

TULSA PUBLIC SCHOOLS

MONTHLY INSURANCE DEDUCTIONS

EFFECTIVE JANUARY 1, 2027 - DECEMBER 31, 2027

Certified and support employees eligible for Flexible Benefit Allowance (FBA) in the amount of \$818.66**
(Eligible support employees are defined as working 6 hours or more on a regular contract)

Health Insurance Plans	Member Only	Member+ Child	Member+ Children	Member+ Spouse	Member+ Spouse+ Child	Member+ Spouse+ Children
HealthChoice High Deductible Health Plan (HDHP) *1	(229.84)	73.90	283.98	461.66	765.40	975.48
HealthChoice High & High Alternative	0.00	411.80	698.78	959.80	1,371.60	1,658.58
HealthChoice Basic & Basic Alternative *2	(147.14)	199.16	438.64	640.92	987.22	1,226.70
CommunityCare HMO *3	(69.30)	460.68	830.10	941.04	1,471.02	1,840.44
GlobalHealth HMO	438.48	1,156.38	1,610.84	2,294.12	3,012.02	3,466.48

*1 - You will be paid \$229.84 per month (\$2,758.08 per year) with the HDHP and may open a pre-tax HSA.

*2 - You will be paid \$147.14 per month (\$1,765.68 per year) if you choose HealthChoice Basic.

*3 - You will be paid \$69.30 per month (\$831.60 per year) if you choose CommunityCare HMO.

Dental Insurance Plans	Member Only	Member+ Child	Member+ Children	Member+ Spouse	Member+ Spouse+ Child	Member+ Spouse+ Children
BCBSOK BlueCare Dental High Plan	28.28	60.08	109.48	67.56	99.36	148.76
BCBSOK BlueCare Dental Low Plan	13.92	35.44	66.60	38.84	60.36	91.52
Cigna Prepaid (GAOV9)	2.94	10.26	17.16	13.00	20.32	27.22
Delta Dental PPO	30.30	66.22	121.12	71.60	107.52	162.42
Delta Dental PPO - Choice	7.60	50.04	110.58	49.72	92.16	152.70
HealthChoice Dental	40.60	82.32	147.58	92.20	133.92	199.18
MetLife High Classic MAC	46.46	95.70	168.52	103.92	153.16	225.98
MetLife Low Classic MAC	19.14	45.00	82.84	49.28	75.14	112.98
Sun Life Preferred Active PPO	29.48	59.72	110.70	69.74	99.98	150.96

*Employees scheduled for 20-29 hours per week, add an additional \$5.50 to the premium.

Vision Insurance Plans	Member Only	Member+ Child	Member+ Children	Member+ Spouse	Member+ Spouse+ Child	Member+ Spouse+ Children
Primary Vision Care Services (PVCS)	10.40	19.60	21.90	19.68	28.88	31.18
Superior Vision	7.40	14.36	21.70	14.74	21.70	29.04
Unity Vision (formerly VCD of OK)	15.48	26.44	39.96	26.44	37.40	50.92
Vision Service Plan (VSP)	8.62	14.20	20.84	14.28	19.86	26.50

**Support employees that work 20-29 hours per week are not eligible for Flexible Benefit Allowance (FBA)

Health Insurance Plans	Member Only	Member+ Child	Member+ Children	Member+ Spouse	Member+ Spouse+ Child	Member+ Spouse+ Children
HealthChoice High Deductible Health Plan (HDHP)	294.41	598.15	808.23	985.91	1,289.65	1,499.73
HealthChoice High & High Alternative	409.33	821.13	1,108.11	1,369.13	1,780.93	2,067.91
HealthChoice Basic & Basic Alternative	335.76	682.06	921.54	1,123.82	1,470.12	1,709.60
CommunityCare HMO	374.68	904.66	1,274.08	1,385.02	1,915.00	2,284.42
GlobalHealth HMO	628.57	1,346.47	1,800.93	2,484.21	3,202.11	3,656.57

ESCUELAS PÚBLICAS DE TULSA

DEDUCCIONES MENSUALES DEL SEGURO

VIGENTE DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2027

Empleados certificados y de apoyo elegibles para recibir la prestación de beneficios flexibles (FBA) de \$818.66**
(Los empleados de apoyo elegibles que trabajan 6 horas o más bajo un contrato regular)

Planes de Seguros de Salud		Solo miembro	Miembro+ Hijo	Miembro+ Hijos	Miembro+ Cónyuge	Miembro+ Cónyuge+ Hijo	Miembro+ Cónyuge+ Hijos
HealthChoice Plan Médico con Deducible Alto (HDHP)	*1	(229.84)	73.90	283.98	461.66	765.40	975.48
HealthChoice Alto y Alternativo Alto		0.00	411.80	698.78	959.80	1,371.60	1,658.58
HealthChoice Básico y Alternativo Básico	*2	(147.14)	199.16	438.64	640.92	987.22	1,226.70
CommunityCare HMO	*3	(69.30)	460.68	830.10	941.04	1,471.02	1,840.44
GlobalHealth HMO		438.48	1,156.38	1,610.84	2,294.12	3,012.02	3,466.48

*1 - Recibirá \$229.84 al mes (\$2,758.08 al año) con el HDHP y podrá abrir una HSA antes de impuestos.

*2 - Recibirá \$147.14 al mes (\$1,765.68 al año) si elige HealthChoice Básico.

*3 - Recibirá \$69.30 al mes (\$831.60 al año) si elige CommunityCare HMO.

Planes de Seguros Dental		Solo miembro	Miembro+ Hijo	Miembro+ Hijos	Miembro+ Cónyuge	Miembro+ Cónyuge+ Hijo	Miembro+ Cónyuge+ Hijos
BCBSOK BlueCare Plan Dental Alto		28.28	60.08	109.48	67.56	99.36	148.76
BCBSOK BlueCare Plan Dental Bajo		13.92	35.44	66.60	38.84	60.36	91.52
Cigna Prepago (GAOV9)		2.94	10.26	17.16	13.00	20.32	27.22
Delta Dental PPO		30.30	66.22	121.12	71.60	107.52	162.42
Delta Dental PPO - Elección		7.60	50.04	110.58	49.72	92.16	152.70
HealthChoice Dental		40.60	82.32	147.58	92.20	133.92	199.18
MetLife Alto Classic MAC		46.46	95.70	168.52	103.92	153.16	225.98
MetLife Bajo Classic MAC		19.14	45.00	82.84	49.28	75.14	112.98
Sun Life PPO Activo Preferido		29.48	59.72	110.70	69.74	99.98	150.96

*Empleados de 20-29 horas por semana: agregue \$5.50 a la prima

Planes de Seguros de Visión		Solo miembro	Miembro+ Hijo	Miembro+ Hijos	Miembro+ Cónyuge	Miembro+ Cónyuge+ Hijo	Miembro+ Cónyuge+ Hijos
Primary Vision Care Services (PVCS)		10.40	19.60	21.90	19.68	28.88	31.18
Superior Vision		7.40	14.36	21.70	14.74	21.70	29.04
Unity Vision (antes VCD of OK)		15.48	26.44	39.96	26.44	37.40	50.92
Vision Service Plan (VSP)		8.62	14.20	20.84	14.28	19.86	26.50

**Empleados de apoyo no elegibles para recibir el FBA son aquellos que trabajan de 20 a 29 horas por semana

Planes de Seguros de Salud		Solo miembro	Miembro+ Hijo	Miembro+ Hijos	Miembro+ Cónyuge	Miembro+ Cónyuge+ Hijo	Miembro+ Cónyuge+ Hijos
HealthChoice Plan Médico con Deducible Alto (HDHP)		294.41	598.15	808.23	985.91	1,289.65	1,499.73
HealthChoice Alto y Alternativo Alto		409.33	821.13	1,108.11	1,369.13	1,780.93	2,067.91
HealthChoice Básico y Alternativo Básico		335.76	682.06	921.54	1,123.82	1,470.12	1,709.60
CommunityCare HMO		374.68	904.66	1,274.08	1,385.02	1,915.00	2,284.42
GlobalHealth HMO		628.57	1,346.47	1,800.93	2,484.21	3,202.11	3,656.57