

Primas mensuales para empleados del CYPRESS- FAIRBANKS ISD - 2022-2023

TRS-ACTIVECARE PLANS *

PRIMAS MENSUALES	TRS ActiveCare Primary	TRS ActiveCare HD	TRS ActiveCare Primary+	TRS ActiveCare 2**	SCOTT & WHITE HMO
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO	EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO (MÍNIMO DE 35 HORAS POR SEMANA)				
Empleado solamente	\$170	\$182	\$265	\$775	\$302.82
Empleado e hijo(s)	\$420	\$442	\$498	\$1,197	\$623.32
Empleado y cónyuge	\$677	\$709	\$763	\$1,941	\$889.22
Empleado y familia	\$852	\$890	\$1,036	\$2,347	\$1,079.20
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO	EMPLEADO DE TIEMPO PARCIAL (DE 15 A 34 HORAS POR SEMANA)				
Empleado solamente	\$170	\$182	\$265	\$775	\$302.82
Empleado e hijo(s)	\$483	\$505	\$561	\$1,260	\$623.32
Empleado y cónyuge	\$740	\$772	\$826	\$2,004	\$982.22
Empleado y familia	\$955	\$993	\$1,139	\$2,450	\$1,149.20
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO	SUPLENTES, TEMPORALES, TIEMPO PARCIAL (10+ HORAS POR SEMANA)				
Empleado solamente	\$395	\$407	\$496	\$1,013	\$527.82
Empleado e hijo(s)	\$709	\$731	\$798	\$1,507	\$848.32
Empleado y cónyuge	\$1,113	\$1,145	\$1,212	\$2,402	\$1,325.22
Empleado y familia	\$1,332	\$1,370	\$1,523	\$2,841	\$1,525.20

SEGURO DENTAL	Cigna PPO	Cigna DHMO	QCD of America Dental Discount	MSofA Dent-All Discount Plan (Visite el sitio web para detalles)	
Empleado solamente	\$ 37.72	\$ 9.48	Sin cargo	Plan A	\$10.00
Empleado y 1 dependiente	\$ 80.12	\$ 14.88	\$ 6.00	Plan B	\$ 5.00
Empleado y 2 o más dependientes	\$ 113.28	\$ 23.50	\$ 9.00	Plan C	\$ 5.00

SEGURO PARA LA VISIÓN	Guardian VSP Vision Plan A	Guardian VSP Vision Plan B	SEGURO POR DISCAPACIDAD	Assurant Employee Benefits
Empleado solamente	\$ 10.36	\$13.80	PLAN A (Visite el sitio web para detalles y primas)	\$5.56 - \$316.26
Empleado e hijo(s)	\$ 17.80	\$23.70		
Empleado y cónyuge	\$ 17.44	\$23.22	PLAN B (Visite el sitio web para detalles y primas)	\$4.98 - \$281.90
Empleado y familia	\$ 28.18	\$37.50		

Protección de identidad	iLock 360 Plus Plan	iLock 360 Premium Plan	SEGURO CONTRA EL CÁNCER Y OTRAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	Humana Insurance Company
Empleado solamente	\$ 8.00	\$ 15.00	Primas mensuales (Dependen de la selección de cobertura Visite el sitio web para ver los detalles del plan)	\$9.47 - \$118.39
Empleado e hijo(s)	\$ 13.00	\$ 20.00		
Empleado y cónyuge	\$ 15.00	\$ 22.00		
Empleado y familia	\$ 20.00	\$ 27.00		

SEGURO DE VIDA OPCIONAL	Opcional para el empleado	Opcional para el cónyuge	Opcional para hijo
Voya Financial	\$.59 - \$875.50	\$.30 - \$218.88	\$0.42

* PARA OTRAS TARIFAS PARA EMPLEADOS, VISITE EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO DE SEGURO
** PLAN CERRADO. SOLO PARA PARTICPANTES ACTUALES.