

2017



- Compare con facilidad los planes de las mejores aseguradoras de salud del estado, en un solo lugar.
- Casi 9 de 10 clientes de HealthSource RI recibieron ayuda financiera este año. Utilice la calculadora de ahorros en HealthSourceRI.com/calculator para averiguar i cumple los requisitos.
- Visite HealthSourceRI.com para inscribirse o llame al 1-855-840-4774 para obtener asistencia.

**PLANES DE SEGUROS DE REDUCCIÓN PARA COMPARTIR
COSTOS PARA PERSONAS Y FAMILIAS ELEGIBLES**

PLANES DE SEGUROS DE REDUCCIÓN PARA COMPARTIR COSTOS PARA PERSONAS Y FAMILIAS ELEGIBLES DEL 2017

Casi 9 de 10 clientes de HealthSource RI recibieron ayuda financiera este año. Utilice nuestra calculadora de ahorros en HealthSourceRI.com/calculator para averiguar si cumple con los requisitos.

INFORMACIÓN SOBRE PLANES BÁSICOS Planes de Reducción Para Compartir Costos (CSR) <i>Planes de CSR son versiones de planes de plata que han reducido los deducibles, coseguro y copagos, con ninguna diferencia en la prima. Usted puede calificar para un plan de RSE basado en el tamaño de su familia y comparan sus ingresos a nivel Federal de pobreza.</i> Primas individuales <i>Una prima es la cantidad que usted debe pagar cada mes para su seguro de salud. Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia, y es posible que usted califique para créditos tributarios si gana menos de \$47,080 para una persona o de \$97,000 para una familia de cuatro personas.</i> Cuentas de ahorro para salud (HSA) <i>Un plan que califica para Cuentas de ahorro para salud le permite contribuir a una cuenta por separado libre de impuestos, la cual puede utilizarse para gastos de atención médica como deducibles y copagos.</i>	Compañía de seguros	BCBSRI	NHPRI
	Nombre del plan	BasicBlue Direct (CSR73)	Neighborhood Community (CSR73)
	Rango de Ingresos del Plan % del Nivel Federal de Pobreza (FLP)	200-250% FPL	200-250% FPL
	Nivel del metal	SILVER 73	SILVER 73
	Prima mensual (21 años de edad, antes del crédito tributario)	\$234	\$190
	Prima mensual (40 años de edad, antes del crédito tributario)	\$299	\$243
	Prima mensual (60 años de edad, antes del crédito tributario)	\$636	\$515
CÓMO RECIBIR ATENCIÓN <i>Algunos aseguradores ofrecen planes que incluyen menos proveedores que, de acuerdo a la evaluación de dichos aseguradores, ofrecen una atención de alta calidad a un menor costo. Los planes tienen diferentes primas mensuales y costos adicionales para la atención, así como diferentes proveedores (como médicos y hospitales) que usted puede visitar. Los proveedores que se incluyen en la red de un plan (y cómo se le paga a esos proveedores por la atención que le brindan) ayuda a determinar cuánto pagará usted por el plan de seguro de salud. Algunos planes asignan clasificaciones (“niveles”) a los médicos y hospitales dentro de la red y es posible que usted pague menos si tiene una consulta con proveedores de determinados niveles.</i> <i>Cuando elija un plan, debería considerar la prima mensual, así como los costos adicionales, los proveedores que prefiere visitar, los medicamentos recetados que toma y cualquier otra necesidad de atención médica que usted tenga. Todos los planes cubren los servicios de atención médica preventiva sin costo.</i>	Calificado para HSA		
	Tipo de plan (ver definiciones al inverso)	PPO	HMO
	Derivación obligatoria	No	No
	Área de cobertura de la red	Nacional	solo RI
	nformación sobre proveedores en RI (sujeta a cambios)	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales
GASTOS ADICIONALES MÁXIMOS <i>Además de su prima mensual, los gastos adicionales máximos es el máximo que usted tiene que pagar en deducibles, copagos y coseguro durante un año.</i>	Cobertura fuera de la red, si no es una emergencia	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias
	Gastos adicionales máximos (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) Médicos + farmacéutico	\$5,200 Individual \$10,400 Familiar	\$4,250 Individual \$8,500 Familiar
DEDUCIBLES <i>El deducible es la cantidad que usted debe pagar en gastos adicionales para ciertos servicios de atención médica antes de que su plan de seguro de salud empiece a pagar. La cantidad deducible es accesoria a la prima mensual. Los servicios que están sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas a médicos e internaciones en hospitales, así como medicamentos recetados.</i>	Deducible - médico	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$2,275 Individual \$4,550 Familiar
	Deducible - farmacéutico	Solo los Niveles 3, 4 y 5 aplican al deducible	Combinado con Médicos
COPAGOS Y COSEGURO <i>Copagosson cantidades fijas de dólares que debe pagar para determinados tipos de servicios de atención médica cada vez que los utiliza. Coseguroes un porcentaje del costo total de determinados tipos de servicios de atención médica que usted debe pagar. El coseguro por lo general aplica una vez usted cumple con su deducible.</i> <i>En los planesPOR NIVELES, los copagos o los coseguros por un servicio en particular pueden variar según el proveedor de atención que elija.</i> <i>La sección BLANCA no está sujeta al deducible. Es la cantidad de dólares o el porcentaje que paga por visita o servicio de atención médica, independientemente de si alcanzó el deducible.</i> <i>La sección SOMBREADA está sujeta al deducible. Usted paga el costo total de una visita o de un servicio de atención médica hasta que alcanza la cantidad del deducible. Después de eso, solamente paga la cantidad de dólares o el porcentaje que se muestra.</i> <i>Un Hogar médico orientado al paciente (PCMH) es un equipo de proveedores de atención médica que trabajan mancomunadamente para coordinar su atención médica. En determinados planes, visitar a un proveedor de PCMH puede costar menos.</i>	Atención primaria	1 a 4 visitas \$10, más de 5 visitas \$10 después del deducible PCMH 1 a 4 visitas \$20, más de 5 visitas \$20 después del deducible	10%
	Visita al especialista	\$45	10%
	Atención preventiva	\$0	\$0
	Atención de urgencia	\$75	10%
	Servicios de emergencias	10%	10%
	Hospital para pacientes hospitalizados	10%	10%
	Radiografías y otros diag. por imágenes	10%	10%
	Imágenes de alta calidad: CT / PET / IRM	10%	10%
	Salud mental / Abuso de sustancias - Visitas al consultorio	\$45	10%
	Terapia del Habla / Ocup. / Físio., Rehabilitación ambulatoria	10%	10%
	Servicios de lab., ambulatorios	10%	10%
	Residencia de ancianos	10%	10%
	Cirugía / Servicios ambulatorios	10%	10%
	Cobertura dental pediátrica	Sí	Sí
MEDICAMENTOS RECETADOS <i>Las compañías de seguro de atención médica separan los medicamentos recetados en categorías diferentes que se conocen como “niveles”.</i> <i>El “nivel” del medicamento identifica cuánto paga por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de medicamentos.</i>	Nivel 1	\$10	\$10
	Nivel 2	\$30	\$35
	Nivel 3	\$50	\$60
	Nivel 4	\$75	\$100
	Nivel 5	\$100	N/A

Tarifas al 01 de noviembre de 2016. El presente es un resumen de los beneficios y la cobertura, y no debe considerarse un contrato. Esta información, incluidas todas las tarifas mencionadas, debe utilizarse solo con fines informativos. Es posible que se realicen cambios a las políticas de beneficios y cobertura que aquí se describen. Para obtener información sobre los beneficios cubiertos, los límites y las exclusiones, tome en cuenta la Evidencia de cobertura que le brindó su compañía de seguros de salud únicamente.

Compañía de seguros	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
Nombre del plan	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	*Neighborhood Value (CSR73)
Rango de Ingresos del Plan % del Nivel Federal de Pobreza (FLP)	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL
Nivel del metal	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73
Prima mensual (21 años de edad, antes del crédito tributario)	\$229	\$281	\$229	\$281	\$204
Prima mensual (40 años de edad, antes del crédito tributario)	\$293	\$360	\$293	\$360	\$261
Prima mensual (60 años de edad, antes del crédito tributario)	\$622	\$764	\$622	\$764	\$555
Calificado para HSA	✓		✓		
Tipo de plan (ver definiciones al inverso)	PPO	PPO	PPO	PPO	HMO
Derivación obligatoria	No	No	No	No	No
Área de cobertura de la red	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	solo RI
nformación sobre proveedores en RI (sujeta a cambios)	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales
Cobertura fuera de la red, si no es una emergencia	Sí— Coseguro del 30%	Sí— Coseguro del 40%	Sí— Coseguro del 30%	Sí— Coseguro del 40%	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias
Gastos adicionales máximos (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) Médicos + farmacéutico	\$3,650 Individual \$7,300 Familiar	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$3,650 Individual \$7,300 Familiar	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$5,500 Individual \$11,000 Familiar
Deducible - médico	\$2,350 Individual \$4,700 Familiar	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$2,350 Individual \$4,700 Familiar	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$3,000 individual \$6,000 Familiar
Deducible - farmacéutico	Combinado con Médicos	\$0	Combinado con Médicos	\$0	\$0
Atención primaria	10%	Primera visita por enfermedad gratis, las demás visitas \$20 si es PCMH; \$40 si no es PCMH	10%	Primera visita por enfermedad gratis, las demás visitas \$20 si es PCMH; \$40 si no es PCMH	\$20
Visita al especialista	10%	\$55	10%	\$55	\$50
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de urgencia	10%	\$75	10%	\$75	\$50
Servicios de emergencias	10%	\$200	10%	\$200	\$150
Hospital para pacientes hospitalizados	10%	20%	10%	20%	10%
Radiografías y otros diag. por imágenes	10%	20%	10%	20%	10%
Imágenes de alta calidad: CT / PET / IRM	10%	20%	10%	20%	10%
Salud mental / Abuso de sustancias - Visitas al consultorio	10%	\$55	10%	\$55	\$20
Terapia del Habla / Ocup. / Físio., Rehabilitación ambulatoria	10%	20%	10%	20%	\$50
Servicios de lab., ambulatorios	10%	20%	10%	20%	10%
Residencia de ancianos	10%	20%	10%	20%	10%
Cirugía / Servicios ambulatorios	10%	20%	10%	20%	10%
Cobertura dental pediátrica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nivel 1	\$10	\$10	\$10	\$10	\$15
Nivel 2	\$30	\$35	\$30	\$35	\$40
Nivel 3	\$50	\$60	\$50	\$60	\$75
Nivel 4	\$75	\$80	\$75	\$80	\$125
Nivel 5	\$100	\$125	\$100	\$125	N/A

Compañía de seguros	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
Nombre del plan	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	VantageBlue Direct Plan (CSR87)	BasicBlue Direct (CSR87)	BlueCHIP Direct (CSR87)	Neighborhood Community (CSR87)
Rango de Ingresos del Plan % del Nivel Federal de Pobreza (FLP)	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL
Nivel del metal	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87
Prima mensual (21 años de edad, antes del crédito tributario)	\$229	\$281	\$234	\$207	\$190
Prima mensual (40 años de edad, antes del crédito tributario)	\$293	\$360	\$299	\$265	\$243
Prima mensual (60 años de edad, antes del crédito tributario)	\$622	\$764	\$636	\$562	\$515
Calificado para HSA					
Tipo de plan (ver definiciones al inverso)	PPO	PPO	PPO	POS	HMO
Derivación obligatoria	No	No	No	Derivación PCP obligatoria	No
Área de cobertura de la red	Nacional	Nacional	Nacional	solo RI	solo RI
Información sobre proveedores en RI (sujeta a cambios)	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales
Cobertura fuera de la red, si no es una emergencia	Sí— Coseguro del 30%	Sí— Coseguro del 40%	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias
Gastos adicionales máximos (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) Médicos + farmacéutico	\$1,750 Individual \$3,500 Familiar	\$2,000 Individual \$4,000 Familiar	\$2,275 Individual \$4,550 Familiar	\$2,250 Individual \$4,500 Familiar	\$2,100 Individual \$4,200 Familiar
Deducible - médico	\$375 Individual \$750 Familiar	\$150 Individual \$300 Familiar	\$325 Individual \$650 Familiar	\$375 Individual \$750 Familiar	\$500 Individual \$1,000 Familiar
Deducible - farmacéutico	Combinado con Médicos	\$0	Solo los Niveles 3, 4 y 5 aplican al deducible	Solo los Niveles 3, 4 y 5 aplican al deducible	Combinado con Médicos
Atención primaria	10%	Primera visita por enfermedad gratis, las demás visitas \$20 si es PCMH; \$40 si no es PCMH	1 a 4 visitas \$10, más de 5 visitas \$10 después del deducible PCMH 1 a 4 visitas \$20, más de 5 visitas \$20 después del deducible	\$10 PCMH \$20 No-PCMH	10%
Visita al especialista	10%	\$55	\$40	\$25	10%
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de urgencia	10%	\$75	\$75	\$75	10%
Servicios de emergencias	10%	\$200	10%	10%	10%
Hospital para pacientes hospitalizados	10%	20%	10%	10%	10%
Radiografías y otros diag. por imágenes	10%	20%	10%	10%	10%
Imágenes de alta calidad: CT / PET / IRM	10%	20%	10%	10%	10%
Salud mental / Abuso de sustancias - Visitas al consultorio	10%	\$55	\$40	\$25	10%
Terapia del Habla / Ocup. / Físio., Rehabilitación ambulatoria	10%	20%	10%	10%	10%
Servicios de lab., ambulatorios	10%	20%	10%	10%	10%
Residencia de ancianos	10%	20%	10%	10%	10%
Cirugía / Servicios ambulatorios	10%	20%	10%	10%	10%
Cobertura dental pediátrica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nivel 1	\$10	\$10	\$10	\$7	\$7
Nivel 2	\$30	\$35	\$30	\$20	\$30
Nivel 3	\$50	\$60	\$50	\$50	\$50
Nivel 4	\$75	\$80	\$75	\$75	\$75
Nivel 5	\$100	\$125	\$100	\$100	N/A

Compañía de seguros	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
Nombre del plan	*Neighborhood Value (CSR87)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	BasicBlue Direct (CSR94)	BlueCHIP Direct (CSR94)
Rango de Ingresos del Plan % del Nivel Federal de Pobreza (FLP)	150-200% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL
Nivel del metal	SILVER 87	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94
Prima mensual (21 años de edad, antes del crédito tributario)	\$204	\$229	\$281	\$234	\$207
Prima mensual (40 años de edad, antes del crédito tributario)	\$261	\$293	\$360	\$299	\$265
Prima mensual (60 años de edad, antes del crédito tributario)	\$555	\$622	\$764	\$636	\$562
Calificado para HSA					
Tipo de plan (ver definiciones al inverso)	HMO	PPO	PPO	PPO	POS
Derivación obligatoria	No	No	No	No	Derivación PCP obligatoria
Área de cobertura de la red	solo RI	Nacional	Nacional	Nacional	solo RI
Información sobre proveedores en RI (sujeta a cambios)	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales
Cobertura fuera de la red, si no es una emergencia	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias	Sí— Coseguro del 30%	Sí— Coseguro del 40%	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias
Gastos adicionales máximos (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) Médicos + farmacéutico	\$2,250 Individual \$4,500 Familiar	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$725 Individual \$1,450 Familiar	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$750 Individual \$1,500 Familiar
Deducible - médico	\$500 Individual \$1,000 Familiar	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible - farmacéutico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención primaria	\$10	10%	Primera visita por enfermedad gratis, las demás visitas \$20 si es PCMH; \$40 si no es PCMH	\$5 PCMH \$15 No-PCMH	\$5 PCMH \$15 No-PCMH
Visita al especialista	\$20	10%	\$55	\$20	\$20
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de urgencia	\$20	10%	\$75	\$75	\$75
Servicios de emergencias	\$125	10%	\$200	10%	10%
Hospital para pacientes hospitalizados	10%	10%	20%	10%	10%
Radiografías y otros diag. por imágenes	10%	10%	20%	10%	10%
Imágenes de alta calidad: CT / PET / IRM	10%	10%	20%	10%	10%
Salud mental / Abuso de sustancias - Visitas al consultorio	\$10	10%	\$55	\$20	\$20
Terapia del Habla / Ocup. / Físio., Rehabilitación ambulatoria	\$20	10%	20%	10%	10%
Servicios de lab., ambulatorios	10%	10%	20%	10%	10%
Residencia de ancianos	10%	10%	20%	10%	10%
Cirugía / Servicios ambulatorios	10%	10%	20%	10%	10%
Cobertura dental pediátrica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nivel 1	\$10	\$10	\$10	\$10	\$5
Nivel 2	\$35	\$30	\$35	\$30	\$15
Nivel 3	\$60	\$50	\$60	\$50	\$30
Nivel 4	\$100	\$75	\$80	\$75	\$50
Nivel 5	N/A	\$100	\$125	\$100	\$100

Compañía de seguros	NHPRI	NHPRI
Nombre del plan	Neighborhood Community (CSR94)	*Neighborhood Value (CSR94)
Rango de Ingresos del Plan % del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL
Nivel del metal	SILVER 94	SILVER 94
Prima mensual (21 años de edad, antes del crédito tributario)	\$190	\$204
Prima mensual (40 años de edad, antes del crédito tributario)	\$243	\$261
Prima mensual (60 años de edad, antes del crédito tributario)	\$515	\$555
Calificado para HSA		
Tipo de plan (ver definiciones al inverso)	HMO	HMO
Derivación obligatoria	No	No
Área de cobertura de la red	solo RI	solo RI
Información sobre proveedores en RI (sujeta a cambios)	15 de 15 Hospitales	15 de 15 Hospitales
Cobertura fuera de la red, si no es una emergencia	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias	No está cubierto excepto atención urgente o de emergencias
Gastos adicionales máximos (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) Médicos + farmacéutico	\$1,100 Individual \$2,200 Familiar	\$1,150 Individual \$2,300 Familiar
Deducible - médico	\$0	\$0
Deducible - farmacéutico	\$0	\$0
Atención primaria	10%	\$5
Visita al especialista	10%	\$15
Atención preventiva	\$0	\$0
Atención de urgencia	10%	\$15
Servicios de emergencias	10%	\$50
Hospital para pacientes hospitalizados	10%	10%
Radiografías y otros diag. por imágenes	10%	10%
Imágenes de alta calidad: CT / PET / IRM	10%	10%
Salud mental / Abuso de sustancias - Visitas al consultorio	10%	\$5
Terapia del Habla / Ocup. / Físio., Rehabilitación ambulatoria	10%	\$15
Servicios de lab., ambulatorios	10%	10%
Residencia de ancianos	10%	10%
Cirugía / Servicios ambulatorios	10%	10%
Cobertura dental pediátrica	Sí	Sí
Nivel 1	\$5	\$5
Nivel 2	\$15	\$15
Nivel 3	\$30	\$30
Nivel 4	\$50	\$50
Nivel 5	N/A	N/A

Planes de reducción para compartir costos (CSR):

los planes CSR son planes Silver que tienen una reducción en los deducibles, el coseguro y los copagos, sin diferencia en las primas. Estas reducciones están, además de los créditos tributarios, para ayudar a que se reduzca la prima mensual. Si cumple con los requisitos para CSR, podrá calificar para uno de los tres niveles de los planes de CSR (73, 87 o 94), según sus ingresos y el tamaño de su familia.

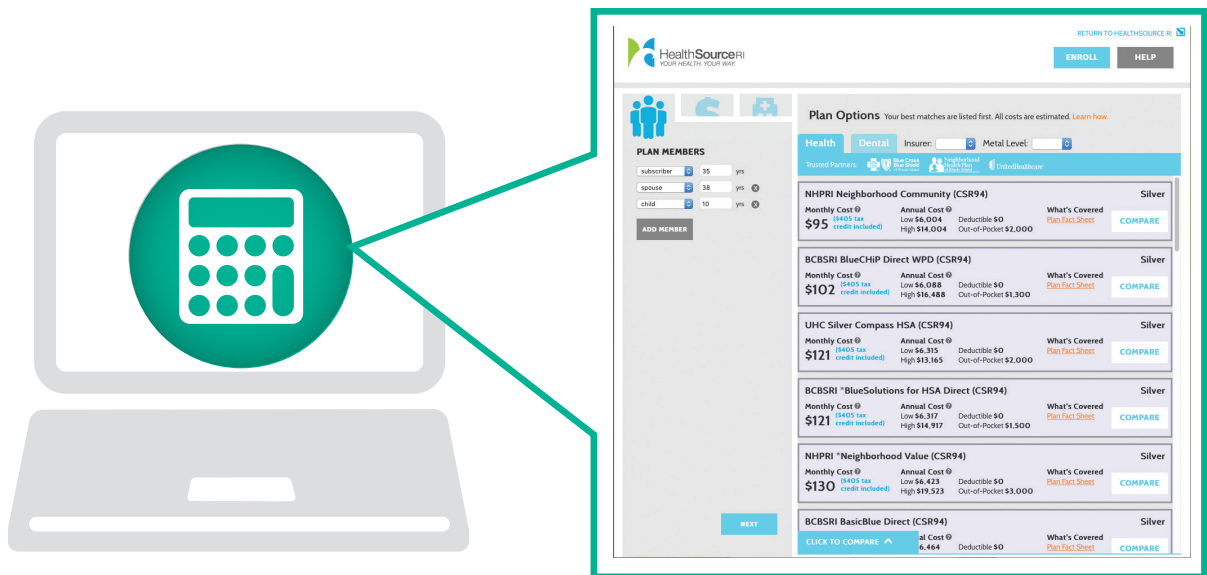
Al seleccionar un plan CSR, pagará la misma prima por mes que un plan Silver regular, pero pagará menos por los copagos, los deducibles y el coseguro cuando asista al médico, visite el hospital o tenga una receta. Esta reducción en las cantidades se muestra en este documento para cada plan de HealthSource RI. Es posible que califique en función del tamaño de su familia y según cómo se comparan sus ingresos con el Nivel Federal de Pobreza (FPL):

Catagoría	Silver 73		Silver 87		Silver 94	
Porcentaje del Nivel Federal de Pobreza(FPL)	200% FPL	250% FPL	150% FPL	200% FPL	100% FPL	150% FPL
	Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:		Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:		Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:	
Tamaño de la familia 1	\$23,760	\$29,700	\$17,820	\$23,760	\$11,880	\$17,820
2	\$32,040	\$40,050	\$24,030	\$32,040	\$16,020	\$24,030
3	\$40,320	\$50,400	\$30,240	\$40,320	\$20,160	\$30,240
4	\$48,600	\$60,750	\$36,450	\$48,600	\$24,300	\$36,450
5	\$56,880	\$71,100	\$42,660	\$56,880	\$28,440	\$42,660
6	\$65,160	\$81,450	\$48,870	\$65,160	\$32,580	\$48,870

Organización de proveedores preferidos (PPO): Pagará menos si asiste a los hospitales y médicos en la red preferida del plan, pero con frecuencia puede atenderse con proveedores que no se encuentran en la red preferida.

Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) / Punto de servicio (Point of Service, POS): Usted acepta asistir únicamente a los proveedores dentro de la red. En algunos planes, debe elegir un proveedor de atención primaria, quien coordinará su atención médica.

*Este plan no cubre abortos, excepto con algunas pocas excepciones (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada para este plan será depositada en una cuenta de asignación para cubrir servicios de aborto inducido, en cumplimiento de lo estipulado por el artículo 156(e)(3) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).



También puede utilizar nuestra calculadora de ahorros en HealthSourceRI.com/calculator para comparar los costos de planes y calcular sus ahorros. Ingrese su edad, el tamaño de la familia y los ingresos y encuentre el plan que cumpla mejor con sus necesidades y su presupuesto.

Cuándo inscribirse o renovar.

La inscripción comienza a partir del 1 de noviembre de 2016 hasta el 31 de enero de 2017.

Fechas importantes para su seguro médico de 2017:

1 de noviembre	Primer día para comprar una cobertura.
23 de diciembre	Fecha límite para elegir un plan para enero de 2017
23 de diciembre	Fecha límite para pagar y asegurarse de que la cobertura se procesa antes del 1 de enero.
31 de diciembre	Último día para pagar la cobertura de enero (se retrasarán las tarjetas de identificación).
31 de enero	Último día para comprar o realizar un cambio a la cobertura de 2017.

Cómo inscribirse o renovar:

En línea - Visite HealthSourceRI.com para:

- Inscribirse o renovar la cobertura.
- Comparar planes y costos mediante nuestra calculadora de ahorros.
- Encontrar ayuda para inscribirse personalmente a través del Navegador de nuestra comunidad.
- Obtener el calendario de eventos de inscripción en todo el estado.

Por teléfono - Llame al 1-855-840-4774 los lunes - viernes, de 8:00 a. m. a 7 p. m.

También puede llamar al 2-1-1 para obtener asistencia sobre la inscripción personalmente a través del Navegador de nuestra comunidad.

Centro de Servicios al Cliente - 401 Wampanoag Trail, East Providence 02915