

	Gold 1500	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$1,500 / \$3,000	\$3,000 / \$6,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$7,000 / \$14,000	\$25,000 / \$50,000
Servicios Preventivos	Totalmente cubierto	25% después del deducible [^]
Cobertura de Medicamentos Preventivos	Totalmente cubierto	50% después del deducible
Beneficio por Accidente	Totalmente cubierto hasta \$500, en los 90 días siguientes al accidente	
Visitas al Consultorio: Atención Primaria, Cuidados Urgentes y Especialistas	10% después del deducible	50% después del deducible
Telesalud	10% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos	10% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de Laboratorio / Radiografías	10% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	10% después del deducible	50% después del deducible
Cirugías para Pacientes Externos	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Emergencia	10% después del deducible	
Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 10 / Acupuntura: 12	10% después del deducible	50% después del deducible
Cobertura de Medicamentos de Prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Nivel 3: \$75 sin deducible Nivel 4: \$250 sin deducible	50% después del deducible
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto hasta \$40
Lentes y Armazones Pediátricos	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 10%	

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado.

[^]Los cuidados para bebés/niños sanos y las mamografías preventivas se cubren en su totalidad dentro y fuera de la red.

[†]Disponible solamente de manera directa

Los servicios fuera de la red se cubren hasta el monto permitido. Una vez alcanzado ese monto, los miembros pudieran tener que pagar el saldo facturado.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-673-7200** o envíe un email a CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un plan.

Ayuda con la accesibilidad: si necesita ayuda para leer esta gráfica o el resto del documento, por favor llámenos al teléfono 888-977-9299, TTY: 711.

Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

	Silver 3000 [†]	Silver 4000 [†]	Silver 5000	Silver HSA 3500	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$3,000 / \$6,000	\$4,000 / \$8,000	\$5,000 / \$10,000	\$3,500 / \$7,000	Silver 3000: \$6,000 / \$12,000 Silver 4000: \$8,000 / \$16,000 Silver 5000: \$10,000 / \$20,000 Silver HSA 3500: \$7,000 / \$14,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$9,400 / \$18,800	\$9,400 / \$18,800	\$7,600 / \$15,200	\$6,700 / \$13,400	\$25,000 / \$50,000
Servicios Preventivos	Totalmente cubierto				25% después del deducible [^]
Cobertura de Medicamentos Preventivos	Totalmente cubierto				50% después del deducible
Beneficio por Accidente	Totalmente cubierto hasta \$500, en los 90 días siguientes al accidente				
Visitas al Consultorio: Atención Primaria, Cuidados Urgentes y Especialistas	Atención primaria: \$35 sin deducible Cuidados urgentes: \$35 sin deducible Especialistas: \$70 después del deducible	Atención primaria: \$20 sin deducible Cuidados urgentes: \$20 sin deducible Especialistas: \$40 sin deducible	Atención primaria: \$35 sin deducible Cuidados urgentes: \$35 sin deducible Especialistas: \$70 sin deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$35 sin deducible	\$20 sin deducible	\$35 sin deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos	40% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de Laboratorio / Radiografías	40% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	40% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Cirugías para Pacientes Externos	40% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Emergencia	40% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 10 / Acupuntura: 12	\$35 sin deducible	\$20 sin deducible	\$35 sin deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Cobertura de Medicamentos de Prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$60 sin deducible Nivel: 3: \$100 sin deducible Nivel: 4: \$250 sin deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto				Totalmente cubierto hasta \$40
Lentes y Armazones Pediátricos	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 40%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 30%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 30%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 25%	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado.

[^]Los cuidados para bebés/niños sanos y las mamografías preventivas se cubren en su totalidad dentro y fuera de la red.

[†]Disponible solamente de manera directa

Los servicios fuera de la red se cubren hasta el monto permitido. Una vez alcanzado ese monto, los miembros pudieran tener que pagar el saldo facturado.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-673-7200** o envíe un email a CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un plan.

Ayuda con la accesibilidad: si necesita ayuda para leer esta gráfica o el resto del documento, por favor llámenos al teléfono 888-977-9299, TTY: 711.

Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

	Bronze 7000	Bronze 9400	Bronze HSA 7500	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$7,000 / \$14,000	\$9,400 / \$18,800	\$7,500 / \$15,000	Bronze 7000: \$14,000 / \$28,000 Bronze 9400: \$18,800 / \$37,600 Bronze HSA 7500: \$15,000 / \$30,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$9,400 / \$18,800	\$9,400 / \$18,800	\$7,500 / \$15,000	\$25,000 / \$50,000
Servicios Preventivos	Totalmente cubierto			25% después del deducible ^A
Cobertura de Medicamentos Preventivos	Totalmente cubierto			50% después del deducible
Beneficio por Accidente	Totalmente cubierto hasta \$500, en los 90 días siguientes al accidente			
Visitas al Consultorio: Atención Primaria, Cuidados Urgentes y Especialistas	Atención primaria/cuidados urgentes: \$35 sin deducible Especialistas: \$70 después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$35 sin deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de Laboratorio / Radiografías	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cirugías para Pacientes Externos	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Emergencia	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 10 / Acupuntura: 12	\$35 sin deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cobertura de Medicamentos de Prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto			Totalmente cubierto hasta \$40
Lentes y Armazones Pediátricos	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 40%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 0%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 0%	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado.

^ALos cuidados para bebés/niños sanos y las mamografías preventivas se cubren en su totalidad dentro y fuera de la red.

¹Disponible solamente de manera directa

Los servicios fuera de la red se cubren hasta el monto permitido. Una vez alcanzado ese monto, los miembros pudieran tener que pagar el saldo facturado.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-673-7200** o envíe un email a CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un plan.

Ayuda con la accesibilidad: si necesita ayuda para leer esta gráfica o el resto del documento, por favor llámenos al teléfono 888-977-9299, TTY: 711.

Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

	Standard Gold	Standard Silver	Standard Expanded Bronze	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$1,500 / \$3,000	\$5,900 / \$11,800	\$7,500 / \$15,000	Std. Gold: \$4,000 / \$8,000 Std. Silver: \$11,800 / \$23,600 Std. Expanded Bronze: \$15,000 / \$30,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$8,700 / \$17,400	\$9,100 / \$18,200	\$9,400 / \$18,800	\$25,000 / \$50,000
Servicios Preventivos	Totalmente cubierto			25% después del deducible [^]
Cobertura de Medicamentos Preventivos	Totalmente cubierto			50% después del deducible
Beneficio por Accidente	No está cubierto			
Visitas al Consultorio: Atención Primaria, Cuidados Urgentes y Especialistas	Atención primaria: \$30 sin deducible Cuidados urgentes: \$45 sin deducible Especialistas: \$60 sin deducible	Atención primaria: \$40 sin deducible Cuidados urgentes: \$60 sin deducible Especialistas: \$80 sin deducible	Atención primaria: \$50 sin deducible Cuidados urgentes: \$75 sin deducible Especialistas: \$100 sin deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$30 sin deducible	\$40 sin deducible	\$50 sin deducible	50% después del deducible
Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos	25% después del deducible	40% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de Laboratorio / Radiografías	25% después del deducible	40% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	\$30 sin deducible	\$40 sin deducible	\$50 sin deducible	50% después del deducible
Cirugías para Pacientes Externos	25% después del deducible	40% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Emergencia	25% después del deducible	40% después del deducible	50% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 10 / Acupuntura: 12	\$30 sin deducible	\$40 sin deducible	\$50 sin deducible	50% después del deducible
Cobertura de Medicamentos de Prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$30 sin deducible Nivel 3: \$60 sin deducible Nivel 4: \$250 sin deducible	Nivel 1: \$20 sin deducible Nivel 2: \$40 sin deducible Nivel 3: \$80 después del deducible Nivel 4: \$350 después del deducible	Nivel 1: \$25 sin deducible Nivel 2: \$50 después del deducible Nivel 3: \$100 después del deducible Nivel 4: \$500 después del deducible	50% después del deducible
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto			Totalmente cubierto hasta \$40
Lentes y Armazones Pediátricos	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 25%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 40%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 50%	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado.

[^]Los cuidados para bebés/niños sanos y las mamografías preventivas se cubren en su totalidad dentro y fuera de la red.

[†]Disponible solamente de manera directa

Los servicios fuera de la red se cubren hasta el monto permitido. Una vez alcanzado ese monto, los miembros pudieran tener que pagar el saldo facturado.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-673-7200** o envíe un email a CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un plan.

Ayuda con la accesibilidad: si necesita ayuda para leer esta gráfica o el resto del documento, por favor llámenos al teléfono 888-977-9299, TTY: 711.

Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.