



## Comuníquese con PEBB

Comuníquese con PEBB de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. durante la Inscripción abierta, a través de:

**Teléfono:** 503-373-1102

**Correo electrónico:** [pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov)

## Tarifas de primas mensuales para jubilados

**Como participante jubilado, pagará el costo total de la cobertura, como se muestra en las tablas a continuación.**

*Nota: Todas las tarifas incluyen una comisión del 0.4 % y un costo de administración de la PEBB del 1.5 %.*

## Servicios médicos

Plan	Solo jubilado	Jubilado y cónyuge/ pareja de hecho	Jubilado e hijos	Jubilado y familia	Hijos únicamente <sup>5</sup>
Kaiser Traditional <sup>1</sup>	\$983.94	\$1,967.88	\$1,672.71	\$2,656.65	\$791.13
Kaiser Deductible <sup>1</sup>	\$852.64	\$1,705.27	\$1,449.48	\$2,302.12	\$690.03
Moda Synergy <sup>2</sup>	\$861.65	\$1,723.31	\$1,464.81	\$2,326.46	\$732.41
Providence Statewide <sup>3</sup>	\$957.40	\$1,914.83	\$1,627.58	\$2,585.00	\$813.81
Providence Choice <sup>2</sup>	\$852.87	\$1,705.75	\$1,449.89	\$2,302.75	\$724.94
Kaiser Traditional Part-time <sup>4</sup>	\$830.52	\$1,661.05	\$1,411.90	\$2,242.41	\$667.78
Kaiser Deductible Part-time <sup>4</sup>	\$700.72	\$1,401.43	\$1,191.22	\$1,891.94	\$605.93
Moda Synergy Part-time <sup>2</sup>	\$699.96	\$1,399.92	\$1,189.93	\$1,889.89	\$594.96
Providence Statewide Part-time <sup>3</sup>	\$777.73	\$1,555.52	\$1,322.17	\$2,099.91	\$661.07
Providence Choice Part-time <sup>2</sup>	\$691.15	\$1,382.30	\$1,174.95	\$1,866.09	\$587.46

<sup>1</sup> Disponible para participantes elegibles de PEBB en el área de servicio del plan. Incluye servicios de la visión de rutina de Kaiser.

<sup>2</sup> Disponible para participantes elegibles de PEBB en el área de servicio del plan.

<sup>3</sup> Disponible para participantes elegibles de PEBB.

<sup>4</sup> Disponible para participantes elegibles en el área de servicio del plan. Incluye examen de la vista únicamente.

<sup>5</sup> La cobertura para hijos únicamente está disponible solo para participantes jubilados y con cobertura en virtud de COBRA.



## Servicios de la visión

Plan	Solo jubilado	Jubilado y cónyuge/ pareja de hecho	Jubilado e hijos	Jubilado y familia	Hijos únicamente
VSP Basic	\$8.39	\$16.79	\$14.28	\$22.66	\$7.14
VSP Plus	\$15.61	\$31.25	\$26.55	\$42.17	\$13.28

## Servicios dentales

Plan	Solo jubilado	Jubilado y cónyuge/ pareja de hecho	Jubilado e hijos	Jubilado y familia	Hijos únicamente <sup>4</sup>
Kaiser Permanente <sup>1</sup>	\$64.34	\$128.69	\$109.40	\$173.74	\$51.86
Delta Dental Premier <sup>2</sup>	\$64.03	\$128.05	\$108.85	\$172.88	\$54.41
Delta Dental PPO <sup>2</sup>	\$59.16	\$118.31	\$100.58	\$159.75	\$50.29
Willamette Dental Group <sup>3</sup>	\$55.49	\$110.99	\$94.40	\$149.89	\$47.15
Delta Dental Premier Part-time <sup>2</sup>	\$46.07	\$92.16	\$78.34	\$124.41	\$39.16
Kaiser Permanente Part-time <sup>1</sup>	\$47.99	\$95.98	\$81.59	\$129.57	\$38.63

<sup>1</sup> Disponible para participantes elegibles de PEBB en el área de servicio del plan.

<sup>2</sup> Disponible para participantes elegibles de PEBB.

<sup>3</sup> Disponible para participantes elegibles de PEBB; en los centros del plan.

<sup>4</sup> La cobertura para hijos únicamente está disponible solo para participantes jubilados y con cobertura en virtud de COBRA.

