



Tarifas de primas mensuales de pago autónomo

Como participante con pago autónomo, pagará el costo total de la cobertura, como se muestra en las tablas a continuación.

Nota: Todas las tarifas incluyen una comisión del 0.13 %.

Servicios médicos

Plan	Solo uno mismo	La persona y su cónyuge/pareja de hecho	La persona y los hijos	La persona y la familia
Kaiser Traditional ¹	\$993.45	\$1,976.60	\$1,681.67	\$2,664.83
Kaiser Deductible ¹	\$862.26	\$1,714.22	\$1,458.62	\$2,310.58
Moda Synergy ²	\$871.27	\$1,732.24	\$1,473.94	\$2,334.91
Providence Statewide ³	\$966.94	\$1,923.58	\$1,636.58	\$2,593.24
Providence Choice ²	\$862.49	\$1,714.68	\$1,459.03	\$2,311.21

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

² Disponible para participantes elegibles de PEBB en el área de servicio del plan.

³ Disponible para participantes elegibles de PEBB.

Servicios de la visión

Plan	Solo uno mismo	La persona y su cónyuge/pareja de hecho	La persona y los hijos	La persona y la familia
VSP Basic	\$8.34	\$16.69	\$14.20	\$22.53
VSP Plus	\$15.52	\$31.07	\$26.40	\$41.92

Servicios dentales

Plan	Solo uno mismo	La persona y su cónyuge/pareja de hecho	La persona y los hijos	La persona y la 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

¹ Disponible para participantes elegibles de PEBB en el área de servicio del plan.

² Disponible para participantes elegibles de PEBB.

³ Disponible para participantes elegibles de PEBB; en los centros del plan.