

Tarifas De Primas De 2026 Comparadas Con Las De 2027



MILENDER WHITE - TARIFAS DE PRIMAS DE ARMONIZACIÓN – 2026 vs 2027

Empleados asalariados

Benefit	Prima 2026		Prima 2027	
DENTAL PPO				
Empleado	\$36.14		\$25.45	
Empleado + Cónyuge	\$72.31		\$51.10	
Empleado + Hijo(s)	\$103.69		\$59.97	
Empleado + Familia	\$150.95		\$87.52	
DENTAL HMO				
Empleado	\$11.60		\$0.00	
Empleado + Cónyuge	\$20.26		\$0.00	
Empleado + Hijo(s)	\$24.95		\$0.00	
Empleado + Familia	\$35.92		\$0.00	
VISIÓN				
Con cobertura médica				
Empleado	\$0.00	\$5.73	\$0.00	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$2.57	\$8.30	\$7.44	\$6.32
Empleado + Hijo(s)	\$2.57	\$8.30	\$6.70	\$5.58
Empleado + Familia	\$9.16	\$14.89	\$9.80	\$8.68
PLAN MÉDICO BÁSICO				
Empleado	\$0.00		\$92.06	
Empleado + Cónyuge	\$0.00		\$196.19	
Empleado + Hijo(s)	\$0.00		\$170.22	
Empleado + Familia	\$0.00		\$275.27	
PLAN MÉDICO PPO				
Empleado	\$721.45		N/A	
Empleado + Cónyuge	\$1,531.81		N/A	
Empleado + Hijo(s)	\$1,255.13		N/A	
Empleado + Familia	\$2,158.66		N/A	
HDHP MÉDICO				
			HDHP 4K	HDHP 2K
Empleado	\$220.79		\$0.00	\$38.84
Empleado + Cónyuge	\$457.13		\$0.00	\$82.76
Empleado + Hijo(s)	\$374.04		\$0.00	\$71.80
Empleado + Familia	\$644.12		\$0.00	\$116.12
HMO MÉDICO (solo California)				
Empleado	N/A		\$93.07	
Empleado + Cónyuge	N/A		\$614.24	
Empleado + Hijo(s)	N/A		\$558.40	
Empleado + Familia	N/A		\$837.60	

Empleados por hora

Benefit	Prima 2026	Prima 2027		
DENTAL PPO				
Empleado	\$36.14	\$25.45		
Empleado + Cónyuge	\$72.31	\$51.10		
Empleado + Hijo(s)	\$103.69	\$59.97		
Empleado + Familia	\$150.95	\$87.52		
DENTAL HMO				
Empleado	\$11.60	\$0.00		
Empleado + Cónyuge	\$20.26	\$0.00		
Empleado + Hijo(s)	\$24.95	\$0.00		
Empleado + Familia	\$35.92	\$0.00		
VISIÓN				
	Con cobertura médica	Sin cobertura médica	VSP	EyeMed
Empleado	\$0.00	\$5.73	\$0.00	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$2.57	\$8.30	\$7.44	\$6.32
Empleado + Hijo(s)	\$2.57	\$8.30	\$6.70	\$5.58
Empleado + Familia	\$9.16	\$14.89	\$9.80	\$8.68
PLAN MÉDICO BÁSICO				
	Antes de los 12 meses de servicio	Tras 12 meses de servicio		
Empleado	\$127.81	\$0.00	\$92.06	
Empleado + Cónyuge	\$990.45	\$862.64	\$196.19	
Empleado + Hijo(s)	\$711.41	\$583.60	\$170.22	
Empleado + Familia	\$1,618.21	\$1,490.40	\$275.27	
PLAN MÉDICO PPO				
	Antes de los 12 meses de servicio	Tras 12 meses de servicio		
Empleado	\$849.26	\$721.45	N/A	
Empleado + Cónyuge	\$2,522.26	\$2,394.45	N/A	
Empleado + Hijo(s)	\$1,966.54	\$1,838.73	N/A	
Empleado + Familia	\$3,776.87	\$3,649.06	N/A	
HDHP MÉDICO				
	Antes de los 12 meses de servicio	Tras 12 meses de servicio	HDHP 4K	HDHP 2K
Empleado	\$305.21	\$220.79	\$0.00	\$38.84
Empleado + Cónyuge	\$1,085.68	\$999.96	\$0.00	\$82.76
Empleado + Hijo(s)	\$818.21	\$736.39	\$0.00	\$71.80
Empleado + Familia	\$1,670.70	\$1,590.18	\$0.00	\$116.12
HMO MÉDICO (solo California)				
Empleado	N/A		\$93.07	
Empleado + Cónyuge	N/A		\$614.24	
Empleado + Hijo(s)	N/A		\$558.40	
Empleado + Familia	N/A		\$837.60	

Descargo de responsabilidad: Esta información es solo para fines informativos y no incluye todos los detalles del plan. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener información completa. En caso de discrepancia, regirán los documentos oficiales del plan.