

2020 Beneficios de los planes de mercado individuales



HealthSourceRI
WE WORK FOR YOU



Compare los planes de las mejores aseguradoras de salud del estado

Créditos fiscal 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 fiscal.

Familias:

Familias de 2		Créditos fiscal por ingresos anuales familiares			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 30,000	\$ 40,000	\$ 50,000	\$ 60,000
1	1	\$ 196	\$ 72	\$ 128	\$ 41
2	0	\$ 528	\$ 403	\$ 261	\$ 174
Familias de 3		Créditos fiscal por ingresos anuales familiares			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 30,000	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000
1	2	\$ 243	\$ 74	\$ 268	\$ 118
2	1	\$ 575	\$ 405	\$ 401	\$ 251
Familias de 4		Créditos fiscal por ingresos anuales familiares			
Adultos (40 años)	Niños (0-14 años)	\$ 45,000	\$ 60,000	\$ 75,000	\$ 90,000
1	3	\$ 133	\$ 0	\$ 332	\$ 194
2	2	\$ 465	\$ 280	\$ 466	\$ 327

Adultos Solteros:

Edad	Créditos fiscal por ingresos anuales familiares				
	\$ 20,000	\$ 25,000	\$ 30,000	\$ 35,000	\$ 40,000
21 años	\$ 183	\$ 124	\$ 61	\$ 0	\$ 0
40 años	\$ 255	\$ 196	\$ 133	\$ 64	\$ 6
60 años	\$ 628	\$ 569	\$ 506	\$ 436	\$ 378

— Niño/níños probablemente elegibles para obtener cobertura gratuita RlteCare.

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 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 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 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 42	Muy bueno	Reemplazo de rodilla (total)		

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 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)

Ahora se requiere seguro de salud en el estado de RI para el 2020. Regístrese hoy para luego evitar una multa fiscal.

Cómo inscribirse o renovar

Visite 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 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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LOS PLANES	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
PRIMAS INDIVIDUALES: 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.	NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan 750/1500	VantageBlue Direct Plan 1500/3000	*Neighborhood ESSENTIAL
	NIVEL METÁLICO	PLATINUM	GOLD	GOLD
HEALTHSAVINGSACCOUNTS(CUENTASDEAHORROPARASALUD,HSA): 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.	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$465	\$383	\$260
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$595	\$490	\$333
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,263	\$1,041	\$707
	CALIFICADO PARA HSA	No	No	No
CÓMO RECIBIR ATENCIÓN	TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	HMO
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.	REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No
	ÁREA DE LA RED DE COBERTURA	National	Nacional	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 de 14 Hospitales 510 Dentistas	979 PCPs/ Pediatras 5,281 Especialistas 14 de 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
GASTOS MÁXIMO DEL BOLSILLO	GASTOS MÁXIMO DEL BOLSILLO (MÁXIMO OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$1,800 Individual \$3,600 Familiar	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar	\$4,700 Individual \$9,400 Familiar
Además de su prima mensual, el monto máximo de gastos máximo del bolsillo es el máximo que usted tiene que pagar en deducibles, copagos y coseguro durante un año.	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar
DEDUCIBLES	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	\$0	Niveles 5 y 6 Combinado con Médico
El deducible 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.	ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$10 PCMH; \$20 No-PCMH	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$20 PCMH; \$30 No-PCMH	\$25
COPAGOS Y COSEGURO**	VISITA A ESPECIALISTA	\$30	\$45	\$40
Copagos son cantidades fijas de dólares que debe pagar para determinados tipos de servicios de atención médica cada vez que los utiliza.	ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0
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.	CENTRO DE URGENCIAS	\$50	\$75	\$40
La sección BLANCA 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.	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$100	\$200	\$350
	HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	0%	20%	0%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	0%	20%	0%
La sección COMPRENSA 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.	DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	0%	20%	0%
	SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$30	\$25
Un Hogar médico orientado al paciente (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.	TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	0%	20%	\$40
	SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	0%	20%	0%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	20%	0%
	CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	20%	0%
	COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí
MEDICAMENTOS RECETADOS	NIVEL 1	\$10	\$10	\$5
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.	NIVEL 2	\$25	\$25	\$10
	NIVEL 3	\$50	\$50	\$35
	NIVEL 4	\$75	\$75	\$50
	NIVEL 5	\$175	\$125	\$100

Beneficios de los planes de mercado individuales 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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct 1700/3400	BasicBlue Direct 2500/5000	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)	\$363	\$362	\$341	\$286	\$254
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$464	\$463	\$435	\$366	\$325
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$986	\$983	\$924	\$777	\$689
CALIFICADO PARA HSA	✓	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	POS	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	✓	✓	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	265 PCPs/ Peditras 1,068 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitales 420 Dentistas	979 PCPs/Peditras 5,281 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 MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$5,200 Individual \$10,400 Familiar	\$5,900 Individual \$11,800 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar	\$6,250 Individual \$12,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$1,700 Individual \$3,400 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$1,200 Individual \$2,400 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 Non-PCMH	\$15 PCMH; \$25 Non-PCMH	\$15 PCMH; \$35 Non-PCMH	\$15 PCMH; \$35 Non-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	100%	100%	100%	100%	\$200
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$100 por admisión	100%	100%	100%	100%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	100%	100%	100%	100%	100%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	\$300	100%	100%	100%	100%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$25	\$25	\$35	\$35	\$20
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$40	100%	100%	100%	\$40
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	\$100 por admisión	100%	100%	100%	100%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$10	\$10	\$10	\$5
NIVEL 2	\$25	\$30	\$25	\$25	\$10
NIVEL 3	\$40	\$30	\$30	\$30	\$35
NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
NIVEL 5	\$125	\$125	\$125	\$125	Actual 11/1/2019

Beneficios de los planes de mercado individuales 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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan 5700/11400	BasicBlue Direct 5500/11000	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	\$361	\$343	\$338	\$260
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$467	\$461	\$438	\$432	\$332
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$991	\$979	\$930	\$917	\$705
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	✓	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	PPO	PPO	POS	PPO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	✓	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	1,422 PCPs/ Peditras 3,008 Especialistas 14 of 14 Hospitales 510 Dentistas	979 PCPs/Peditras 5,281 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 MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$8,150 Individual \$16,300 Familiar	\$7,800 Individual \$15,600 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$5,700 Individual \$11,400 Familiar	\$7,950 Individual \$15,900 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,700 Individual \$11,400 Familiar	\$5,500 Individual \$11,000 Familiar	\$4,800 Individual \$9,600 Familiar	\$4,100 Individual \$8,200 Familiar	\$3,700 Individual \$7,400 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Solo los Niveles 3, 4 y 5 Combinado con Médicos	Combinado con Médicos	Niveles 5 y 6 Combinado con Médicos
ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$40 PCMH; \$60 No-PCMH	\$10 PCMH \$20 Non-PCMH	\$20 PCMH \$30 Non-PCMH	100%	\$30
VISITA A ESPECIALISTA	\$65	\$45	\$60	100%	\$65
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	\$75	100%	\$65
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$375	100%	100%	100%	100%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	100%	100%	100%	100%	100%
RADIOGRAFÍAS 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	\$60	\$20	\$30	100%	\$30
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	100%	100%	100%	100%	\$65
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	100%	100%	100%	100%	100%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$10	\$7	\$10	\$10
NIVEL 2	\$35	\$30	\$35	\$30	\$15
NIVEL 3	\$80	100%	100%	100%	\$40
NIVEL 4	\$100	100%	100%	100%	\$55
NIVEL 5	\$250	100%	100%	100%	Nivel 5 Nivel 6: 100%

Beneficios de los planes de mercado individuales 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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHIP Direct Advance 4650/9300	Neighborhood COMMUNITY	BasicBlue Direct 6550/13100	*BlueSolutions for HSA Direct 6300/12600	*Neighborhood ECONOMY	Neighborhood INNOVATION
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE	BRONZE
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$291	\$247	\$257	\$227	\$174	\$171
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$372	\$315	\$328	\$290	\$223	\$219
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$789	\$669	\$697	\$616	\$473	\$465
CALIFICADO PARA HSA	No	✓	No	✓	✓	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	POS	HMO	PPO	PPO	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	✓	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	265 PCPs/ Pediatras 1,068 Especialistas 4 of 4 Lifespan Hospitales 420 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,281 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	979 PCPs/Pediatras 5,281 Especialistas 14 of 14 Hospitales 547 Dentistas	979 PCPs/Pediatras 5,281 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	No tiene cobertura excepto para centro de urgencias y cuidados de emergencias
GASTOS MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$5,800 Individual \$11,600 Familiar	\$6,750 Individual \$13,500 Familiar	\$7,350 Individual \$14,700 Familiar	\$6,550 Individual \$13,100 Familiar	\$6,550 Individual \$13,100 Familiar	\$7,350 Individual \$14,700 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,650 Individual \$9,300 Familiar	\$2,950 Individual \$5,900 Familiar	\$6,450 Individual \$12,900 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$6,550 Individual \$13,100 Familiar
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 Non-PCMH	100%	\$30 PCMH \$50 Non-PCMH	100%	0%	\$20
VISITA A ESPECIALISTA	\$60	100%	\$60	100%	0%	100%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	100%	\$75	100%	0%	100%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	100%	100%	100%	100%	0%	100%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	100%	100%	100%	100%	0%	100%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	100%	100%	100%	100%	0%	100%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	100%	100%	100%	100%	0%	100%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$45	100%	\$50	100%	0%	\$20
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	100%	100%	100%	100%	0%	100%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	0%	100%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	100%	100%	100%	100%	0%	100%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	100%	100%	100%	100%	0%	100%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$7	\$5	\$10	\$10	\$5	\$10
NIVEL 2	\$35	\$10	\$35	\$35	\$10	\$15
NIVEL 3	\$100	\$25	\$100	\$100	\$25	\$100
NIVEL 4	\$250	\$50	\$250	\$250	\$50	\$250
NIVEL 5	\$1000	Basado en Nivel 4 + 20%	\$2000	\$2000	Basado en Nivel 4 + 20%	Basado en Nivel 4 + 20%