



2027



Planes de salud y beneficios para pequeñas empresas

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

Opciones exclusivas de HealthSource RI for Employers

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.

Manténgase competitivo con un paquete de beneficios

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

- Seguro de Vista
- Puente Médico
- Seguro de Vida
- Segurp para Mascotas
- Telesalud

Beneficios por niveles

- Establezca contribuciones diferenciadas por grupos de empleados para personalizar su plan de beneficios como nunca antes. Excelentes opciones rentables para incentivar a los empleados.
- Opciones flexibles para ayudar a incentivar y apoyar a sus empleados.

Cuándo inscribirse

- En la fecha de su renovación o el primer día de cualquier mes
- Fechas importantes que debe recordar durante el mes anterior al inicio de su cobertura:
 - **Antes del día 12:** Finalice sus opciones de cobertura
 - **Antes del día 17:** Los empleados eligen sus planes
 - **Antes del día 23:** Realice su primer pago

Contáctenos hoy para obtener una cotización gratuita

Para encontrar un corredor de seguros o recibir información sobre cómo inscribirse:

- Visite **HealthSourceRI.com/Employers**
- Llame a nuestro **Equipo de Participación Empresarial al 1-855-683-6757**
- Envíe un correo electrónico a **Employers@HealthSourceRI.com**
- Visítenos en **20 Newman Avenue, Suite 1000 en Rumford, RI 02916**

Tarifas vigentes a partir del 1 de noviembre de 2026. Este documento proporciona únicamente un resumen parcial de los beneficios y la cobertura, y no debe interpretarse como un contrato. La información incluida, así como todas las tarifas cotizadas, tiene fines exclusivamente informativos. Los beneficios, la cobertura y las tarifas están sujetos a cambios. Para obtener información completa sobre los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte el documento de Evidencia de Cobertura proporcionado por su compañía de seguros de salud, ya que este documento prevalece sobre cualquier otra información resumida aquí.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) : Pagará menos si utiliza hospitales y médicos que forman parte de la red preferida del plan. Sin embargo, generalmente tiene la flexibilidad de recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red preferida, aunque esto puede resultar en costos más altos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y Organización para el Mantenimiento de la Salud con Punto de Servicio (HMO POS) Usted acepta recibir atención médica únicamente de proveedores que forman parte de la red del plan. En algunos planes, debe seleccionar un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), quien coordinará y administrará su atención médica.

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 \$700 por mes por empleado. Decide contribuir con el 65% (aproximadamente \$455 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 for Employers!

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
Cuentas de Ahorro para la Salud (HSAs): Un plan calificado para una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) le permite contribuir a una cuenta separada exenta de impuestos, que puede utilizarse para gastos de atención médica, como deducibles y copagos.	NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue 100/80 500/1000	Neighborhood PRIME Elite
	NIVEL DE METAL	PLATINUM	PLATINUM
CÓMO OBTENER SU ATENCIÓN MÉDICA Algunas aseguradoras ofrecen planes que incluyen una red más limitada de proveedores, seleccionados por ofrecer atención médica de alta calidad a un costo menor. Los planes varían en sus primas mensuales, costos de bolsillo por la atención recibida y en los proveedores (como médicos y hospitales) que puede visitar. La selección de proveedores incluidos en la red de un plan, así como la forma en que estos proveedores reciben pago por los servicios que prestan, ayuda a determinar cuánto pagará por su plan de seguro médico. Al elegir un plan, debe considerar la prima mensual, los costos de bolsillo, los proveedores que prefiere visitar, los medicamentos recetados que utiliza y cualquier otra necesidad de atención médica que tenga. Todos los planes cubren los servicios de atención preventiva sin costo para usted.	CALIFICADO PARA HSA	No	No
	TIPO DE PLAN	PPO	HMO POS
COSTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO Además de su prima mensual, el monto máximo de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podría tener que pagar en deducibles, copagos y coseguro durante el año de cobertura del plan.	SE REQUIERE REFERENCIA	No	No
	ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Nacional	Solo RI
DEDUCIBLES 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 cubrir los costos. El monto del deducible es independiente de su prima mensual. Los servicios sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas médicas, estancias hospitalarias y medicamentos recetados.	INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales
	COBERTURA FUERA DE LA RED, NO DE EMERGENCIA	Sí, 20% después deducible fuera de la red	Sí, 50% después deducible fuera de la red
COPAGOS Y COSEGURO Los copagos son cantidades fijas en dólares que 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. Por lo general, el coseguro se aplica después de que haya cumplido con su deducible. El área BLANCA no está sujeta al deducible. Representa la cantidad fija en dólares o el porcentaje que usted paga por cada visita o servicio de atención médica, independientemente de si ha cumplido con 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, solo paga la cantidad fija en dólares o el porcentaje indicado. Un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH , por sus siglas en inglés) es un equipo de proveedores de atención médica que trabaja en conjunto para coordinar su atención médica. Visitar a un proveedor de un PCMH puede costar menos en ciertos planes. *Los copagos para especialistas pueden variar para ciertos tipos de especialistas, como quiroprácticos, acupunturistas y proveedores de servicios de la vista. Consulte con su compañía de seguros para obtener más información.	MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$4,000 Individual \$8,000 Familiar	\$2,950 Individual \$5,900 Familiar
	DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$500 Individual \$1,000 Familiar	\$850 Individual \$1,700 Familiar
MEDICAMENTOS RECETADOS Las compañías de seguros clasifican los medicamentos recetados en diferentes categorías conocidas como niveles. El nivel asignado a un medicamento determina cuánto pagará por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de medicamentos recetados.	DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	\$0
	COSTOS DENTRO DE LA RED:		
PRIMAS PARA GRUPOS PEQUEÑOS Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia. Para los empleadores con grupos pequeños, las primas dependerán de los empleados que estén cubiertos por el plan. Los empleadores pueden establecer sus contribuciones utilizando una opción de promedio compuesto (composite average) o una opción de facturación por lista (list bill). Para obtener más información, consulte la sección "Opciones exclusivas de HealthSource RI for Employers" de este documento.	ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 No PCMH \$10 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$20
	CONSULTA CON UN ESPECIALISTA*	\$30	\$40
	ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0
	ATENCIÓN DE URGENCIA	\$50	\$40
	SERVICIOS DE EMERGENCIA	\$250	\$250
	HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	0%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN	\$0	0%
	IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	0%
	VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	\$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$20
	TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	\$40
	SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	\$0	0%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	0%
	CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	0%
	COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	Si
	Rx NIVEL 1	\$12	\$5
	Rx NIVEL 2	\$40	\$10
	Rx NIVEL 3	\$100	\$35
	Rx NIVEL 4	\$125	\$55
	Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$694	\$556
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$887	\$710
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,884	\$1,508

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue 100/80 750/1500	Neighborhood PRIME	VantageBlue 100/60 1500/3000	VantageBlue 100/80 2500/5000	VantageBlue 100/80 4000/8000	BlueSolutions for HSA 100/60 2500/5000
NIVEL DE METAL	PLATINUM	PLATINUM	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No	Si
TIPO DE PLAN	PPO	HMO	PPO	PPO	PPO	PPO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	No	No	No	No
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Nacional	Solo RI	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 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, 20% después deducible fuera de la red	Sí, 40% después deducible fuera de la red
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$2,950 Individual \$5,900 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$6,850 Individual \$13,700 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$850 Individual \$1,700 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$4,000 Individual \$8,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:						
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 No PCMH \$10 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$20	\$30 No PCMH \$20 PCMH	\$30 No PCMH \$20 PCMH	\$30 No PCMH \$20 PCMH	0%
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA*	\$30	\$40	\$40	\$40	\$40	0%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$50	\$40	\$100	\$100	\$100	0%
SERVICIOS DE EMERGENCIA	\$200	\$250	\$250	\$200	\$200	0%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	\$0	0%	\$75	\$75	\$75	0%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	\$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$20	\$30	\$30	\$30	0%
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	\$40	20%	20%	20%	0%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	\$0	0%	\$25	\$25	\$25	0%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	Si	No	No	No	No
Rx NIVEL 1	\$12	\$5	\$12	\$10	\$10	\$10
Rx NIVEL 2	\$40	\$10	\$40	\$40	\$40	\$50
Rx NIVEL 3	\$100	\$35	\$100	\$100	\$100	\$100
Rx NIVEL 4	\$125	\$55	\$125	\$125	\$125	\$125
Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	\$150	\$150	\$150	\$150
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$668	\$519	\$616	\$577	\$531	\$534
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$854	\$663	\$787	\$737	\$679	\$682
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,813	\$1,408	\$1,672	\$1,565	\$1,441	\$1,449

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI 	BCBSRI 	NHPRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHiP Select RI 100/NC 3500/7000	BlueCHiP Select RI for HSA 100/NC 3000/6000	Neighborhood PEAK Elite	Neighborhood PEAK	Neighborhood PREMIER Elite
NIVEL DE METAL	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
CALIFICADO PARA HSA	No	Si	Si	Si	No
TIPO DE PLAN	POS	POS	HMO POS	HMO	HMO POS
SE REQUIERE REFERENCIA	Si	SI	No	No	No
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Solo RI	Solo RI	Solo RI	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,354 PCPs 2,538 Especialistas 381 Dentistas Los hospitales de Brown University Health, Care New England y Westerly Hospital	1,354 PCPs 2,538 Especialistas 381 Dentistas Los hospitales de Brown University Health, Care New England y Westerly Hospital	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, NO DE EMERGENCIA	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	Si, 50% después deducible fuera de la red	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	Si, 50% después deducible fuera de la red
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$12,000 Individual \$24,000 Familiar	\$8,500 Individual \$17,000 Familiar	\$3,400 Individual \$6,800 Familiar	\$3,400 Individual \$6,800 Familiar	\$6,700 Individual \$13,400 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$2,800 Individual \$5,600 Familiar	\$2,800 Individual \$5,600 Familiar	\$3,025 Individual \$6,050 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	\$0
COSTOS DENTRO DE LA RED:					Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$20
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20	0%	\$25	\$25	
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA*	\$35	0%	\$55	\$55	\$55
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$100	0%	\$55	\$55	\$55
SERVICIOS DE EMERGENCIA	\$300	0%	0%	0%	\$350
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	0%	0%	0%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	\$55	0%	0%	0%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	0%	0%	0%	10%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	\$20	0%	\$25	\$25	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$20
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	0%	\$55	\$55	\$55
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	\$25	0%	0%	0%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	0%	0%	0%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	0%	0%	0%	10%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	No	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$7	\$7	\$5	\$5	\$5
Rx NIVEL 2	\$25	\$25	\$10	\$10	\$10
Rx NIVEL 3	\$100	\$100	\$45	\$45	\$45
Rx NIVEL 4	\$125	\$125	\$60	\$60	\$60
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$498	\$450	\$527	\$485	\$514
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$636	\$575	\$673	\$619	\$656
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,351	\$1,222	\$1,429	\$1,315	\$1,394

COMPañÍA DE SEGUROS	NHPRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI 
NOMBRE DEL PLAN	Neighborhood PREMIER	Neighborhood EDGE	VantageBlue 100/80 9000/18000	BlueSolutions for HSA 100/60 5200/10400	BlueCHiP Select RI 100/NC 7000/14000
NIVEL DE METAL	GOLD	GOLD	SILVER	SILVER	SILVER
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	Si	No
TIPO DE PLAN	HMO	HMO	PPO	PPO	POS
SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	No	No	Si
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Solo RI	Solo RI	Nacional	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,354 PCPs 2,538 Especialistas 381 Dentistas Los hospitales de Brown University Health, Care New England y Westerly Hospital
COBERTURA FUERA DE LA RED, NO DE EMERGENCIA	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	Sí, 20% después deducible fuera de la red	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	\$6,700 Individual \$13,400 Familiar	\$6,850 Individual \$13,700 Familiar	\$12,000 Individual \$24,000 Familiar	\$8,500 Individual \$17,000 Familiar	\$10,600 Individual \$21,200 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$3,025 Individual \$6,050 Familiar	\$2,750 Individual \$5,500 Familiar	\$9,000 Individual \$18,000 Familiar	\$5,200 Individual \$10,400 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	\$0	Niveles 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos	\$0	Combinados con servicios médicos	\$0
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$20	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$25	\$50 No PCMH \$30 PCMH	0%	\$50
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA*	\$55	\$55	\$55	0%	\$55
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$55	\$55	\$150	0%	\$150
SERVICIOS DE EMERGENCIA	\$350	15%	\$500	0%	\$400
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	15%	0%	0%	0%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	10%	15%	\$100	0%	\$100
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	15%	0%	0%	0%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$25	\$50	0%	\$50
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$55	15%	0%	0%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	10%	15%	\$50	0%	\$50
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	15%	0%	0%	0%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	15%	0%	0%	0%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	Si	Si	No	No	No
Rx NIVEL 1	\$5	\$5	\$12	\$10	\$7
Rx NIVEL 2	\$10	\$10	\$40	\$50	\$25
Rx NIVEL 3	\$45	\$40	\$100	\$100	\$100
Rx NIVEL 4	\$60	\$55	\$125	\$125	\$125
Rx NIVEL 5	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	\$150	\$150	\$150
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$480	\$459	\$427	\$419	\$413
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$614	\$587	\$546	\$535	\$528
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,303	\$1,246	\$1,159	\$1,137	\$1,122

COMPañA DE SEGUROS	BCBSRI 	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI 	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHIP Select RI for HSA 100/NC 5200/10400	Neighborhood CHOICE	BlueSolutions for HSA 100/60 7800/15600	BlueChiP Select RI for HSA 100/NC 8000/16000	Neighborhood STANDARD
NIVEL DE METAL	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE
CALIFICADO PARA HSA	Si	No	Si	Si	Si
TIPO DE PLAN	POS	HMO	PPO	POS	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	SI	No	No	Si	No
ÁREA DE COBERTURA DE LA RED	Solo RI	Solo RI	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,354 PCPs 2,538 Especialistas 381 Dentistas Los hospitales de Brown University Health, Care New England y Westerly Hospital	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,354 PCPs 2,538 Especialistas 381 Dentistas Los hospitales de Brown University Health, Care New England y Westerly Hospital	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, NO DE EMERGENCIA	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	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	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$8,500 Individual \$17,000 Familiar	\$10,000 Individual \$20,000 Familiar	\$7,800 Individual \$15,600 Familiar	\$8,500 Individual \$17,000 Familiar	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO (DENTRO DE LA RED)	\$5,200 Individual \$10,400 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$7,800 Individual \$15,600 Familiar	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar
DEDUCIBLE - MEDICAMENTO (DENTRO DE LA RED)	Combinados con servicios médicos	Niveles 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	0%	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$35	0%	0%	20%
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA*	0%	\$75	0%	0%	20%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	0%	\$75	0%	0%	20%
SERVICIOS DE EMERGENCIA	0%	50%	0%	0%	20%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	50%	0%	0%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	0%	50%	0%	0%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	50%	0%	0%	20%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	0%	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$35	0%	0%	20%
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	0%	\$75	0%	0%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	0%	50%	0%	0%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	50%	0%	0%	20%
CIRUGÍA / SERVICIOS SAMBULATORIOS	0%	50%	0%	0%	20%
COBERTURA DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS**	No	Si	No	No	Si
Rx NIVEL 1	\$7	\$5	\$0	\$7	\$5
Rx NIVEL 2	\$25	\$15	\$0	\$25	\$15
Rx NIVEL 3	\$100	\$50	\$0	\$100	\$45
Rx NIVEL 4	\$125	\$70	\$0	\$125	\$60
Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	\$0	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$373	\$412	\$359	\$320	\$354
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$477	\$527	\$459	\$409	\$452
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS, TARIFA ENERO)	\$1,013	\$1,118	\$975	\$868	\$961