



## Planes y beneficios del mercado individual 2024

# Créditos fiscal mensuales:

Algunos residentes de Rhode Island son elegibles para créditos fiscales que pueden reducir el costo de su prima mensual. Estos créditos se basan en los ingresos y el tamaño de la familia. Las tablas muestran ejemplos de tamaños de familias y niveles de ingresos y su elegibilidad para créditos fiscales.

## Familias:

| Familias de 2     |                   | Créditos fiscal por ingreso anual de hogar |          |          |           |           |
|-------------------|-------------------|--------------------------------------------|----------|----------|-----------|-----------|
| Adultos (40 años) | Niños (0-14 años) | \$30,000                                   | \$42,500 | \$55,000 | \$67,500  | \$80,000  |
| 1                 | 1                 | \$397                                      | \$307    | \$402    | \$242     | \$72      |
| 2                 | 0                 | \$797                                      | \$706    | \$563    | \$402     | \$233     |
| Familias de 3     |                   | Créditos fiscal por ingreso anual de hogar |          |          |           |           |
| Adultos (40 años) | Niños (0-14 años) | \$40,000                                   | \$55,000 | \$70,000 | \$85,000  | \$100,000 |
| 1                 | 2                 | \$385                                      | \$269    | \$571    | \$379     | \$170     |
| 2                 | 1                 | \$785                                      | \$669    | \$731    | \$539     | \$330     |
| Familias de 4     |                   | Créditos fiscal por ingreso anual de hogar |          |          |           |           |
| Adultos (40 años) | Niños (0-14 años) | \$45,000                                   | \$65,000 | \$85,000 | \$105,000 | \$125,000 |
| 1                 | 3                 | \$400                                      | \$255    | \$739    | \$483     | \$232     |
| 2                 | 2                 | \$799                                      | \$655    | \$900    | \$643     | \$392     |

— Es probable que los niños sean elegibles para la cobertura gratuita a través de RItCare

## Adultos Solteros:

| Créditos fiscales por ingreso anual del hogar | Edad    |         |         | Ejemplo de prima del plan Silver después del crédito fiscal |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|-------------------------------------------------------------|
|                                               | 21 años | 40 años | 60 años |                                                             |
| \$22,500                                      | \$309   | \$396   | \$845   | \$4                                                         |
| \$30,000                                      | \$257   | \$344   | \$793   | \$57                                                        |
| \$37,500                                      | \$179   | \$266   | \$715   | \$135                                                       |
| \$45,000                                      | \$80    | \$167   | \$616   | \$234                                                       |
| \$52,500                                      | \$0     | \$71    | \$520   | \$330 o menos                                               |
| \$60,000                                      | \$0     | \$0     | \$424   | \$427 o menos                                               |

Compare todos los costos del plan HSRI usando nuestra Herramienta de Comparación de Planes y Ahorro.

### Organización de proveedores sanitarios preferidos (PPO):

Usted pagará menos si utiliza hospitales y médicos pertenecientes a la red preferida del plan, pero a menudo es libre de ver a proveedores sanitarios que no están en la red preferida.

### Organización de mantenimiento de la salud (HMO) / punto de servicio (POS):

Usted acepta utilizar solo proveedores que formen parte de la red. En algunos planes, usted debe elegir un proveedor de atención primaria, que coordina su atención.

Todos los planes HSRI para individuos y familias cubren servicios dentales pediátricos. Los servicios dentales pediátricos preventivos no están sujetos al deducible, pero otros servicios pueden ser; consulte con su compañía de seguros.

Tarifas a partir del 1 de noviembre de 2023. Este es un resumen parcial de los beneficios y la cobertura y no debe considerarse un contrato. Esta información, incluidas todas las tarifas cotizadas, debe utilizarse únicamente con fines explicativos. Se pueden hacer cambios a los beneficios y las pólizas de cobertura descritas aquí. Para obtener información sobre los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertas, solo debe confiar en el documento de evidencia de cobertura que le proporcionó su compañía de seguros de salud.

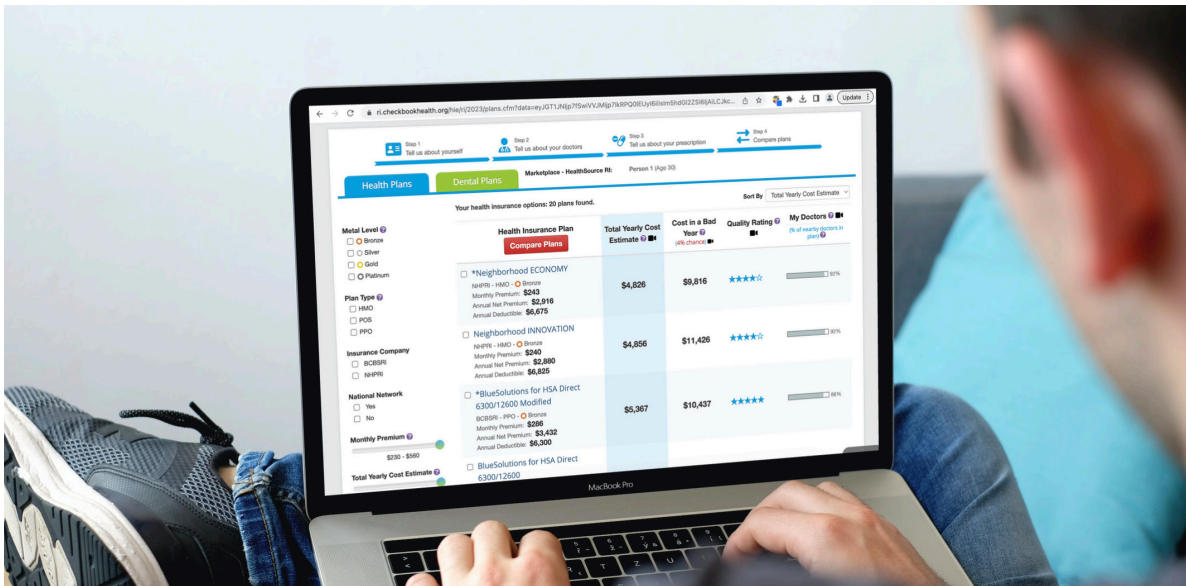
\*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

†Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (\*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

Los planes de reducción de costos compartidos (CSR) son planes Plata que tienen deducibles, coseguros y copagos reducidos. Puede calificar para planes de CSR si gana menos de \$36,450 para un individuo o \$75,000 para una familia de cuatro.

## Herramienta de comparación y ahorros de planes de HealthSource RI

Puede usar nuestra Herramienta de **comparación de planes y ahorros** al visitar **HealthSourceRI.com/Calculator**, para comparar los costos del plan y calcular sus ahorros. Simplemente ingrese su edad, tamaño de familia e ingresos para encontrar el plan que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto en **menos de cinco minutos**.



## Cuándo inscribirse o renovar

**Inscripción abierta** se extiende del 1 de noviembre de 2023 hasta el 31 de enero de 2024

### Fechas importantes para su seguro médico de 2024:

- 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 2024 (Las tarjetas de identificación se retrasarán).
- 31 de Enero:** La inscripción abierta finaliza: este es su último día para inscribirse para cobertura médica 2024. La cobertura adquirida en enero entrará en vigor el 1 de febrero de 2024.

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

## Cómo inscribirse o renovar

Visite **HealthSourceRI.com** para:

- Inscribirse o renovar la cobertura
- Compare planes y costos a través de nuestra Herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros**. 6 de cada 7 clientes de HealthSource RI reciben ayuda financiera.

**Llame al 1-855-840-4774**

También puede llamar al 211 para encontrar Navegadores en su área que puedan proporcionar apoyo de inscripción 1 a 1.

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LOS PLANES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COMPañÍA DE SEGUROS                                                 | BCBSRI                                                                                        | BCBSRI                                                                                        | NHPRI                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <p>PRIMAS INDIVIDUALES:<br/>Una prima es la cantidad que debe pagar cada mes por el seguro médico. Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia.</p> <p>CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSAs):<br/>Un plan calificado para la Cuenta de Ahorros para la Salud le permite contribuir a una cuenta separada exenta de impuestos que se puede usar para gastos de atención médica como deducibles y copagos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NOMBRE DEL PLAN                                                     | VantageBlue Direct Plan 750/1500                                                              | VantageBlue Direct Plan 1500/3000                                                             | *Neighborhood ESSENTIAL                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL METÁLICO                                                      | PLATINUM                                                                                      | GOLD                                                                                          | GOLD                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRIMA MENSUAL<br>(21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)        | \$526                                                                                         | \$445                                                                                         | \$318                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRIMA MENSUAL<br>(40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)        | \$673                                                                                         | \$568                                                                                         | \$406                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRIMA MENSUAL<br>(60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)        | \$1,428                                                                                       | \$1,207                                                                                       | \$863                                                                     |
| CÓMO RECIBE SU ATENCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ELEGIBLE PARA LA HSA                                                | No                                                                                            | No                                                                                            | No                                                                        |
| <p>Algunas aseguradoras proponen planes que incluyen un número menor de proveedores que brindan atención de alta calidad a un costo menor. Los planes tienen diferentes primas mensuales y costos de bolsillo para recibir atención, así como diferentes proveedores de servicios médicos (como médicos y hospitales) a los que puede acudir. La selección de proveedores incluidos en la red de un plan – y cómo se les paga a esos proveedores por la atención que le brindan – ayudan a determinar cuánto pagará por su plan de seguro médico. Algunos planes asignan niveles a médicos y hospitales dentro de sus redes, y es posible que usted pague menos para ver a proveedores de determinados niveles.</p> <p>Al elegir un plan usted debe considerar la prima mensual así como los costos de bolsillo, los médicos que prefiere consultar, los medicamentos recetados que toma y, cualquier otra necesidad de atención médica que tenga. Todos los planes cubren servicios de atención médica preventiva sin costo alguno. Casi todos los médicos y especialistas de atención primaria están cubiertos por todos los planes (sujetos a cambios).</p> | TIPO DE PLAN<br>(CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)           | PPO                                                                                           | PPO                                                                                           | HMO                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SE REQUIERE REFERENCIA                                              | No                                                                                            | No                                                                                            | No                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | AREA DE LA RED DE COBERTURA                                         | Nacional                                                                                      | Nacional                                                                                      | Solo RI                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI<br>(SUJETA A CAMBIOS)           | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales                     | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales                     | 1,340 PCPs<br>5,690 Especialistas<br>513 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | COBERTURA FUERA DE LA RED,<br>SI NO ES UNA EMERGENCIA               | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia                               | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia                               | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia           |
| GASTOS MÁXIMO DEL BOLSILLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP)<br>MÉDICO + MEDICAMENTO         | \$2,000 Individual<br>\$4,000 Familiar                                                        | \$8,000 Individual<br>\$16,000 Familiar                                                       | \$5,650 Individual<br>\$11,300 Familiar                                   |
| DEDUCIBLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DEDUCIBLE - MÉDICO                                                  | \$750 Individual<br>\$1,500 Familiar                                                          | \$1,500 Individual<br>\$3,000 Familiar                                                        | \$2,650 Individual<br>\$5,300 Familiar                                    |
| <p>El <b>deducible</b> es la cantidad que debe pagar de su bolsillo por ciertos servicios de atención médica antes de que su plan de seguro comience a pagar. El monto del deducible es independiente de su prima mensual. Los servicios sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas al médico y hospitalizaciones, así como medicamentos recetados.</p> <p><b>COPAGOS Y COSEGUROS</b></p> <p>Los <b>copagos</b> son montos fijos en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los usa.</p> <p>Un <b>coseguro</b> es un porcentaje del costo total de ciertos tipos de servicios de atención médica que debe pagar. El coseguro generalmente se aplica después de alcanzar su deducible.</p> <p>En los <b>NIVELES</b> los planes, copagos o coseguros para un servicio en particular pueden variar dependiendo de su elección de proveedor de salud.</p> <p>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.</p>                           | DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO                                            | Nivel 5 combinado con servicios médicos                                                       | Nivel 5 combinado con servicios médicos                                                       | Niveles 5 y 6 combinados con servicios médicos                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | COSTOS DENTRO DE LA RED:                                            | La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$20 No PCMH \$10 PCMH | La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$30 No PCMH \$20 PCMH | \$30                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ATENCIÓN PRIMARIA                                                   |                                                                                               |                                                                                               |                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONSULTA CON EL ESPECIALISTA                                        | \$30                                                                                          | \$45                                                                                          | \$65                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA                                          | \$0                                                                                           | \$0                                                                                           | \$0                                                                       |
| <p>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.</p> <p>Un <b>Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH)</b> es un equipo de proveedores de atención médica que trabajan juntos para coordinar su atención. Visitar a un proveedor de PCMH puede costar menos en ciertos planes.</p> <p><b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b></p> <p>Las compañías de seguros separan los medicamentos recetados en diferentes categorías conocidas como “niveles”.</p> <p>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>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ATENCIÓN DE URGENCIA                                                | \$50                                                                                          | \$75                                                                                          | \$65                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SERVICIOS DE ER                                                     | \$100                                                                                         | \$200                                                                                         | \$350                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS                                  | 0%                                                                                            | 20%                                                                                           | 0%                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS<br>IMÁGENES                       | 0%                                                                                            | 20%                                                                                           | 0%                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/<br>RESONANCIA MAGNÉTICA              | 0%                                                                                            | 20%                                                                                           | 0%                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS -<br>VISITAS AL CONSULTORIO        | \$20                                                                                          | \$30                                                                                          | \$30                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA,<br>REHABILITACIÓN AMBULATORIA | 20%                                                                                           | 20%                                                                                           | \$65                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES<br>AMBULATORIOS                 | 0%                                                                                            | 20%                                                                                           | 0%                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA                                  | 0%                                                                                            | 20%                                                                                           | 0%                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES<br>AMBULATORIOS                    | 0%                                                                                            | 20%                                                                                           | 0%                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | COBERTURA DEL ABORTO                                                | Si <sup>1</sup>                                                                               | Si                                                                                            | Limitado*                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rx NIVEL 1                                                          | \$10                                                                                          | \$10                                                                                          | \$5                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rx NIVEL 2                                                          | \$25                                                                                          | \$25                                                                                          | \$10                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rx NIVEL 3                                                          | \$50                                                                                          | \$50                                                                                          | \$35                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rx NIVEL 4                                                          | \$75                                                                                          | \$75                                                                                          | \$50                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rx NIVEL 5                                                          | 20%                                                                                           | 20%                                                                                           | Nivel 5/6: 30%                                                            |

\*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

<sup>1</sup>Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (\*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

| COMPañÍA DE SEGUROS                                                 | BCBSRI                                                                    | BCBSRI                                                                    | BCBSRI                                                                    | BCBSRI                                                                                                                              | NHPRI                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL PLAN                                                     | *BlueSolutions for HSA<br>Direct 1700/3400                                | BasicBlue Direct<br>2500/5000                                             | BlueCHIP Direct<br>2300/4600                                              | BlueCHIP Direct<br>Advance 2300/4600                                                                                                | Neighborhood PLUS                                                         |
| NIVEL METÁLICO                                                      | GOLD                                                                      | GOLD                                                                      | GOLD                                                                      | GOLD                                                                                                                                | GOLD                                                                      |
| PRIMA MENSUAL<br>(21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)        | \$425                                                                     | \$425                                                                     | \$398                                                                     | \$343                                                                                                                               | \$309                                                                     |
| PRIMA MENSUAL<br>(40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)        | \$544                                                                     | \$543                                                                     | \$509                                                                     | \$438                                                                                                                               | \$395                                                                     |
| PRIMA MENSUAL<br>(60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)        | \$1,155                                                                   | \$1,154                                                                   | \$1,081                                                                   | \$930                                                                                                                               | \$840                                                                     |
| ELEGIBLE PARA LA HSA                                                | Si                                                                        | No                                                                        | No                                                                        | No                                                                                                                                  | No                                                                        |
| TIPO DE PLAN<br>(CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)           | PPO                                                                       | PPO                                                                       | POS                                                                       | POS                                                                                                                                 | HMO                                                                       |
| SE REQUIERE REFERENCIA                                              | No                                                                        | No                                                                        | Si                                                                        | Si                                                                                                                                  | No                                                                        |
| AREA DE LA RED DE COBERTURA                                         | Nacional                                                                  | Nacional                                                                  | Solo RI                                                                   | RI Estrecho                                                                                                                         | Solo RI                                                                   |
| INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI<br>(SUJETA A CAMBIOS)           | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 411 PCPs<br>1,322 Especialistas<br>399 Dentistas<br>Red Hospitalaria Lifespan:<br>Rhode Island; Hasbro;<br>Miriam; Newport; Bradley | 1,340 PCPs<br>5,690 Especialistas<br>513 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales |
| COBERTURA FUERA DE LA RED,<br>SI NO ES UNA EMERGENCIA               | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia  | No está cubierto, excepto<br>para atención urgente o<br>de emergencia     | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia  | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia                                                            | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia  |
| MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP)<br>MÉDICO + MEDICAMENTO         | \$5,200 Individual<br>\$10,400 Familiar                                   | \$5,900 Individual<br>\$11,800 Familiar                                   | \$3,900 Individual<br>\$7,800 Familiar                                    | \$3,900 Individual<br>\$7,800 Familiar                                                                                              | \$7,550 Individual<br>\$15,100 Familiar                                   |
| DEDUCIBLE - MÉDICO                                                  | \$1,700 Individual<br>\$3,400 Familiar                                    | \$2,500 Individual<br>\$5,000 Familiar                                    | \$2,300 Individual<br>\$4,600 Familiar                                    | \$2,300 Individual<br>\$4,600 Familiar                                                                                              | \$1,375 Individual<br>\$2,750 Familiar                                    |
| DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO                                            | Combinados con<br>servicios médicos                                       | Niveles 3, 4 y 5<br>combinados con<br>servicios médicos                   | Niveles 3, 4 y 5<br>combinados con<br>servicios médicos                   | Niveles 3, 4 y 5<br>combinados con<br>servicios médicos                                                                             | Niveles 5 y 6<br>combinados con<br>servicios médicos                      |
| COSTOS DENTRO DE LA RED:                                            | \$35 No PCMH<br>\$15 PCMH                                                 | \$25 No PCMH<br>\$15 PCMH                                                 | \$35 No PCMH<br>\$15 PCMH                                                 | \$35 No PCMH<br>\$15 PCMH                                                                                                           | \$25                                                                      |
| ATENCIÓN PRIMARIA                                                   |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                     |                                                                           |
| CONSULTA CON EL ESPECIALISTA                                        | \$40                                                                      | \$30                                                                      | \$45                                                                      | \$45                                                                                                                                | \$50                                                                      |
| ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA                                          | \$0                                                                       | \$0                                                                       | \$0                                                                       | \$0                                                                                                                                 | \$0                                                                       |
| ATENCIÓN DE URGENCIA                                                | \$75                                                                      | \$75                                                                      | \$75                                                                      | \$75                                                                                                                                | \$50                                                                      |
| SERVICIOS DE ER                                                     | \$300                                                                     | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | \$300                                                                     |
| HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS                                  | \$300 por entrada                                                         | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | 20%                                                                       |
| RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS<br>IMÁGENES                       | 0%                                                                        | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | 20%                                                                       |
| IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/<br>RESONANCIA MAGNÉTICA              | \$150                                                                     | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | 20%                                                                       |
| SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS -<br>VISITAS AL CONSULTORIO        | \$35                                                                      | \$25                                                                      | \$35                                                                      | \$35                                                                                                                                | \$25                                                                      |
| TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA,<br>REHABILITACIÓN AMBULATORIA | \$40                                                                      | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | \$50                                                                      |
| SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES<br>AMBULATORIOS                 | 0%                                                                        | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | 20%                                                                       |
| CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA                                  | \$300 por entrada                                                         | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | 20%                                                                       |
| CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES<br>AMBULATORIOS                    | 0%                                                                        | 10%                                                                       | 10%                                                                       | 10%                                                                                                                                 | 20%                                                                       |
| COBERTURA DEL ABORTO                                                | Limitado*                                                                 | Si                                                                        | Si                                                                        | Si                                                                                                                                  | Si                                                                        |
| Rx NIVEL 1                                                          | \$10                                                                      | \$10                                                                      | \$10                                                                      | \$10                                                                                                                                | \$5                                                                       |
| Rx NIVEL 2                                                          | \$25                                                                      | \$30                                                                      | \$25                                                                      | \$25                                                                                                                                | \$10                                                                      |
| Rx NIVEL 3                                                          | \$50                                                                      | \$50                                                                      | \$50                                                                      | \$50                                                                                                                                | \$35                                                                      |
| Rx NIVEL 4                                                          | \$75                                                                      | \$75                                                                      | \$75                                                                      | \$75                                                                                                                                | \$50                                                                      |
| Rx NIVEL 5                                                          | 20%                                                                       | 20%                                                                       | 20%                                                                       | 20%                                                                                                                                 | Nivel 5/6: 30%                                                            |

\*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

¹Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (¹) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

| COMPañÍA DE SEGUROS                                                         | BCBSRI                                                                    | BCBSRI                                                                                                    | BCBSRI                                                                    | BCBSRI                                                                    | NHPRI  |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL PLAN                                                             | BasicBlue Direct<br>5500/11000                                            | VantageBlue Direct<br>Plan 6000/12000                                                                     | *BlueSolutions for HSA<br>Direct 4100/8200                                | BlueCHiP Direct<br>5000/10000                                             | Neighborhood VALUE                                                                       |
| NIVEL METÁLICO                                                              | SILVER                                                                    | SILVER                                                                                                    | SILVER                                                                    | SILVER                                                                    | SILVER                                                                                   |
| PRIMA MENSUAL<br><small>(21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)</small> | \$408                                                                     | \$398                                                                                                     | \$380                                                                     | \$371                                                                     | \$314                                                                                    |
| PRIMA MENSUAL<br><small>(40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)</small> | \$522                                                                     | \$508                                                                                                     | \$486                                                                     | \$475                                                                     | \$401                                                                                    |
| PRIMA MENSUAL<br><small>(60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)</small> | \$1,108                                                                   | \$1,080                                                                                                   | \$1,031                                                                   | \$1,008                                                                   | \$851                                                                                    |
| ELEGIBLE PARA LA HSA                                                        | No                                                                        | No                                                                                                        | Si                                                                        | No                                                                        | No                                                                                       |
| TIPO DE PLAN<br><small>(CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)</small>    | PPO                                                                       | PPO                                                                                                       | PPO                                                                       | POS                                                                       | HMO                                                                                      |
| SE REQUIERE REFERENCIA                                                      | No                                                                        | No                                                                                                        | No                                                                        | Si                                                                        | No                                                                                       |
| AREA DE LA RED DE COBERTURA                                                 | Nacional                                                                  | Nacional                                                                                                  | Nacional                                                                  | Solo RI                                                                   | Solo RI                                                                                  |
| INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI<br><small>(SUJETA A CAMBIOS)</small>    | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales                                 | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,340 PCPs<br>5,690 Especialistas<br>513 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales                |
| COBERTURA FUERA DE LA RED,<br>SI NO ES UNA EMERGENCIA                       | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia  | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia                                  | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia  | No está cubierto, excepto<br>para atención urgente o<br>de emergencia     | No está cubierto,<br>excepto para<br>atención urgente o de<br>emergencia                 |
| MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP)<br>MÉDICO + MEDICAMENTO                 | \$7,800 Individual<br>\$15,600 Familiar                                   | \$9,400 Individual<br>\$18,800 Familiar                                                                   | \$6,200 Individual<br>\$12,400 Familiar                                   | \$7,500 Individual<br>\$15,000 Familiar                                   | \$9,000 Individual<br>\$18,000 Familiar                                                  |
| DEDUCIBLE - MÉDICO                                                          | \$5,500 Individual<br>\$11,000 Familiar                                   | \$6,000 Individual<br>\$12,000 Familiar                                                                   | \$4,100 Individual<br>\$8,200 Familiar                                    | \$5,000 Individual<br>\$10,000 Familiar                                   | \$4,750 Individual<br>\$9,500 Familiar                                                   |
| DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO                                                    | Niveles 3, 4 y 5<br>combinados con<br>servicios médicos                   | Nivel 5 combinado con<br>servicios médicos                                                                | Combinados con<br>servicios médicos                                       | Niveles 3, 4 y 5<br>combinados con servicios<br>médicos                   | Niveles 5 y 6<br>combinados con<br>servicios médicos                                     |
| COSTOS DENTRO DE LA RED:                                                    |                                                                           |                                                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                                          |
| ATENCIÓN PRIMARIA                                                           | \$20 No PCMH<br>\$10 PCMH                                                 | La primera visita por<br>enfermedad es gratuita,<br>todas las demás visitas:<br>\$60 No PCMH<br>\$40 PCMH | 20%                                                                       | \$30 No PCMH<br>\$20 PCMH                                                 | \$35                                                                                     |
| CONSULTA CON EL ESPECIALISTA                                                | \$45                                                                      | \$65                                                                                                      | 20%                                                                       | \$60                                                                      | \$75                                                                                     |
| ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA                                                  | \$0                                                                       | \$0                                                                                                       | \$0                                                                       | \$0                                                                       | \$0                                                                                      |
| ATENCIÓN DE URGENCIA                                                        | \$75                                                                      | \$75                                                                                                      | 20%                                                                       | \$75                                                                      | \$75                                                                                     |
| SERVICIOS DE ER                                                             | 10%                                                                       | \$475                                                                                                     | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS                                          | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS<br>IMÁGENES                               | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/<br>RESONANCIA MAGNÉTICA                      | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS -<br>VISITAS AL CONSULTORIO                | \$20                                                                      | \$60                                                                                                      | 20%                                                                       | \$30                                                                      | \$35                                                                                     |
| TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA,<br>REHABILITACIÓN AMBULATORIA         | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | \$75                                                                                     |
| SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES<br>AMBULATORIOS                         | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA                                          | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES<br>AMBULATORIOS                            | 10%                                                                       | 30%                                                                                                       | 20%                                                                       | 10%                                                                       | 40%                                                                                      |
| COBERTURA DEL ABORTO                                                        | Si                                                                        | Si                                                                                                        | Limitado*                                                                 | Si                                                                        | Si <sup>1</sup>                                                                          |
| Rx NIVEL 1                                                                  | \$10                                                                      | \$10                                                                                                      | \$10                                                                      | \$7                                                                       | \$10                                                                                     |
| Rx NIVEL 2                                                                  | \$30                                                                      | \$35                                                                                                      | \$30                                                                      | \$35                                                                      | \$15                                                                                     |
| Rx NIVEL 3                                                                  | \$50                                                                      | \$80                                                                                                      | \$50                                                                      | \$50                                                                      | \$40                                                                                     |
| Rx NIVEL 4                                                                  | \$75                                                                      | \$100                                                                                                     | \$75                                                                      | \$75                                                                      | \$55                                                                                     |
| Rx NIVEL 5                                                                  | 20%                                                                       | 20%                                                                                                       | 20%                                                                       | 20%                                                                       | Nivel 5/6: 50%                                                                           |

\*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

<sup>1</sup>Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (\*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.

| COMPañÍA DE SEGUROS                                              | BCBSRI                                                                                                                           | NHPRI                                                                     | BCBSRI                                                                    | NHPRI                                                                     | NHPRI                                                                     |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL PLAN                                                  | BlueChiP Direct Advance 4950/9900                                                                                                | Neighborhood COMMUNITY                                                    | BlueSolutions for HSA Direct 6300/12600                                   | *Neighborhood ECONOMY                                                     | Neighborhood INNOVATION                                                   |
| NIVEL METÁLICO                                                   | SILVER                                                                                                                           | SILVER                                                                    | BRONZE                                                                    | BRONZE                                                                    | BRONZE                                                                    |
| PRIMA MENSUAL<br>(21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)     | \$321                                                                                                                            | \$297                                                                     | \$270                                                                     | \$225                                                                     | \$220                                                                     |
| PRIMA MENSUAL<br>(40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)     | \$410                                                                                                                            | \$380                                                                     | \$345                                                                     | \$287                                                                     | \$281                                                                     |
| PRIMA MENSUAL<br>(60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)     | \$871                                                                                                                            | \$807                                                                     | \$734                                                                     | \$609                                                                     | \$596                                                                     |
| ELEGIBLE PARA LA HSA                                             | No                                                                                                                               | Si                                                                        | Si                                                                        | Si                                                                        | No                                                                        |
| TIPO DE PLAN<br>(CONSULTE LAS DEFINICIONES EN EL REVERSO)        | POS                                                                                                                              | HMO                                                                       | PPO                                                                       | HMO                                                                       | HMO                                                                       |
| SE REQUIERE REFERENCIA                                           | Si                                                                                                                               | No                                                                        | No                                                                        | No                                                                        | No                                                                        |
| AREA DE LA RED DE COBERTURA                                      | RI Estrecho                                                                                                                      | Solo RI                                                                   | Nacional                                                                  | Solo RI                                                                   | Solo RI                                                                   |
| INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI<br>(SUJETA A CAMBIOS)        | 411 PCPs<br>1,322 Especialistas<br>399 Dentistas<br>Red Hospitalaria<br>Lifespan: Rhode Island; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley | 1,340 PCPs<br>5,690 Especialistas<br>513 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,683 PCPs<br>3,395 Especialistas<br>475 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,340 PCPs<br>5,690 Especialistas<br>513 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales | 1,340 PCPs<br>5,690 Especialistas<br>513 Dentistas<br>14 de 14 Hospitales |
| COBERTURA FUERA DE LA RED,<br>SI NO ES UNA EMERGENCIA            | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia                                                                  | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia           | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia           | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia           | No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia           |
| MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO         | \$7,200 Individual<br>\$14,400 Familiar                                                                                          | \$7,500 Individual<br>\$15,000 Familiar                                   | \$8,050 Individual<br>\$16,100 Familiar                                   | \$7,225 Individual<br>\$14,450 Familiar                                   | \$8,975 Individual<br>\$17,950 Familiar                                   |
| DEDUCIBLE - MÉDICO                                               | \$4,950 Individual<br>\$9,900 Familiar                                                                                           | \$3,600 Individual<br>\$7,200 Familiar                                    | \$6,300 Individual<br>\$12,600 Familiar                                   | \$6,800 Individual<br>\$13,600 Familiar                                   | \$7,050 Individual<br>\$14,100 Familiar                                   |
| DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO                                         | Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos                                                                                | Combinados con servicios médicos                                          | Combinados con servicios médicos                                          | Combinados con servicios médicos                                          | Combinados con servicios médicos                                          |
| COSTOS DENTRO DE LA RED:                                         | \$45 No PCMH<br>\$25 PCMH                                                                                                        | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | \$25                                                                      |
| ATENCIÓN PRIMARIA                                                |                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
| CONSULTA CON EL ESPECIALISTA                                     | \$60                                                                                                                             | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA                                       | \$0                                                                                                                              | \$0                                                                       | \$0                                                                       | \$0                                                                       | \$0                                                                       |
| ATENCIÓN DE URGENCIA                                             | \$75                                                                                                                             | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| SERVICIOS DE ER                                                  | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS                               | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES                       | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA              | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO        | \$45                                                                                                                             | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | \$25                                                                      |
| TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS                 | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA                               | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS                    | 10%                                                                                                                              | 15%                                                                       | 10%                                                                       | 0%                                                                        | 30%                                                                       |
| COBERTURA DEL ABORTO                                             | Si                                                                                                                               | Si                                                                        | Si¹                                                                       | Limitado*                                                                 | Si                                                                        |
| Rx NIVEL 1                                                       | \$7                                                                                                                              | \$5                                                                       | \$10                                                                      | \$5                                                                       | \$10                                                                      |
| Rx NIVEL 2                                                       | \$35                                                                                                                             | \$10                                                                      | \$35                                                                      | \$10                                                                      | \$15                                                                      |
| Rx NIVEL 3                                                       | \$50                                                                                                                             | \$35                                                                      | \$60                                                                      | \$35                                                                      | \$40                                                                      |
| Rx NIVEL 4                                                       | \$75                                                                                                                             | \$50                                                                      | \$100                                                                     | \$50                                                                      | \$55                                                                      |
| Rx NIVEL 5                                                       | 20%                                                                                                                              | Nivel 5/6: 50%                                                            | 20%                                                                       | Nivel 5/6: 30%                                                            | Nivel 5/6: 30%                                                            |

\*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

¹Existe una variación de este plan que excluye la cobertura de la mayoría de los abortos. Un asterisco (\*) al principio del nombre del plan indica que excluye la mayoría de la cobertura de aborto.