



Planes Para Pequeños Empleadores 2026



STANDARD S

PREMIER P

PREMIER
ELITE P

CHOICE C

PRIME P

PRIME
ELITE P

EDGE E

PEAK P

PEAK
ELITE P

Neighborhood Health Plan of Rhode Island: Seguro de salud adecuado para usted

Los pequeños empleadores (2-50 empleados) son la columna vertebral de Rhode Island, anclando nuestras comunidades y economía.

Entendemos que usted desea ofrecer un seguro de salud de alta calidad al mejor valor para sus empleados. Cada negocio es único y merece la atención personalizada que brindamos.

Neighborhood tiene nueve planes para pequeñas empresas entre las que puede elegir. Con Neighborhood usted:

- » Puede ser elegible para beneficios y recompensas especiales por llevar una vida saludable, como son tarjetas de regalo, puede ser elegible para recibir hasta \$50 al año para una membresía en un gimnasio, y más*
- » Puede acceder al portal miembros de Neighborhood para solicitar una nueva tarjeta de identificación, cambiar su dirección postal y más

Para obtener más información, contáctenos al:

1-855-321-9244, opción 6 (TTY 711)  www.nhpri.org

*Se Aplican Restricciones

Neighborhood brinda cobertura asequible y de alta calidad a través de HealthSource RI para Empleadores

Todos los planes de Neighborhood ofrecen beneficios y servicios integrales, que incluyen:

- Imágenes avanzadas/rayos x e imágenes de diagnóstico
- Educación sobre el asma
- Educación sobre el parto
- Cuidado quiropráctico
- Examen de colonoscopia
- Anticonceptivos
- Servicios de doula
- Emergencia transporte/ambulancia
- Servicios ginecológicos exámenes anuales
- Servicios de habilitación
- Servicio de cuidado de la salud en el hogar
- Emergencia hospitalaria servicios de habitaciones
- Inmunizaciones y vacunas
- Asistencia a paciente hospitalizado
- Servicios hospitalarios
- Laboratorio servicios para pacientes externos (ambulatorios)
- Pruebas de laboratorio
- Consultora de lactancia consejería
- Detección de plomo
- Mamografía de detección
- Salud mental/comportamiento salud y uso de sustancia para pacientes internados
- Salud mental/comportamiento salud y uso de sustancia para pacientes externos (ambulatorios)
- Servicios para recién nacidos
- Consejería nutricional y clases
- Centro para pacientes externos (ambulatorios)
- Paciente externo (ambulatorio) servicios de rehabilitación
- Clases para padres
- Examen anual de PCP
- Desarrollo pediátrico y detección de autismo
- Cuidado preventivo pediátrico
- Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad
- Detección de cáncer de próstata
- Centro de enfermería especializada
- Ayuda para dejar de fumar
- Telemedicina
- Centros de cuidado de urgencia

Beneficios adicionales sin costo para usted

- » Copago de \$0 para medicamentos para la hipertensión en los niveles 1-4
- » Servicios de interpretación en la oficina sin costo
- » Un servicio de entrega de comidas sin costo para mamás primerizas cuando regresan a casa del hospital después del nacimiento de su bebé
- » Copago de \$0 para sus dos primeras visitas de atención primaria y de salud conductual*

Puede encontrar una lista completa de beneficios y servicios cubiertos y no cubiertos en el Certificado de Cobertura (COC en inglés) específico del plan. Para encontrar el COC para su plan, escanee el código QR o visite <https://www.nhpri.org/members/commercial-members-small-business-plans/> y seleccione su plan.



*Aplica solo a los planes PRIME ELITE, PREMIER ELITE, PRIME, PREMIER, EDGE y CHOICE

Beneficio y Costo Compartido

NOMBRE DEL PLAN	PRIME P ELITE	PREMIER P ELITE	PEAK P ELITE	PRIME P	PREMIER P	PEAK P	EDGE E	CHOICE C	STANDARD S
Tipo De Plan	Platino - POS	Oro - POS	Oro - POS	Platino- HMO	Oro - HMO	Oro - HMO	Oro - HMO	Plata - HMO	Bronce - HMO
HSA Calificado*	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí
DEDUCIBLES, COSEGURO, Y GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO (POR AÑO DE BENEFICIO)									
Deductible del Plan Individual	Dentro de la red \$500	Fuera de la red \$5,000	Dentro de la red \$2,625	Fuera de la red \$7,575	Dentro de la red \$2,550	Fuera de la red \$7,500	\$500	\$2,625	\$2,550
Deductible del Plan Familiar	-\$1,000	-\$10,000	-\$5,250	-\$15,150	-\$5,100	-\$15,000	\$1,000	\$5,250	\$5,100
Coseguro	0% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	15% después del deducible
Gastos Máximo de Bolsillo Individual	\$1,850	\$10,000	\$6,300	\$17,100	\$3,250	\$9,000	\$1,850	\$6,300	\$3,250
Gastos Máximo de Bolsillo Familiar	\$3,700	\$20,000	\$12,600	\$34,200	\$6,500	\$18,000	\$3,700	\$12,600	\$6,500
COSTOS COMPARTIDOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS									
Visita de Atención Preventiva	Dentro de la red Sin Cargo	Fuera de la red 50% co-seguro después del deducible	Dentro de la red Sin Cargo	Fuera de la red 50% co-seguro después del deducible	Dentro de la red Sin Cargo	Fuera de la red 50% co-seguro después del deducible	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Visita de Atención Primaria	Primeras dos visitas \$0; \$10 copago	Primeras dos visitas \$0; 50% co-seguro después del deducible	Primeras dos visitas \$0; \$20 copago	Primeras dos visitas \$0; 50% co-seguro después del deducible	\$25 copago después del deducible	50% co-seguro después del deducible	Primeras dos visitas \$0; \$10 copago	Primeras dos visitas \$0; \$20 copago	\$25 copago después del deducible
Visita de Atención Especializada	\$30 copago	50% co-seguro después del deducible	\$55 copago	50% co-seguro después del deducible	\$55 copago después del deducible	50% co-seguro después del deducible	\$30 copago	\$55 copago	\$55 copago después del deducible
Atención de Urgencias	\$30 copago	\$30 copago	\$55 copago	\$55 copago	\$55 copago después del deducible	\$55 copago después del deducible	\$30 copago	\$55 copago	\$55 copago
Sala de Emergencias	\$100 copago después del deducible	\$100 copago después del deducible	\$350 copago	\$350 copago	Sólo se aplica deducible	Sólo se aplica deducible	\$100 copago después del deducible	\$350 copago	Sólo se aplica deducible
Hospital para Paciente Interno	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	Sólo se aplica deducible	15% co-seguro después del deducible
Hospital para Paciente Externo (ambulatorio)	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	Sólo se aplica deducible	15% co-seguro después del deducible
Servicios de Imágenes	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	Sólo se aplica deducible	15% co-seguro después del deducible
Servicios de Laboratorio	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	Sólo se aplica deducible	15% co-seguro después del deducible
Salud Conductual: Oficina	Primeras dos visitas \$0; \$10 copago	50% co-seguro después del deducible	Primeras dos visitas \$0; \$20 copago	50% co-seguro después del deducible	\$25 copago después del deducible	50% co-seguro después del deducible	First two visits \$0; \$10 copago	Primeras dos visitas \$0; \$20 copago	\$25 copago después del deducible
Salud Conductual: Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	50% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible	Sólo se aplica deducible	15% co-seguro después del deducible
Servicios de Rehabilitación	\$30 copago	50% co-seguro después del deducible	\$55 copago	50% co-seguro después del deducible	\$55 copago después del deducible	50% co-seguro después del deducible	\$30 copago	\$55 copago	\$55 copago después del deducible
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS									
Nivel 1	\$5 copago		\$5 copago		\$5 copago después del deducible		\$5 copago	\$5 copago	\$5 copago después del deducible
Nivel 2	\$10 copago		\$10 copago		\$10 copago después del deducible		\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago después del deducible
Nivel 3	\$35 copago		\$45 copago		\$45 copago después del deducible		\$35 copago	\$45 copago	\$45 copago después del deducible
Nivel 4	\$55 copago		\$60 copago		\$60 copago después del deducible		\$55 copago	\$60 copago	\$60 copago después del deducible
Nivel 5	50% co-seguro; hasta \$150		50% co-seguro; hasta \$150		50% co-seguro después del deducible; hasta \$150		50% co-seguro; hasta \$150	50% co-seguro; hasta \$150	50% co-seguro después del deducible; hasta \$150
Nivel 6	50% co-seguro; hasta \$150		50% co-seguro; hasta \$150		50% co-seguro después del deducible; hasta \$150		50% co-seguro; hasta \$150	50% co-seguro; hasta \$150	50% co-seguro después del deducible; hasta \$150

* Plan Calificado de Cuenta de Ahorros para la Salud: De conformidad con el Código de Rentas Internas § 223, este plan califica como un Plan de Salud con Deducible Alto, que es adecuado para usar con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA en inglés). Este plan se puede usar junto con una HSA, pero no es una HSA en sí misma.



¡Neighborhood Sabe lo Importante Que es Su Médico Para Usted!

Verificar si su proveedor está en nuestra red es fácil.
Siga estos pasos:

1. Visite www.nhpri.org/find-a-doctor
2. Elija "Médico o Especialista"
3. Use el formulario de búsqueda para encontrar su proveedor o buscar un nuevo proveedor. Usted puede buscar de muchas formas, por nombre del proveedor, ubicación, y especialidad. Recuerde: si está buscando a su Proveedor de Atención Primaria, seleccione ese filtro. Si está buscando un nuevo médico que acepte nuevos pacientes, seleccione ese filtro.
4. Llame a nuestro Equipo de Ventas amable y servicial si necesita ayuda para buscar un proveedor al **1-855-321-9244, opción 6 (TTY 711)**. Estamos aquí para ayudarle.

"Tener Neighborhood PRIME permite que una pequeña organización como College Visions ofrezca un plan con calificación de platino a los miembros de nuestro personal con un ahorro considerable para nuestra organización."
— Joshua Greenberg,
Director Adjunto,
College Visions

**¿Listo para inscribirse?
Estamos aquí para ayudar.**

Para una cotización sin compromiso:

- 📞 1-855-321-9244, opción 6 (TTY 711)
- 💻 groupquotes@nhpri.org

Para preguntas sobre el proceso de inscripción:

- » Comuníquese con su agente comercial.
- » ¿No tiene un agente comercial? Podemos conectarle con uno. Llámenos al **1-855-321-9244, opción 6**.

Para inscribirse hoy, o si tiene preguntas sobre la cuenta de su empleador, el pago de la prima o añadir/dar de baja a un empleado, comuníquese con HealthSource RI para empleadores:

- 📞 1-855-683-6757
- 💻 www.healthsourceri.com/employers/employers

Ofrecemos dos tipos de planes para pequeñas empresas para satisfacer sus necesidades y las de sus empleados:

- » **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO en inglés)** - Red de proveedores exclusiva de Rhode Island. Ofrecemos seis planes HMO.
- » **Plan Punto de Servicio (POS en inglés)** - Brinda cobertura fuera de la red, cubierta con costos compartidos por separado. Ofrecemos tres planes POS. Con un plan POS, los miembros deberán tener un proveedor de atención primaria dentro de la red.



1-855-321-9244, opción 6 (TTY 711) | www.nhpri.org

¡Nos encanta ahorrarle dinero!

Neighborhood ofrece los planes más económicos del mercado y cuenta con una sólida red de proveedores para cuidar de su salud y la de su familia.

