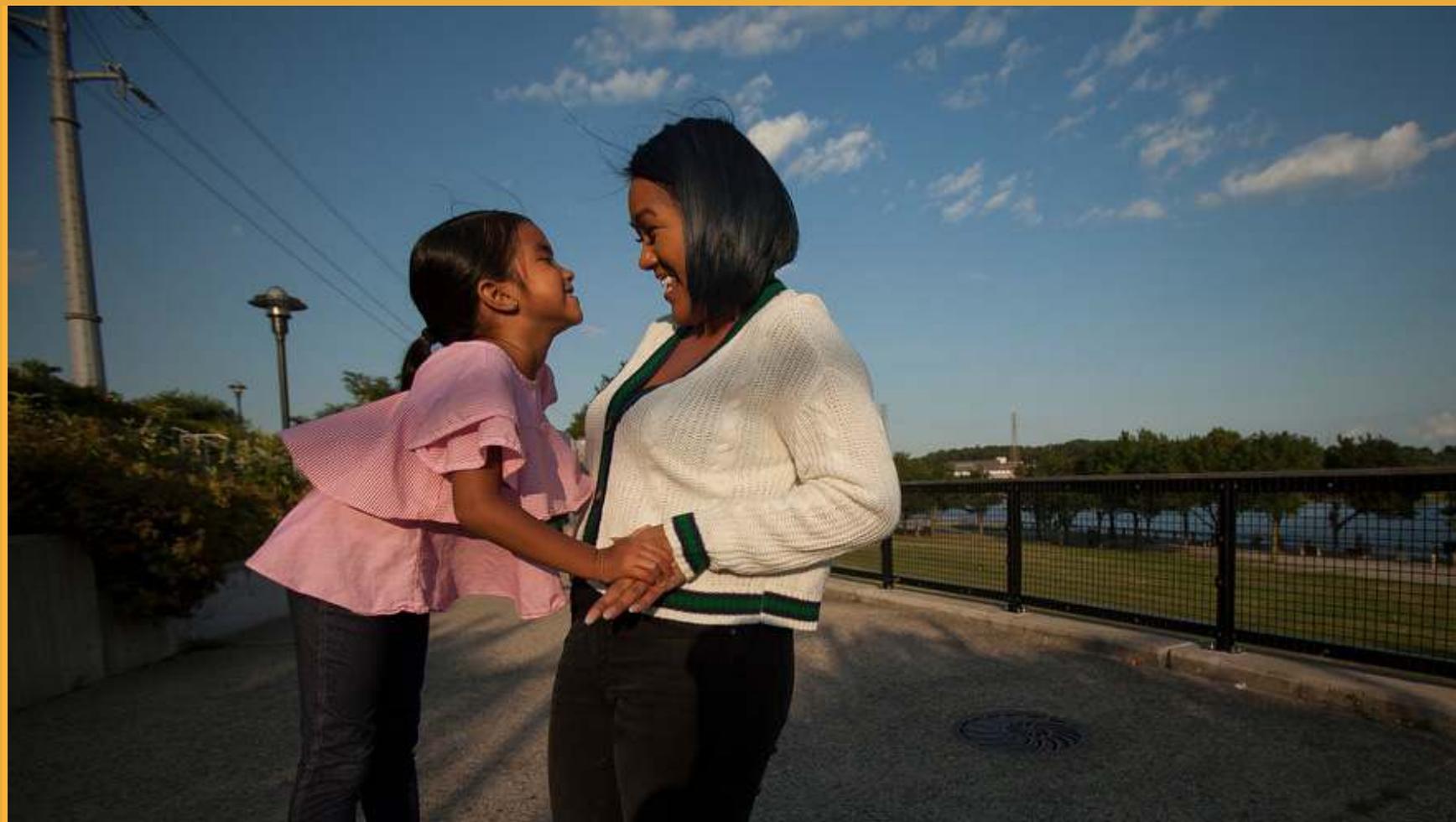


**2020 Planes de seguros  
con reducción de costos  
compartidos**

*para personas y familias elegibles*



**HealthSourceRI**  
WE WORK FOR YOU



**Compare los planes de las mejores aseguradoras de salud del estado**

## Planes de reducción para compartir costos (CSR):

Los planes CSR son planes Silver que tienen una reducción en los deducibles, el coseguro y los copagos, sin diferencia en las primas. Estas reducciones están, además de los créditos tributarios, para ayudar a que se reduzca la prima mensual. Si cumple con los requisitos para CSR, podrá calificar para uno de los tres niveles de los planes de CSR (73, 87 o 94), según sus ingresos y el tamaño de su familia. Al seleccionar un plan CSR, pagará la misma prima por mes que un plan Silver regular, pero pagará menos por los copagos, los deducibles y el coseguro cuando asista al médico, visite el hospital o tenga una receta. Esta reducción en las cantidades se muestra en este documento para cada plan de HealthSource RI. Es posible que calificar en función del tamaño de su familia y según cómo se comparan sus ingresos con el Nivel de Pobreza Federal (FPL):

Categoría	Silver 73		Silver 87		Silver 94	
	200% FPL	250% FPL	150% FPL	200% FPL	100% FPL	150% FPL
Porcentaje del Nivel de Pobreza Federal (FPL)						
Tamaño de la familia	Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:		Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:		Puede calificar si sus ingresos se encuentran entre:	
1	\$24,980	\$31,225	\$18,735	\$24,980	\$12,490	\$18,735
2	\$33,820	\$42,275	\$25,365	\$33,820	\$16,910	\$25,365
3	\$42,660	\$53,325	\$31,995	\$42,660	\$21,330	\$31,995
4	\$51,500	\$64,375	\$38,625	\$51,500	\$25,750	\$38,625
5	\$60,340	\$75,425	\$45,255	\$60,340	\$30,170	\$45,255
6	\$69,180	\$86,475	\$51,885	\$69,180	\$34,590	\$51,885

## 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.

## Cuándo inscribirse o renovar

**La inscripción comienza a partir del 1 de noviembre de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019**

### Fechas importantes para elegir su seguro médico de 2020:

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 2020
diciembre 31:	Último día para pagar la cobertura de 2020 (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.

**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).

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

Tarifas al 1 de noviembre de 2019. 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 beneficios y cobertura que aquí se describen. Para obtener información sobre los beneficios cubiertos, los límites y las exclusiones, tome en cuenta el documento Evidencia de cobertura que le brindó su compañía de seguros de salud únicamente.

## Planes de seguros con reducción de costos compartidos costos para personas y familias elegibles de 2020

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	COMPANÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<p><b>PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (COST-SHARING REDUCTION, CSR):</b> Los planes CSR son versiones de los planes Silver que cuentan con deducibles, coseguros, y copagos reducidos, sin diferencia alguna en cuanto a la prima. Usted puede calificar para un plan CSR basado en el tamaño de su familia y en cómo se comparan sus ingresos con el nivel de pobreza federal.</p> <p><b>PRIMAS INDIVIDUALES:</b> Una prima 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 \$48,560 para una persona o de \$100,400 para una familia de cuatro personas.</p> <p><b>HEALTH SAVINGS ACCOUNTS (CUENTAS DE AHORRO PARA SALUD, HSA):</b> Un plan que califica para Cuentas de ahorro para salud (Health Savings Account, HSA) le permite depositar en una cuenta por separado libre de impuestos, la cual puede utilizarse para gastos de atención médica como deducibles y copagos.</p>	NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	*Neighborhood VALUE (CSR73)
	NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73
	PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250% FPL	200-250% FPL
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$365	\$260
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$467	\$332
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$991	\$705
	CALIFICADO PARA HSA	No	No
<b>CÓMO RECIBIR ATENCIÓN</b>	TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	HMO
<p>Algunos aseguradores ofrecen planes que incluyen menos proveedores que, de acuerdo a 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 de 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 de cobertura 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.</p>	REFERIDO OBLIGATORIO	No	No
	ÁREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI
	INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,381 Especialistas 14 of 14 Hospitales 547 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	
<b>GASTOS ADICIONALES MÁXIMOS</b>	GASTOS ADICIONALES MÁXIMOS (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar
<p>Además de su prima mensual, el monto <b>gasto Máximo del bolsillo</b> es el máximo que usted tiene que pagar en deducibles, copagos y coseguro durante un año.</p>	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,450 Individual \$10,900 Familiar	\$3,700 Individual \$7,400 Familiar
	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Niveles 5 y 6 Combinado con Médicos
<b>COPAGOS Y COSEGURO</b>	ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$40 PCMH \$60 No-PCMH	\$20
<p>Copagos son cantidades fijas de dólares que debe pagar para determinados tipos de servicios de atención médica cada vez que los utiliza.</p> <p>Coseguro 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.</p> <p>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.</p>	VISITA A ESPECIALISTA	\$65	\$65
<p>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.</p> <p>La sección <b>BOMBREADA</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 paga la cantidad de dólares o el porcentaje que se muestra.</p> <p>Un <b>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.</p>	ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0
	ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$65
	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$375	30%
	HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	30%	30%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	30%	30%
	DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	30%	30%
	SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$60	\$20
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	\$65	
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	30%	30%	
RESIDENCIA DE ANCIANOS	30%	30%	
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	30%	30%	
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Yes	Yes	
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	NIVEL 1	\$10	\$10
<p>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.</p>	NIVEL 2	\$35	\$15
	NIVEL 3	\$60	\$40
	NIVEL 4	\$80	\$55
	NIVEL 5	\$250	Nivel 5: Nivel de 30%

**Planes de seguros con reducción de costos compartidos  
costos para personas y familias elegibles de 2020**

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera. Utilice la herramienta de ahorros en HealthsourceRI.com/Calculator para ver si usted califica.

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

COMPANIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BasicBlue Direct (CSR73)	BlueCHIP Direct (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	BlueCHIP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood COMMUNITY (CSR73)
NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS (% DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL))	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$361	\$332	\$329	\$298	\$246
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$461	\$425	\$421	\$381	\$315
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$979	\$902	\$894	\$809	\$668
CALIFICADO PARA HSA	No	No	✓	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	POS	PPO	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	✓	No	✓	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	262 PCPs/ Pediatras 1,173 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitales 412 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,381 Especialistas 14 of 14 Hospitales 547 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 ADICIONALES MÁXIMOS (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$5,850 Individual \$11,700 Familiar	\$5,850 Individual \$11,700 Familiar	\$4,700 Individual \$9,400 Familiar	\$5,800 Individual \$11,600 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$3,200 Individual \$6,400 Familiar	\$3,200 Individual \$6,400 Familiar	\$2,350 Individual \$4,700 Familiar	\$3,200 Individual \$6,400 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	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
ATENCIÓN PRIMARIA	\$10 PCMH \$20 Non-PCMH	\$20 PCMH \$30 Non-PCMH	20%	\$20 PCMH \$40 Non-PCMH	10%
VISITA A ESPECIALISTA	\$45	\$60	20%	\$60	10%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$75	20%	\$75	10%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	10%	20%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	10%	20%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	10%	20%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	10%	20%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$30	20%	\$40	10%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FISIS., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	10%	20%	10%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	10%	20%	10%	10%
RESIDENCIA DE ANCIANOS	10%	10%	20%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	10%	20%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$7	\$10	\$7	\$5
NIVEL 2	\$30	\$35	\$35	\$35	\$30
NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50
NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$75	\$75
NIVEL 5	\$100	\$100	\$100	\$100	Nivel 5 Nivel 6: 10%

**Planes de seguros con reduccion de costos compartidos  
costos para personas y familias elegibles de 2020**

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera. Utilice la herramienta de ahorros en HealthsourceRI.com/Calculator para ver si usted califica.

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

COMPANIA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR87)	*Neighborhood VALUE (CSR87)	BasicBlue Direct (CSR87)	BlueChIP Direct (CSR87)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % 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 TRIBUTARIO)	\$365	\$260	\$361	\$343	\$338
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$467	\$332	\$461	\$438	\$432
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$991	\$705	\$979	\$930	\$917
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	HMO	PPO	POS	PPO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	✓	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI	Nacional
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,381 Especialistas 14 of 14 Hospitales 547 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 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 ADICIONALES MÁXIMOS (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$2,700 Individual \$5,400 Familiar	\$2,600 Individual \$5,200 Familiar	\$2,700 Individual \$5,400 Familiar	\$2,700 Individual \$5,400 Familiar	\$2,400 Individual \$4,800 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$90 Individual \$180 Familiar	\$950 Individual \$1,900 Familiar	\$400 Individual \$800 Familiar	\$550 Individual \$1,100 Familiar	\$325 Individual \$650 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Niveles 5 y 6 Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Combinado con Médicos
ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$15 PCMH \$25 No-PCMH	\$10	\$10 PCMH \$20 Non-PCMH	\$10 PCMH \$20 Non-PCMH	100%
VISITA A ESPECIALISTA	\$40	\$20	\$40	\$25	100%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$20	\$75	\$75	100%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$300	100%	10%	100%	100%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	100%	100%	100%	100%	100%
RADIOGRAFIAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	100%	100%	100%	100%	100%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	100%	100%	100%	100%	100%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$25	\$10	\$20	\$20	100%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FISIS., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	100%	\$20	100%	100%	100%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	100%
RESIDENCIA DE ANCIANOS	100%	100%	100%	100%	100%
CIRUGIA / SERVICIOS AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$5	\$10	\$7	\$0
NIVEL 2	\$35	\$10	\$30	\$20	\$10
NIVEL 3	\$60	\$35	\$50	\$10	\$10
NIVEL 4	\$80	\$50	\$75	\$10	\$10
NIVEL 5	\$125	Nivel 5 Nivel 6 100%	\$100	\$100	\$100

**Planes de seguros con reduccion de costos compartidos  
costos para personas y familias elegibles de 2020**

8 de cada 10 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera. Utilice la herramienta de ahorros en HealthsourceRI.com/Calculator para ver si usted califica.

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

COMPANIA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueChiP Direct Advance (CSR87)	Neighborhood COMMUNITY (CSR87)	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	BasicBlue Direct (CSR94)	*Neighborhood VALUE (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 84	SILVER 84	SILVER 84
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	150-200% FPL	150-200% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$291	\$247	\$365	\$361	\$260
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$372	\$315	\$467	\$461	\$332
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$789	\$669	\$991	\$979	\$705
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	POS	HMO	PPO	PPO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	✓	No	No	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Solo RI	Nacional	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	262 PCPs/ Pediatras 1,173 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitaliales 412 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,381 Especialistas 14 of 14 Hospitaliales 547 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitaliales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitaliales 510 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,381 Especialistas 14 of 14 Hospitaliales 547 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 ADICIONALES MÁXIMOS (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$5,800 Individual \$11,600 Familiar	\$6,150 Individual \$12,300 Familiar	\$800 Individual \$1,600 Familiar	\$1,200 Individual \$2,400 Familiar	\$2,150 Individual \$4,300 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$3,200 Individual \$6,400 Familiar	\$2,550 Individual \$5,100 Familiar	\$0	\$0	\$0
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Combinado con Médicos	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 PCMH \$40 Non-PCMH	100%	Primera visita por enfermedad gratis, las demás visitas \$10 PCMH \$20 No-PCMH	\$5 PCMH \$15 Non-PCMH	\$5
VISITA A ESPECIALISTA	\$60	100%	\$35	\$20	\$15
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	100%	\$75	\$75	\$15
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	100%	100%	\$300	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	100%	100%	20%	10%	10%
RADIOGRAFIAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	100%	100%	20%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	100%	100%	20%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$40	100%	\$20	\$15	\$5
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	100%	100%	20%	10%	\$15
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	100%	100%	20%	10%	10%
RESIDENCIA DE ANCIANOS	100%	100%	20%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	100%	100%	20%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$7	\$5	\$10	\$0	\$2
NIVEL 2	\$35	\$10	\$35	\$15	\$5
NIVEL 3	\$55	\$25	\$60	\$50	\$15
NIVEL 4	\$75	\$50	\$80	\$75	\$30
NIVEL 5	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 10%	\$125	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 10%

**Planes de seguros con reduccion de costos compartidos  
costos para personas y familias elegibles de 2020**

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

COMPANIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHIP Direct (CSR94)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueCHIP Direct Advance (CSR94)	Neighborhood COMMUNITY (CSR94)
NIVEL METÁLICO	NIVEL 04	NIVEL 04	NIVEL 04	NIVEL 04
PLAN BASADO EN EL RANGO DE INGRESOS (% DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL))	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$343	\$338	\$291	\$246
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$438	\$432	\$372	\$315
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$930	\$917	\$789	\$668
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	POS	PPO	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	✓	No	✓	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Pediatras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	262 PCPs/ Pediatras 1,173 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitales 412 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,381 Especialistas 14 of 14 Hospitales 547 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
GASTOS ADICIONALES MÁXIMOS (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$2,250 Individual \$4,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$0	\$0	\$0	\$0
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Combinado con Médicos	\$0	\$0
ATENCIÓN PRIMARIA	\$5 PCMH \$15 Non-PCMH	20%	\$5 PCMH \$15 Non-PCMH	10%
VISITA A ESPECIALISTA	\$20	20%	\$20	10%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	20%	\$75	10%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	20%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	20%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	20%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	20%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$15	20%	\$15	10%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	20%	10%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	20%	10%	10%
RESIDENCIA DE ANCIANOS	10%	20%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	20%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$5	\$0	\$5	\$2
NIVEL 2	\$15	\$15	\$15	\$5
NIVEL 3	\$30	\$50	\$30	\$15
NIVEL 4	\$50	\$75	\$50	\$30
NIVEL 5	\$100	\$100	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 10%