Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™



Planes Para Pequeños Empleadores 2027







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 de 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.

**Disponible en ciertos planes. Consulte la documentación de su plan para obtener información completa y detalles sobre los requisitos de elegibilidad.*

Beneficio y Costo Compartido

NOMBRE DEL PLAN	PRIME ELITE		PREMIER ELITE		PEAK ELITE	
Tipo De Plan	Platino - POS		Oro - POS		Oro - POS	
HSA Calificado*	No		No		Sí	
DEDUCIBLES, CO-SEGURO, Y GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO (POR AÑO DE BENEFICIO)						
Deducible del Plan Individual	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	$850	$5,000	$3,025	$7,875	$2,800	$7,650
Deducible del Plan Familiar	$1,700	$10,000	$6,050	$15,750	$5,600	$15,300
Co-seguro	0% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	50% después del deducible
Gastos Máximo de Bolsillo Individual	$2,950	$12,250	$6,700	$18,900	$3,400	$9,750
Gastos Máximo de Bolsillo Familiar	$5,900	$24,500	$13,400	$37,800	$6,800	$19,500
COSTOS COMPARTIDOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS						
Visita de Atención Preventiva	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	Sin cargo	50% co-seguro después del deducible	Sin cargo	50% co-seguro después del deducible	Sin cargo	50% co-seguro después del deducible
Visita de Atención Primaria y Salud Conductual	Primeras dos visitas $0; $20 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
Visita de Atención Especializada	$40 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
Tratamientos Quiroprácticos y de Acupuntura	$40 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
Atención de Urgencias	$40 copago	$40 copago	$55 copago	$55 copago	$55 copago después del deducible	$55 copago después del deducible
Sala de Emergencias	$250 copago después del deducible	$250 copago después del deducible	$350 copago	$350 copago	0% co-seguro después del deducible	Sólo se aplica deducible
Hospital para Paciente Interno	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible
Cirugía Ambulatoria	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible
Tomografías Computarizadas (CT), Resonancias Magnéticas (MRI) y Ecografías	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible
Servicios de Laboratorio no Preventivos	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible
Servicios de Terapia Física (PT), Terapia Ocupacional (OT) y Terapia del Habla (ST)	$40 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
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS						
Medicamentos preventivos cubiertos por la ACA	$0 copago		$0 copago		$0 copago	
Medicamentos genéricos para la adherencia al tratamiento	$5 copago		$5 copago		$5 copago después del deducible	
Otros medicamentos genéricos	$10 copago		$10 copago		$10 copago después del deducible	
Medicamentos de marca preferidos	$35 copago		$45 copago		$45 copago después del deducible	
Medicamentos de marca no preferidos	$55 copago		$60 copago		$60 copago después del deducible	
Medicamentos especializados preferidos y no preferidos	50% co-seguro; hasta $150		50% co-seguro; hasta $150		50% co-seguro después del deducible; hasta $150	

NOMBRE DEL PLAN	PRIME	PREMIER	PEAK	EDGE	CHOICE	STANDARD
Tipo De Plan	Platino - HMO	Oro - HMO	Oro - HMO	Oro - HMO	Plata - HMO	Bronce - HMO
HSA Calificado*	No	No	Sí	No	No	Sí
DEDUCIBLES, CO-SEGURO, Y GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO (POR AÑO DE BENEFICIO)						
Deducible del Plan Individual	$850	$3,025	$2,800	$2,750	$5,000	$7,000
Deducible del Plan Familia	$1,700	$6,050	$5,600	$5,500	$10,000	$14,000
Co-seguro	0% después del deducible	10% después del deducible	0% después del deducible	15% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible
Gastos Máximo de Bolsillo Individual	$2,950	$6,700	$3,400	$6,850	$10,000	$8,000
Gastos Máximo de Bolsillo Familiar	$5,900	$13,400	$6,800	$13,700	$20,000	$16,000
COSTOS COMPARTIDOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS						
Visita de Atención Preventiva	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Visita de Atención Primaria y Salud Conductual	Primeras dos visitas $0; $20 copago	Primeras dos visitas $0; $20 copago	$25 copago después del deducible	Primeras dos visitas $0; $25 copago	Primeras dos visitas $0; $35 copago	20% co-seguro después del deducible
Visita de Atención Especializada	$40 copago	$55 copago	$55 copago después del deducible	$55 copago	$75 copago	20% co-seguro después del deducible
Tratamientos Quiroprácticos y de Acupuntura	$40 copago	$55 copago	$55 copago después del deducible	$55 copago	$75 copago	20% co-seguro después del deducible
Atención de Urgencias	$40 copago	$55 copago	$55 copago después del deducible	$55 copago	$75 copago	20% co-seguro después del deducible
Sala de Emergencias	$250 copago después del deducible	$350 copago	0% co-seguro después del deducible	15% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	20% co-seguro después del deducible
Hospital para Paciente Interno	0% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	15% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	20% co-seguro después del deducible
Cirugía Ambulatoria	0% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	15% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	20% co-seguro después del deducible
Tomografías Computarizadas (CT), Resonancias Magnéticas (MRI) y Ecografías	0% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	15% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	20% co-seguro después del deducible
Servicios de Laboratorio no Preventivos	0% co-seguro después del deducible	10% co-seguro después del deducible	0% co-seguro después del deducible	15% co-seguro después del deducible	50% co-seguro después del deducible	20% co-seguro después del deducible
Servicios de Terapia Física (PT), Terapia Ocupacional (OT) y Terapia del Habla (ST)	$40 copago	$55 copago	$55 copago después del deducible	15% co-seguro después del deducible	$75 copago	20% co-seguro después del deducible
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS						
Medicamentos preventivos cubiertos por la ACA	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Medicamentos genéricos para la adherencia al tratamiento	$5 copago	$5 copago	$5 copago después del deducible	$5 copago	$5 copago	$5 copago después del deducible
Otros medicamentos genéricos	$10 copago	$10 copago	$10 copago después del deducible	$10 copago	$15 copago	$15 copago después del deducible
Medicamentos de marca preferidos	$35 copago	$45 copago	$45 copago después del deducible	$40 copago	$50 copago	$45 copago después del deducible
Medicamentos de marca no preferidos	$55 copago	$60 copago	$60 copago después del deducible	$55 copago después del deducible	$70 copago después del deducible	$60 copago después del deducible
Medicamentos especializados preferidos y no preferidos	50% co-seguro; hasta $150	50% co-seguro; hasta $150	50% co-seguro después del deducible; hasta $150	50% co-seguro después del deducible; hasta $150	50% co-seguro después del deducible; hasta $150	50% 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.

¿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**.

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.

¡CONTÁCTENOS!

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



"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."

— PROPIETARIO DE UNA PEQUEÑA EMPRESA

Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™

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.

