



## 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 <sup>1</sup>   | \$993.45       | \$1,976.60                              | \$1,681.67             | \$2,664.83              |
| Kaiser Deductible <sup>1</sup>    | \$862.26       | \$1,714.22                              | \$1,458.62             | \$2,310.58              |
| Moda Synergy <sup>2</sup>         | \$871.27       | \$1,732.24                              | \$1,473.94             | \$2,334.91              |
| Providence Statewide <sup>3</sup> | \$966.94       | \$1,923.58                              | \$1,636.58             | \$2,593.24              |
| Providence Choice <sup>2</sup>    | \$862.49       | \$1,714.68                              | \$1,459.03             | \$2,311.21              |

<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.

### 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 <sup>1</sup>       | \$63.96        | \$127.93                                | \$108.75               | \$172.71                |
| Delta Dental Premier <sup>2</sup>    | \$63.65        | \$127.30                                | \$108.21               | \$171.86                |
| Delta Dental PPO <sup>2</sup>        | \$58.81        | \$117.61                                | \$99.98                | \$158.81                |
| Willamette Dental Group <sup>3</sup> | \$55.16        | \$110.33                                | \$93.84                | \$149.00                |

<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.