



Planes de salud y
beneficios 2025 para
Pequeños Empleadores



*¡Llámenos hoy para obtener una cotización gratuita! 1-855-683-6757
Correo electrónico: Employers@HealthSourceRI.com*

Opciones exclusivas de HealthSource RI para empleadores

Elección completa

- HealthSource RI for Employers ofrece a los empleadores dos opciones de contribución para permitir la máxima flexibilidad. Como empleador, elige el modelo de contribución que mejor se adapte a su negocio y a su presupuesto:
 1. La opción de calificación promedio compuesta promedia las tarifas basadas en la edad de todos los inscritos para obtener una tarifa que se aplica a todos los empleados, independientemente de su edad.
 2. La opción de calificación de la factura de lista calcula la prima para cada empleado (incluidos los cónyuges y dependientes) en función de su edad.
- Los empleadores eligen su opción de contribución utilizando un plan básico.
- Los empleados pueden usar esa contribución para cualquier plan disponible de varias compañías de seguros de salud.
- Los empleados tienen acceso a nuestra completa función de apoyo cuando seleccionan los planes.

Manténgase competitivo con un paquete de beneficios

Personalice su paquete integral de beneficios con productos interesantes que incluyen:

- Vista
- Puente Médico
- Vida
- Mascota
- Telesalud

Beneficios por niveles

- Contribuciones de nivel por grupos de empleados para personalizar su plan de beneficios como nunca antes
- Excelentes opciones rentables para incentivar a los empleados

Cuándo inscribirse

- En la fecha de renovación o el día 1 de cada mes
- Plazos importantes que debe recordar para el mes anterior a la fecha de inicio de su cobertura:
 - **Para el día 12:** Finalice sus opciones de cobertura
 - **Para el día 17:** Los empleados eligen sus planes
 - **Para el día 23:** Realice su primer pago

Póngase en contacto con nosotros para obtener un presupuesto gratuito hoy mismo

- Para encontrar un corredor o para obtener información sobre cómo inscribirse, visite **HealthSourceRI.com/Employers**
- Llame a nuestro **Equipo de Compromiso Empresarial** al **1-855-683-6757** o por correo electrónico a **Employers@HealthSourceRI.com**
- Visítenos en **20 Newman Avenue, Suite 1000 en Rumford, RI 02916**

Tarifas a partir del 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 informativos. Es posible que se realicen cambios en las políticas de beneficios y cobertura aquí descritas. Solo debe confiar en el documento de Evidencia de Cobertura que le proporcionó su compañía de seguros de salud para obtener información sobre los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones.

Organización de proveedores sanitarios preferidos (PPO): Usted pagará menos si utiliza hospitales y médicos pertenecientes a la red preferida del plan, pero a menudo es libre de ver a 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.

El siguiente estudio de caso ilustra cómo funciona la Elección Completa:



El empleador establece el presupuesto

Michael es dueño de dos restaurantes en Providence. Selecciona un plan que cuesta un promedio de \$500 por mes por empleado. Decide contribuir con el 65% (aproximadamente \$325 al mes) de la prima de cada empleado.



Opciones de contribución

Michael elige la opción de contribución que mejor se adapta a las necesidades de su negocio. Michael puede elegir entre las opciones de calificación de promedio compuesto o de calificación de factura de lista. Los empleados tendrán la misma tarifa o una tarifa basada en la edad, respectivamente.



Elección completa

Los empleados de Michael pueden elegir el plan de seguro de salud que seleccionó o elegir otro plan, utilizando la contribución del empleador elegida por Michael para ayudar a pagar la prima mensual. Si el plan que seleccionan es más costoso, el empleado paga más de su sueldo. Si el plan es menos costoso, el empleado paga menos.



Soluciones que funcionan

Michael escribe un solo cheque a HealthSource RI for Employers, y sus empleados pueden llamar a nuestro Equipo de Compromiso Empresarial si tienen preguntas o necesitan ayuda.

¡Pregúntele a su corredor sobre HealthSource RI para empleadores!

INFORMACIÓN DEL PLAN BÁSICO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<p>CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSAs): Un plan calificado para una cuenta de ahorros para la salud le permite contribuir a una cuenta separada exenta de impuestos que puede usarse para gastos de atención médica, como deducibles y copagos.</p>	<p>NOMBRE DEL PLAN</p>	VantageBlue 100/80 500/1000	Neighborhood PRIME Elite
	NIVEL DE METAL	PLATINUM	PLATINUM
	CALIFICADO PARA HSA	No	No
	TIPO DE PLAN	PPO	HMO POS
	SE REQUIERE REFERENCIA	No	No
	ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Nacional	Solo RI
	INFORMACIÓN PARA 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
<p>Al elegir un plan, debe considerar la prima mensual, así como los costos 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.</p>	COBERTURA FUERA DE LA RED, NO DE EMERGENCIA	Sí, 20% después deducible fuera de la red	Sí, 50% después deducible fuera de la red
<p>COSTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO Además de su prima mensual, el importe de los costos máximos de bolsillo es lo máximo que podría tener que pagar en deducibles, copagos y coseguros durante el año del plan.</p>	MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$1,800 Individual \$3,600 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar
<p>DEDUCIBLES El deducible es el monto 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 estadias en el hospital, así como medicamentos recetados.</p>	DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$500 Individual \$1,000 Familiar	\$500 Individual \$1,000 Familiar
	DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	\$0
<p>COPAGOS Y COSEGURO Los copagos son cantidades fijas en dólares que usted debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los utiliza. El coseguro es un porcentaje del costo total de ciertos tipos de servicios de atención médica que usted debe pagar. El coseguro generalmente se aplica después de alcanzar el deducible. El área en BLANCO no está sujeta al deducible. Es el monto en dólares o porcentaje que paga por visita o servicio de atención médica, independientemente de si ha alcanzado su deducible. El área SOMBREADA está sujeta al deducible. Usted paga el costo total de una visita o servicio de atención médica hasta alcanzar el monto de su deducible. Después de eso, usted paga solo el monto en 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 su atención. Visitar a un proveedor de PCMH puede costar menos en ciertos planes. *Los copagos de los especialistas pueden ser diferentes para ciertos especialistas, como los quiroprácticos, la acupuntura y el médico de la vista; consulte con su compañía de seguros. **Los servicios dentales pediátricos preventivos no están sujetos al deducible, pero otros servicios pueden ser; consulte con su compañía de seguros.</p>	<p>COSTOS DENTRO DE LA RED:</p>	<p>\$20 No PCMH \$10 PCMH</p>	<p>\$10</p>
	ATENCIÓN PRIMARIA		
	CONSULTA CON EL ESPECIALISTA*	\$30	\$30
	ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0
	ATENCIÓN DE URGENCIA	\$50	\$30
	SERVICIOS DE ER	\$100	\$100
	HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	0%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	\$0	0%
	IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	0%
	SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$10
	TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	\$30
	SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	\$0	0%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	0%
	CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	0%	0%
	COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	Si
	Rx NIVEL 1	\$10	\$5
	Rx NIVEL 2	\$25	\$10
	Rx NIVEL 3	\$35	\$35
	Rx NIVEL 4	\$60	\$50
	Rx NIVEL 5	\$100	Nivel 5/6: \$100
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$590	\$437
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$754	\$559
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,601	\$1,187
<p>PRIMAS PARA GRUPOS PEQUEÑOS Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia. Las primas para los pequeños empleadores dependerán de los empleados que estarán cubiertos. Los empleadores pueden establecer sus contribuciones utilizando una opción de promedio compuesto o una opción de factura de lista. Para obtener más detalles, consulte la sección "Opciones exclusivas de HealthSource RI para empleadores" de este documento.</p>			

2025 Beneficios del Plan para el Mercado de Grupos Pequeños

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue 100/80 750/1500	Neighborhood PRIME	VantageBlue 100/60 1500/3000	VantageBlue 100/80 2500/5000	Neighborhood PEAK Elite	Neighborhood PEAK
NIVEL DE METAL	PLATINUM	PLATINUM	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	Si	Si
TIPO DE PLAN	PPO	HMO	PPO	PPO	HMO POS	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	No	No	No	No
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Nacional	Solo RI	Nacional	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN PARA 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	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1 1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	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, NO DE EMERGENCIA	Sí, 20% después deducible fuera de la red	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	Sí, 40% después deducible fuera de la red	Sí, 20% después deducible fuera de la red	Sí, 50% después deducible fuera de la red	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$1,700 Individual \$3,400 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$500 Individual \$1,000 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	\$0	\$0	\$0	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:						
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 No PCMH \$10 PCMH	\$10	\$30 No PCMH \$20 PCMH	\$30 No PCMH \$20 PCMH	\$25	\$25
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA*	\$30	\$30	\$40	\$40	\$55	\$55
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$50	\$30	\$100	\$100	\$55	\$55
SERVICIOS DE ER	\$100	\$100	\$200	\$200	0%	0%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	\$0	0%	\$75	\$75	0%	0%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$10	\$30	\$30	\$25	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	\$30	20%	20%	\$55	\$55
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	\$0	0%	\$25	\$25	0%	0%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	Si	No	No	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$10	\$5	\$10	\$10	\$5	\$5
Rx NIVEL 2	\$25	\$10	\$40	\$40	\$10	\$10
Rx NIVEL 3	\$35	\$35	\$70	\$70	\$40	\$40
Rx NIVEL 4	\$60	\$50	\$90	\$90	\$55	\$55
Rx NIVEL 5	\$100	Nivel 5/6: \$100	\$125	\$125	Nivel 5/6: 30%	Nivel 5/6: 30%
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$567	\$400	\$507	\$472	\$395	\$358
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$725	\$511	\$648	\$603	\$504	\$458
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,540	\$1,085	\$1,375	\$1,281	\$1,071	\$972

2025 Beneficios del Plan para el Mercado de Grupos Pequeños

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue 80/60 3000/6000	VantageBlue 100/80 4000/8000	BlueSolutions for HSA 100/60 2000/4000	Neighborhood PREMIER Elite	Neighborhood PREMIER	Neighborhood EDGE
NIVEL DE METAL	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
CALIFICADO PARA HSA	No	No	Si	No	No	No
TIPO DE PLAN	PPO	PPO	PPO	HMO POS	HMO	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	No	No	No	No
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Nacional	Nacional	Nacional	Solo RI	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN PARA 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	1,431 PCPs 3,607 Especialistas 440 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,340 PCPs 5,690 Especialistas 513 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, NO DE EMERGENCIA	Sí, 40% después deducible fuera de la red	Sí, 20% después deducible fuera de la red	Sí, 40% después deducible fuera de la red	Sí, 50% después deducible fuera de la red	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) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$5,700 Individual \$11,400 Familiar	\$5,700 Individual \$11,400 Familiar	\$6,850 Individual \$13,700 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$4,000 Individual \$8,000 Familiar	\$2,000 Individual \$4,000 Familiar	\$2,525 Individual \$5,050 Familiar	\$2,525 Individual \$5,050 Familiar	\$2,750 Individual \$5,500 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	\$0	Combinados con servicios médicos	\$0	\$0	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:						
ATENCIÓN PRIMARIA	\$40 No PCMH \$20 PCMH	\$30 No PCMH \$20 PCMH	0%	\$20	\$20	\$25
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA*	\$50	\$40	0%	\$55	\$55	\$55
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$125	\$100	0%	\$55	\$55	\$55
SERVICIOS DE ER	\$250	\$200	0%	\$250	\$250	15%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	0%	0%	0%	0%	15%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	\$100	\$75	0%	0%	0%	15%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	0%	0%	0%	0%	15%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$40	\$30	0%	\$20	\$20	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	20%	0%	\$55	\$55	15%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	\$50	\$25	0%	0%	0%	15%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	0%	0%	0%	0%	15%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	0%	0%	0%	0%	15%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	No	No	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$10	\$10	\$12	\$5	\$5	\$5
Rx NIVEL 2	\$40	\$40	\$50	\$10	\$10	\$10
Rx NIVEL 3	\$70	\$70	\$90	\$35	\$35	\$40
Rx NIVEL 4	\$90	\$90	\$125	\$50	\$50	\$55
Rx NIVEL 5	\$125	\$125	\$150	Nivel 5/6: \$200	Nivel 5/6: \$200	Nivel 5/6: 30%
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$437	\$435	\$451	\$387	\$355	\$326
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$558	\$556	\$576	\$494	\$454	\$417
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,185	\$1,180	\$1,223	\$1,050	\$964	\$885

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueSolutions for HSA 100/60 4000/8000	VantageBlue 100/80 9000/18000	Neighborhood CHOICE	BlueSolutions for HSA 100/60 7250/14500	Neighborhood STANDARD
NIVEL DE METAL	SILVER	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE
CALIFICADO PARA HSA	Si	No	No	Si	Si
TIPO DE PLAN	PPO	PPO	HMO	PPO	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	No	No	No
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Nacional	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN PARA 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	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, NO DE EMERGENCIA	Sí, 40% después deducible fuera de la red	Sí, 20% después deducible fuera de la red	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	Sí, 40% después deducible fuera de la red	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar	\$9,000 Individual \$18,000 Familiar	\$9,100 Individual \$18,200 Familiar	\$7,250 Individual \$14,500 Familiar	\$7,150 Individual \$14,300 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$4,000 Individual \$8,000 Familiar	\$9,000 Individual \$18,000 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$7,250 Individual \$14,500 Familiar	\$6,450 Individual \$12,900 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	Combinados con servicios médicos	\$0	Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	0%	\$50 No PCMH \$30 PCMH	\$35	0%	20%
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA*	0%	\$55	\$75	0%	20%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	0%	\$150	\$75	0%	20%
SERVICIOS DE ER	0%	\$300	40%	0%	20%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	0%	40%	0%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	0%	\$100	40%	0%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	0%	40%	0%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	0%	\$50	\$35	0%	20%
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	0%	0%	\$75	0%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	0%	\$50	40%	0%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	0%	40%	0%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	0%	0%	40%	0%	20%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	No	Si	No	Si
Rx NIVEL 1	\$12	\$12	\$10	\$0	\$10
Rx NIVEL 2	\$50	\$45	\$15	\$0	\$15
Rx NIVEL 3	\$90	\$90	\$40	\$0	\$40
Rx NIVEL 4	\$125	\$125	\$55	\$0	\$55
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	Nivel 5/6: 40%	\$0	Nivel 5/6: 20%
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$366	\$357	\$296	\$286	\$265
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$468	\$456	\$378	\$366	\$339
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$993	\$969	\$802	\$776	\$719