



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 %.

Beneficios

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	\$1,033.41	\$2,056.52	\$1,749.58	\$2,772.69
Kaiser Deductible ¹	\$896.88	\$1,783.46	\$1,517.49	\$2,404.07
Moda Synergy ²	\$908.88	\$1,807.46	\$1,537.89	\$2,436.50
Providence Statewide ³	\$1,008.72	\$2,007.14	\$1,707.62	\$2,706.07
Providence Choice ²	\$908.88	\$1,807.46	\$1,537.89	\$2,436.50

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.

Beneficios

Plan	Solo uno mismo	La persona y su cónyuge/pareja de hecho	La persona y los hijos	La persona y la familia
VSP Basic	\$8.05	\$16.10	\$13.69	\$21.75
VSP Plus	\$15.20	\$30.42	\$25.85	\$41.04

Beneficios

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	\$65.40	\$130.81	\$111.19	\$176.60
Delta Dental Premier ²	\$67.07	\$134.14	\$114.02	\$181.11
Delta Dental PPO ²	\$61.97	\$123.94	\$105.36	\$167.33
Willamette Dental Group ³	\$55.99	\$111.98	\$95.25	\$151.24

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.

