wellmark.com



# ¿CUÁNTO VOY A PAGAR?

## *APORTES DEL PLAN*

### *POR PERÍODO DE PAGO (SEMANAL)*

Sus primas médicas se basan en el plan que elija, su nivel de cobertura y si califica o no para recibir el descuento de bienestar.

| MÉDICA | PLAN PPO DE $1,500 BIENESTAR/NO BIENESTAR | PLAN PPO DE HDHP $3,000 BIENESTAR/NO BIENESTAR | PLAN PPO DE $5,000 BIENESTAR/NO BIENESTAR |
|---|---|---|---|
| Empleado | $57.23 / $68.08 | $26.08 / $31.15 | $15.23 / $18.23 |
| Empleado y cónyuge | $125.77 / $149.77 | $59.77 / $71.08 | $32.54 / $38.54 |
| Empleado e hijos | $106.85 / $127.15 | $51.92 / $61.85 | $29.08 / $34.38 |
| Familia | $187.62 / $223.38 | $90.00 / $106.85 | $47.54 / $56.54 |

| DENTAL Y VISIÓN | PLAN DENTAL BÁSICO | PLAN DENTAL DE COBERTURA AMPLIADA | DE VISIÓN |
|---|---|---|---|
| Empleado | $2.08 | $4.15 | $0.81 |
| Empleado y cónyuge | $3.92 | $7.85 | $1.62 |
| Empleado e hijos | $4.38 | $8.77 | $1.38 |
| Familia | $6.00 | $14.54 | $2.54 |

| COBERTURAS VOLUNTARIAS | INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA | ACCIDENTE |
|---|---|---|
| Empleado | $3.17 | $2.03 |
| Empleado y cónyuge | $7.70 | $2.88 |
| Empleado e hijos | $6.32 | $4.18 |
| Familia | $10.84 | $5.03 |

### ¿Qué es el descuento de bienestar?

Si se hace un examen físico y envía su formulario médico antes del 30 de noviembre, podrá recibir un descuento en sus primas médicas en el siguiente año del plan. Los empleados nuevos reciben automáticamente el descuento durante su primer año calendario.

¿Necesita ayuda para calcular sus costos totales o decidir qué plan es adecuado para usted? Comuníquese con un asesor de beneficios al **866-738-2023**.