

# 2022 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	\$49.50	\$34.50	\$77.00
Empleado + Espos(a)	\$327.50	\$294.00	\$406.50
Empleado + Hijo(s)	\$181.50	\$156.50	\$239.00
Empleado + Familia	\$376.00	\$327.00	\$498.00



## PLANES DENTALES

	Dental HMO	Dental PPO
Empleado solo	\$7.64	\$26.40
Empleado + Espos(a)	\$14.31	\$53.59
Empleado + Hijo(s)	\$10.88	\$48.06
Empleado + Familia	\$18.69	\$67.73



## 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 esposa(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