

TARIFAS POR CHEQUE DE PAGO 2026

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

BENEFITS
CONNECT



PLANES MÉDICOS AETNA

	Memorial Hermann ACO	HDHP (Plan médico con deducible alto)	Choice POS
Empleado solo	\$63.50	\$42.50	\$127.50
Empleado + cónyuge	\$520.00	\$448.50	\$702.50
Empleado + hijo(s)	\$235.50	\$197.50	\$397.00
Empleado + familia	\$482.00	\$418.00	\$843.00



PLANES DENTALES

	Plan alto	Plan bajo
Empleado solo	\$25.78	\$7.46
Empleado + cónyuge	\$52.30	\$13.98
Empleado + hijo(s)	\$46.91	\$10.61
Empleado + familia	\$66.10	\$18.24



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 1.º de enero del año del plan	< 30	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	más de 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 (de la) cónyuge el 1.º de enero del año del plan	< 30	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	más de 70
Nivel de beneficios	\$10,000	\$0.20	\$0.25	\$0.30	\$0.35	\$0.55	\$0.80	\$1.20	\$1.90	\$2.85
	\$20,000	\$0.40	\$0.50	\$0.60	\$0.70	\$1.10	\$1.60	\$2.40	\$3.80	\$5.70
	\$35,000	\$0.70	\$0.88	\$1.05	\$1.23	\$1.93	\$2.80	\$4.20	\$6.65	\$9.98
Seguro de vida de un hijo										
Nivel de beneficio					Tarifa					
\$5,000					\$0.20					
\$10,000					\$0.40					



ENFERMEDAD CRÍTICA

		Su edad el 1.º de enero del año del plan					
		18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	más de 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 por \$10 de beneficio cubierto.
LTD (Período de espera de 90 días)	\$0.446 por \$100 de salario congelado*

Si se inscribe en ambos planes, se le cobrará una combinación de ambas primas. *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 + familia	\$8.75 por cheque de pago



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

	Emergent Plus	Emergent Premier	Platinum
Empleado + familia	\$7.00	\$9.50	\$19.50