



Información sobre los beneficios del seguro para empleados

Los beneficios del seguro están disponibles solo para empleados calificados, lo que incluye el estatus de tiempo completo y un período de evaluación después de la contratación. Este documento es sólo para referencia. Es necesario completar un formulario de inscripción para poder inscribirse en cualquier plan. Para obtener detalles adicionales, incluida información específica del plan, cualquier pregunta o para inscribirse en un plan, comuníquese con la asistente de Recursos Humanos Emma Sadle al 971-570-4337 u oficina@familyreliefresources.com.

Opciones del plan médico de Kaiser Permanente:

Family Relief Resources contribuye hasta \$550 para el costo mensual del plan. Todas las opciones del plan incluyen beneficios de naturopatía, quiropráctico y acupuntura. El plan PPO de doble opción también incluye acceso a algunos proveedores fuera de la red de Kaiser.

Los números al final de cada título del plan significan lo siguiente:

Deducible/Copago de visita al consultorio del PCP/Coaseguro/Gastos de bolsillo (OOP) máximos

Nombre del plan	Costo solo para empleados	Empleado y cónyuge	Empleado e hijo(s)	Empleado y familia
CSH4-DED PLAN B 500/10/20%/2000	\$766.39 (\$216.39 después de la contribución de FRR)	\$1,532.78 (\$982.78 después de la contribución de FRR)	\$1,379.50 (\$829.50 después de la contribución de FRR)	\$2,299.17 (\$1,749.17 después de la contribución de FRR)
DUB4- PPO DE DOBLE OPCIÓN PLAN B 500/10%/10%/3000	\$908.89 (\$358.89 después de la contribución de FRR)	\$1,817.78 (\$1,267.78 después de la contribución de FRR)	\$1,636.00 (\$1,086.00 después de la contribución de FRR)	\$2,726.67 (\$2,176.67 después de la contribución de FRR))
BSL4-DED PLAN L 6000/35/20%/7500	\$551.22 (\$0 después de la contribución de FRR)	\$1,102.44 (\$552.44 después de la contribución de FRR)	\$992.20 (\$442.20 después de la contribución de FRR)	\$1,653.66 (\$1,103.66 después de la contribución de FRR)

Opciones del plan dental y de visión de United Healthcare:

Los servicios dentales y de la vista los paga el empleado en su totalidad.

Nombre del plan	Costo solo para suscriptores	Suscriptor y cónyuge	Suscriptor e hijo(s)	Suscriptor y familia
Dental	\$49.25	\$98.48	\$109.46	\$166.74

Descripción general del plan dental

Comuníquese con
Recursos Humanos para
obtener detalles
adicionales del plan,
preguntas o inscripción.

Nombre del plan	Costo solo para suscriptores	Suscriptor y cónyuge	Suscriptor e hijo(s)	Suscriptor y familia
Visión	\$5.94	\$11.26	\$13.21	\$18.60

1. Buy-Up Kaiser plan: CSL4 DED PLAN E 1500/25/20%/5500 or 5T24 DED PLAN F 2000/25/20%/6000
2. Buy-up Dual Choice PPO plan: DUF4 PPO PLAN F 2000/25/20%/6000

Descripción general del plan de visión

Comuníquese con
Recursos Humanos para
obtener detalles
adicionales del plan,
preguntas o inscripción.