

# 2021 Tarifas por sueldo

LAS TARIFAS MOSTRADAS SON POR PERÍODO DE PAGO, BASADAS EN 24 CHEQUES DE PAGO POR AÑO.



## Aetna planes médicos

	Memorial Hermann ACO	HDHP (High Deductible Health Plan)	Choice POS II
Empleado solo	\$46	\$32	\$67
Empleado + Espos(a)	\$262	\$235	\$325
Empleado + Hijo(s)	\$168	\$145	\$213
Empleado + Familia	\$348	\$303	\$433



## Planes dentales

	HMO dental	PPO dental
Empleado Solo	\$7.27	\$24.00
Empleado + Espos(a)	\$13.62	\$48.71
Empleado + Hijo(s)	\$10.35	\$43.68
Empleado + Familia	\$17.79	\$61.56



## Cobertura de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA Y AD&D (LAS TARIFAS* SON CADA \$10,000)											
Su edad el 1º de enero del año del plan	< 30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	
Tarifa	\$0.30	\$0.35	\$0.40	\$0.45	\$0.65	\$0.90	\$1.30	\$2.00	\$2.95	\$4.65	
SEGURO DE VIDA PARA EL/LA ESPOSO(A)											
Edad de su esposo(a) el 1º de enero del año del plan	< 30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	
Nivel de beneficio	\$10,000	\$0.20	\$0.25	\$0.30	\$0.35	\$0.55	\$0.80	\$1.20	\$1.90	\$2.85	\$4.55
	\$20,000	\$0.40	\$0.50	\$0.60	\$0.70	\$1.10	\$1.60	\$2.40	\$3.80	\$5.70	\$9.10
	\$35,000	\$0.70	\$0.88	\$1.05	\$1.23	\$1.93	\$2.80	\$4.20	\$6.65	\$9.98	\$15.93
SEGURO DE VIDA PARA UN HIJO											
Nivel de beneficio						Tarifa					
\$5,000						\$0.20					
\$10,000						\$0.40					



## Enfermedad crítica

Su edad el 1º de enero del año del plan		< 30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Empleado solo	\$10,000	\$3.15	\$4.45	\$8.30	\$14.75	\$22.40	\$43.50
	\$20,000	\$6.30	\$8.90	\$16.60	\$29.50	\$44.80	\$87.00
	\$30,000	\$9.45	\$13.35	\$24.90	\$44.25	\$67.20	\$130.50
Espos(a)	\$5,000	\$1.55	\$2.23	\$4.15	\$7.38	\$11.20	\$21.73
	\$10,000	\$3.10	\$4.45	\$8.30	\$14.75	\$22.40	\$43.45
	\$15,000	\$4.65	\$6.68	\$12.45	\$22.13	\$33.60	\$65.18



## Plan de visión

	Tarifa
Empleado solo	\$4.74
Empleado + 1	\$7.97
Empleado + Familia	\$11.99



## Cobertura por incapacidad

Período de eliminación	Tarifa
Período de espera de 14 días	\$1.19 cada \$100 de salario congelado*
Período de espera de 90 días	\$0.53 cada \$100 de salario congelado*

\* El salario anual se congela cada octubre del año previo del plan. Este es el monto en el cual se basan sus primas.



## Plan de protección legal

	Tarifa
Empleado	\$7.25



## Protección contra el uso fraudulento de identidad

	Tarifa
Empleado solo	\$3.97
Empleado + Familia	\$6.97



## Seguro por accidente

	Tarifa
Empleado solo	\$6.80
Empleado + Espos(a)	\$11.62
Empleado + Hijo(s)	\$12.22
Empleado + Familia	\$17.04



## Indemnidad de hospital

	Tarifa
Empleado solo	\$12.36
Empleado + Espos(a)	\$21.71
Empleado + Hijo(s)	\$19.35
Empleado + Familia	\$28.70



## Transporte de emergencia

	Emergent Plus	Platinum
Empleado + Familia	\$7.00	\$19.50