



## Beneficios de los planes de mercado individuales 2019



- Compare con facilidad los planes de las mejores aseguradoras de salud del estado, en un solo lugar
- 8 de 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera
- Utilice la herramienta de ahorro en [HealthSourceRI.com/Calculator](https://HealthSourceRI.com/Calculator) para obtener una cotización rápida
- Visite [HealthSourceRI.com](https://HealthSourceRI.com) para inscribirse o llame al 1-855-840-4774 para obtener asistencia

## Créditos tributarios mensuales:

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

### Familias:

Familias de 2		Créditos tributarios por ingresos anuales familiares			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 30,000	\$ 40,000	\$ 50,000	\$ 60,000
1	1	\$ 193	\$ 65	\$ 126	\$ 43
2	0	\$ 529	\$ 401	\$ 260	\$ 178
Familias de 3		Créditos tributarios por ingresos anuales familiares			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 30,000	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000
1	2	\$ 240	\$ 68	\$ 261	\$ 121
2	1	\$ 576	\$ 403	\$ 396	\$ 256
Familias de 4		Créditos tributarios por ingresos anuales familiares			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000	\$ 90,000
1	3	\$ 127	\$ 0	\$ 324	\$ 199
2	2	\$ 463	\$ 273	\$ 459	\$ 333

### Adultos Solteros:

Edad	Créditos tributarios por ingresos anuales familiares				
	\$ 20,000	\$ 25,000	\$ 30,000	\$ 35,000	\$ 40,000
21 años	\$ 182	\$ 122	\$ 56	\$ 0	\$ 0
40 años	\$ 255	\$ 195	\$ 129	\$ 58	\$ 7
60 años	\$ 632	\$ 572	\$ 506	\$ 435	\$ 384

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

#### Organización de proveedores preferenciales (PPO):

Pagará menos si asiste a los hospitales y médicos en la red preferencial del plan, pero con frecuencia puede atenderse con proveedores que no se encuentran en la red preferencial.

#### Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) / Punto de servicio (Point of Service, POS):

Usted acepta asistir únicamente a los proveedores dentro de la red. En algunos planes, debe elegir un proveedor de atención primaria, quien coordinará su atención médica.

\*Este plan no cubre abortos, excepto con algunas pocas excepciones (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada para este plan será depositada en una cuenta de asignación para cubrir servicios de aborto inducido, en cumplimiento de lo estipulado por el artículo 156(e)(3) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).

Tarifas a partir del 1 de noviembre del 2018. El presente es un resumen de los beneficios y la cobertura, y no debe considerarse un contrato. Esta información, incluidas todas las tarifas mencionadas, debe utilizarse solo con fines informativos. Es posible que se realicen cambios a las políticas de coberturas y beneficios que aquí se describen. Para obtener información sobre los beneficios cubiertos, los límites y las exclusiones, solo debe tomar en cuenta el documento Evidencia de cobertura que le brindó su compañía de seguros de salud únicamente.

\*\*Los Planes de reducción por compartir costos (CSR) son planes Silver que tienen una reducción en los deducibles, el coseguro y los copagos. Es posible que cumpla con los requisitos de los planes CSR si gana menos de \$30,350 para una persona o de \$62,750 para una familia de cuatro personas.

\*\*\*Servicios preventivos de pediatría dental no están sujetos al deducible pero otros servicios tal vez, por favor compruebe con su compañía de Seguro.

## HealthSource RI Herramienta de Ahorros

También puede utilizar nuestra **herramienta de ahorros** en [HealthSourceRI.com/calculator](http://HealthSourceRI.com/calculator) para comparar los costos de planes y calcular sus ahorros. Ingrese su edad, el tamaño de la familia y los ingresos y encuentre el plan que cumpla mejor con sus necesidades y su presupuesto **en menos de cinco minutos**.

Tell us about yourself | Tell us about your doctors | Compare plans

### Háblenos de los que serán cubiertos por este seguro

\* Indicates required field

1 - Código postal del lugar de Rhode Island en el que vive \*

1 - ¿Quiénes estarán cubiertos?

Edad cuando comienza la cobertura:*	En general, diría usted que la salud de esta persona es: ?	Procedimientos médicos esperados: ?	¿Es miembro de una Tribu Reconocida Federalmente? ?	¿Mujer embarazada? ?
Persona 1 <input type="text" value="42"/>	<input type="text" value="Muy bueno"/>	<input type="text" value="Reemplazo de rodilla (total)"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Cuándo inscribirse o renovar

La inscripción comienza a partir del 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018

### Fechas importantes para su seguro médico de 2019:

noviembre 1	Primer día para comprar una cobertura
diciembre 23	Fecha límite para pagar y asegurarse de que la cobertura se procesa antes del 1 de enero de 2019
diciembre 31	Último día para pagar la cobertura de 2019 (se retrasarán las tarjetas de identificación)

## Cómo inscribirse o renovar

### Visite [HealthSourceRI.com](http://HealthSourceRI.com) para:

- Inscribirse o renovar la cobertura
- Comparar planes y costos mediante nuestra **herramienta de ahorros**
- Encontrar ayuda para inscribirse personalmente a través del Navegador de nuestra comunidad
- Obtener el calendario de eventos de inscripción en todo el estado

### Visita 401 Wampanoag Trail en East Providence o Llame al 1-855-840-4774

- lunes - viernes, de 8:00 am - 7:00 pm
- sábados, 9:00 am - 12:00 pm (sólo durante la inscripción abierta)

También puede **llamar al 211** para obtener asistencia sobre la inscripción personalmente a través del Navegador de nuestra comunidad.

## Beneficios de los planes de mercado individuales 2019

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthSourceRI.com/Calculator](http://HealthSourceRI.com/Calculator) para ver si usted califica.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LOS PLANES	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<b>PRIMAS INDIVIDUALES:</b> Es la cantidad que debe pagar todos los meses por el seguro de salud. Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia, y es posible que usted califique para créditos tributarios si gana menos de \$48,240 para una persona o de \$98,400 para una familia de cuatro personas.	<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	VantageBlue Direct Plan 1375/2750	*Neighborhood PRINCIPAL
	<b>NIVEL METÁLICO</b>	GOLD	GOLD
	<b>PRIMA MENSUAL</b> (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$392	\$261
	<b>PRIMA MENSUAL</b> (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$501	\$334
	<b>PRIMA MENSUAL</b> (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,064	\$709
	<b>CALIFICADO PARA HSA</b>	No	No
<b>CÓMO RECIBIR ATENCIÓN</b> Algunos aseguradores ofrecen planes que incluyen menos proveedores que, de acuerdo con la evaluación de dichos aseguradores, ofrecen una atención de alta calidad a un menor costo. Los planes tienen diferentes primas mensuales y costos del bolsillo para la atención, así como diferentes proveedores (como médicos y hospitales) que usted puede visitar. Los proveedores que se incluyen en la red de cobertura un plan (y cómo se le paga a esos proveedores por la atención que le brindan) ayuda a determinar cuánto pagará usted por el plan de seguro de salud. Algunos planes asignan clasificaciones (“niveles”) a los médicos y hospitales dentro de la red y es posible que usted pague menos si tiene una consulta con proveedores de determinados niveles. Cuando elija un plan, debería considerar la prima mensual, así como los costos del bolsillo, los proveedores que prefiere visitar, los medicamentos recetados que toma y cualquier otra necesidad de atención médica que usted tenga. Todos los planes cubren los servicios de atención médica preventiva sin costo.	<b>TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)</b>	PPO	HMO
	<b>REFERIDO OBLIGATORIO</b>	No	No
	<b>AREA DE LA RED DE COBERTURA</b>	Nacional	Solo RI
	<b>INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI</b>	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	926 PCPs/Pediatras 5,073 Especialistas 14 of 14 Hospitales 546 Dentistas
	<b>COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA</b>	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias
<b>GASTOS MÁXIMO DEL BOLSILLO</b>	<b>GASTOS MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO</b>	\$5,200 Individual \$10,400 Familiar	\$4,000 Individual \$8,000 Familiar
<b>DEDUCIBLES</b> El <b>deducible</b> es la cantidad que usted debe pagar en gastos adicionales para ciertos servicios de atención médica antes de que su plan de seguro de salud empiece a pagar. El deducible es adicional a la prima mensual. Los servicios que están sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas a médicos e internamientos o estancias en el hospital, así como medicamentos recetados.	<b>DEDUCIBLE - MÉDICO</b>	\$1,375 Individual \$2,750 Familiar	\$2,100 Individual \$4,200 Familiar
	<b>DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO</b>	\$0	Niveles 5 y 6 Combinado con Médicos
<b>COPAGOS Y COSEGURO**</b> <b>Copagos</b> son cantidades fijas de dólares que debe pagar para determinados tipos de servicios de atención médica cada vez que los utiliza. <b>Coseguro</b> es un porcentaje del costo total de determinados tipos de servicios de atención médica que usted debe pagar. El coseguro por lo general aplica una vez usted cumple con su deducible. En los planes <b>POR NIVELES</b> , los copagos o los coseguros por un servicio en particular pueden variar según qué proveedor de atención elija. La sección <b>BLANCA</b> 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 <b>SOMBREADA</b> 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 <b>Un Hogar médico orientado al paciente</b> (Patient-Centered Medical Home, PCMH) es un equipo de proveedores de atención médica que trabajan mancomunadamente para coordinar su atención médica. En determinados planes, visitar a un proveedor de PCMH puede costar menos.	<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$20 PCMH; \$30 No-PCMH	\$25
	<b>VISITA A ESPECIALISTA</b>	\$45	\$40
	<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	\$0	\$0
	<b>CENTRO DE URGENCIAS</b>	\$75	\$40
	<b>SERVICIOS DE EMERGENCIAS</b>	\$225	\$350
	<b>HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	20%	0%
	<b>RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES</b>	20%	0%
	<b>DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI</b>	20%	0%
	<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO</b>	\$30	\$25
	<b>TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b>	20%	\$40
	<b>SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS</b>	20%	0%
	<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	20%	0%
	<b>CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	20%	0%
<b>COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***</b>	Sí	Sí	
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b> Las compañías de seguro de salud separan los medicamentos recetados en categorías diferentes que se conocen como “niveles”. El “nivel” del medicamento identifica cuánto paga por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de medicamentos.	<b>NIVEL 1</b>	\$10	\$5
	<b>NIVEL 2</b>	\$25	\$10
	<b>NIVEL 3</b>	\$50	\$35
	<b>NIVEL 4</b>	\$75	\$50
	<b>NIVEL 5</b>	\$125	Tier 5/Tier 6: 30%

## Beneficios de los planes de mercado individuales 2019

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthsourceRI.com/Calculator](http://HealthsourceRI.com/Calculator) para ver si usted califica.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct 1400/2800	BasicBlue Direct 2300/4600	BlueChiP Direct 2300/4600	BlueChiP Direct Advance 2300/4600	Neighborhood PLUS
NIVEL METÁLICO	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$383	\$382	\$347	\$295	\$253
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$490	\$489	\$444	\$377	\$323
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,040	\$1,038	\$942	\$801	\$686
CALIFICADO PARA HSA	✓	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	POS	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	Sí	Sí	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	262 PCPs/ Pediatras 1,173 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitales 412 Dentistas	926 PCPs/ Pediatras 5,073 Especialistas 14 of 14 Hospitales 546 Dentistas
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias
GASTOS MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$3,100 Individual \$6,200 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$5,900 Individual \$11,800 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$1,400 Individual \$2,800 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Niveles 5 y 6 Combinado con Médicos
ATENCIÓN PRIMARIA	\$15 PCMH; \$35 No-PCMH	\$15 PCMH; \$25 si No-PCMH	\$15 PCMH; \$35 si No-PCMH	\$15 PCMH; \$35 No-PCMH	\$20
VISITA A ESPECIALISTA	\$40	\$30	\$45	\$45	\$40
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	\$75	\$75	\$40
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$150	10%	10%	10%	\$200
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$200 por admisión	10%	10%	10%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	0%	10%	10%	10%	20%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	\$150	10%	10%	10%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$35	\$25	\$35	\$35	\$20
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$40	10%	10%	10%	\$40
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	0%	10%	10%	10%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	\$200 por admisión	10%	10%	10%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	10%	10%	10%	20%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$10	\$10	\$10	\$5
NIVEL 2	\$25	\$30	\$25	\$25	\$10
NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
NIVEL 5	\$125	\$125	\$125	\$125	Tier 5/Tier 6: 30%

## Beneficios de los planes de mercado individuales 2019

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthsourceRI.com/Calculator](http://HealthsourceRI.com/Calculator) para ver si usted califica.

**BCBSRI:** Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

**NHPRI:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BasicBlue Direct 4900/9800	VantageBlue Direct Plan 5525/11050	BlueCHIP Direct 4800/9600	*BlueSolutions for HSA Direct 4100/8200	*Neighborhood VALUE
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$365	\$350	\$332	\$329	\$263
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$466	\$447	\$425	\$421	\$336
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$989	\$949	\$902	\$894	\$713
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	✓	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	POS	PPO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	Sí	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	926 PCPs/ Pediatras 5,073 Especialistas 14 of 14 Hospitales 546 Dentistas
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias
GASTOS MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$5,500 Individual \$11,000 Familiar	\$7,850 Individual \$15,700 Familiar	\$5,800 Individual \$11,600 Familiar	\$4,600 Individual \$9,200 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,900 Individual \$9,800 Familiar	\$5,525 Individual \$11,050 Familiar	\$4,800 Individual \$9,600 Familiar	\$4,100 Individual \$8,200 Familiar	\$3,600 Individual \$7,200 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	\$0	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Combinado con Médicos	Niveles 5 y 6 Combinado con Médicos
ATENCIÓN PRIMARIA	\$10 PCMH \$20 No-PCMH	Primera visita por enfer- medad sin cargo, todas las otras visitas \$40 PCMH; \$60 No-PCMH	\$25 PCMH \$45 No-PCMH	20%	\$25
VISITA A ESPECIALISTA	\$45	\$65	\$60	20%	\$60
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	\$75	20%	\$60
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	\$300	10%	20%	25%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	30%	10%	20%	25%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	30%	10%	20%	25%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	30%	10%	20%	25%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$60	\$45	20%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	30%	10%	20%	\$60
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	30%	10%	20%	25%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	30%	10%	20%	25%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	30%	10%	20%	25%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$10	\$7	\$10	\$10
NIVEL 2	\$30	\$35	\$35	\$30	\$15
NIVEL 3	\$50	\$80	\$50	\$50	\$40
NIVEL 4	\$75	\$100	\$75	\$75	\$55
NIVEL 5	\$100	\$250	\$100	\$100	Tier 5/Tier 6: 30%

## Beneficios de los planes de mercado individuales 2019

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthsourceRI.com/Calculator](http://HealthsourceRI.com/Calculator) para ver si usted califica.

**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	BlueCHIP Direct Advance 4650/9300	Neighborhood COMMUNITY	BasicBlue Direct 6450/12900	*BlueSolutions for HSA Direct 6000/12000	Neighborhood INNOVATION	*Neighborhood ECONOMY
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE	BRONZE
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$298	\$246	\$260	\$229	\$169	\$169
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$381	\$315	\$332	\$293	\$216	\$215
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$809	\$668	\$705	\$622	\$459	\$458
CALIFICADO PARA HSA	No	✓	No	✓	No	✓
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	POS	HMO	PPO	PPO	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Sí	No	No	No	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Solo RI	Nacional	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	262 PCPs/ Pediatras 1,173 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitales 412 Dentistas	926 PCPs/ Pediatras 5,073 Especialistas 14 of 14 Hospitales 546 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	1,551 PCPs/ Pediatras 3,314 Especialistas 14 of 14 Hospitales 505 Dentistas	926 PCPs/ Pediatras 5,073 Especialistas 14 of 14 Hospitales 546 Dentistas	926 PCPs/ Pediatras 5,073 Especialistas 14 of 14 Hospitales 546 Dentistas
COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias
GASTOS MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$5,650 Individual \$11,300 Family	\$6,550 Individual \$13,100 Family	\$7,350 Individual \$14,700 Family	\$6,550 Individual \$13,100 Family	\$7,350 Individual \$14,700 Family	\$6,550 Individual \$13,100 Family
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,650 Individual \$9,300 Family	\$2,850 Individual \$5,700 Family	\$6,450 Individual \$12,900 Family	\$6,000 Individual \$12,000 Family	\$6,550 Individual \$13,100 Family	\$6,000 Individual \$12,000 Family
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Combinado con Médicos	Combinado con Médicos	Combinado con Médicos
ATENCIÓN PRIMARIA	\$25 PCMH \$45 No-PCMH	10%	\$30 PCMH \$50 No-PCMH	10%	\$20	0%
VISITA A ESPECIALISTA	\$60	10%	\$60	10%	30%	0%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	10%	\$75	10%	30%	0%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	10%	10%	10%	30%	0%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	10%	10%	10%	30%	0%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	10%	10%	10%	30%	0%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	10%	10%	10%	30%	0%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$45	10%	\$50	10%	\$20	0%
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	10%	10%	10%	30%	0%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	10%	10%	10%	30%	0%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%	10%	10%	30%	0%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	10%	10%	10%	30%	0%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$7	\$5	\$10	\$10	\$10	\$5
NIVEL 2	\$35	\$10	\$35	\$35	\$15	\$10
NIVEL 3	\$50	\$35	\$50	\$60	\$40	\$35
NIVEL 4	\$75	\$50	\$100	\$100	\$55	\$50
NIVEL 5	\$100	Tier 5/Tier 6: 30%	\$200	\$200	Tier 5/Tier 6: 30%	Tier 5/Tier 6: 30%