



Costos de miembros en 2024

Las siguientes tablas muestran el **costo total** de las primas para cada plan de beneficios principales.

- **Su empleador paga casi todo** el costo de las primas.
- Como empleado activo, **usted paga solo un pequeño porcentaje.**
 - » Más información acerca de [costos compartidos para los beneficios principales](#).
 - » También puede usar la [herramienta de estimación de primas](#) para calcular lo que puede llegar a pagar cada mes.
 - » Es posible que los empleados de tiempo parcial deban pagar más en función de las horas de trabajo. Comuníquese con su Oficina de Nómina para obtener un cálculo más preciso.

Nota: Todas las tarifas incluyen una comisión del 0.4 % y un costo de administración de la PEBB del 0.9 %.

Servicios médicos (costo compartido por usted y su empleador)

Plan	Solo para empleados	Empleado y cónyuge/ pareja de hecho	Empleado e hijos	Empleado y familia
Kaiser Traditional ¹	\$983.15	\$1,966.30	\$1,671.37	\$2,654.53
Kaiser Deductible ¹	\$851.96	\$1,703.92	\$1,448.32	\$2,300.28
Moda Synergy ²	\$860.97	\$1,721.94	\$1,463.64	\$2,324.61
Providence Statewide ³	\$956.64	\$1,913.28	\$1,626.28	\$2,582.94
Providence Choice ²	\$852.19	\$1,704.38	\$1,448.73	\$2,300.91
Kaiser Traditional Part-time ⁴	\$829.86	\$1,659.72	\$1,410.77	\$2,240.62
Kaiser Deductible Part-time ⁴	\$700.15	\$1,400.30	\$1,190.27	\$1,890.43
Moda Synergy Part-time ⁵	\$699.41	\$1,398.82	\$1,188.97	\$1,888.38
Providence Statewide Part-time ⁶	\$777.12	\$1,554.24	\$1,321.11	\$2,098.24
Providence Choice Part-time ⁴	\$690.60	\$1,381.20	\$1,174.02	\$1,864.60

¹ Disponible para empleados de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para la PEBB en el área de servicio del plan. Incluye servicios de la visión de rutina de Kaiser.

² Disponible para empleados de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para la PEBB en el área de servicio del plan.

³ Disponible para empleados de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para la PEBB.

⁴ Opción adicional disponible para empleados de tiempo parcial elegibles en el área de servicio del plan. Incluye examen de la vista únicamente.

⁵ Opción adicional disponible para empleados de tiempo parcial elegibles en el área de servicio del plan.

⁶ Opción adicional disponible para empleados de tiempo parcial elegibles.



Servicios de la visión (costo compartido por usted y su empleador)

Plan	Solo para empleados	Empleado y cónyuge/ pareja de hecho	Empleado e hijos	Empleado y familia
VSP Basic	\$8.34	\$16.69	\$14.20	\$22.53
VSP Plus	\$15.52	\$31.07	\$26.40	\$41.92

Servicios dentales (costo compartido entre usted y su empleador)

Plan	Solo para empleados	Empleado y cónyuge/ pareja de hecho	Empleado e hijos	Empleado y familia
Kaiser Permanente ¹	\$63.96	\$127.93	\$108.75	\$172.71
Delta Dental Premier ²	\$63.65	\$127.30	\$108.21	\$171.86
Delta Dental PPO ²	\$58.81	\$117.61	\$99.98	\$158.81
Willamette Dental Group ³	\$55.16	\$110.33	\$93.84	\$149.00
Delta Dental Premier Part-time ⁴	\$45.80	\$91.62	\$77.87	\$123.67
Kaiser Permanente Part-time ⁵	\$47.71	\$95.41	\$81.10	\$128.81

¹ Disponible para empleados de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para la PEBB en el área de servicio del plan.

² Disponible para empleados de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para la PEBB.

³ Disponible para empleados de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para la PEBB en los centros del plan.

⁴ Opción adicional disponible para empleados de tiempo parcial elegibles en los centros del plan.

⁵ Opción adicional disponible para empleados de tiempo parcial elegibles en el área de servicio del plan.

Costo de cobertura de VSP

Usted paga una parte de la prima si se inscribe en VSP Basic. Su parte de la prima es la misma tasa porcentual que su porcentaje de cobertura médica, que incluye la opción de exclusión.

VSP Plus tiene mejor cobertura para marcos, revestimientos y lentes progresivos. Para este plan, usted paga la parte de la prima del empleado para el plan Básico más la diferencia en el costo de la prima entre los planes Básico y Plus.

