

TARIFAS POR CHEQUE DE PAGO 2024

LAS TARIFAS SON POR PERÍODO DE PAGO, CON BASE EN 24 CHEQUES DE PAGO POR AÑO.



PLANES MÉDICOS AETNA

	Memorial Hermann ACO	HDHP (Plan médico con deducible alto)	Choice POS
Empleado solo	\$54.50	\$38.50	\$96.50
Empleado + Cónyuge	\$411.00	\$370.00	\$531.50
Empleado + Hijo(s)	\$202.00	\$169.50	\$300.00
Empleado + Familia	\$412.00	\$359.00	\$637.50



PLANES DENTALES

	High Plan	Low Plan
Empleado solo	\$24.31	\$7.04
Empleado + Cónyuge	\$49.34	\$13.18
Empleado + Hijo(s)	\$44.25	\$10.01
Empleado + Familia	\$62.36	\$17.21



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

SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA Y AD&D (LAS TARIFAS SON PARA UN MONTO DE \$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 CÓNYUGE

Edad del cónyuge 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
Nivel de beneficio \$20,000	\$0.40	\$0.50	\$0.60	\$0.70	\$1.10	\$1.60	\$2.40	\$3.80	\$5.70	\$9.10
Nivel de beneficio \$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 DE UN HIJO

Nivel de beneficio	Tarifa
\$5,000	\$0.20
\$10,000	\$0.40



ENFERMEDAD CRÍTICA

		Su edad el 1 de enero del año del plan					
		18 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70+
Empleado solo	\$5,000	\$1.19	\$1.90	\$3.05	\$6.02	\$13.29	\$17.83
	\$10,000	\$2.39	\$3.81	\$6.10	\$12.05	\$26.58	\$35.67
	\$15,000	\$3.58	\$5.71	\$9.15	\$18.07	\$39.87	\$53.50
	\$20,000	\$4.77	\$7.61	\$12.20	\$24.09	\$53.15	\$71.33
	\$25,000	\$5.96	\$9.51	\$15.25	\$30.12	\$66.44	\$89.17
	\$30,000	\$7.16	\$11.42	\$18.30	\$36.14	\$79.73	\$107.00
Cónyuge	\$5,000	\$1.19	\$1.90	\$3.05	\$6.02	\$13.29	\$17.83
	\$7,500	\$1.79	\$2.85	\$4.58	\$9.04	\$19.93	\$26.75
	\$10,000	\$2.39	\$3.81	\$6.10	\$12.05	\$26.58	\$35.67
	\$12,500	\$2.98	\$4.76	\$7.63	\$15.06	\$33.22	\$44.58
	\$15,000	\$3.58	\$5.71	\$9.15	\$18.07	\$39.87	\$53.50



PLAN DE VISIÓN

	Tarifa
Empleado solo	\$4.32
Empleado + 1	\$7.26
Empleado + Familia	\$10.92



COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Período de eliminación	Tarifa
STD (Período de espera de 14 días)	\$0.554 per \$10 covered benefit
LTD (Período de espera de 90 días)	\$0.446 per \$100 frozen* salary

If you enroll in both plans, you will be charged a combination of both premiums. *Annual salary is frozen every October of the previous plan year. This is the amount your premiums are based on.



PLAN DE PROTECCIÓN LEGAL

	Tarifa
Empleado	\$7.25



PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD

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



SEGURO POR ACCIDENTE

	Tarifa
Empleado solo	\$6.07
Empleado + Cónyuge	\$10.34
Empleado + Hijo(s)	\$10.84
Empleado + Familia	\$15.11



INDEMNIDAD DE HOSPITAL

	Tarifa
Empleado solo	\$12.35
Empleado + Cónyuge	\$21.68
Empleado + Hijo(s)	\$19.35
Empleado + Familia	\$28.68



TRANSPORTE DE EMERGENCIA

	Emergente Más	Platino
Empleado + Familia	\$7.00	\$19.50