Compare los planes de las principales compañías de seguros del estado

Planes de reducción de costos compartidos 2024 para individuos y familias elegibles

HealthSourceRI
WE WORK FOR YOU

Planes de reducción de costos compartidos (CSR):

Los planes CSR son planes Plata 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 (94, 87 o 73), 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 Plata 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 Plata regular, pero abonará menos por los copagos, deducibles y coseguros cuando vea al médico, vaya al hospital u obtenga una receta 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):

Nivel de CSR	Silver 94		Silver 87		Silver 73	
Rango, como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	Ingresos entre 100-150% FPL		Ingresos entre 150-200% FPL		Ingresos entre 200-250% FPL	
Tamaño de la familia	Usted puede calificar si sus ingresos están entre:		Usted puede calificar si sus ingresos están entre:		Usted puede calificar si sus ingresos están entre:	
1	$14,580	$21,870	$21,870	$29,160	$29,160	$36,450
2	$19,720	$29,580	$29,580	$39,440	$39,440	$49,300
3	$24,860	$37,290	$37,290	$49,720	$49,720	$62,150
4	$30,000	$45,000	$45,000	$60,000	$60,000	$75,000
5	$35,140	$52,710	$52,710	$70,280	$70,280	$87,850
6	$40,280	$60,420	$60,420	$80,560	$80,560	$100,700

Herramienta para comparación de planes y ahorros de HealthSource RI

También puede utilizar nuestra herramienta rediseñada de **comparación de planes y ahorros** en **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 funciona del 1 de noviembre de 2023 al 31 de enero de 2024

Fechas importantes para elegir su seguro médico de 2024:

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 2024 (Las tarjetas de identificación se retrasarán).
31 de Enero:	La inscripción abierta finaliza: este es su último día para inscribirse en la cobertura médica de 2024. La cobertura adquirida en enero entrará en vigencia el 1 de febrero de 2024.

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

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.

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

Tarifas al 1 de noviembre de 2023. Este es un resumen parcial de los beneficios y la cobertura y no debe considerarse un contrato. Esta información, incluidas todas las tarifas cotizadas, debe utilizarse únicamente con fines explicativos. Se pueden hacer cambios a los beneficios y las pólizas de cobertura descritas aquí. Para obtener información sobre los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertas, solo debe confiar en el documento de evidencia de cobertura que le proporcionó su compañía de seguros de salud.

Organización de proveedores sanitarios preferidos (PPO):
Usted pagará menos si utiliza hospitales y médicos de la red preferida del plan, pero a menudo es libre de ver proveedores sanitarios que no están en la red preferida.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO) / punto de servicio (POS):
Usted acepta utilizar solo proveedores que formen parte de la red. En algunos planes, usted debe elegir un proveedor de atención primaria, que coordina su atención.

Todos los planes HSRI para individuos y familias cubren servicios dentales pediátricos. Los servicios dentales pediátricos preventivos no están sujetos al deducible, pero otros servicios pueden ser; onsulte con su compañía de seguros.

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción 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 §156.280 (e)(3).
[1]Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2024 para individuos y familias elegibles

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN

PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (CSR):

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.

PRIMAS INDIVIDUALES:
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.

CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSAs):
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.

CÓMO SE RECIBE LA ATENCIÓN MÉDICA

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 para recibir atención, así como diferentes proveedores de servicios médicos (como médicos y hospitales) a los que puede acudir. La selección de 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 niveles a médicos y hospitales dentro de sus redes, y es posible que usted pague menos por ver a proveedores de determinados niveles.

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.

MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO

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.

DEDUCIBLES

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.

COPAGOS Y COSEGUROS

Los copagos son montos fijos en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los usa.

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.

En los planes por NIVELES, los copagos o coseguros para un servicio en particular, pueden variar dependiendo de su elección de proveedor de salud.

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.

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.

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.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Las compañías de seguros clasifican los medicamentos recetados en diferentes categorías, conocidas como "niveles".

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.

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI (NUEVO)
NOMBRE DEL PLAN	BasicBlue Direct (CSR94)	Neighborhood VALUE (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$408	$314
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$522	$401
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,108	$851
CALIFICADO PARA HSA	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)	PPO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 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
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	$1,200 Individual $2,400 Familiar	$2,150 Individual $4,300 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$0 Individual $0 Familiar	$0 Individual $0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	$0	$0
COSTOS DENTRO DE LA RED:		
ATENCIÓN PRIMARIA	$15 No PCMH $5 PCMH	$5
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	$20	$15
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	$15
SERVICIOS DE ER	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	$15	$5
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	$15
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si[1]
Rx NIVEL 1	$0	$2
Rx NIVEL 2	$15	$5
Rx NIVEL 3	$50	$15
Rx NIVEL 4	$75	$30
Rx NIVEL 5	20%	Nivel 5/6: 10%

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción 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 §156.280 (e)(3).
[1]Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2024 para individuos y familias elegibles

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	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueCHiP Direct (CSR94)	BlueCHiP Direct Advance (CSR94)	Neighborhood COMMUNITY (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$398	$380	$371	$321	$297
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$508	$486	$475	$410	$380
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,080	$1,031	$1,008	$871	$807
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)	PPO	PPO	POS	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	Si	Si	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	411 PCPs 1,322 Especialistas 399 Dentistas Red Hospitalaria Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 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 COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	$750 Individual $1,500 Familiar	$900 Individual $1,800 Familiar	$1,300 Individual $2,600 Familiar	$1,300 Individual $2,600 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	$0 Individual $0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	$0	$0	$0	$0	$0
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: $20 No PCMH $10 PCMH	20%	$15 No PCMH $5 PCMH	$15 No PCMH $5 PCMH	10%
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	$35	20%	$20	$20	10%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	20%	$75	$75	10%
SERVICIOS DE ER	$300	20%	10%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	20%	10%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	20%	20%	10%	10%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	20%	10%	10%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	$20	20%	$15	$15	10%
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	20%	10%	10%	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	20%	20%	10%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	20%	10%	10%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	20%	10%	10%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	$10	$0	$5	$5	$2
Rx NIVEL 2	$35	$15	$15	$15	$5
Rx NIVEL 3	$60	$50	$30	$30	$15
Rx NIVEL 4	$80	$75	$50	$50	$30
Rx NIVEL 5	20%	20%	20%	20%	Nivel 5/6: 10%

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción 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 §156.280 (e)(3).
[1]Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2024 para individuos y familias elegibles

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)	VantageBlue Direct Plan (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
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % 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 FISCAL)	$408	$398	$380	$371	$321
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$522	$508	$486	$475	$410
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,108	$1,080	$1,031	$1,008	$871
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)	PPO	PPO	PPO	POS	POS
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	Si	Si
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Nacional	Solo RI	RI Estrecho
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	411 PCPs 1,322 Especialistas 399 Dentistas Red Hospitalaria Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley
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 COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	$2,900 Individual $5,800 Familiar	$3,000 Individual $6,000 Familiar	$2,900 Individual $5,800 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	Nivel 5 combinado con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	$20 No PCMH $10 PCMH	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: $25 No PCMH $15 PCMH	20%	$20 No PCMH $10 PCMH	$20 No PCMH $10 PCMH
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	$40	$40	20%	$25	$25
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	$75	20%	$75	$75
SERVICIOS DE ER	10%	$300	20%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	20%	20%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	20%	20%	10%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	20%	20%	10%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	$20	$25	20%	$20	$20
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	20%	20%	10%	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	20%	20%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	20%	20%	10%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	20%	20%	10%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si	Limitado*	Si	Si
Rx NIVEL 1	$10	$10	$0	$7	$7
Rx NIVEL 2	$30	$35	$15	$20	$20
Rx NIVEL 3	$50	$60	$50	$50	$50
Rx NIVEL 4	$75	$80	$75	$75	$75
Rx NIVEL 5	20%	20%	20%	20%	20%

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción 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 §156.280 (e)(3).
[1]Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2024 para individuos y familias elegibles

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	NHPRI NUEVO	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	Neighborhood VALUE (CSR87)	Neighborhood COMMUNITY (CSR87)	BasicBlue Direct (CSR73)	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	150-200% FPL	150-200% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$314	$297	$408	$398	$380
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$401	$380	$522	$508	$486
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$851	$807	$1,108	$1,080	$1,031
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	Si
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)	HMO	HMO	PPO	PPO	PPO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Solo RI	Nacional	Nacional	Nacional
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 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 COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	$3,000 Individual $6,000 Familiar	$3,150 Individual $6,300 Familiar	$7,000 Individual $14,000 Familiar	$7,550 Individual $15,100 Familiar	$6,000 Individual $12,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$1,200 Individual $2,400 Familiar	$825 Individual $1,650 Familiar	$4,550 Individual $9,100 Familiar	$5,600 Individual $11,200 Familiar	$2,900 Individual $5,800 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Nivel 5 combinado con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	$10	10%	$20 No PCMH $10 PCMH	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: $60 No PCMH $40 PCMH	20%
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	$20	10%	$45	$65	20%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$20	10%	$75	$75	20%
SERVICIOS DE ER	10%	10%	10%	$475	20%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	10%	10%	30%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	10%	10%	30%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	10%	10%	30%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	$10	10%	$20	$60	20%
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	$20	10%	10%	30%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%	10%	30%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%	10%	30%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%	10%	30%	20%
COBERTURA DEL ABORTO	Si[1]	Si	Si	Si	Limitado*
Rx NIVEL 1	$5	$5	$10	$10	$0
Rx NIVEL 2	$10	$7	$30	$35	$15
Rx NIVEL 3	$35	$30	$50	$80	$50
Rx NIVEL 4	$50	$45	$75	$100	$75
Rx NIVEL 5	Nivel 5/6: 10%	Nivel 5/6: 10%	20%	20%	20%

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción 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 §156.280 (e)(3).
[1]Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2024 para individuos y familias elegibles

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI NUEVO	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHiP Direct (CSR73)	BlueCHiP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood VALUE (CSR73)	Neighborhood COMMUNITY (CSR73)
NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$371	$321	$314	$297
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$475	$410	$401	$380
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,008	$871	$851	$807
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)	POS	POS	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Si	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,683 PCPs 3,395 Especialistas 475 Dentistas 14 de 14 Hospitales	411 PCPs 1,322 Especialistas 399 Dentistas Red Hospitalaria Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 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
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	$6,500 Individual $13,000 Familiar	$6,400 Individual $12,800 Familiar	$7,300 Individual $14,600 Familiar	$7,425 Individual $14,850 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$4,200 Individual $8,400 Familiar	$4,150 Individual $8,300 Familiar	$4,225 Individual $8,450 Familiar	$3,175 Individual $6,350 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	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	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:				
ATENCIÓN PRIMARIA	$30 No PCMH $20 PCMH	$40 No PCMH $20 PCMH	$25	10%
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	$60	$60	$75	10%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	$75	$75	10%
SERVICIOS DE ER	10%	10%	40%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	10%	40%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	10%	40%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	10%	40%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	$30	$40	$25	10%
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	10%	$75	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%	40%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%	40%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%	40%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si	Si[1]	Si
Rx NIVEL 1	$7	$7	$10	$5
Rx NIVEL 2	$35	$35	$15	$10
Rx NIVEL 3	$50	$50	$40	$35
Rx NIVEL 4	$75	$75	$55	$50
Rx NIVEL 5	20%	20%	Nivel 5/6: 50%	Nivel 5/6: 10%

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción 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 §156.280 (e)(3).
[1]Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.