

	Gold 500	Gold 2500	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$500 / \$1,000	\$2,500 / \$5,000	\$10,000 / \$20,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$8,500 / \$17,000	\$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 (incluye salud del comportamiento para adultos)	Atención primaria/Cuidados urgentes: \$25 sin deducible Especialistas: \$50 sin deducible	Atención primaria/cuidados urgentes: \$25 sin deducible Especialistas: \$50 sin deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$25 sin deducible	\$25 sin deducible	50% después del deducible
Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos	30% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de Laboratorio / Radiografías	30% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Física, Ocupacional y del Habla 20 consultas por periodo de beneficios	30% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Cirugías para Pacientes Externos	30% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Emergencia	30% después del deducible	10% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura 18 consultas combinadas por periodo de beneficios	\$25 sin deducible	\$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: \$20 sin deducible Nivel 2: \$50 sin deducible Nivel 3 y 4: 30% sin deducible	Nivel 1: \$15 sin deducible Nivel 2: \$60 sin deducible Nivel 3 y 4: 10% sin deducible	50% después del deducible
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto		Totalmente cubierto hasta \$40, sin deducible
Lentes y Armazones Pediátricos	Gold 500: Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 30% Gold 2500: 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. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un 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.

	Silver 3600	Silver HSA 3500	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$3,600 / \$7,200	\$3,500 / \$7,000	\$10,000 / \$20,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$9,400 / \$18,800	\$6,700 / \$13,400	\$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 (incluye salud del comportamiento para adultos)	Atención primaria/cuidados urgentes: \$35 sin deducible; Especialistas: \$70 después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$35 sin deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados en el Hospital para Pacientes Internos	40% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Exámenes de Laboratorio / Radiografías	40% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Terapia Física, Ocupacional y del Habla 20 consultas por periodo de beneficios	40% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Cirugías para Pacientes Externos	40% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Emergencia	40% después del deducible	25% después del deducible	Igual que dentro de la red
Cuidados Quiroprácticos / Acupuntura 18 consultas combinadas por periodo de beneficios	\$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 y 4: 40% sin deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto		Totalmente cubierto hasta \$40, sin deducible
Lentes y Armazones Pediátricos	Silver 3600: Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 40%; Silver HSA 3500: Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 25%		

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. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un 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.

	Bronze 6000	Bronze 9400	Bronze HSA 7500	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual / Familiar	\$6,000 / \$12,000	\$9,400 / \$18,800	\$7,500 / \$15,000	\$10,000 / \$20,000
Máximo a Pagar del Bolsillo Propio Individual / Familiar	\$9,000 / \$18,000	\$9,400 / \$18,800	\$7,500 / \$15,000	\$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 (incluye salud del comportamiento para adultos)	Atención primaria/cuidados urgentes: \$35 sin deducible Especialistas: \$70 después del deducible	Atención primaria/cuidados urgentes: \$50 sin deducible Especialistas: \$100 sin deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Telesalud	\$35 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 20 consultas por periodo de beneficios	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Cirugías 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 combinadas por periodo de beneficios	\$35 sin deducible	\$50 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	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
Examen de los Ojos Pediátrico	Totalmente cubierto			Totalmente cubierto hasta \$40, sin deducible
Lentes y Armazones Pediátricos	Bronze 6000: Totalmente cubierto hasta \$150, luego sujeto al deducible de la red y 50% Bronze 9400 y Bronze HSA 7500: 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. Visite PacificSource.com para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un 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.