



# PRIMAS MENSUALES PARA EL AÑO FISCAL 2026-27

## Facultad, Funcionarios, Personal Universitario y Personal Clasificado

Planes Médicos	Plan de Salud de CU – Exclusive			Plan de Salud de CU – Pathway		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO
Empleado	\$999.50	\$865.50	\$134.00	\$949.50	\$865.50	\$84.00
Empleado + Cónyuge	\$2,031.00	\$1,720.00	\$311.00	\$1,939.00	\$1,720.00	\$219.00
Empleado + Hijo(s)	\$1,938.50	\$1,665.50	\$273.00	\$1,882.50	\$1,665.50	\$217.00
Familia	\$3,053.50	\$2,615.00	\$438.50	\$2,961.00	\$2,615.00	\$346.00

  

	Plan de Salud de CU – High Deductible			Plan de Salud de CU – Kaiser		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO
Employee only	\$865.50	\$865.50	\$0.00	\$1,177.00	\$865.50	\$311.50
Empleado + Cónyuge	\$1,747.00	\$1,720.00	\$27.00	\$2,439.00	\$1,720.00	\$719.00
Employee + Child(ren)	\$1,689.50	\$1,665.50	\$24.00	\$2,243.50	\$1,665.50	\$578.00
Familia	\$2,654.00	\$2,615.00	\$39.00	\$3,589.50	\$2,615.00	\$974.50

Planes Dentales	Plan de Salud de CU – Dental Essential			Plan de Salud de CU – Dental Choice			Plan de Visión	Plan de Salud de CU – Vision		
	COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO	COSTO TOTALE	CONTRIBUCIÓN DE CU	YOUR COST		COSTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DE CU	SU COSTO
Empleado	\$33.00	\$33.00	\$0.00	\$58.00	\$39.00	\$19.00	Empleado	\$7.30	\$0.00	\$7.30
Empleado + Cónyuge	\$66.00	\$47.00	\$19.00	\$116.00	\$58.50	\$57.50	Empleado + Cónyuge	\$12.80	\$0.00	\$12.80
Empleado + Hijo(s)	\$71.00	\$46.50	\$24.50	\$125.50	\$58.00	\$67.50	Empleado + Hijo(s)	\$13.80	\$0.00	\$13.80
Familia	\$103.50	\$48.00	\$55.50	\$183.00	\$65.00	\$118.00	Familia	\$21.10	\$0.00	\$21.10





# PRIMAS MENSUALES PARA EL AÑO FISCAL 2026-27

## Facultad, Funcionarios, Personal Universitario y Personal Clasificado

### Discapacidad a Corto-Plazo

#### Facultad y Personal Universitario

Los empleados que califiquen para estos beneficios recibirán el 60 por ciento de su salario semanal previo a la discapacidad, hasta un máximo de \$2,500.

Para calcular su costo de cobertura mensual:

Pasos	Ejemplo
Multiplique su salario mensual por 0.60. Este es el porcentaje de su salario mensual que recibirá mientras esté en incapacidad a corto plazo.	$\$5,000 \times .60 = \$3,000$
Divida ese número por 100.	$\$3,000/100 = \$30$
Multiplique este monto por la tasa 0.1615. El resultado es el monto que se descontará mensualmente de su pago por esta cobertura.	$\$30 \times .1615 = \$4.85$

### Discapacidad a Largo-Plazo

#### Personal Clasificado

Multiplique su salario mensual por la tasa de acuerdo a su edad para obtener el monto de su prima mensual.

Edad	Con derechos (vested)*	Sin derechos (non-vested)
Under age 30	\$0.0010	\$0.0028
30-34	\$0.0011	\$0.0034
35-39	\$0.0014	\$0.0042
40-44	\$0.0019	\$0.0058
45-49	\$0.0030	\$0.0089
50-54	\$0.0044	\$0.0132
55-59	\$0.0061	\$0.0194
60-64	\$0.0066	\$0.0199
65+	\$0.0081	\$0.0242

\*Necesita cinco años de servicio con PERA para tener derechos adquiridos.

### Seguro de Vida Opcional

Esta cobertura incluye la cobertura por muerte accidental y desmembramiento para empleado o cónyuge.

Edad	Tarifa estándar por cada \$1,000 de cobertura
> 20 años	\$0.038
20-24	\$0.040
25-29	\$0.042
30-34	\$0.042
35-39	\$0.046
40-44	\$0.060
45-49	\$0.084
50-54	\$0.122
55-59	\$0.196
60-64	\$0.352
65-69	\$0.582
70-74	\$1.036
75+	\$1.156

### Seguro de Vida Opcional

Esta cobertura incluye la cobertura por muerte accidental y desmembramiento para hijos, con una inscripción que cubre a todos los hijos elegibles en su familia.

	Monto de cobertura	Costo mensual
Opción A:	\$5,000 a término grupal + \$5,000 AD&D*	\$0.60
Opción B:	\$10,000 a término grupal + \$10,000 AD&D*	\$1.20

\*Muerte accidental y desmembramiento

### Voluntary AD&D

	Coverage amount	Costo mensual
Empleado o Cónyuge	\$10,000 a \$250,000	\$0.24 por cada \$10,000 en cobertura
Hijo(s)	\$5,000	\$0.12

