

	Gold 2500	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	<b>\$2,500 / \$5,000</b>	<b>\$10,000 / \$20,000</b>
<b>Monto máximo a pagar del bolsillo propio</b> Individual / Familiar	<b>\$6,000 / \$12,000</b>	<b>\$85,500 / \$171,000</b>
<b>Servicios preventivos</b>	Totalmente cubierto	50% después del deducible
<b>Cobertura de medicamentos preventivos</b>	Totalmente cubierto	50% después del deducible
<b>Beneficio por accidente</b>	Totalmente cubierto hasta \$500, en los 90 días siguientes al accidente	
<b>Visitas al consultorio: Atención primaria, cuidados urgentes y especialistas</b>	Primaria/urgente: \$25 sin deducible Especialistas: \$50 sin deducible	50% después del deducible
<b>Telesalud</b>	\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Cuidados en el hospital para pacientes internos</b>	10% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de laboratorio / radiografías</b>	10% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla</b> 20 consultas por periodo de beneficios	10% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugías para pacientes externos</b>	10% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>	10% después del deducible	10% después del deducible
<b>Cuidados quiroprácticos / acupuntura</b> 18 visitas combinadas por periodo de beneficios	\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Cobertura de medicamentos de prescripción (Rx)</b> Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$60 después del deducible Niveles 3 y 4: 10% después del deducible	50% después del deducible
<b>Examen de los ojos pediátrico</b>	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto hasta \$40
<b>Lentes y armazones pediátricos</b>	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 10%	

Planes disponibles para residentes de los condados de Benewah, Bonner, Boundary, Clearwater, Idaho, Kootenai, Latah, Lewis, Nez Perce y Shoshone.

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. El tratamiento del trastorno del espectro autista se cubre igual que el de otros padecimientos, dependiendo de los servicios proporcionados. Los límites en las consultas no aplican al tratamiento del trastorno del espectro autista.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-839-2975** o envíe un email a [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](http://PacificSource.com) para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del plan.

Ayuda con la accesibilidad: Si usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al 855-839-2975; TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

	Silver 3600	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	<b>\$3,600 / \$7,200</b>	<b>\$10,000 / \$20,000</b>
<b>Monto máximo a pagar del bolsillo propio</b> Individual / Familiar	<b>\$9,200 / \$18,400</b>	<b>\$85,500 / \$171,000</b>
<b>Servicios preventivos</b>	Totalmente cubierto	50% después del deducible
<b>Cobertura de medicamentos preventivos</b>	Totalmente cubierto	50% después del deducible
<b>Beneficio por accidente</b>	Totalmente cubierto hasta \$500, en los 90 días siguientes al accidente	
<b>Visitas al consultorio: Atención primaria, cuidados urgentes y especialistas</b>	Primaria/Urgente: \$25 sin deducible Especialistas: \$70 sin deducible	50% después del deducible
<b>Telesalud</b>	\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Cuidados en el hospital para pacientes internos</b>	40% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de laboratorio / radiografías</b>	40% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla</b> 20 consultas por período de beneficios	40% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugías para pacientes externos</b>	40% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>	40% después del deducible	40% después del deducible
<b>Cuidados quiroprácticos / acupuntura</b> 18 visitas combinadas por periodo de beneficios	\$25 sin deducible	50% después del deducible
<b>Cobertura de medicamentos de prescripción (Rx)</b> Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$10 sin deducible Nivel 2: \$60 después del deducible Niveles 3 y 4: 40% después del deducible	50% después del deducible
<b>Examen de los ojos pediátrico</b>	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto hasta \$40
<b>Lentes y armazones pediátricos</b>	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 40%	

Planes disponibles para residentes de los condados de Benewah, Bonner, Boundary, Clearwater, Idaho, Kootenai, Latah, Lewis, Nez Perce y Shoshone.

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. El tratamiento del trastorno del espectro autista se cubre igual que el de otros padecimientos, dependiendo de los servicios proporcionados. Los límites en las consultas no aplican al tratamiento del trastorno del espectro autista.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-839-2975** o envíe un email a [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](http://PacificSource.com) para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del plan.

Ayuda con la accesibilidad: Si usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al 855-839-2975; TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

	Bronze 6000	Bronze 9200	Bronze HSA 8050	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	<b>\$6,000 / \$12,000</b>	<b>\$9,200 / \$18,400</b>	<b>\$8,050 / \$16,100</b>	<b>\$10,000 / \$20,000</b>
<b>Monto máximo a pagar del bolsillo propio</b> Individual / Familiar	<b>\$9,200 / \$18,400</b>	<b>\$9,200 / \$18,400</b>	<b>\$8,050 / \$16,100</b>	<b>\$85,500 / \$171,000</b>
<b>Servicios preventivos</b>	Totalmente cubierto			50% después del deducible
<b>Cobertura de medicamentos preventivos</b>	Totalmente cubierto			50% después del deducible
<b>Beneficio por accidente</b>	Totalmente cubierto hasta \$500, en los 90 días siguientes al accidente			
<b>Visitas al consultorio: Atención primaria, cuidados urgentes y especialistas</b>	Primaria/Urgente: \$15 sin deducible Especialistas: \$70 después del deducible	Primaria/Urgente: \$50 sin deducible Especialistas: \$100 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Telesalud</b>	\$15 sin deducible	\$50 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cuidados en el hospital para pacientes internos</b>	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de laboratorio / radiografías</b>	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla</b> 20 consultas por periodo de beneficios	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugías para pacientes externos</b>	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
<b>Cuidados quiroprácticos / acupuntura</b> 18 visitas combinadas por periodo de beneficios	\$15 sin deducible	\$50 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cobertura de medicamentos de prescripción (Rx)</b> Fuera de la red: Suministro máx. para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$25 sin deducible Niveles 2, 3 y 4: 50% después del deducible	Nivel 1: \$20 sin deducible Niveles 2, 3 y 4: 0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Examen de los ojos pediátrico</b>	Totalmente cubierto			Totalmente cubierto hasta \$40
<b>Lentes y armazones pediátricos</b>	Bronze 6000: Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 50% Bronze 9200 y Bronze HSA 8050: Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 0%			

Planes disponibles para residentes de los condados de Benewah, Bonner, Boundary, Clearwater, Idaho, Kootenai, Latah, Lewis, Nez Perce y Shoshone.

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. El tratamiento del trastorno del espectro autista se cubre igual que el de otros padecimientos, dependiendo de los servicios proporcionados. Los límites en las consultas no aplican al tratamiento del trastorno del espectro autista.

Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-839-2975** o envíe un email a [CoverageAdvisors@PacificSource.com](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](http://PacificSource.com) para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del plan.

Ayuda con la accesibilidad: Si usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al 855-839-2975; TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.