



HealthSourceRI
WE WORK FOR YOU



2022 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

Compare los planes de las principales compañías de seguros 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	
Porcentaje del Nivel de Pobreza Federal (FPL)	200% FPL	250% FPL	150% FPL	200% FPL	100% FPL	150% 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	\$25,760	\$32,200	\$19,320	\$25,760	\$12,880	\$19,320
2	\$34,840	\$43,550	\$26,130	\$34,840	\$17,420	\$26,130
3	\$43,920	\$54,900	\$32,940	\$43,920	\$21,960	\$32,940
4	\$53,000	\$66,250	\$39,750	\$53,000	\$26,500	\$39,750
5	\$62,080	\$77,600	\$46,560	\$62,080	\$31,040	\$46,560
6	\$71,160	\$88,950	\$53,370	\$71,160	\$35,580	\$53,370

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.

Cuándo inscribirse o renovar

La inscripción abierta comienza a partir del 1 de noviembre de 2021 hasta el 31 de enero de 2022

Fechas importantes para elegir su seguro médico de 2022:

1 de Noviembre:	¡Comienza la inscripción abierta!
23 de Diciembre:	Elija un plan y pague para completar la inscripción y asegurarse de que sus tarjetas de identificación lleguen a tiempo.
31 de Diciembre:	Último día para elegir y pagar la cobertura que comienza en enero de 2022 (Las tarjetas de identificación se retrasarán).
31 de Enero:	Finaliza la inscripción abierta - este es su último día para inscribirse cobertura de salud 2022. La cobertura comprada en enero entrará en vigencia a partir del 1 de febrero de 2022.

Cómo inscribirse o renovar

Visite HealthSourceRI.com para:

- Inscribirse o renovar la cobertura
- Comparar planes y costos mediante nuestra **herramienta de ahorro**

Llame al 1-855-840-4774

También puede **llamar al 211** para encontrar navegadores en su área que puedan brindar apoyo personal para la inscripción.

Se requiere seguro médico en Rhode Island. Regístrese para evitar una penalización fiscal más tarde.

Tarifas al 1 de noviembre de 2021. 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.

Organización de proveedores preferenciales (Preferred Provider Organization, 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.

2022 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

6 de cada 7 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	NHPRI
<p>PLANES DE REDUCCION DE COSTOS COMPARTIDOS (COST-SHARING REDUCTION, CSR): 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 prbreza federal.</p> <p>PRIMAS INDIVIDUALES: 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.</p> <p>HEALTH SAVINGS ACCOUNTS (CUENTAS DE AHORRO PARA SALUD, HSA): Un plan que califica para Cuentas de ahorro para salud, 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)	\$374	\$282
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$478	\$361
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,014	\$766
	CALIFICADO PARA HSA	No	No
CÓMO RECIBIR ATENCIÓN	TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	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
	AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI
	INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,127 PCPs/ Pediatras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales
	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
GASTOS ADICIONALES MÁXIMOSA	GASTOS ADICIONALES MÁXIMOS (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) MÉDICOS + FARMACÉUTICO	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$6,525 Individual \$13,050 Familiar
DEDUCIBLES	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,450 Individual \$10,900 Familiar	\$3,900 Individual \$7,800 Familiar
	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Niveles 5 y 6 Combinado con Médico
COPAGOS Y COSEGURO	ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas: \$60 No-PCMH \$40 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 POR NIVELES, los copagos o los coseguros por un servicio en particular pueden variar según qué proveedor de atención elija.</p>	VISITA A ESPECIALISTA	\$65	\$65
	ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0
<p>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.</p>	ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$65
	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$375	35%
<p>La sección SOMBREADA 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>	HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	30%	35%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	30%	35%
	DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	30%	35%
	SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$60	\$20
	TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	\$65
<p>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.</p>	SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	30%	35%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	35%
	CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	30%	35%
	COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí
	MEDICAMENTOS RECETADOS	NIVEL 1	\$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 6:50%

2022 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

6 de cada 7 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

COMPañIA 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)	\$360	\$342	\$338	\$298	\$297
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$459	\$437	\$432	\$381	\$341
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$976	\$929	\$918	\$808	\$725
CALIFICADO PARA HSA	No	No	Sí	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	PPO	POS	PPO	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Sí	No	Sí	No
ÁREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	Nacional	RI estrecha	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	365 PCPs/ Pediatras 1,329 Especialistas 416 Dentistas Hospitales Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,127 PCPs/ Pediatras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales
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	\$6,500 Individual \$13,000 Familiar	\$5,850 Individual \$11,700 Familiar	\$4,900 Individual \$9,800 Familiar	\$5,800 Individual \$11,600 Familiar	\$6,250 Individual \$12,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$3,700 Individual \$7,400 Familiar	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$2,650 Individual \$5,300 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Combinado con Médico	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Combinado con Médico
ATENCIÓN PRIMARIA	\$20 No-PCMH \$10 PCMH	\$30 No-PCMH \$20 PCMH	20%	\$40 No-PCMH \$20 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. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	10%	20%	10%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	10%	20%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	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	\$0	\$7	\$5
NIVEL 2	\$30	\$35	\$15	\$35	\$10
NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
NIVEL 5	\$100	\$100	\$100	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 10%

2022 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

6 de cada 7 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	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR87)	BasicBlue Direct (CSR87)	BlueCHIP Direct (CSR87)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	BlueCHIP Direct Advance (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)	\$374	\$360	\$342	\$338	\$298
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$478	\$459	\$437	\$432	\$381
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,014	\$976	\$929	\$918	\$808
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	PPO	PPO	POS	PPO	POS
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	Sí	No	Sí
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	Nacional	RI estrecha
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	365 PCPs/ Pediatras 1,329 Especialistas 416 Dentistas Hospitales Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley
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	\$2,700 Individual \$5,400 Familiar	\$2,700 Individual \$5,400 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$2,700 Individual \$5,400 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$150 Individual \$300 Familiar	\$550 Individual \$1,100 Familiar	\$800 Individual \$1,600 Familiar	\$450 Individual \$900 Familiar	\$800 Individual \$1,600 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Combinado con Médico	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible
ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas: \$25 No-PCMH \$15 PCMH	\$20 No-PCMH \$10 PCMH	\$20 No-PCMH \$10 PCMH	20%	\$20 No-PCMH \$10 PCMH
VISITA A ESPECIALISTA	\$40	\$40	\$25	20%	\$25
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$75	\$75	\$75	20%	\$75
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$300	10%	10%	20%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	20%	10%	10%	20%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	20%	10%	10%	20%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	20%	10%	10%	20%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$25	\$20	\$20	20%	\$20
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	10%	10%	20%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	20%	10%	10%	20%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	10%	20%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	20%	10%	10%	20%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$10	\$10	\$7	\$0	\$7
NIVEL 2	\$35	\$30	\$20	\$15	\$20
NIVEL 3	\$60	\$50	\$50	\$50	\$50
NIVEL 4	\$80	\$75	\$75	\$75	\$75
NIVEL 5	\$125	\$100	\$100	\$100	\$100

2022 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

6 de cada 7 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	NHPRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	*Neighborhood VALUE (CSR87)	Neighborhood COMMUNITY (CSR87)	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	BasicBlue Direct (CSR94)	BlueCHIP Direct (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94
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)	\$282	\$297	\$374	\$360	\$342
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$361	\$341	\$478	\$459	\$437
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$766	\$725	\$1,014	\$976	\$929
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	HMO	HMO	PPO	PPO	POS
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	No	No	Sí
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Solo RI	Nacional	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,127 PCPs/ Pediatras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,127 PCPs/ Pediatras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales
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	\$2,800 Individual \$5,600 Familiar	\$2,750 Individual \$5,500 Familiar	\$800 Individual \$1,600 Familiar	\$1,200 Individual \$2,400 Familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$1,100 Individual \$2,200 Familiar	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 5 y 6 Combinado con Médico	Combinado con Médico	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN PRIMARIA	\$10	10%	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas: \$20 No-PCMH \$10 PCMH	\$15 No-PCMH \$5 PCMH	\$15 No-PCMH \$5 PCMH
VISITA A ESPECIALISTA	\$20	10%	\$35	\$20	\$20
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	0%	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	\$20	10%	\$75	\$75	\$75
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	10%	\$300	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	\$10	10%	\$20	\$15	\$15
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$20	10%	20%	10%	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	10%	20%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%	20%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	10%	20%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$5	\$5	\$10	\$0	\$5
NIVEL 2	\$10	\$7	\$35	\$15	\$15
NIVEL 3	\$35	\$30	\$60	\$50	\$30
NIVEL 4	\$50	\$45	\$80	\$75	\$50
NIVEL 5	Nivel 5/Nivel 6: 10%	Nivel 5/Nivel 6: 10%	\$125	\$100	\$100

2022 Planes de seguros con reducción de costos compartidos para personas y familias elegibles

6 de cada 7 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	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueCHiP Direct Advance (CSR94)	*Neighborhood VALUE (CSR94)	Neighborhood COMMUNITY (CSR94)
NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94
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)	\$338	\$298	\$282	\$297
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$432	\$381	\$361	\$341
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$918	\$808	\$766	\$725
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES ARRIBA)	PPO	POS	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Sí	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	National	RI estrecha	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,381 PCPs /Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 of 14 Hospitales	365 PCPs/ Pediatras 1,329 Especialistas 416 Dentistas Hospitales Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,127 PCPs/ Pediatras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,127 PCPs/ Pediatras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales
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 Family	\$2,150 Individual \$4,300 Familiar	\$2,250 Individual \$4,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinado con Médico	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN PRIMARIA	20%	\$15 No-PCMH \$5 PCMH	\$5	10%
VISITA A ESPECIALISTA	20%	\$20	\$15	10%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN URGENTE	20%	\$75	\$15	10%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	20%	10%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	20%	10%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	20%	10%	10%	10%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	20%	10%	10%	10%
SALUD MENTAL / ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	20%	\$15	\$5	10%
TERAPIA DEL HABLA / OCUP. / FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	10%	\$15	10%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	20%	10%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	10%	10%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	20%	10%	10%	10%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA**	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$0	\$5	\$2	\$2
NIVEL 2	\$15	\$15	\$5	\$5
NIVEL 3	\$50	\$30	\$15	\$15
NIVEL 4	\$75	\$50	\$30	\$30
NIVEL 5	\$100	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 10%	Nivel 5/Nivel 6: 10%