



HealthSourceRI  
WE WORK FOR YOU



## 2023 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

Compare los planes de las principales compañías de seguros del estado

## Planes de reducción de costos compartidos (CSR en inglés):

Los planes CSR son esquemas Silver que incluyen cantidades deducibles, coseguros y copagos reducidos, sin diferencia en las primas. Estas reducciones se suman a los créditos fiscales que ayudan a reducir sus primas mensuales. Si califica para un plan CSR usted tendrá derecho a uno de los tres niveles de programas CSR (73, 87 o 94), dependiendo de sus ingresos y el tamaño de su familia. Las cifras denotan el porcentaje de gastos pagados por su plan (ejemplo: con un plan Silver 73 el plan cubre en promedio el 73% de los gastos, y los integrantes del programa serán responsables del 27% restante de los gastos).

Al seleccionar un plan CSR usted pagará la misma prima por mes que exige un plan Silver regular, pero abonará menos por los copagos, deducibles y coseguros cuando vea al médico, vaya al hospital u obtenga una fórmula médica. Estos montos reducidos se muestran en este documento para cada plan de HealthSource RI. Puede calificar según el tamaño de su familia y cómo se comparan sus ingresos con el Nivel Federal de Pobreza (FPL):

Categoría	Plata 73		Plata 87		Plata 94	
Porcentaje del Nivel de Pobreza Federal (FPL)	200% FPL	250% FPL	150% FPL	200% FPL	100% FPL	150% FPL
Tamaño del grupo familiar	Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:		Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:		Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:	
1	\$27,180	\$33,975	\$20,385	\$27,180	\$13,590	\$20,385
2	\$36,620	\$45,775	\$27,465	\$36,620	\$18,310	\$27,465
3	\$46,060	\$57,575	\$34,545	\$46,060	\$23,030	\$34,545
4	\$55,500	\$69,375	\$41,625	\$55,500	\$27,750	\$41,625
5	\$64,940	\$81,175	\$48,705	\$64,940	\$32,470	\$48,705
6	\$74,380	\$92,975	\$55,785	\$74,380	\$37,190	\$55,785

## Herramienta para comparación de planes y ahorros de HealthSource RI

También puede utilizar nuestra herramienta rediseñada para comparación de planes y ahorros en [HealthSourceRI.com/calculator](https://HealthSourceRI.com/calculator) para comparar los costos del plan y calcular sus ahorros. Simplemente ingrese su edad, tamaño de familia e ingresos, y encuentre en menos de 5 minutos el plan que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

### Cuándo inscribirse o renovar

**La inscripción abierta comienza a partir del 1 de noviembre de 2022 hasta el 31 de enero de 2023**

### Fechas importantes para elegir su seguro médico de 2022:

1 de Noviembre:	¡Comienza la inscripción abierta!
23 de Diciembre:	Elija un plan y pague para completar la inscripción y asegurarse de que sus tarjetas de identificación lleguen a tiempo.
31 de Diciembre:	Último día para elegir y pagar la cobertura que comienza en enero de 2023 (Las tarjetas de identificación se retrasarán).
31 de Enero:	Finaliza la inscripción abierta - este es su último día para inscribirse cobertura de salud 2023. La cobertura comprada en enero entrará en vigencia a partir del 1 de febrero de 2023.

### Cómo inscribirse o renovar

Visite [HealthSourceRI.com](https://HealthSourceRI.com) para:

- Inscribirse o renovar la cobertura
- Compare planes y costos utilizando nuestra herramienta para comparación de planes y ahorros

Llame al 1-855-840-4774

También puede llamar al 211 para encontrar navegadores en su

**Se requiere seguro médico en Rhode Island. Regístrese para evitar una penalización fiscal más tarde.**

Tarifas al 1 de noviembre de 2022. 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 el documento Evidencia de cobertura que le brindó su compañía de seguros de salud únicamente.

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

**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 el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna parte de la prima pagada por este plan se coloca en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo y definida por 45 CFR sección 156 (e) (3).

\*\*Los servicios dentales pediátricos preventivos no están sujetos al deducible, pero otros servicios pueden ser: Consulte con su compañía de seguros.

# Planes de seguro con reducción de costos compartidos 2023, diseñados para individuos y familias elegibles

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice nuestra herramienta para comparación de planes y economías en HealthSourceRI.com/calculator, y así obtener una cotización rápida.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island  
**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<p><b>PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (CSR):</b></p> <p>Los planes de CSR son versiones de los planes Silver que tienen deducibles, coseguros y copagos reducidos, sin diferencia en la prima. Puede ser elegible para un plan de CSR basado en el tamaño de su familia y cómo se comparan sus ingresos con el Nivel Federal de Pobreza. El número se refiere al porcentaje de gastos pagados por su plan. Por ejemplo, con un plan Silver 73 el plan cubre en promedio el 73% de los gastos, y los integrantes del plan serán responsables del 27% restante.</p> <p><b>PRIMAS INDIVIDUALES:</b> Una prima es la cantidad que debe pagar cada mes por el seguro de salud. Las primas varían según la edad y el tamaño del grupo familiar.</p> <p><b>CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA):</b> Un plan calificado de Cuenta de Ahorro para la Salud le permite contribuir a una cuenta aparte exenta de impuestos, que se puede utilizar para cubrir gastos de atención médica como pagos de deducibles y copagos.</p>	NOMBRE DEL PLAN	BasicBlue Direct (CSR73)	*Neighborhood VALUE (CSR73)
	NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73
	PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250 % FPL	200-250 % FPL
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$376	\$299
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$480	\$382
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,020	\$811
	CALIFICADO PARA HSA	No	No
	TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	PPO	HMO
	REFERIDO OBLIGATORIO	No	No
	AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI
<p>Algunas aseguradoras ofrecen planes que incluyen un número menor de proveedores de servicios de salud, como resultado de su decisión de ofrecer una atención de alta calidad a un costo menor. Los planes tienen diferentes primas mensuales y costos de bolsillo a fin de recibir la atención, así como a los diferentes proveedores de servicios médicos (como médicos y hospitales) a los que puede acudir. Los proveedores incluidos en la red de un plan —así como la forma en se les paga por la atención que le brindan — ayudan a determinar cuánto pagará usted por su plan de seguro médico. Algunos planes asignan niveles (“rangos”) a médicos y hospitales dentro de sus redes, y es posible que usted pague menos para ver a los proveedores en determinados niveles.</p> <p>Al elegir un plan usted debe considerar la prima mensual así como los costos de bolsillo, los médicos que prefiere consultar, los medicamentos recetados que toma y, cualquier otra necesidad de atención médica que tenga. Todos los planes cubren servicios de atención médica preventiva sin costo alguno.</p>	INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,115 PCP 5,600 especialistas 539 dentistas 14 de 14 hospitales
	COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia
<p><b>MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO</b></p> <p>Además de su prima mensual, la cantidad máxima para costos de bolsillo corresponde a la cantidad final que usted podría tener que pagar por concepto de deducibles, copagos y coseguros durante el año.</p>	MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$7,250 Individual \$14,500 Familiar
	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,550 Individual \$9,100 Familiar	\$4,225 Individual \$8,450 Familiar
<p><b>DEDUCIBLES</b></p> <p>El deducible es la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo por ciertos servicios de atención médica, antes de que su plan de seguro comience a pagar. El monto del deducible es independiente de su prima mensual. Los servicios sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas al médico y hospitalizaciones, así como medicamentos recetados.</p>	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos
	<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>		
<p><b>COPAGOS Y COSEGURO</b></p> <p>Los copagos son montos fijos en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los usa.</p> <p>El coseguro es un porcentaje del costo total de ciertos tipos de servicios de atención médica que debe pagar. El coseguro generalmente se aplica después de alcanzar su deducible.</p> <p>En los planes por NIVELES, los copagos o coseguros para un servicio en particular, pueden variar dependiendo de su elección de proveedor de salud.</p> <p>La sección <b>BLANCA</b> 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.</p> <p>La sección <b>SOMBREADA</b> 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.</p> <p>Un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH) es un equipo de proveedores de atención médica que trabajan juntos para coordinar los servicios que usted recibe. Visitar a un proveedor en un PCMH puede costar menos en ciertos planes.</p>	ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 no PCMH \$10 PCMH	\$25
	VISITA A ESPECIALISTA	\$45	\$75
	ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0
	ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$75
	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	40%
	HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	40%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	40%
	DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	40%
	SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$25
	TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	\$75
<p><b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b></p> <p>Las compañías de seguros clasifican los medicamentos recetados en diferentes categorías, conocidas como “niveles”.</p> <p>El “nivel” del medicamento determina cuánto paga usted por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de los medicamentos.</p>	SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	40%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	40%
	CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	40%
	COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí
	NIVEL 1	\$10	\$10
NIVEL 2	\$30	\$15	
NIVEL 3	\$50	\$40	
NIVEL 4	\$75	\$55	
NIVEL 5	\$100	Nivel 5/ Nivel 6: 50%	

## Planes de seguro con reducción de costos compartidos 2023, diseñados para individuos y familias elegibles

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice nuestra herramienta para comparación de planes y economías en [HealthSourceRI.com/calculator](https://HealthSourceRI.com/calculator), y así obtener una cotización rápida.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island  
**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	Plan VantageBlue Direct (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	BlueCHiP Direct (CSR73)	BlueCHiP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood COMMUNITY (CSR73)
NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250 % FPL	200-250 % FPL	200-250 % FPL	200-250 % FPL	200-250 % FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$374	\$352	\$343	\$296	\$285
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$477	\$450	\$438	\$379	\$364
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,014	\$956	\$930	\$804	\$774
CALIFICADO PARA HSA	No	Sí	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	PPO	PPO	POS	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	Sí	Sí	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	RI ajustado	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	392 PCP 1,298 especialistas 405 dentistas Red de hospitales Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,115 PCP 5,600 especialistas 539 dentistas 14 de 14 hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$7,200 Individual \$14,400 Familiar	\$5,500 Individual \$11,000 Familiar	\$6,700 Individual \$13,400 Familiar	\$6,400 Individual \$12,800 Familiar	\$7,100 Individual \$14,200 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$4,200 Individual \$8,400 Familiar	\$4,150 Individual \$8,300 Familiar	\$2,975 Individual \$5,950 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>	Primera consulta gratuita por enfermedad; todas las demás visitas: \$60 no-PCMH \$40 PCMH	20%	\$30 no PCMH \$20 PCMH	\$40 no PCMH \$20 PCMH	10%
ATENCIÓN PRIMARIA					
VISITA A ESPECIALISTA	\$65	20%	\$60	\$60	10%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	20%	\$75	\$75	10%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$375	20%	10%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	30%	20%	10%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	30%	20%	10%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	30%	20%	10%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$60	20%	\$30	\$40	10%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	20%	10%	10%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	30%	20%	10%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	20%	10%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	30%	20%	10%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$0	\$7	\$7	\$5
NIVEL 2	\$35	\$15	\$35	\$35	\$10
NIVEL 3	\$80	\$50	\$50	\$50	\$35
NIVEL 4	\$100	\$75	\$75	\$75	\$50
NIVEL 5	\$250	\$100	\$100	\$100	Nivel 5/ Nivel 6: 10%

## Planes de seguro con reducción de costos compartidos 2023, diseñados para individuos y familias elegibles

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice nuestra herramienta para comparación de planes y economías en HealthSourceRI.com/calculator, y así obtener una cotización rápida.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	BasicBlue Direct (CSR87)	Plan VantageBlue Direct (CSR87)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	BlueCHiP Direct (CSR87)	BlueCHiP Direct Advance (CSR87)
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	150-200 % FPL	150-200 % FPL	150-200 % FPL	150-200 % FPL	150-200 % FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$376	\$374	\$352	\$343	\$296
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$480	\$477	\$450	\$438	\$379
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,020	\$1,014	\$956	\$930	\$804
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	PPO	PPO	PPO	POS	POS
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	Sí	Sí
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Nacional	Solo RI	RI ajustado
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	392 PCP 1,298 especialistas 405 dentistas Red de hospitales Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$650 Individual \$1,300 Familiar	\$250 Individual \$500 Familiar	\$550 Individual \$1,100 Familiar	\$900 Individual \$1,800 Familiar	\$900 Individual \$1,800 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	\$0	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 no PCMH \$10 PCMH	Primera visita por enfermedad gratuita, todas las demás visitas: \$25 no PCMH \$15 PCMH	20%	\$20 no PCMH \$10 PCMH	\$20 no PCMH \$10 PCMH
VISITA A ESPECIALISTA	\$40	\$40	20%	\$25	\$25
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$75	20%	\$75	\$75
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	\$300	20%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	20%	20%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	20%	20%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	20%	20%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$25	20%	\$20	\$20
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	20%	20%	10%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	20%	20%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	20%	20%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	20%	20%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$10	\$0	\$7	\$7
NIVEL 2	\$30	\$35	\$15	\$20	\$20
NIVEL 3	\$50	\$60	\$50	\$50	\$50
NIVEL 4	\$75	\$80	\$75	\$75	\$75
NIVEL 5	\$100	\$125	\$100	\$100	\$100

## Planes de seguro con reducción de costos compartidos 2023, diseñados para individuos y familias elegibles

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice nuestra herramienta para comparación de planes y economías en [HealthSourceRI.com/calculator](https://HealthSourceRI.com/calculator), y así obtener una cotización rápida.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPAÑÍA DE SEGUROS	NHPRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	*Neighborhood VALUE (CSR87)	Neighborhood COMMUNITY (CSR87)	BasicBlue Direct (CSR94)	Plan VantageBlue Direct (CSR94)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	150-200 % FPL	150-200 % FPL	100-150 % FPL	100-150 % FPL	100-150 % FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$299	\$285	\$376	\$374	\$352
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$382	\$364	\$480	\$477	\$450
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$811	\$774	\$1,020	\$1,014	\$956
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	HMO	HMO	PPO	PPO	PPO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	No	No
ÁREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Solo RI	Nacional	Nacional	Nacional
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,115 PCP 5,600 especialistas 539 dentistas 14 de 14 hospitales	1,115 PCP 5,600 especialistas 539 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$1,200 Individual \$2,400 Familiar	\$750 por persona \$1,500 Familiar	\$900 Individual \$1,800 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$1,200 Individual \$2,400 Familiar	\$775 Individual \$1,550 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	\$0	\$0	\$0
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$10	10%	\$15 no-PCMH \$5 PCMH	Primera visita por enfermedad gratuita, todas las demás visitas: \$20 no-PCMH \$10 PCMH	20%
VISITA A ESPECIALISTA	\$20	10%	\$20	\$35	20%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$20	10%	\$75	\$75	20%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	10%	10%	\$300	20%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	10%	10%	20%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	10%	10%	20%	20%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	10%	10%	20%	20%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$10	10%	\$15	\$20	20%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$20	10%	10%	20%	20%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	10%	10%	20%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%	10%	20%	20%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	10%	10%	20%	20%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$5	\$5	\$0	\$10	\$0
NIVEL 2	\$10	\$7	\$15	\$35	\$15
NIVEL 3	\$35	\$30	\$50	\$60	\$50
NIVEL 4	\$50	\$45	\$75	\$80	\$75
NIVEL 5	Nivel 5/ Nivel 6: 10%	Nivel 5/ Nivel 6: 10%	\$100	\$125	\$100

## Planes de seguro con reducción de costos compartidos 2023, diseñados para individuos y familias elegibles

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice nuestra herramienta para comparación de planes y economías en [HealthSourceRI.com/calculator](https://HealthSourceRI.com/calculator), y así obtener una cotización rápida.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island  
**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueChiP Direct (CSR94)	BlueChiP Direct Advance (CSR94)	*Neighborhood VALUE (CSR94)	Neighborhood COMMUNITY (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150 % FPL	100-150 % FPL	100-150 % FPL	100-150 % FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$343	\$296	\$299	\$285
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$438	\$379	\$382	\$364
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$930	\$804	\$811	\$774
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	Pos	Pos	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Sí	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Sólo RI	RI ajustado	Sólo RI	Sólo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,378 PCP 3,487 especialistas 483 dentistas 14 de 14 hospitales	392 PCP 1,298 especialistas 405 dentistas Red de hospitales Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,115 PCP 5,600 especialistas 539 dentistas 14 de 14 hospitales	1,115 PCP 5,600 especialistas 539 dentistas 14 de 14 hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia	Sin cobertura, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$1,100 Individual \$2,200 Familiar	\$1,100 Individual \$2,200 Familiar	\$2,150 Individual \$4,300 Familiar	\$2,250 Individual \$4,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>				
ATENCIÓN PRIMARIA	\$15 no-PCMH \$5 PCMH	\$15 no-PCMH \$5 PCMH	\$5	10%
VISITA A ESPECIALISTA	\$20	\$20	\$15	10%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$75	\$15	10%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	10%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	10%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	10%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	10%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$15	\$15	\$5	10%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	10%	\$15	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	10%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	10%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$5	\$5	\$2	\$2
NIVEL 2	\$15	\$15	\$5	\$5
NIVEL 3	\$30	\$30	\$15	\$15
NIVEL 4	\$50	\$50	\$30	\$30
NIVEL 5	\$100	\$100	Nivel 5/ Nivel 6: 10%	Nivel 5/ Nivel 6: 10%