

	Gold 500 Direct <sup>†</sup>	Gold 1500 Direct <sup>†</sup>	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	\$500 / \$1,000	\$1,500 / \$3,000	\$10,000 / \$20,000
<b>Máximo a Pagar del Bolsillo Propio</b> Individual / Familiar	\$8,250 / \$16,500	\$7,500 / \$15,000	\$25,000 / \$50,000
<b>Servicios Preventivos</b>	Totalmente cubierto		50% después del deducible
<b>Cobertura de Medicamentos Preventivos</b>	Totalmente cubierto		90% 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>	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
<b>Telesalud</b>			50% después del deducible
<b>Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de Laboratorio / Radiografías</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia Física, Ocupacional y del Habla</b> 30 consultas combinadas al año	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugías para Pacientes Externos</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	Igual que dentro de la red
<b>Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura</b> Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$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: \$25 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Nivel 3 y 4: 30% sin deducible	Nivel 1: \$25 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Nivel 3 y 4: 20% sin deducible	90% 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 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](https://www.pacificsource.com/Find-a-Doctor) para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

†Este plan incluye una cobertura visual 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](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](https://www.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 3400 Direct	Silver 3900 Direct	Silver 5400 Direct	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	\$3,400 / \$6,800	\$3,900 / \$7,800	\$5,400 / \$10,800	\$10,000 / \$20,000
<b>Máximo a Pagar del Bolsillo Propio</b> Individual / Familiar	\$9,400 / \$18,800	\$9,100 / \$18,200	\$9,400 / \$18,800	\$25,000 / \$50,000
<b>Servicios Preventivos</b>	Totalmente cubierto			50% después del deducible
<b>Cobertura de Medicamentos Preventivos</b>	Totalmente cubierto			90% 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>	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
<b>Telesalud</b>	\$50 sin deducible	\$30 sin deducible	\$40 sin deducible	50% después del deducible
<b>Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos</b>	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de Laboratorio / Radiografías</b>	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia Física, Ocupacional y del Habla</b> 30 consultas 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
<b>Cirugías para Pacientes Externos</b>	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>	50% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible	Igual que dentro de la red
<b>Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura</b> Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$50 sin deducible	\$30 sin deducible	\$40 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: \$20 sin deducible; Nivel 2: \$50 sin deducible; Nivel 3 y 4: 50% sin deducible	30% después del deducible	Nivel 1: \$20 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible; Nivel 3 y 4: 50% sin deducible	90% 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 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](https://www.pacificsource.com/Find-a-Doctor) para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

†Este plan incluye una cobertura visual 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](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](https://www.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 Direct	Bronze 9400 Direct	Bronze HSA 7500	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	\$7,000 / \$14,000	\$9,400 / \$18,800	\$7,500 / \$15,000	\$10,000 / \$20,000
<b>Máximo a Pagar del Bolsillo Propio</b> Individual / Familiar	\$9,400 / \$18,800	\$9,400 / \$18,800	\$7,500 / \$15,000	\$25,000 / \$50,000
<b>Servicios Preventivos</b>	Totalmente cubierto			50% después del deducible
<b>Cobertura de Medicamentos Preventivos</b>	Totalmente cubierto			90% 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>	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1-3: \$5 sin deducible, consultas 4+ y cuidados urgentes: \$50 sin deducible	Consultas combinadas de atención primaria/telesalud 1-3: \$5 sin deducible, consultas 4+: 0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Telesalud</b>	Especialistas: \$100 sin deducible	Cuidados urgentes/especialistas: 0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos</b>	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de Laboratorio / Radiografías</b>	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia Física, Ocupacional y del Habla</b> 30 consultas combinadas al año	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugías para Pacientes Externos</b>	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
<b>Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura</b> Consultas por período de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$50 sin deducible	0% después del 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	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	90% 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%	Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red	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](https://www.pacificsource.com/Find-a-Doctor) para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

†Este plan incluye una cobertura visual 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](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](https://www.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 Bronze	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b> Individual / Familiar	<b>\$1,800 / \$3,600</b>	<b>\$5,500 / \$11,000</b>	<b>\$9,450 / \$18,900</b>	<b>\$10,000 / \$20,000</b>
<b>Máximo a Pagar del Bolsillo Propio</b> Individual / Familiar	<b>\$7,550 / \$15,100</b>	<b>\$9,450 / \$18,900</b>	<b>\$9,450 / \$18,900</b>	<b>\$25,000 / \$50,000</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			90% después del deducible
<b>Visitas al Consultorio: Atención Primaria, Cuidados Urgentes y Especialistas</b>	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
<b>Telesalud</b>				50% después del deducible
<b>Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos</b>	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Exámenes de Laboratorio / Radiografías</b>	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Terapia Física, Ocupacional y del Habla</b> 30 consultas 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
<b>Cirugías para Pacientes Externos</b>	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>	20% después del deducible	30% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
<b>Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura</b> Consultas por periodo de beneficios: Quiropráctico: 20 / Acupuntura: 12	\$20 sin deducible	\$40 sin deducible	\$50 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: \$30 sin deducible Nivel 3: Coaseguro de 50% sin deducible Nivel 4: Coaseguro de 50% sin deducible, \$500 máx./prescripción	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$60 sin deducible Nivel 3 y 4: Coaseguro de 50% sin deducible	Nivel 1: \$25 sin deducible Nivel 2, 3 y 4: 0% después del deducible	90% después del deducible
<b>Examen de los Ojos Pediátrico</b> Un examen por periodo de beneficios	Totalmente cubierto			Totalmente cubierto hasta \$40
<b>Lentes y Armazones Pediátricos</b> 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](https://www.pacificsource.com/Find-a-Doctor) para asegurarse de que su proveedor médico forme parte de la red.

†Este plan incluye una cobertura visual 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](mailto:CoverageAdvisors@PacificSource.com). Visite [PacificSource.com](https://www.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.