

	Gold 500 Direct [†]	Gold 1500 Direct [†]	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$500 / \$1,000	\$1,500 / \$3,000	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$8,250 / \$16,500	\$7,500 / \$15,000	\$25,000 / \$50,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto		50% después del deducible
Cobertura de medicamentos preventivos	Totalmente cubierto		90% 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	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1–3: \$5 sin deducible; consultas 4+ y cuidados urgentes: \$25 sin deducible; especialistas: \$50 sin deducible		50% después del deducible
Telesalud			
Cuidados en el hospital para pacientes internos	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de laboratorio / radiografías	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla 30 visitas combinadas al año	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	30% después del deducible	20% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados quiroprácticos / acupuntura Visitas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$25 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: \$25 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Niveles 3 y 4: 30% sin deducible	Nivel 1: \$25 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Niveles 3 y 4: 20% sin deducible	90% 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 30%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 20%	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado, pero por favor consulte PacificSource.com/Find-a-Doctor para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

[†]Este plan incluye exámenes de la vista y lentes/armazones para adultos.

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 **855-330-2792** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del 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 3400 Direct	Silver 3900 Direct	Silver 5400 Direct	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$3,400 / \$6,800	\$3,900 / \$7,800	\$5,400 / \$10,800	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$9,000 / \$18,000	\$8,500 / \$17,000	\$9,200 / \$18,400	\$25,000 / \$50,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto			50% después del deducible
Cobertura de medicamentos preventivos	Totalmente cubierto			90% 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 y cuidados urgentes: \$50 sin deducible; especialistas: \$100 sin deducible	Atención primaria y cuidados urgentes: \$30 sin deducible; especialistas: \$60 sin deducible	Atención primaria: \$40 sin deducible; cuidados urgentes: \$70 sin deducible; especialistas: \$80 sin deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$50 sin deducible	\$30 sin deducible	\$40 sin deducible	50% después del deducible
Cuidados en el hospital para pacientes internos	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de laboratorio / radiografías	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla 30 visitas combinadas al año	50% después del deducible	30% después del deducible	\$40 sin deducible si los cuidados se proporcionan en un consultorio	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados quiroprácticos / acupuntura Visitas por período de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$50 sin deducible	\$30 sin deducible	\$40 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: \$20 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Niveles 3 y 4: 50% sin deducible	30% después del deducible	Nivel 1: \$20 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Niveles 3 y 4: 50% sin deducible	90% 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 50%	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%	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado, pero por favor consulte PacificSource.com/Find-a-Doctor para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

¹Este plan incluye exámenes de la vista y lentes/armazones para adultos.

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 **855-330-2792** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del 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 Direct	Bronze HSA 8050	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$7,000 / \$14,000	\$8,050 / \$16,100	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$9,200 / \$18,400	\$8,050 / \$16,100	\$25,000 / \$50,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto		50% después del deducible
Cobertura de medicamentos preventivos	Totalmente cubierto		90% 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	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1–3: \$5 sin deducible; consultas 4+ y cuidados urgentes: \$75 sin deducible; especialistas: \$125 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Telesalud			
Cuidados en el hospital para pacientes internos	40% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de laboratorio / radiografías	40% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla 30 visitas combinadas al año	40% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	40% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	40% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados quiroprácticos / acupuntura Visitas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$75 sin 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	90% 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	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado, pero por favor consulte PacificSource.com/Find-a-Doctor para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

¹Este plan incluye exámenes de la vista y lentes/armazones para adultos.

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 **855-330-2792** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del 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 Bronze	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$1,500 / \$3,000	\$5,500 / \$11,000	\$9,200 / \$18,400	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$7,000 / \$14,000	\$9,200 / \$18,400	\$9,200 / \$18,400	\$25,000 / \$50,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto			50% después del deducible
Cobertura de medicamentos preventivos	Totalmente cubierto			90% después del deducible
Beneficio por accidente	No está cubierto			
Visitas al consultorio: Atención primaria, cuidados urgentes y especialistas	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1-3: \$5 sin deducible; consultas 4+: \$20 sin deducible Cuidados urgentes: \$60 sin deducible Especialistas: \$40 sin deducible	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1-3: \$5 sin deducible; consultas 4+: \$40 sin deducible Cuidados urgentes: \$70 sin deducible Especialistas: \$80 sin deducible	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1-3: \$5 sin deducible; consultas 4+: \$50 sin deducible Cuidados urgentes: \$100 sin deducible Especialistas: \$150 sin deducible	50% después del deducible
Telesalud				
Cuidados en el hospital para pacientes internos	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de laboratorio / radiografías	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla 30 visitas combinadas al año	\$20 sin deducible si los cuidados se proporcionan en un consultorio	\$40 sin deducible si los cuidados se proporcionan en un consultorio	\$50 sin deducible si los cuidados se proporcionan en un consultorio	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados quiroprácticos / acupuntura Visitas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$20 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: \$10 sin deducible Nivel 2: \$30 sin deducible Niveles 3 y 4: 50% sin deducible	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$60 sin deducible Niveles 3 y 4: 50% sin deducible	Nivel 1: \$25 sin deducible Niveles 2, 3 y 4: 0% después del deducible	90% después del deducible
Examen de los ojos pediátrico Un examen por periodo de beneficios	Totalmente cubierto			Totalmente cubierto hasta \$40
Lentes y armazones pediátricos Un artículo por periodo de beneficios	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 20%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 30%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red	Igual que dentro de la red

Los planes están disponibles para los residentes de todo el estado, pero por favor consulte PacificSource.com/Find-a-Doctor para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

¹Este plan incluye exámenes de la vista y lentes/armazones para adultos.

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 **855-330-2792** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios del 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.