

Planos de redução de custos compartilhados para indivíduos e famílias elegíveis em 2026



Compare os planos das principais seguradoras do estado.

Planos de Redução de Partilha de Custos (CSR):

Os planos CSR são planos Silver que têm franquias, co-seguros e copagamentos reduzidos, sem diferença em prémios. Estas reduções são adicionais a créditos fiscais que ajudam a reduzir os seus prémios mensais. No caso de se qualificar para CSRs, terá direito a um dos três níveis de planos CSR (94, 87 ou 73), dependendo do seu rendimento e do tamanho da família. Os números referem-se à percentagem de despesas pagas pelo seu plano (Exemplo: com um plano Silver 73, em média, o o plano cobre 73% das despesas, e os membros do plano serão responsáveis pelos restantes 27% das despesas).

Ao escolher um plano CSR, pagará o mesmo prémio mensal que um plano Silver normal, mas pagará menos copagamentos, franquias e co-seguro: quando vê o médico, vai ao hospital ou obtém uma receita. Estes valores reduzidos estão indicados neste documento para cada plano HealthSource RI. Pode qualificar-se com base na sua família tamanho e como o seu rendimento se compara com o Nível Federal de Pobreza (FPL):

| Nível de CSR | Silver 94 | | Silver 87 | | Silver 73 | |
|---|---|----------|---|----------|---|-----------|
| Faixa, em percentagem do Nível Federal de Pobreza (FPL) | Renda entre 100-150% do Nível Federal de Pobreza | | Renda entre 150-200% do Nível Federal de Pobreza | | Renda entre 200-250% do Nível Federal de Pobreza | |
| Tamanho Família | Você pode se qualificar se sua renda estiver entre: | | Você pode se qualificar se sua renda estiver entre: | | Você pode se qualificar se sua renda estiver entre: | |
| 1 | \$15,650 | \$23,475 | \$23,475 | \$31,300 | \$31,300 | \$39,125 |
| 2 | \$21,150 | \$31,725 | \$31,725 | \$42,300 | \$42,300 | \$52,875 |
| 3 | \$26,650 | \$39,975 | \$39,975 | \$53,300 | \$53,300 | \$66,625 |
| 4 | \$32,150 | \$48,225 | \$48,225 | \$64,300 | \$64,300 | \$80,375 |
| 5 | \$37,650 | \$56,475 | \$56,475 | \$75,300 | \$75,300 | \$94,125 |
| 6 | \$43,150 | \$64,725 | \$64,725 | \$86,300 | \$86,300 | \$107,875 |

Ferramenta de Comparação e Poupança de Planos HealthSource RI

Pode usar a nossa **Ferramenta de Comparação de Planos e Poupança** em HealthSourceRI.com/Calculator para comparar os custos dos planos e estimar as suas poupanças. Basta introduzir a sua idade, tamanho da família e rendimento para encontrar o plano que melhor se adequa às suas necessidades e orçamento em menos de cinco minutos.

Quando se inscrever ou renovar

A inscrição aberta decorre de 1 de novembro de 2025 a 31 de janeiro de 2026. Após abertura de registo, pode inscrever-se na cobertura se tiver um evento de vida qualificado. Visite HealthSourceRI.com/SEP para saber mais.

Datas importantes para escolher a sua cobertura de saúde para 2026:

- | | |
|-----------------|--|
| 1 de novembro | Início da inscrição aberta! |
| 23 de dezembro: | Escolha um plano e pague para concluir a inscrição, garantindo que os seus cartões de identificação chegam a tempo. |
| 31 de dezembro | Último dia para escolher e pagar pela cobertura que começa em janeiro de 2026. (Os cartões de identificação serão atrasados). |
| 31 de janeiro | Fim da inscrição aberta — este é o seu último dia para se inscrever na cobertura de saúde de 2026. A cobertura adquirida em janeiro entrará em vigor a partir de 1 de fevereiro de 2026. |

Como se inscrever ou renovar

Visite HealthSourceRI.com para:

- Registrar ou renovar cobertura.
- Compare planos e custos através da nossa **Ferramenta de Comparação e Poupança de Planos**. A maioria dos clientes da HealthSource RI recebe ajuda financeira.

Ligue 1-855-840-4774

Também pode ligar para o **211** para encontrar Navegadores na sua área que possam fornecer apoio individualizado à inscrição.

O seguro de saúde é obrigatório em Rhode Island. Inscreva-se hoje para evitar uma penalidade fiscal mais tarde.

Todos os planos HSRI para Indivíduos e Famílias cobrem serviços dentários pediátricos. Os serviços dentários pediátricos preventivos não estão sujeitos à franquia, mas outros serviços pode ser; verifique com a sua seguradora.

Taxas a 1 de novembro de 2025. Este é um resumo parcial dos benefícios e da cobertura e não deve ser considerado um contrato. Esta informação, incluindo todas as tarifas indicadas, deve ser usada apenas para fins informativos. Podem ser feitas alterações aos benefícios e apólices de cobertura aqui descritos. Deve basear-se apenas no documento de Prova de Cobertura fornecido pela sua seguradora de saúde para obter informações sobre benefícios, limitações e exclusões cobertos.

Organização de Prestadores Preferenciais (PPO):
Pagará menos se usar hospitais e médicos na rede preferida do plano, mas muitas vezes pode consultar prestadores que não estejam na rede preferida.

Organização de Manutenção da Saúde (HMO)/ Ponto de Serviço (POS):
Concorda em usar apenas fornecedores que fazem parte da rede. Em alguns planos, deve escolher um Prestador de Cuidados Primários, que coordena os seus cuidados.

| INFORMAÇÃO BÁSICA DO PLANO | COMPANHIA DE SEGUROS | BCBSRI | BCBSRI | NHPRI |
|---|---|---|--|---|
| PLANOS DE REDUÇÃO DE CUSTOS PARTILHADOS (CSR): Os planos CSR são versões dos planos Silver que têm franquias, co-seguros e copagamentos reduzidos, sem diferença no prêmio. Pode qualificar-se para um plano de RSE com base no tamanho da sua família e em como o seu rendimento se compara com o Nível Federal de Pobreza. O número refere-se à percentagem das despesas pagas pelo seu plano. Por exemplo, com um plano Silver 73, em média, o plano cobre 73% das despesas, e os membros do plano serão responsáveis pelos restantes 27% das despesas. | NOME DO PLANO | VantageBlue Direct Plan (CSR94) | BlueChiP Direct (CSR94) | Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (3) |
| | NÍVEL METÁLICO | SILVER 94 | SILVER 94 | SILVER 94 |
| | FAIXA DE RENDA DO PLANO % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) | 100-150% FPL | 100-150% FPL | 100-150% FPL |
| | PRÊMIO MENSAL (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$551 | \$502 | \$397 |
| | PRÊMIO MENSAL (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$704 | \$642 | \$507 |
| PRÊMIOS INDIVIDUAIS: Um prêmio é o valor que tem de pagar mensalmente pelo seguro de saúde. Os prêmios variam consoante a idade e o tamanho da família. | PRÊMIO MENSAL (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$1,494 | \$1,364 | \$1,077 |
| | QUALIFICADO HSA | Não | Não | Não |
| | TIPO DE PLANO (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2) | PPO | POS | HMO |
| | ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO | Não | Sim | Não |
| | ÁREA DE COBERTURA DA REDE | Nacional | Apenas RI | Apenas RI |
| COMO RECEBE OS SEUS CUIDADOS Algumas seguradoras oferecem planos que incluem um número menor de prestadores que oferecem cuidados de alta qualidade a um custo mais baixo. Os planos têm prêmios mensais diferentes e custos diretos para os cuidados, bem como diferentes prestadores (como médicos e hospitais) que pode visitar. Os prestadores incluídos na rede de um plano – e a forma como esses prestadores são pagos pelos cuidados que lhe prestam – ajudam a determinar quanto irá pagar pelo seu plano de seguro de saúde. | INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI (SUJEITO A ALTERAÇÕES) | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitais |
| | COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAIS | Não coberto, exceto em casos de atendimento urgente ou emergencial | Não coberto, exceto em casos de atendimento urgente ou emergencial | Não coberto, exceto em casos de atendimento urgente ou emergencial |
| | LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS | \$1,000 Individual \$2,000 Família | \$2,000 Individual \$4,000 Família | \$2,500 Individual \$5,000 Família |
| | FRANQUIA - MÉDICA | \$0 Individual \$0 Família | \$0 Individual \$0 Família | \$0 Individual \$0 Família |
| | FRANQUIA - MEDICAMENTOS | \$0 | \$0 | \$0 |
| MÁXIMO A PAGAR DO PRÓPRIO BOLSO Para além do seu prêmio mensal, o valor máximo a pagar do próprio bolso é o máximo que poderá ter de pagar em franquias, copagamentos e co-seguro ao longo do ano. | CUSTOS NA REDE: | Primeira consulta médica gratuita, todas as outras consultas: \$20 Non-PCMH \$10 PCMH | \$15 Non-PCMH \$5 PCMH | Primeira consulta médica gratuita, todas as outras consultas: \$5 |
| | ATENÇÃO PRIMÁRIA | | | |
| | VISITA ESPECIALIZADA | \$35 | \$20 | \$15 |
| | CUIDADOS PREVENTIVOS | \$0 | \$0 | \$0 |
| | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | \$75 | \$75 | \$15 |
| COPAGAMENTOS E COSEGUROS Copagamentos são montantes fixos que terá de pagar por certos tipos de serviços de saúde sempre que os utiliza. O co-seguro é uma percentagem do custo total de certos tipos de serviços de saúde que deve pagar. <i>O co-seguro normalmente aplica-se depois de atingir a franquia.</i> A área BRANCA não está sujeita à franquia. É o montante ou percentagem em dólares que paga por consulta ou por serviço de saúde, independentemente de ter atingido ou não a sua franquia. A área SOMBREADA está sujeita à franquia. Paga o custo total de uma consulta ou serviço de saúde até atingir o valor da franquia. Depois disso, paga apenas o montante em dólares ou percentagem mostrada. Uma Casa Médica Centrada no Doente (PCMH) é uma equipa de prestadores de cuidados de saúde que trabalham em conjunto para coordenar os seus cuidados. Visitar um prestador PCMH pode custar menos em certos planos. Os planos de Redução de Partilha de Custos (CSR) são planos Silver que têm franquias, co-seguros e copagamentos reduzidos. Pode qualificar-se para planos de RSC se ganhar menos de \$39.125 para um indivíduo ou \$80.375 para uma família de quatro pessoas. | SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO | \$300 | 10% | 10% |
| | HOSPITAL DE INTERNAÇÃO | 20% | 10% | 10% |
| | RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO | 20% | 10% | 10% |
| | EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RES-OLUÇÃO: TC/PET/RM | 20% | 10% | 10% |
| | SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS | \$20 | \$15 | As duas primeiras visitas são gratuitas, todas as outras visitas são gratuitas: \$5 |
| | TERAPIA DA FALA/OCUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO AMBULATORIAL | 20% | 10% | \$15 |
| | SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMENTO AMBULATORIAL | 20% | 10% | 10% |
| | UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA | 20% | 10% | 10% |
| | CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS | 20% | 10% | 10% |
| | COBERTURA DO ABORTO | Yes | Yes | Yes ¹ |
| | Rx NÍVEL 1 | \$10 | \$5 | \$1 |
| | Rx NÍVEL 2 | \$35 | \$15 | \$5 |
| | Rx NÍVEL 3 | \$60 | \$30 | \$20 |
| | Rx NÍVEL 4 | \$80 | \$50 | \$40 |
| | Rx NÍVEL 5 | \$150 | \$150 | Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150 |
| MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA | | | | |
| As companhias de seguros separam os medicamentos sujeitos a receita médica em diferentes categorias conhecidas como “níveis”. | | | | |
| O “nível” do medicamento identifica quanto paga pela sua receita, como antibióticos ou insulina. Contacte a HealthSource RI para mais informações sobre os escalões de medicação. | | | | |

¹Este plano não cobre aborto exceto em circunstâncias muito limitadas (consulte a sua apólice ou documento do plano para mais informações). Nenhuma parte do prêmio pago por este plano é colocada numa conta de alocação, estabelecida para a cobertura dos serviços de aborto eletivo, e definida pelo 45 CFR §156.280 (e)(3).
²Existe uma variação deste plano que exclui a cobertura para a maioria dos abortos. Um asterisco (*) no início do nome do plano indica que exclui a maior parte da cobertura de aborto.

| COMPANHIA DE SEGUROS | BCBSRI | BCBSRI | NHPRI | BCBSRI | BCBSRI |
|--|--|--|--|---|--|
| NOME DO PLANO | *BlueSolutions for HSA Direct (CSR94) | BlueChiP Direct Advance (CSR94) | Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (1) | VantageBlue Direct Plan (CSR87) | BlueChiP Direct (CSR87) |
| NÍVEL METÁLICO | SILVER 94 | SILVER 94 | SILVER 94 | SILVER 87 | SILVER 87 |
| FAIXA DE RENDA DO PLANO % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) | 100-150% FPL | 100-150% FPL | 100-150% FPL | 150-200% FPL | 150-200% FPL |
| PRÊMIO MENSAL (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$499 | \$432 | \$382 | \$551 | \$502 |
| PRÊMIO MENSAL (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$638 | \$552 | \$488 | \$704 | \$642 |
| PRÊMIO MENSAL (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$1,355 | \$1,173 | \$1,037 | \$1,494 | \$1,364 |
| QUALIFICADO HSA | Não | Não | Não | Não | Não |
| TIPO DE PLANO (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2) | PPO | POS | HMO | PPO | POS |
| ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO | Não | Sim | Não | Não | Sim |
| ÁREA DE COBERTURA DA REDE | Nacional | RI Estreito | Apenas RI | Nacional | Apenas RI |
| INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI (SUJEITO A ALTERAÇÕES) | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 547 PCPs 1,481 Especialistas 387 Dentistas Hospitais da Brown University Health: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley | 1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais |
| COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAIS | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência |
| LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS | \$1,100 Individual \$2,200 Família | \$2,000 Individual \$4,000 Família | \$2,275 Individual \$4,550 Família | \$3,050 Individual \$6,100 Família | \$3,050 Individual \$6,100 Família |
| FRANQUIA - MÉDICA | \$0 Individual \$0 Família | \$0 Individual \$0 Família | \$0 Individual \$0 Família | \$350 Individual \$700 Família | \$950 Individual \$1,900 Família |
| FRANQUIA - MEDICAMENTOS | \$0 | \$0 | \$0 | Nível 5 combinado com assistência médica | Níveis 3, 4 e 5 combinados com atendimento médico |
| CUSTOS NA REDE: | | | | Primeira consulta médica gratuita, todas as outras consultas: \$25 Non-PCMH \$15 PCMH | |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA | 20% | \$15 Non-PCMH \$5 PCMH | 10% | | \$20 Non-PCMH \$10 PCMH |
| VISITA ESPECIALIZADA | 20% | \$20 | 10% | \$40 | \$25 |
| CUIDADOS PREVENTIVOS | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | 20% | \$75 | 10% | \$75 | \$75 |
| SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO | 20% | 10% | 10% | \$300 | 10% |
| HOSPITAL DE INTERNAÇÃO | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RESOLUÇÃO: TC/PET/RM | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS | 20% | \$15 | 10% | \$25 | \$20 |
| TERAPIA DA FALA/OCUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO AMBULATORIAL | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMEN-TO AMBULATORIAL | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIAL-IZADA | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS | 20% | 10% | 10% | 20% | 10% |
| COBERTURA DO ABORTO | Limitado* | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Rx NÍVEL 1 | \$0 | \$5 | \$1 | \$10 | \$7 |
| Rx NÍVEL 2 | \$15 | \$15 | \$5 | \$40 | \$25 |
| Rx NÍVEL 3 | \$50 | \$30 | \$15 | \$80 | \$50 |
| Rx NÍVEL 4 | \$75 | \$50 | \$30 | \$100 | \$75 |
| Rx NÍVEL 5 | \$150 | \$150 | Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150 | \$150 | \$150 |

*Este plano não cobre aborto exceto em circunstâncias muito limitadas (consulte a sua apólice ou documento do plano para mais informações). Nenhuma parte do prêmio pago por este plano é colocada numa conta de alocação, estabelecida para a cobertura dos serviços de aborto eletivo, e definida pelo 45 CFR §156.280 (e)(3).

'Existe uma variação deste plano que exclui a cobertura para a maioria dos abortos. Um asterisco (*) no início do nome do plano indica que exclui a maior parte da cobertura de aborto.

| COMPANHIA DE SEGUROS | BCBSRI | BCBSRI | NHPRI | NHPRI | BCBSRI |
|--|--|--|---|--|--|
| NOME DO PLANO | *BlueSolutions for HSA Direct (CSR87) | BlueCHiP Direct Advance (CSR87) | Neighborhood PRIMARY CSR87 1250/2500 | Neighborhood PRIMARY CSR87 900/1800 | VantageBlue Direct Plan (CSR73) |
| NÍVEL METÁLICO | SILVER 87 | SILVER 87 | SILVER 87 | SILVER 87 | SILVER 73 |
| FAIXA DE RENDA DO PLANO % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) | 150-200% FPL | 150-200% FPL | 150-200% FPL | 150-200% FPL | 200-250% FPL |
| PRÊMIO MENSAL (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$499 | \$432 | \$397 | \$382 | \$551 |
| PRÊMIO MENSAL (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$638 | \$552 | \$507 | \$488 | \$704 |
| PRÊMIO MENSAL (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$1,355 | \$1,173 | \$1,077 | \$1,037 | \$1,494 |
| QUALIFICADO HSA | Não | Não | Não | Não | Não |
| TIPO DE PLANO (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2) | PPO | POS | HMO | HMO | PPO |
| ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO | Não | Sim | Não | Não | Não |
| ÁREA DE COBERTURA DA REDE | Nacional | RI Estreito | Apenas RI | Apenas RI | Nacional |
| INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI (SUJEITO A ALTERAÇÕES) | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 547 PCPs 1,481 Especialistas 387 Dentistas Hospitais da Brown University Health: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley | 1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais |
| COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAIS | Não coberto, exceto para atendimento urgente ou emergencial | Não coberto, exceto para atendimento urgente ou emergencial | Não coberto, exceto para atendimento urgente ou emergencial | Não coberto, exceto para atendimento urgente ou emergencial | Não coberto, exceto para atendimento urgente ou emergencial |
| LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS | \$3,050 Individual \$6,100 Família | \$3,050 Individual \$6,100 Família | \$3,050 Individual \$6,100 Família | \$3,250 Individual \$6,500 Família | \$7,750 Individual \$15,500 Família |
| FRANQUIA - MÉDICA | \$800 Individual \$1,600 Família | \$950 Individual \$1,900 Família | \$1,250 Individual \$2,500 Família | \$900 Individual \$1,800 Família | \$5,600 Individual \$11,200 Família |
| FRANQUIA - MEDICAMENTOS | Combinado com medicina | Níveis 3, 4 e 5 combinados com atendimento médico | Níveis 4, 5 e 6 combinados com assistência médica | Níveis 2, 3, 4, 5 e 6 combinados com atendimento médico | Nível 5 combinado com assistência médica |
| CUSTOS NA REDE: | | | | | |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA | 20% | \$20 Non-PCMH \$10 PCMH | As duas primeiras consultas por motivo de doença são gratuitas, todas as outras consultas: \$10 | 10% | Primeira consulta médica gratuita, todas as outras consultas: \$60 Non-PCMH \$40 PCMH |
| VISITA ESPECIALIZADA | 20% | \$25 | \$20 | 10% | \$65 |
| CUIDADOS PREVENTIVOS | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | 20% | \$75 | \$20 | 10% | \$75 |
| SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO | 20% | 10% | 10% | 10% | \$475 |
| HOSPITAL DE INTERNAÇÃO | 20% | 10% | 10% | 10% | 30% |
| RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO | 20% | 10% | 10% | 10% | 30% |
| EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RESOLUÇÃO: TC/PET/RM | 20% | 10% | 10% | 10% | 30% |
| SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS | 20% | \$20 | As duas primeiras visitas são gratuitas, todas as outras visitas são: \$10 | 10% | \$60 |
| TERAPIA DA FALA/OCUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO AMBULATORIAL | 20% | 10% | \$20 | 10% | 30% |
| SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMENTO AMBULATORIAL | 20% | 10% | 10% | 10% | 30% |
| UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA | 20% | 10% | 10% | 10% | 30% |
| CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS | 20% | 10% | 10% | 10% | 30% |
| COBERTURA DO ABORTO | Limitado* | Sim | Sim¹ | Sim | Sim |
| Rx NÍVEL 1 | \$0 | \$7 | \$5 | \$3 | \$10 |
| Rx NÍVEL 2 | \$15 | \$25 | \$10 | \$10 | \$45 |
| Rx NÍVEL 3 | \$50 | \$50 | \$45 | \$35 | \$90 |
| Rx NÍVEL 4 | \$75 | \$75 | \$65 | \$50 | \$125 |
| Rx NÍVEL 5 | \$150 | \$150 | Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150 | Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150 | \$150 |

*Este plano não cobre aborto exceto em circunstâncias muito limitadas (consulte a sua apólice ou documento do plano para mais informações). Nenhuma parte do prêmio pago por este plano é colocada numa conta de alocação, estabelecida para a cobertura dos serviços de aborto eletivo, e definida pelo 45 CFR §156.280 (e)(3).

¹Existe uma variação deste plano que exclui a cobertura para a maioria dos abortos. Um asterisco (*) no início do nome do plano indica que exclui a maior parte da cobertura de aborto.

| COMPANHIA DE SEGUROS | BCBSRI | BCBSRI | BCBSRI | NHPRI | NHPRI |
|--|--|--|---|--|---|
| NOME DO PLANO | BlueCHiP Direct (CSR73) | *BlueSolutions for HSA Direct (CSR73) | BlueCHiP Direct Advance (CSR73) | Neighborhood PRIMARY CSR73 4250/8500 | Neighborhood PRIMARY CSR73 3475/6950 |
| NÍVEL METÁLICO | SILVER 73 | SILVER 73 | SILVER 73 | SILVER 73 | SILVER 73 |
| FAIXA DE RENDA DO PLANO % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) | 200-250% FPL | 200-250% FPL | 200-250% FPL | 200-250% FPL | 200-250% FPL |
| PRÊMIO MENSAL (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$502 | \$499 | \$432 | \$397 | \$382 |
| PRÊMIO MENSAL (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$642 | \$638 | \$552 | \$507 | \$488 |
| PRÊMIO MENSAL (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL) | \$1,364 | \$1,355 | \$1,173 | \$1,077 | \$1,037 |
| QUALIFICADO HSA | Não | Sim | Não | Não | Não |
| TIPO DE PLANO (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2) | POS | PPO | POS | HMO | HMO |
| ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO | Sim | Não | Sim | Não | Não |
| ÁREA DE COBERTURA DA REDE | Apenas RI | Nacional | RI Estreito | Apenas RI | Apenas RI |
| INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI (SUJEITO A ALTERAÇÕES) | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 547 PCPs 1,481 Especialistas 387 Dentistas Hospitais da Brown University Health: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley | 1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitais | 1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitais |
| COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAIS | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência | Não coberto, exceto em casos de atendimento de urgência ou emergência |
| LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS | \$6,900 Individual \$13,800 Família | \$7,000 Individual \$14,000 Família | \$6,900 Individual \$13,800 Família | \$7,475 Individual \$14,950 Família | \$7,500 Individual \$15,000 Família |
| FRANQUIA - MÉDICA | \$4,200 Individual \$8,400 Família | \$2,900 Individual \$5,800 Família | \$4,150 Individual \$8,300 Família | \$4,250 Individual \$8,500 Família | \$3,475 Individual \$6,950 Família |
| FRANQUIA - MEDICAMENTOS | Níveis 3, 4 e 5 combinados com atendimento médico | Combinado com medicina | Níveis 3, 4 e 5 combinados com atendimento médico | Níveis 4, 5 e 6 combinados com assistência médica | Níveis 2, 3, 4, 5, e 6 combinados com atendimento médico |
| CUSTOS NA REDE: | \$30 Non-PCMH \$20 PCMH | 20% | \$40 Non-PCMH \$20 PCMH | As duas primeiras consultas por motivo de doença são gratuitas, todas as outras consultas: \$25 | 10% |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA | | | | | |
| VISITA ESPECIALIZADA | \$60 | 20% | \$60 | \$75 | 10% |
| CUIDADOS PREVENTIVOS | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | \$75 | 20% | \$75 | \$75 | 10% |
| SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| HOSPITAL DE INTERNAÇÃO | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RESOLUÇÃO: TC/PET/RM | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS | \$30 | 20% | \$40 | As duas primeiras visitas são gratuitas, todas as outras visitas são: \$25 | 10% |
| TERAPIA DA FALA/OCUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO AMBULATORIAL | 10% | 20% | 10% | \$75 | 10% |
| SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMEN- TO AMBULATORIAL | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS | 10% | 20% | 10% | 40% | 10% |
| COBERTURA DO ABORTO | Sim | Limitado* | Sim | Sim ¹ | Sim |
| Rx NÍVEL 1 | \$7 | \$0 | \$7 | \$5 | \$5 |
| Rx NÍVEL 2 | \$35 | \$15 | \$35 | \$15 | \$10 |
| Rx NÍVEL 3 | \$50 | \$50 | \$50 | \$50 | \$40 |
| Rx NÍVEL 4 | \$75 | \$75 | \$75 | \$75 | \$65 |
| Rx NÍVEL 5 | \$150 | \$150 | \$150 | Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150 | Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150 |

*Este plano não cobre aborto exceto em circunstâncias muito limitadas (consulte a sua apólice ou documento do plano para mais informações). Nenhuma parte do prêmio pago por este plano é colocada numa conta de alocação, estabelecida para a cobertura dos serviços de aborto eletivo, e definida pelo 45 CFR §156.280 (e)(3).

¹Existe uma variação deste plano que exclui a cobertura para a maioria dos abortos. Um asterisco (*) no início do nome do plano indica que exclui a maior parte da cobertura de aborto.