



Planes de
**Reducción de Costos
Compartidos 2025**
para individuos y familiares elegibles



Compare los planes de las principales compañías de seguros del estado

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	\$15,060	\$22,590	\$22,590	\$30,120	\$30,120	\$37,650
2	\$20,440	\$30,660	\$30,660	\$40,880	\$40,880	\$51,100
3	\$25,820	\$38,730	\$38,730	\$51,640	\$51,640	\$64,550
4	\$31,200	\$46,800	\$46,800	\$62,400	\$62,400	\$78,000
5	\$36,580	\$54,870	\$54,870	\$73,160	\$73,160	\$91,450
6	\$41,960	\$62,940	\$62,940	\$83,920	\$83,920	\$104,900

Herramienta para comparación de planes y ahorros de HealthSource RI

También puede utilizar nuestra **herramienta 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 2024 al 31 de enero de 2025

Fechas importantes para elegir su seguro médico de 2025:

- 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 2025 (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 2025. La cobertura adquirida en enero entrará en vigencia el 1 de febrero de 2025.

Cómo inscribirse o renovar

Visite HealthSourceRI.com para:

- Inscribirse o renovar la cobertura
- Comparar 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 2024. 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; consulte con su compañía de seguros.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<p>PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (CSR):</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>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.</p> <p>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.</p>	NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (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)	\$450	\$333
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$575	\$425
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,221	\$904
	CALIFICADO PARA HSA	No	No
	TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	HMO
	REFERIDO OBLIGATORIO	No	No
	AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI
<p>CÓMO SE RECIBE LA ATENCIÓN MÉDICA</p> <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 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.</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 (SUJETA A CAMBIOS)	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 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	\$750 Individual \$1,500 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:	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$20 No PCMH \$10 PCMH	\$5
	ATENCIÓN PRIMARIA		
	CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$35	\$15
	ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0
	ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	\$15
SERVICIOS DE ER	\$300	10%	
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	10%	
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	20%	10%	
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	10%	
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$5	
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	\$15	
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%	
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%	
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si ¹	
Rx NIVEL 1	\$10	\$2	
Rx NIVEL 2	\$35	\$5	
Rx NIVEL 3	\$60	\$15	
Rx NIVEL 4	\$80	\$30	
Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 10%	
<p>MEDICAMENTOS RECETADOS</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>			

¹Este 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).
²Existe 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 2025 para individuos y familias elegibles

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

COMPañIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueCHiP Direct (CSR94)	BlueCHiP Direct Advance (CSR94)	Neighborhood COMMUNITY (CSR94)	VantageBlue Direct Plan (CSR87)
NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 87
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	150-200% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$414	\$410	\$355	\$316	\$450
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$529	\$524	\$454	\$404	\$575
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,124	\$1,112	\$963	\$857	\$1,221
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	POS	HMO	PPO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Si	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI	Nacional
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	558 PCPs 1,434 Especialistas 380 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 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	\$1,100 Individual \$2,200 Familiar	\$1,300 Individual \$2,600 Familiar	\$1,300 Individual \$2,600 Familiar	\$2,250 Individual \$4,500 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$250 Individual \$500 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	\$0	\$0	\$0	Nivel 5 combinado con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$25 No PCMH \$15 PCMH
ATENCIÓN PRIMARIA	20%	\$15 No PCMH \$5 PCMH	\$15 No PCMH \$5 PCMH	10%	
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	20%	\$20	\$20	10%	\$40
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	20%	\$75	\$75	10%	\$75
SERVICIOS DE ER	20%	10%	10%	10%	\$300
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	10%	10%	10%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	20%	10%	10%	10%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	10%	10%	10%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	20%	\$15	\$15	10%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	10%	10%	10%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%	10%	10%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	10%	10%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%	10%	10%	20%
COBERTURA DEL ABORTO	Limitado*	Si	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$0	\$5	\$5	\$2	\$10
Rx NIVEL 2	\$15	\$15	\$15	\$5	\$35
Rx NIVEL 3	\$50	\$30	\$30	\$15	\$60
Rx NIVEL 4	\$75	\$50	\$50	\$30	\$80
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	\$150	Nivel 5/6: 10%	\$150

*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).
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.

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	BlueCHiP Direct (CSR87)	BlueCHiP Direct Advance (CSR87)	Neighborhood VALUE (CSR87)	Neighborhood COMMUNITY (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)	\$414	\$410	\$355	\$333	\$316
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$529	\$524	\$454	\$425	\$404
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,124	\$1,112	\$963	\$904	\$857
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	POS	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Si	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	558 PCPs 1,434 Especialistas 380 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; 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	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	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,050 Individual \$6,100 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$550 Individual \$1,100 Familiar	\$900 Individual \$1,800 Familiar	\$900 Individual \$1,800 Familiar	\$1,200 Individual \$2,400 Familiar	\$875 Individual \$1,750 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 5 y 6 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	20%	\$20 No PCMH \$10 PCMH	\$20 No PCMH \$10 PCMH	\$10	10%
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	20%	\$25	\$25	\$20	10%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	20%	\$75	\$75	\$20	10%
SERVICIOS DE ER	20%	10%	10%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	10%	10%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	20%	10%	10%	10%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	10%	10%	10%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	20%	\$20	\$20	\$10	10%
TERAPIA DEL HABLE/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	10%	10%	\$20	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%	10%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	10%	10%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%	10%	10%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Limitado*	Si	Si	Si ¹	Si
Rx NIVEL 1	\$0	\$7	\$7	\$5	\$5
Rx NIVEL 2	\$15	\$20	\$20	\$10	\$7
Rx NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$35	\$30
Rx NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$50	\$45
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	\$150	Nivel 5/6: 10%	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).

¹Existe 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 2025 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	
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	Neighborhood VALUE (CSR73)	
NIVEL METÁLICO	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	
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$450	\$414	\$333	
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$575	\$529	\$425	
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,221	\$1,124	\$904	
CALIFICADO PARA HSA	No	Si	No	
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	PPO	HMO	
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 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	
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$7,300 Individual \$14,600 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$4,150 Individual \$8,300 Familiar	
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Nivel 5 combinado con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos	
COSTOS DENTRO DE LA RED:	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$60 No PCMH \$40 PCMH			
ATENCIÓN PRIMARIA		20%	\$25	
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA		\$65	20%	\$75
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA		\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA		\$75	20%	\$75
SERVICIOS DE ER		\$475	20%	40%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS		30%	20%	40%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES		30%	20%	40%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA		30%	20%	40%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO		\$60	20%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA		30%	20%	\$75
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS		30%	20%	40%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA		30%	20%	40%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		30%	20%	40%
COBERTURA DEL ABORTO		Si	Limitado*	Si ¹
Rx NIVEL 1		\$10	\$0	\$10
Rx NIVEL 2		\$35	\$15	\$15
Rx NIVEL 3		\$80	\$50	\$40
Rx NIVEL 4		\$100	\$75	\$55
Rx NIVEL 5		\$150	\$150	Nivel 5/6: 50%

*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).

¹Existe 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.

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHiP Direct (CSR73)	BlueCHiP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood COMMUNITY (CSR73)
NIVEL METÁLICO	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
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$410	\$355	\$316
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$524	\$454	\$404
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,112	\$963	\$857
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	POS	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Si	Si	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	558 PCPs 1,434 Especialistas 380 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; 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
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$5,900 Individual \$11,800 Familiar	\$7,350 Individual \$14,700 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,200 Individual \$8,400 Familiar	\$4,150 Individual \$8,300 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	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:			
ATENCIÓN PRIMARIA	\$30 No PCMH \$20 PCMH	\$40 No PCMH \$20 PCMH	10%
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$60	\$75	10%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	\$75	10%
SERVICIOS DE ER	10%	40%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	40%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	40%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	40%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$40	\$25	10%
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	\$75	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	40%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	40%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	40%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si ¹	Si
Rx NIVEL 1	\$7	\$10	\$5
Rx NIVEL 2	\$35	\$15	\$10
Rx NIVEL 3	\$50	\$40	\$35
Rx NIVEL 4	\$75	\$55	\$50
Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 50%	Nivel 5/6:10%