



HealthSourceRI
WE WORK FOR YOU



2023 Beneficios de los planes del mercado individual

Compare los planes de las principales compañías de seguros del estado

Créditos fiscal mensuales:

Algunos habitantes de Rhode Island son elegibles para obtener créditos tributarios que pueden reducir el costo de la prima mensual. Estos créditos se basan en los ingresos y el tamaño de la familia. En las tablas se muestran ejemplos de tamaños de familia y niveles de ingresos y su elegibilidad para obtener créditos fiscal.

Familias:

Familias de 2		Créditos fiscal por ingreso anual de hogar			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 30,000	\$ 40,000	\$ 50,000	\$ 60,000
1	1	\$339	\$255	\$348	\$221
2	0	\$699	\$615	\$493	\$366
Familias de 3		Créditos fiscal por ingreso anual de hogar			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 30,000	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000
1	2	\$361	\$278	\$546	\$353
2	1	\$721	\$639	\$691	\$497
Familias de 4		Créditos fiscal por ingreso anual de hogar			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000	\$ 90,000
1	3	\$331	\$208	\$676	\$484
2	2	\$692	\$569	\$821	\$629

— Niño/niños probablemente elegibles para obtener cobertura gratuita RiteCare.

Adultos Solteros:

Créditos fiscales por ingreso anual del hogar	Edad		
	21 años	40 años	60 años
\$20,000	\$296	\$378	\$802
\$27,500	\$248	\$330	\$754
\$35,000	\$170	\$252	\$677
\$42,500	\$72	\$154	\$578
\$50,000	\$0	\$57	\$481
\$57,500	\$0	\$0	\$395

Silver Plan Premium after Tax Credit ²
\$1
\$49
\$126
\$225
\$322 o menos
\$409 o menos

²Compare todos los costos del plan HSRI usando nuestra Herramienta de Comparación de Planes y Ahorro.

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.

Tarifas a partir del 1 de noviembre del 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 coberturas y beneficios que aquí se describen. Para obtener información sobre los beneficios cubiertos, los límites y las exclusiones, solo debe tomar en cuenta el documento Evidencia de cobertura que le brindó su compañía de seguros de salud únicamente.

*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 deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR sección 156(e)(3).

¹También está disponible una variación modificada de este plan que excluye la cobertura para la mayoría de los abortos. "Modificado" en el nombre del plan indica la versión modificada.

**Los planes de reducción de costos compartidos (CSR) son planes Plata que tienen deducibles, coseguros y copagos reducidos. Puede calificar para planes de CSR si gana menos de \$33,975 para un individuo o \$69,375 para una familia de cuatro.

***Servicios preventivos de pediatría dental no están sujetos al deducible, pero otros servicios pueden ser: consulte con su compañía de seguros.

Herramienta de comparación y ahorro de planes de HealthSource RI

Puede usar nuestra Herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros** en **HealthSourceRI.com/calculator** para comparar los costos del plan y estimar sus ahorros. Simplemente ingrese su edad, tamaño de familia e ingresos para encontrar el plan que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto en **menos de cinco minutos**.

The screenshot shows a four-step process: Paso 1 (Cuéntanos acerca de usted), Paso 2 (Háblenos de sus médicos), Paso 3 (Háblenos de sus prescripciones), and Paso 4 (Comparar planes). The current step is Paso 2, titled 'Háblenos de los que serán cubiertos por este seguro'. It asks the user to verify if they qualify for a no-cost or tax-savings plan in under 5 minutes. A required field for the ZIP code is shown. Below, a table lists fields for 'Persona 1': Edad (required), Relación (dropdown with 'Self' selected), 'En general, diría usted que la salud de esta persona es?' (dropdown with '-- Select --'), 'Procedimientos médicos esperados?' (dropdown with 'Ninguno de los siguientes'), '¿Es miembro de una Tribu Reconocida Federalmente?' (checkbox), and '¿Mujer embarazada?' (checkbox). A 'Añadir a otra persona' button is at the bottom right. A question about including dental plans is at the bottom with 'Sí' and 'No' radio buttons.

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 su seguro médico de 2023:

- 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.

Se requiere seguro médico en Rhode Island. Regístrese para evitar una

Cómo inscribirse o renovar

Visite **HealthSourceRI.com** para:

- Inscribirse o renovar la cobertura
- Compare planes y costos a través de nuestra Herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros**

Llame al 1-855-840-4774

También puede **llamar al 211** para encontrar navegadores en su área que puedan brindar apoyo personal para la inscripción.

Beneficios de los Planes del Mercado Individual 2023

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

Use nuestra herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros** en HealthSourceRI.com/calculator para obtener una cotización rápida.

BCBSRI: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

NHPRI: Neighborhood Health Plan of Rhode Island

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LOS PLANES	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
PRIMAS INDIVIDUALES: Una prima es la cantidad que debe pagar cada mes por el seguro médico. Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia.	NOMBRE DEL PLAN	Plan VantageBlue Direct 750/1500 ¹	Plan VantageBlue Direct 1500/3000	*Neighborhood ESSENTIAL
CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA): Un plan calificado para la Cuenta de Ahorros para la Salud le permite contribuir a una cuenta separada exenta de impuestos que se puede usar para gastos de atención médica como deducibles y copagos.	NIVEL METÁLICO	PLATINUM	GOLD	GOLD
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$489	\$414	\$303
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$625	\$529	\$387
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,327	\$1,123	\$821
CÓMO RECIBE SU ATENCIÓN	CALIFICADO PARA HSA	No	No	No
Algunas aseguradoras proponen planes que incluyen un número menor de proveedores que brindan atención de alta calidad a un costo menor. Los planes tienen diferentes primas mensuales y gastos de bolsillo para la atención, así como diferentes proveedores (como médicos y hospitales) que puede visitar. Los proveedores incluidos en la red de un plan, y cómo se les paga a esos proveedores por la atención que le brindan, ayudan a determinar cuánto pagará por su plan de seguro médico. Algunos planes asignan categorías (“niveles”) a médicos y hospitales dentro de sus redes, y es posible que pague menos para ver a los proveedores en ciertos niveles.	TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	HMO
	REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No
	AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	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	1,115 PCP 5,600 Especialistas 539 Dentistas 14 de 14 Hospitales
Al elegir un plan, debe considerar la prima mensual, así como los gastos de bolsillo, los proveedores que prefiere visitar, 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. Casi todos los médicos y especialistas de atención primaria están cubiertos por todos los planes (sujetos a cambios).	COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
GASTOS MÁXIMO DEL BOLSILLO	MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$1,800 Individual \$3,600 Familiar	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar	\$5,650 Individual \$11,300 Familiar
	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$2,650 Individual \$5,300 Familiar
	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinados con servicios médicos	\$0	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos
DEDUCIBLES	COSTOS DENTRO DE LA RED:	La primera visita por enfermedad es gratis, todas las demás visitas: \$20 No PCMH \$10 PCMH	La primera visita por enfermedad es gratis, todas las demás visitas: \$30 No PCMH \$20 PCMH	\$30
El deducible es la cantidad que 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.	ATENCIÓN PRIMARIA			
Los copagos son montos fijos en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los usa.	VISITA A ESPECIALISTA	\$30	\$45	\$65
Un 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.	ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0
En los NIVELES los planes, copagos o coseguros para un servicio en particular pueden variar dependiendo de su elección de proveedor de salud.	CENTRO DE URGENCIAS	\$50	\$75	\$65
	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$100	\$200	\$350
	HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	0%	20%	0%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	0%	20%	0%
	DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/ MRI	0%	20%	0%
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.	SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$30	\$30
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.	TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	20%	\$65
	SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	0%	20%	0%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	20%	0%
	CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	20%	0%
MEDICAMENTOS RECETADOS	COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Yes	Yes	Yes
Las compañías de seguros separan los medicamentos recetados en diferentes categorías conocidas como “niveles”	NIVEL 1	\$10	\$10	\$5
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.	NIVEL 2	\$25	\$25	\$10
	NIVEL 3	\$50	\$50	\$35
	NIVEL 4	\$75	\$75	\$50
	NIVEL 5	\$125	\$125	Nivel 5/Nivel 6: 30%

Beneficios de los Planes del Mercado Individual 2023

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

Use nuestra herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros** en HealthSourceRI.com/calculator para 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	*BlueSolutions for HSA Direct 1700/3400	BasicBlue Direct 2500/5000	BlueCHiP Direct 2300/4600	BlueCHiP Direct Advance 2300/4600	Neighborhood PLUS
NIVEL METÁLICO	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$390	\$390	\$366	\$316	\$297
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$499	\$499	\$468	\$404	\$379
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,059	\$1,059	\$994	\$857	\$806
CALIFICADO PARA HSA	Sí	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	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	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$5,200 Individual \$10,400 Familiar	\$5,900 Individual \$11,800 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$7,550 Individual \$15,100 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$1,700 Individual \$3,400 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$1,375 Individual \$2,750 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$35 No PCMH \$15 PCMH	\$25 No PCMH \$15 PCMH	\$35 No PCMH \$15 PCMH	\$35 No PCMH \$15 PCMH	\$25
VISITA A ESPECIALISTA	\$40	\$30	\$45	\$45	\$50
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$300	10%	10%	10%	\$300
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$300 por admisión	10%	10%	10%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	0%	10%	10%	10%	20%
DIAG.PORIMÁGENESDEALTACALIDAD:CT/PET/MRI	\$150	10%	10%	10%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$35	\$25	\$35	\$35	\$25
TERAPIADELHABLA/OCUP./FÍSIO.,REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$40	10%	10%	10%	\$50
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	0%	10%	10%	10%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	\$300 por admisión	10%	10%	10%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	10%	10%	10%	20%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
NIVEL 1	\$10	\$10	\$10	\$10	\$5
NIVEL 2	\$25	\$30	\$25	\$25	\$10
NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
NIVEL 5	\$125	\$125	\$125	\$125	Nivel 5/Nivel 6: 30%

Beneficios de los Planes del Mercado Individual 2023

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

Use nuestra herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros** en HealthSourceRI.com/calculator para 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	BasicBlue Direct 5500/11000	Plan VantageBlue Direct 6000/12000	*BlueSolutions for HSA Direct 4100/8200	BlueCHiP Direct 5000/10000	*Neighborhood VALUE
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$376	\$374	\$352	\$343	\$299
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$480	\$477	\$450	\$438	\$382
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,020	\$1,014	\$956	\$930	\$811
CALIFICADO PARA HSA	No	No	Sí	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	PPO	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	Sí	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Nacional	Solo RI	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	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	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$7,800 Individual \$15,600 Familiar	\$8,900 Individual \$17,800 Familiar	\$5,700 Individual \$11,400 Familiar	\$7,500 Individual \$15,000 Familiar	\$8,800 Individual \$17,600 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,500 Individual \$11,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$4,100 Individual \$8,200 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$4,225 Individual \$8,450 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 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 No PCMH \$10 PCMH	La primera visita por enfermedad es gratis, todas las demás visitas: \$60 No PCMH \$40 PCMH	20%	\$30 No PCMH \$20 PCMH	\$35
VISITA A ESPECIALISTA	\$45	\$65	20%	\$60	\$75
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	20%	\$75	\$75
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	\$375	20%	10%	40%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	30%	20%	10%	40%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	30%	20%	10%	40%
DIAG.PORIMÁGENESDEALTACALIDAD:CT/PET/MRI	10%	30%	20%	10%	40%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$60	20%	\$30	\$35
TERAPIADELHABLA/OCUP./FÍSIO.,REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	30%	20%	10%	\$75
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	30%	20%	10%	40%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	30%	20%	10%	40%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	30%	20%	10%	40%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
NIVEL 1	\$10	\$10	\$10	\$7	\$10
NIVEL 2	\$30	\$35	\$30	\$35	\$15
NIVEL 3	\$50	\$80	\$50	\$50	\$40
NIVEL 4	\$75	\$100	\$75	\$75	\$55
NIVEL 5	\$100	\$250	\$100	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 50%

Beneficios de los Planes del Mercado Individual 2023

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

Use nuestra herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros** en HealthSourceRI.com/calculator para obtener una cotización rápida.

BCBSRI: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

NHPRI: Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHI [®] Direct Advance 4950/9900	Neighborhood COMMUNITY	BlueSolutions for HSA Direct 6300/12600 ¹	*Neighborhood ECONOMY	Neighborhood INNOVATION
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$296	\$285	\$253	\$214	\$211
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$379	\$364	\$323	\$274	\$270
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$804	\$774	\$686	\$581	\$573
CALIFICADO PARA HSA	No	No	Sí	Sí	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	POS	HMO	PPO	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Sí	No	No	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	RI ajustado	Solo RI	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	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	1,378 PCP 3,487 Especialistas 483 Dentistas 14 de 14 Hospitales	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	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$7,200 Individual \$14,400 Familiar	\$8,500 Individual \$17,000 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$8,550 Individual \$17,100 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,950 Individual \$9,900 Familiar	\$2,950 Individual \$5,900 Familiar	\$6,300 Individual \$12,600 Familiar	\$6,675 Individual \$13,350 Familiar	\$6,825 Individual \$13,650 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$45 No PCMH \$25 PCMH	15%	10%	0%	\$25
VISITA A ESPECIALISTA	\$60	15%	10%	0%	30%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	15%	10%	0%	30%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	15%	10%	0%	30%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	15%	10%	0%	30%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	15%	10%	0%	30%
DIAG.PORIMÁGENESDEALTA CALIDAD:CT/PET/MRI	10%	15%	10%	0%	30%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$45	15%	10%	0%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO.,REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	15%	10%	0%	30%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	15%	10%	0%	30%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	15%	10%	0%	30%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	15%	10%	0%	30%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
NIVEL 1	\$7	\$5	\$10	\$5	\$10
NIVEL 2	\$35	\$10	\$35	\$10	\$15
NIVEL 3	\$50	\$35	\$60	\$35	\$40
NIVEL 4	\$75	\$50	\$100	\$50	\$55
NIVEL 5	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 50%	\$200	Nivel 5/Nivel 6: 30%	Nivel 5/Nivel 6: 30%