



HOJA DE TARIFAS

Las tarifas que se muestran se basan en deducciones quincenal. Sus deducciones de nómina se tomarán después de impuestos.



Plan de Accidente

Cobertura	Costo
Sólo para usted	\$5.20
Usted mismo y su cónyuge	\$9.16
Usted mismo más niño(s)	\$10.76
Usted y su familia	\$14.48



Plan de Enfermedad crítica*

Usted puede inscribirse en una sola opción

No Tabaco

Valor nominal del empleado \$10,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
16-19	\$0.94	\$1.58	\$0.94	\$1.58
20-24	\$1.08	\$1.80	\$1.08	\$1.80
25-29	\$1.34	\$2.18	\$1.34	\$2.18
30-34	\$1.70	\$2.72	\$1.70	\$2.72
35-39	\$2.24	\$3.52	\$2.24	\$3.52
40-44	\$3.18	\$4.94	\$3.18	\$4.94
45-49	\$4.68	\$7.20	\$4.68	\$7.20
50-54	\$7.02	\$10.68	\$7.02	\$10.68
55-59	\$10.44	\$15.84	\$10.44	\$15.84
60-64	\$15.12	\$22.86	\$15.12	\$22.86
65-69	\$20.42	\$30.80	\$20.42	\$30.80
70-120	\$25.38	\$38.26	\$25.38	\$38.26

Valor nominal del empleado: \$20,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
16-19	\$1.32	\$2.12	\$1.32	\$2.12
20-24	\$1.58	\$2.52	\$1.58	\$2.52
25-29	\$2.12	\$3.32	\$2.12	\$3.32
30-34	\$2.82	\$4.38	\$2.82	\$4.38
35-39	\$3.90	\$6.00	\$3.90	\$6.00
40-44	\$5.78	\$8.82	\$5.78	\$8.82
45-49	\$8.80	\$13.34	\$8.80	\$13.34
50-54	\$13.46	\$20.34	\$13.46	\$20.34
55-59	\$20.30	\$30.62	\$20.30	\$30.62
60-64	\$29.66	\$44.66	\$29.66	\$44.66
65-69	\$40.26	\$60.54	\$40.26	\$60.54
70-120	\$50.18	\$75.46	\$50.18	\$75.46

Valor nominal del empleado \$30,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
16-19	\$1.68	\$2.64	\$1.68	\$2.64
20-24	\$2.10	\$3.26	\$2.10	\$3.26
25-29	\$2.88	\$4.46	\$2.88	\$4.46
30-34	\$3.94	\$6.04	\$3.94	\$6.04
35-39	\$5.58	\$8.48	\$5.58	\$8.48
40-44	\$8.40	\$12.72	\$8.40	\$12.72
45-49	\$12.90	\$19.48	\$12.90	\$19.48
50-54	\$19.90	\$29.96	\$19.90	\$29.96
55-59	\$30.18	\$45.40	\$30.18	\$45.40
60-64	\$44.20	\$66.44	\$44.20	\$66.44
65-69	\$60.08	\$90.28	\$60.08	\$90.28
70-120	\$74.98	\$112.64	\$74.98	\$112.64

TabacoValor nominal del empleado \$10,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
16-19	\$1.20	\$1.96	\$1.20	\$1.96
20-24	\$1.44	\$2.30	\$1.44	\$2.30
25-29	\$1.88	\$2.96	\$1.88	\$2.96
30-34	\$2.46	\$3.86	\$2.46	\$3.86
35-39	\$3.38	\$5.22	\$3.38	\$5.22
40-44	\$4.96	\$7.60	\$4.96	\$7.60
45-49	\$7.50	\$11.40	\$7.50	\$11.40
50-54	\$11.42	\$17.30	\$11.42	\$17.30
55-59	\$17.20	\$25.96	\$17.20	\$25.96
60-64	\$25.08	\$37.78	\$25.08	\$37.78
65-69	\$34.00	\$51.18	\$34.00	\$51.18
70-120	\$42.38	\$63.74	\$42.38	\$63.74

Valor nominal del empleado: \$20,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
16-19	\$1.82	\$2.84	\$1.82	\$2.84
20-24	\$2.28	\$3.54	\$2.28	\$3.54
25-29	\$3.18	\$4.88	\$3.18	\$4.88
30-34	\$4.36	\$6.66	\$4.36	\$6.66
35-39	\$6.18	\$9.40	\$6.18	\$9.40
40-44	\$9.36	\$14.16	\$9.36	\$14.16
45-49	\$14.42	\$21.76	\$14.42	\$21.76
50-54	\$22.28	\$33.54	\$22.28	\$33.54
55-59	\$33.82	\$50.86	\$33.82	\$50.86
60-64	\$49.58	\$74.50	\$49.58	\$74.50
65-69	\$67.42	\$101.26	\$67.42	\$101.26
70-120	\$84.16	\$126.40	\$84.16	\$126.40

Valor nominal del empleado \$30,000

<u>Rango de edad</u>	<u>Sólo para usted</u>	<u>Usted mismo y su cónyuge</u>	<u>Usted mismo más niño(s)</u>	<u>Usted y su familia</u>
16-19	\$2.44	\$3.74	\$2.44	\$3.74
20-24	\$3.14	\$4.78	\$3.14	\$4.78
25-29	\$4.46	\$6.78	\$4.46	\$6.78
30-34	\$6.26	\$9.46	\$6.26	\$9.46
35-39	\$9.00	\$13.56	\$9.00	\$13.56
40-44	\$13.74	\$20.70	\$13.74	\$20.70
45-49	\$21.36	\$32.10	\$21.36	\$32.10
50-54	\$33.12	\$49.78	\$33.12	\$49.78
55-59	\$50.44	\$75.76	\$50.44	\$75.76
60-64	\$74.06	\$111.22	\$74.06	\$111.22
65-69	\$100.82	\$151.36	\$100.82	\$151.36
70-120	\$125.94	\$189.06	\$125.94	\$189.06

* Las tarifas se basan en su edad actual (la de los suscriptores), pero aumentarán a medida que alcanza una franja de edad más alta.



Plan de Indemnización hospitalaria

<u>Cobertura</u>	<u>Costo</u>
Sólo para usted	\$7.12
Usted mismo y su cónyuge	\$16.10
Usted mismo más niño(s)	\$12.06
Usted y su familia	\$20.06

ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Los planes de salud suplementarios proporcionan beneficios limitados. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta o invitación a contratar. Se cree que la información es precisa a partir de la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte www.aetna.com.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras: si la cobertura provista por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE. UU., la cobertura se considerará inmediatamente inválida. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar por atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en

<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Los números de los formularios de póliza emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen: GR-96841, GR-96842, GR-96843 y/o GR-96844. AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.



Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682（フリーダイヤル）までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)
