

	Gold 2500	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$2,500 / \$5,000	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$6,000 / \$12,000	\$85,500 / \$171,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto	50% 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	Primaria/urgente: \$25 sin deducible Especialistas: \$50 sin deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$25 sin 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 18 consultas por periodo de beneficios	10% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	10% después del deducible	10% después del deducible
Cuidados quiroprácticos / acupuntura 18 consultas por periodo de beneficios	\$25 sin deducible	50% después del deducible
Cobertura de medicamentos de prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máximo para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$60 después del deducible Nivel 3: 10% después del deducible Nivel 4: 10% 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 10%	

Planes disponibles para residentes de los condados de Ada, Adams, Bannock, Bear Lake, Bingham, Blaine, Boise, Bonneville, Butte, Camas, Canyon, Caribou, Cassia, Clark, Custer, Elmore, Franklin, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Lemhi, Lincoln, Madison, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power, Teton, Twin Falls, Valley y Washington.

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 **855-672-2772** 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 usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al 855-672-2772; TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

	Silver 3600	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$3,600 / \$7,200	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$9,200 / \$18,400	\$85,500 / \$171,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto	50% 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	Primaria/Urgente: \$25 sin deducible Especialistas: \$70 sin deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$25 sin deducible	50% después del deducible
Cuidados en el hospital para pacientes internos	40% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de laboratorio / radiografías	40% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla 18 consultas por periodo de beneficios	40% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	40% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	40% después del deducible	40% después del deducible
Cuidados quiroprácticos / acupuntura 18 consultas por periodo de beneficios	\$25 sin deducible	50% después del deducible
Cobertura de medicamentos de prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máximo para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$10 sin deducible Nivel 2: \$60 después del deducible Nivel 3: 40% después del deducible Nivel 4: 40% 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%	

Planes disponibles para residentes de los condados de Ada, Adams, Bannock, Bear Lake, Bingham, Blaine, Boise, Bonneville, Butte, Camas, Canyon, Caribou, Cassia, Clark, Custer, Elmore, Franklin, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Lemhi, Lincoln, Madison, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power, Teton, Twin Falls, Valley y Washington.

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 **855-672-2772** 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 usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al 855-672-2772; 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
Deducible Individual / Familiar	\$6,000 / \$12,000	\$9,200 / \$18,400	\$8,050 / \$16,100	\$10,000 / \$20,000
Monto máximo a pagar del bolsillo propio Individual / Familiar	\$9,200 / \$18,400	\$9,200 / \$18,400	\$8,050 / \$16,100	\$85,500 / \$171,000
Servicios preventivos	Totalmente cubierto			50% 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	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
Telesalud	\$15 sin deducible	\$50 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados en el hospital para pacientes internos	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de laboratorio / radiografías	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla 18 consultas por periodo de beneficios	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía para pacientes externos	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados quiroprácticos / acupuntura 18 consultas por periodo de beneficios	\$15 sin deducible	\$50 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cobertura de medicamentos de prescripción (Rx) Fuera de la red: Suministro máximo para 30 días, puede resurtirse hasta 3 veces por año	Nivel 1: \$25 sin deducible Nivel 2, 3 y 4: 50% después del deducible	Nivel 1: \$20 sin deducible Nivel 2, 3 y 4: 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	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			

Planes disponibles para residentes de los condados de Ada, Adams, Bannock, Bear Lake, Bingham, Blaine, Boise, Bonneville, Butte, Camas, Canyon, Caribou, Cassia, Clark, Custer, Elmore, Franklin, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Lemhi, Lincoln, Madison, Minidoka, Oneida, Owyhee, Payette, Power, Teton, Twin Falls, Valley y Washington.

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 **855-672-2772** 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 usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, llámenos al 855-672-2772; TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.