BCBSM BENEFIT AND RATE SCHEDULE

Blue Cross Blue Shield Blue Care Network of Michigan

NORTH ADAMS JEROME PUBLIC SCH
CID: 404978 GROUP/DIVISION:007025311_0002
Funding Type: Small Group Rated
Rating Area: G

Your benefit package has been renewed at the following rates and is effective from **07/01/2023** through **06/30/2024**.

Age	Total	Medical + Pharmacy	Dental	Vision
0	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
1	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
2	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
3	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
4	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
5	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
6	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
7	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
8	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
9	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
10	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
11	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
12	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
13	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
14	$ 285.90	$ 285.90	$ 0.00	$ 0.00
15	$ 311.31	$ 311.31	$ 0.00	$ 0.00
16	$ 321.03	$ 321.03	$ 0.00	$ 0.00
17	$ 330.74	$ 330.74	$ 0.00	$ 0.00
18	$ 341.21	$ 341.21	$ 0.00	$ 0.00
19	$ 351.67	$ 351.67	$ 0.00	$ 0.00
20	$ 362.51	$ 362.51	$ 0.00	$ 0.00
21	$ 373.72	$ 373.72	$ 0.00	$ 0.00
22	$ 373.72	$ 373.72	$ 0.00	$ 0.00
23	$ 373.72	$ 373.72	$ 0.00	$ 0.00
24	$ 373.72	$ 373.72	$ 0.00	$ 0.00
25	$ 375.21	$ 375.21	$ 0.00	$ 0.00
26	$ 382.69	$ 382.69	$ 0.00	$ 0.00
27	$ 391.66	$ 391.66	$ 0.00	$ 0.00
28	$ 406.23	$ 406.23	$ 0.00	$ 0.00
29	$ 418.19	$ 418.19	$ 0.00	$ 0.00
30	$ 424.17	$ 424.17	$ 0.00	$ 0.00
31	$ 433.14	$ 433.14	$ 0.00	$ 0.00
32	$ 442.11	$ 442.11	$ 0.00	$ 0.00
33	$ 447.72	$ 447.72	$ 0.00	$ 0.00
34	$ 453.70	$ 453.70	$ 0.00	$ 0.00

Age	Total	Medical + Pharmacy	Dental	Vision
35	$ 456.69	$ 456.69	$ 0.00	$ 0.00
36	$ 459.68	$ 459.68	$ 0.00	$ 0.00
37	$ 462.67	$ 462.67	$ 0.00	$ 0.00
38	$ 465.66	$ 465.66	$ 0.00	$ 0.00
39	$ 471.63	$ 471.63	$ 0.00	$ 0.00
40	$ 477.61	$ 477.61	$ 0.00	$ 0.00
41	$ 486.58	$ 486.58	$ 0.00	$ 0.00
42	$ 495.18	$ 495.18	$ 0.00	$ 0.00
43	$ 507.14	$ 507.14	$ 0.00	$ 0.00
44	$ 522.09	$ 522.09	$ 0.00	$ 0.00
45	$ 539.65	$ 539.65	$ 0.00	$ 0.00
46	$ 560.58	$ 560.58	$ 0.00	$ 0.00
47	$ 584.12	$ 584.12	$ 0.00	$ 0.00
48	$ 611.03	$ 611.03	$ 0.00	$ 0.00
49	$ 637.57	$ 637.57	$ 0.00	$ 0.00
50	$ 667.46	$ 667.46	$ 0.00	$ 0.00
51	$ 696.99	$ 696.99	$ 0.00	$ 0.00
52	$ 729.50	$ 729.50	$ 0.00	$ 0.00
53	$ 762.39	$ 762.39	$ 0.00	$ 0.00
54	$ 797.89	$ 797.89	$ 0.00	$ 0.00
55	$ 833.40	$ 833.40	$ 0.00	$ 0.00
56	$ 871.89	$ 871.89	$ 0.00	$ 0.00
57	$ 910.76	$ 910.76	$ 0.00	$ 0.00
58	$ 952.24	$ 952.24	$ 0.00	$ 0.00
59	$ 972.79	$ 972.79	$ 0.00	$ 0.00
60	$ 1014.28	$ 1014.28	$ 0.00	$ 0.00
61	$ 1050.15	$ 1050.15	$ 0.00	$ 0.00
62	$ 1073.70	$ 1073.70	$ 0.00	$ 0.00
63	$ 1103.22	$ 1103.22	$ 0.00	$ 0.00
64	$ 1121.16	$ 1121.16	$ 0.00	$ 0.00
65+	$ 1121.16	$ 1121.16	$ 0.00	$ 0.00

Medicare Supplemental Benefit Rates				
Age	Total	Medical + Pharmacy	Dental	Vision
All	$ 992.30	$ 992.30	$ 0.00	$ 0.00

RATES ARE SUBJECT TO CHANGE BASED ON DEPT. OF INSURANCE & FINANCIAL SERVICES APPROVAL