanterncare.com

Modern Health

Servicios a los miembros	help@modernhealth.com
Sitio web	www.my.modernhealth.com

Mutual of Omaha

Número de teléfono	(880) 655-5142
Correo electrónico	DenverServiceTeam@mutualofomaha.com

Omada Health – Programa Digital de Gestión de Enfermedades

Servicios a los miembros	(888) 409-8687
Sitio web	www.go.omadahealth.com/cebt

Teladoc

Servicios a los miembros	(800) Teladoc o (800) 835-2362
Sitio web	www.Teladoc.com/CEBT

The Standard – Asistencia para viajes

Servicios a los miembros	(800) 872-1414 (Teléfono) / (609) 334-0807 (Mensaje de texto)
Correo electrónico	medservices@assistamerica.com
Número de póliza	645869

Servicios de Recursos para el Cáncer de UMR

Servicios a los miembros	(866) 494-4502
--------------------------	----------------

Via Benefis

Página web pre-65 años	www.marketplace.viabenefits.com/ColoradoPublicEmployers
Página web post-65 años	www.my.viabenefits.com/ColoradoPublicEmployers
Número de teléfono	(833) 414-1452



Avisos reglamentarios del plan de salud del CEBT

Los requisitos federales de notificación obligan a los empleadores y patrocinadores de planes de salud a proporcionar a los empleados que califican para beneficios información sobre sus derechos, oportunidades y obligaciones relacionadas con su plan de salud. Esta información está disponible en la [página web del CEBT](#), donde los avisos incluyen enlaces directos a los documentos para facilitar su acceso.

Folletos de beneficios

Todos los folletos de beneficios están disponibles en cebt.org/benefit-booklets.

- **Descripciones resumidas del plan médico** (*Summary Plan Description, SPD*): documento oficial completo de cada plan.
- **Resumen médico de beneficios y cobertura** (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*): resumen de los principales beneficios de cada plan, conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*).

Aviso sobre la política de privacidad HIPAA

Este aviso describe las políticas y prácticas del CEBT para la divulgación de la Información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*). Está disponible en cebt.org/resource-center.

Aviso general sobre los derechos de COBRA

Este aviso informa a las personas con cobertura nueva sobre sus derechos a continuar la cobertura mediante COBRA en caso de que esta finalice. Está disponible en cebt.org/resource-center.

Avisos reglamentarios anuales y otros avisos

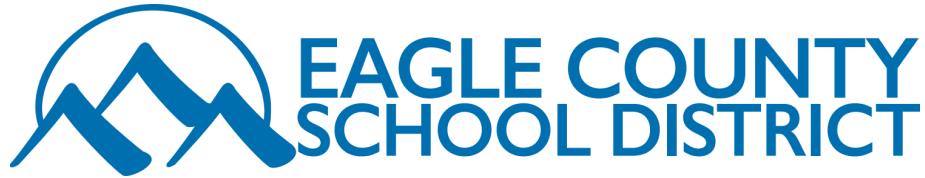
La notificación anual reúne los avisos que se distribuyen cada año para cumplir con los requisitos federales de notificación para empleadores y patrocinadores del plan. Este folleto incluye los siguientes avisos:

- Divulgación sobre la Protección del Paciente (*Patient Protection Disclosure*).
- Ley de Derechos de Salud y Cáncer para la Mujer (*Women's Health and Cancer Rights Act*).
- Ley de Protección de la Salud para Recién Nacidos y Madres (*The Newborns' and Mothers' Health Protection Act*).
- Ley contra la Discriminación por Información Genética (*Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA*).
- Aviso de determinación adversa de beneficios (*Notice of Adverse Benefit Determination*).

- Aviso de determinación adversa definitiva de beneficios tras la revisión interna (*Notice of Final Internal Adverse Benefit Determination*).
- Aviso de decisión de revisión externa (*Notice of External Review Decision*).
- Aviso de inscripción especial de HIPAA (*HIPAA Special Enrollment Notice*).
- Asistencia para primas de Medicaid y del Programa de seguro médico para niños (*Premium Assistance Under Medicaid and Children's Health Insurance Program, CHIP*).
- Derechos de continuación de cobertura de COBRA (*COBRA Continuation of Coverage Rights*).
- Aviso sobre las prácticas de privacidad de HIPAA (*HIPAA Notice of Privacy Practices*).
- Aviso de cobertura acreditable de Medicare Parte D (*Medicare Part D Notice of Creditable Coverage*).
- Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos.

Otros avisos reglamentarios incluyen:

- Aviso de no discriminación de la Sección 1557 (*Section 1557-Nondiscrimination Notice*).
- Aviso de facturación sin sorpresas del CEBT 2022 (*CEBT 2022 No Surprise Billing Notice*).
- Aviso de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños [*Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP) Notice*].



Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios para empleados del Distrito Escolar del Condado de Eagle RE-50. No constituye un documento legal ni debe interpretarse como una garantía de beneficios o de continuidad laboral en el Distrito Escolar del Condado de Eagle RE-50. Todos los planes de beneficios se rigen por las pólizas principales, los contratos y los documentos oficiales del plan. En caso de cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos vigentes de las pólizas, los contratos o los documentos oficiales del plan, prevalecerán los términos establecidos en dichas pólizas, contratos y documentos del plan. El Distrito Escolar del Condado de Eagle RE-50 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 autoridad para realizar estos cambios.

Note from ECSD staff translators: The following translation was created by a member of the ECSD translation team, not a certified legal or medical translator. This translation is created with the intention of serving as a reference for ECSD staff and should not be regarded as an official document. If there is any difference in meaning between the Spanish and English versions of this document, the version in English is the official document. Please refer to the translation team if you have any questions.

Nota del equipo de traducción de ECSD: La siguiente traducción fue creada por un miembro del equipo de traducción de ECSD, no un traductor con certificación legal o médica. Esta traducción se crea con el propósito de que se use como una referencia para el personal de ECSD y no debería de considerarse un documento oficial. Si hay diferencias de significado entre las versiones en español e inglés, la versión en inglés es el documento oficial. Por favor refiérase al equipo de traducción si tiene dudas.