



HealthSourceRI  
WE WORK FOR YOU



## 2022 Beneficios de los planes del mercado individual

Compare los planes de las principales compañías de seguros 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	\$339	\$255	\$348	\$221
2	0	\$699	\$615	\$493	\$366
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	\$361	\$278	\$546	\$353
2	1	\$721	\$639	\$691	\$497
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	\$331	\$208	\$676	\$484
2	2	\$692	\$569	\$821	\$629

### Adultos Solteros:

Edad	Créditos fiscal por ingresos anuales familiares				
	\$ 20,000	\$ 25,000	\$ 30,000	\$ 35,000	\$ 40,000
21 años	\$279	\$246	\$199	\$140	\$73
40 años	\$357	\$324	\$278	\$219	\$152
60 años	\$763	\$729	\$683	\$624	\$557

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

**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).

Tarifas a partir del 1 de noviembre del 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 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 \$31,900 para una persona o de \$65,500 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](https://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**.

Paso 1 Cuéntanos acerca de usted

Paso 2 Háblenos de sus médicos

Paso 3 Háblenos de sus prescripciones

Paso 4 Comparar planes

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

Lincoln School - Parent Portal  
<https://portals.veracross.com/lincoln/parent> Seguro sin costo o ahorros fiscales en menos de 5 minutos

\* Indica campo requerido

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

02886

¿Quiénes estarán cubiertos?

Edad*	Relación	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 34	Yo	-- Seleccionar -	Ninguno de los siguientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Añadir a otra persona](#)

## 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 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.

*Se requiere seguro médico en Rhode Island. Regístrese para evitar una*

## Cómo inscribirse o renovar

Visite [HealthSourceRI.com](https://HealthSourceRI.com) para:

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

**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.

## 2022 Beneficios de los planes del mercado individual

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthSourceRI.com/Calculator](https://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
<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.	<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	*VantageBlue Direct Plan 750/1500 <sup>1</sup>	VantageBlue Direct Plan 1500/3000	*Neighborhood ESSENTIAL
<b>HEALTH SAVINGS ACCOUNTS (CUENTAS DE AHORRO PARA SALUD, HSA):</b> 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.	<b>NIVEL METÁLICO</b>	PLATINUM	GOLD	GOLD
	<b>PRIMA MENSUAL</b> (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$490	\$407	\$279
	<b>PRIMA MENSUAL</b> (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$626	\$520	\$356
	<b>PRIMA MENSUAL</b> (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,329	\$1,104	\$757
<b>CÓMO RECIBIR ATENCIÓN</b>	<b>CALIFICADO PARA HSA</b>	No	No	No
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	PPO	HMO
	<b>REFERIDO OBLIGATORIO</b>	No	No	No
	<b>AREA DE LA RED DE COBERTURA</b>	Nacional	Nacional	Solo RI
	<b>INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI</b>	1,381 PCPs/ Pediатras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs/ Pediатras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,127 PCPs/ Pediатras 5,500 Especialistas 545 Dentistas 14 de 14 Hospitales
	<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	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>	\$1,800 Individual \$3,600 Familiar	\$8000 Individual \$16,000 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar
Además de su prima mensual, el monto <b>máximo de gastos máximo del bolsillo</b> es el máximo que usted tiene que pagar en deducibles, copagos y coseguro durante un año.	<b>DEDUCIBLE - MÉDICO</b>	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar
<b>DEDUCIBLES</b>	<b>DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO</b>	Combinado con Médico	\$0	Niveles 5 y 6 Combinado con Médico
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 estadias en el hospital, así como medicamentos recetados.	<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$20 No-PCMH; \$10 PCMH	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$30 No-PCMH; \$20 PCMH	\$30
<b>COPAGOS Y COSEGURO**</b>	<b>VISITA A ESPECIALISTA</b>	\$30	\$45	\$65
<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>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	\$0	\$0	\$0
<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.	<b>CENTRO DE URGENCIAS</b>	\$50	\$75	\$65
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.	<b>SERVICIOS DE EMERGENCIAS</b>	\$100	\$200	\$350
<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>HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	0%	20%	0%
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.	<b>RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES</b>	0%	20%	0%
	<b>DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI</b>	0%	20%	0%
	<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO</b>	\$20	\$30	\$30
	<b>TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b>	20%	20%	\$65
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 paga la cantidad de dólares o el porcentaje que se muestra.	<b>SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS</b>	0%	20%	0%
	<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	0%	20%	0%
	<b>CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	0%	20%	0%
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***</b>	Sí	Sí	Sí
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	\$10	\$5
	<b>NIVEL 2</b>	\$25	\$25	\$10
	<b>NIVEL 3</b>	\$50	\$50	\$35
	<b>NIVEL 4</b>	\$75	\$75	\$50
	<b>NIVEL 5</b>	\$125	\$125	Nivel 5/Nivel 6: 30%

<sup>1</sup>Una variación de este plan que incluye cobertura para la mayoría de los abortos también está disponible.

## 2022 Beneficios de los planes del mercado individual

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthsourceRI.com/Calculator](https://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)	\$384	\$379	\$357	\$308	\$273
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$490	\$484	\$456	\$393	\$349
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,041	\$1,029	\$968	\$835	\$741
CALIFICADO PARA HSA	Sí	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	RI estrecha	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 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 MAXIMO DEL BOLSILLO (MAXIMUM OUT-OF-POCKET, MOOP) 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	\$6,750 Individual \$13,500 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	\$1,250 Individual \$2,500 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinado con Médico	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Niveles 5 y 6 Combinado con Médico
ATENCIÓN PRIMARIA	\$35 No-PCMH \$15 PCMH	\$25 No-PCMH \$15 PCMH	\$35 No-PCMH \$15 PCMH	\$35 No-PCMH \$15 PCMH	\$25
VISITA A ESPECIALISTA	\$40	\$30	\$45	\$45	\$50
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$300	10%	10%	10%	\$300
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$300 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	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	\$40	10%	10%	10%	\$50
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	0%	10%	10%	10%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	\$300 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	Nivel 5/Nivel 6: 30%

## 2022 Beneficios de los planes del mercado individual

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthsourceRI.com/Calculator](https://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)	\$374	\$360	\$342	\$338	\$282
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$478	\$459	\$437	\$432	\$361
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$1,014	\$976	\$929	\$918	\$766
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	Sí	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	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 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	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	\$7,850 Individual \$15,700 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	\$3,900 Individual \$7,800 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	Niveles 5 y 6 Combinado con Médico
ATENCIÓN PRIMARIA	Primera visita por enfermedad sin cargo, todas las otras visitas \$60 No-PCMH; \$40 PCMH	\$20 No-PCMH \$10 PCMH	\$30 No-PCMH \$20 PCMH	20%	\$30
VISITA A ESPECIALISTA	\$65	\$45	\$60	20%	\$70
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	\$75	\$75	20%	\$70
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	\$375	10%	10%	20%	35%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	30%	10%	10%	20%	35%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	30%	10%	10%	20%	35%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	30%	10%	10%	20%	35%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$60	\$20	\$30	20%	\$30
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	10%	10%	20%	\$70
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	30%	10%	10%	20%	35%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	10%	10%	20%	35%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	30%	10%	10%	20%	35%
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	\$50	\$50	\$50	\$40
NIVEL 4	\$100	\$75	\$75	\$75	\$55
NIVEL 5	\$250	\$100	\$100	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 50%

## 2022 Beneficios de los planes del mercado individual

6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

Utilice la herramienta de ahorros en [HealthSourceRI.com/Calculator](https://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	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHIP Direct Advance 4650/9300	Neighborhood COMMUNITY	*BlueSolutions for HSA Direct 6300/12600	*Neighborhood ECONOMY	Neighborhood INNOVATION
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$298	\$267	\$236	\$192	\$188
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$381	\$341	\$301	\$245	\$240
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO TRIBUTARIO)	\$808	\$725	\$639	\$521	\$510
CALIFICADO PARA HSA	No	Sí	Sí	Sí	No
TIPO DE PLAN (VER DEFINICIONES AL DORSO)	POS	HMO	PPO	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Sí	No	No	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	RI estrecha	Solo RI	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI	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	1,381 PCPs/ Pediatras 3,558 Especialistas 499 Dentistas 14 de 14 Hospitales	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	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	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$8,550 Individual \$17,100 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,650 Individual \$9,300 Familiar	\$2,950 Individual \$5,900 Familiar	\$6,300 Individual \$12,600 Familiar	\$6,675 Individual \$13,350 Familiar	\$6,825 Individual \$13,650 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Solo los Niveles 3, 4 y 5 se aplican al deducible	Combinado con Médico	Combinado con Médico	Combinado con Médico	Combinado con Médico
ATENCIÓN PRIMARIA	\$45 No-PCMH \$25 PCMH	15%	10%	0%	\$25
VISITA A ESPECIALISTA	\$60	15%	10%	0%	30%
ATENCIÓN PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CENTRO DE URGENCIAS	\$75	15%	10%	0%	30%
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	10%	15%	10%	0%	30%
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	10%	15%	10%	0%	30%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAG. POR IMÁGENES	10%	15%	10%	0%	30%
DIAG. POR IMÁGENES DE ALTA CALIDAD: CT/PET/MRI	10%	15%	10%	0%	30%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$45	15%	10%	0%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUP./FÍSIO., REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	15%	10%	0%	30%
SERVICIOS DE LAB., AMBULATORIOS	10%	15%	10%	0%	30%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	15%	10%	0%	30%
CIRUGÍA/SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	15%	10%	0%	30%
COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA***	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
NIVEL 1	\$7	\$5	\$10	\$5	\$10
NIVEL 2	\$35	\$10	\$35	\$10	\$15
NIVEL 3	\$50	\$35	\$60	\$35	\$40
NIVEL 4	\$75	\$50	\$100	\$50	\$55
NIVEL 5	\$100	Nivel 5/Nivel 6: 50%	\$200	Nivel 5/Nivel 6: 30%	Nivel 5/Nivel 6: 30%