

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto paga usted por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura:** Del 01/01/2026 al 31/12/2026

PacificSource: PacificSource O Standard Silver Plan Core

Cobertura para: Individual+Familia **Tipo de plan:** EPO



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite PacificSource.com/detalles-del-plan. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como el monto permitido, la facturación de saldo, el coseguro, el copago, el deducible, el proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en CuidadoDeSalud.gov/glosario-sbc o llame al 1-888-977-9299 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
<p>¿Cuál es el <u>deducible</u> general?</p>	<p>Proveedor dentro de la red: \$6,100 individual/\$12,200 familiar</p>	<p>Generalmente, debe pagar todos los costos de <u>los proveedores</u> hasta el monto <u>del deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u>, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.</p>
<p>¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u>?</p>	<p>Sí. <u>Atención preventiva</u> y otros servicios enumerados a continuación con "<u>deducible</u> no aplica".</p>	<p>Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto <u>del deducible</u>. Sin embargo, podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u>. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>compartir costos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u>. Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en Atencionmedica.gov/cobertura/beneficios-de-atencion-preventiva/.</p>
<p>¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?</p>	<p>No.</p>	<p>No es necesario pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.</p>
<p>¿Cuál es el <u>límite de desembolso personal</u> para este <u>plan</u>?</p>	<p>Proveedor dentro de la red: \$9,200 individual/\$18,400 familiar</p>	<p>El <u>límite de desembolso personal</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u>, ellos deberán cumplir con sus propios <u>límites de desembolso personal</u> hasta alcanzar el <u>límite de desembolso personal</u> familiar general.</p>
<p>¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso personal</u>?</p>	<p><u>Primas</u>, cargos <u>por facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.</p>	<p>Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso personal</u>.</p>

<p>¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?</p>	<p>Sí. Consulte providerdirectory.PacificSource.com/?nPlan=Core o llame al 1-888-977-9299 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la red.</p>	<p>Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u>. Pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red del plan</u>. Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u>, y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo <u>del proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.</p>
<p>¿Necesita una referencia para ver a un especialista?</p>	<p>No.</p>	<p>Podrá ver al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de <u>remisión</u>.</p>



Todos los costos **de copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de haber alcanzado su **deducible**, si corresponde un **deducible**.

Lo que pagará				
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<p>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</p>	<p>Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</p>	<p>Primeras tres visitas: <u>copago de \$5</u> por visita, no aplica <u>deducible</u>. Visitas posteriores, <u>copago de \$40</u> por visita, no aplica <u>deducible</u>.</p>	<p>No cubierto</p>	<p>Primeras 3 visitas por año de beneficio combinadas para atención primaria, salud mental, salud conductual y por abuso de sustancias.</p>
	<p>Visita a un <u>especialista</u></p>	<p><u>Copago de \$100</u> por viaje, no aplica <u>deducible</u></p>	<p>No cubierto</p>	<p>Ninguno</p>
	<p>Atención <u>preventiva/detección/inmunización</u></p>	<p>Sin cargo, no aplica <u>deducible</u></p>	<p>No cubierto</p>	<p>Servicios preventivos físicos: 13 visitas de 0 a 36 meses, anualmente a partir de los 3 años. Visitas de bienestar de la mujer: anualmente. Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que cubrirá su <u>plan</u>. Dejar de fumar: No cubierto fuera de la red.</p>

Lo que pagará				
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si le realizan una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguno.
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere autorización previa. En caso de no recibirla, usted será responsable del gasto.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información disponible sobre la cobertura de <u>medicamentos recetados</u> en PacificSource.com/lista-de-medicamentos	Medicamentos genéricos: Nivel 1	Minorista: \$15 de <u>copago</u> por receta, no aplica <u>deducible</u> Correo: \$30 de <u>copago</u> por receta, no aplica <u>deducible</u>	No cubierto	Para todos los niveles de la lista de <u>medicamentos recetados</u> : El beneficio de recetas incluye ciertos medicamentos para pacientes ambulatorios como beneficio preventivo sin cargo cuando se reciben dentro de la red; no se aplica <u>deducible</u> . Los montos de <u>costo compartido</u> que se muestran representan un suministro para 30 días en tiendas minoristas y un suministro para 90 días en pedidos por correo. La cantidad para venta minorista y pedidos por correo está limitada a un suministro para 90 días. La cantidad de <u>medicamentos de especialidad</u> está limitada a un suministro para 30 días. Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos. En caso de no recibirla, usted será responsable del gasto.
	Medicamentos preferidos: Nivel 2	Minorista: \$60 de <u>copago</u> por receta, no aplica <u>deducible</u> Correo: \$180 de <u>copago</u> por receta, no aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
	Medicamentos no preferidos: Nivel 3	Minorista: <u>Coseguro</u> del 50 %, no aplica <u>deducible</u> Correo: <u>Coseguro</u> del 50 %, no aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> : Nivel 4	Minorista: <u>Coseguro</u> del 50 %, no aplica <u>deducible</u> Correo: <u>Coseguro</u> del 50 %, no aplica <u>deducible</u>	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere autorización previa para algunas cirugías. En caso de no recibirla, usted será responsable del gasto.
	Honorarios del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguno.

Lo que pagará				
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	Emergencia médica: 30 % de <u>coseguro</u> No emergencia: 30 % de <u>coseguro</u>	Emergencia médica: 30 % de <u>coseguro</u> No emergencia: No cubierto	Ninguno.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Terrestre: 30 % de <u>coseguro</u> Aéreo: 30 % de <u>coseguro</u>	Terrestre: 30 % de <u>coseguro</u> Aéreo: 30 % de <u>coseguro</u>	Limitado al centro más cercano capaz de tratar la afección. Aéreo cubierto si el terrestre no es adecuado desde el punto de vista médico o físico.
	<u>Atención de urgencias</u>	<u>Copago de \$70</u> por visita, no aplica <u>deducible</u>	No cubierto	El acceso a <u>atención de urgencia</u> fuera de la red está disponible a su <u>costo compartido</u> dentro de la red solo cuando se accede a través de nuestra red.
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Limitado a habitación semiprivada, excepto cuando se determine que es necesario una habitación privada. Se requiere autorización previa para algunos servicios para pacientes hospitalizados. En caso de no recibirla, usted será responsable del gasto.
	Honorarios del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguno.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Primeras tres visitas: <u>copago de \$5</u> por visita, no aplica <u>deducible</u> . Visitas posteriores, <u>copago de \$40</u> por visita, no aplica <u>deducible</u> .	No cubierto	Primeras 3 visitas por año de beneficio combinadas para atención primaria, salud mental, salud conductual y por abuso de sustancias.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere autorización previa para algunos servicios para pacientes hospitalizados. En caso de no recibirla, usted será responsable del gasto.

Lo que pagará				
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio:	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . El parto y las visitas al hospital están cubiertos bajo la atención prenatal y posnatal. El centro está cubierto igual que cualquier otro servicio hospitalario.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica domiciliaria</u>	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	No hay cobertura para atención de enfermería privada ni cuidados de custodia.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente internado: 30 % de <u>coseguro</u> Paciente ambulatorio: <u>copago de \$40</u> por visita, no se aplica <u>deducible</u> , si se brindan en un consultorio, todos los demás entornos <u>tienen un coseguro del 30 %</u> .	Paciente internado: No cubierto Paciente ambulatorio: No cubierto	Paciente internado: Limitado a 30 días al año. Paciente ambulatorio: Limitado a 30 visitas al año. No hay cobertura para terapia recreativa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente internado: 30 % de <u>coseguro</u> Paciente ambulatorio: <u>copago de \$40</u> por visita, no se aplica <u>deducible</u> , si se brindan en un consultorio, todos los demás entornos <u>tienen un coseguro del 30 %</u> .	Paciente internado: No cubierto Paciente ambulatorio: No cubierto	Paciente internado: Limitado a 30 días al año. Paciente ambulatorio: Limitado a 30 visitas al año. No hay cobertura para terapia recreativa.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Limitado a 60 días al año. No hay cobertura para atención de custodia.

Lo que pagará				
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	<u>Equipo médico duradero</u>	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Limitado a: \$5,000 al año en general; un par al año de anteojos o lentes de contacto; un extractor de leche por embarazo; una peluca al año por quimioterapia o radioterapia. Se requiere autorización previa si el equipo cuesta más de \$2,500 y, para sillas de ruedas asistidas por energía, si no la recibe, usted será responsable del gasto.
	<u>Servicios de hospicio</u>	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	No hay cobertura para enfermería privada. Cuidado de relevo limitado a 5 días consecutivos y 30 días de por vida.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo, no aplica <u>deducible</u>	Sin cargo hasta un máximo de \$40, no aplica <u>deducible</u> , luego <u>coseguro del 100 %</u>	Para personas de 18 años o menos, un examen ocular de rutina al año.
	Anteojos para niños	Combinado dentro y fuera de la red: 30 % de <u>coseguro</u>	Combinado dentro y fuera de la red: 30 % de <u>coseguro</u>	Combinado dentro y fuera de la red: Para personas de 18 años o menos, un par de anteojos (marco y lentes) o lentes de contacto (lentes y adaptación) por año. Sin cargo hasta un máximo de \$150, no aplica <u>deducible</u> .
	Revisión dental infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética (excepto en determinadas situaciones)
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado ocular de rutina (adultos)
- Cuidado rutinario de los pies, excepto en casos de diabetes mellitus

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Aborto provocado
- Acupuntura, 12 visitas al año
- Atención quiropráctica, 20 visitas al año
- Audífonos (adultos)
- Audífonos (niños)
- Programas de pérdida de peso

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Llame a la División de Regulación Financiera al 1-888-877-4894 o escriba a dfr.oregon.gov. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite Salud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: El equipo de Servicio al Cliente de PacificSource al llamar al 1-888-977-9299 o con la División de Regulación Financiera al llamar al 1-888-877-4894 o escriba a dfr.oregon.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No aplicable.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal sobre la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-977-9299.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-977-9299.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-977-9299.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual únicamente.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** \$6,100
- **Especialista** \$100 de copago
- **Hospital (centro)** 30 % de coseguro
- **Otro** 30 % de coseguro

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto y nacimiento
 Servicios del centro de parto/nacimiento
 Pruebas diagnósticas (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

Ejemplo de costo total	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$6100
Copagos	\$10
Coseguro	\$1900
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg	\$8,070

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** \$6,100
- **Especialista** \$100 de copago
- **Hospital (centro)** 30 % de coseguro
- **Otro** 30 % de coseguro

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades)
 Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Ejemplo de costo total	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$900
Copagos	\$1000
Coseguro	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe	\$1,920

La fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** \$6,100
- **Especialista** \$100 de copago
- **Hospital (centro)** 30 % de coseguro
- **Otro** 30 % de coseguro

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (incluidos suministros médicos)
 Prueba diagnóstica (radiografía)
 Equipo médico duradero (muletas)
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Ejemplo de costo total	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$2100
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Mia	\$2,500

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.