

# 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
2	\$21,150	\$31,725	\$42,300
3	\$26,650	\$39,975	\$53,300
4	\$32,150	\$48,225	\$64,300
5	\$37,650	\$56,475	\$75,300
6	\$43,150	\$64,725	\$86,300
			\$39,125
			\$52,875
			\$66,625
			\$80,375
			\$94,125
			\$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](http://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](http://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](http://HealthSourceRI.com) para:

- Registar 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
<b>PLANOS DE REDUÇÃO DE CUSTOS PARTILHADOS (CSR):</b> Os planos CSR são versões dos planos Silver que têm franquias, co-seguros e copagamentos reduzidos, sem diferença no prémio. 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.	<b>NOME DO PLANO</b>	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	BlueCHIP Direct (CSR94)	Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (3)
<b>PRÉMIOS INDIVIDUAIS:</b> Um prémio é o valor que tem de pagar mensalmente pelo seguro de saúde. Os prémios variam consoante a idade e o tamanho da família.	<b>NÍVEL METÁLICO</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>
<b>CONTAS DE POUPANÇA PARA A SAÚDE (HSAS):</b> Um plano qualificado para a Conta de Poupança de Saúde permite-lhe contribuir para uma conta separada isenta de impostos, que pode ser usada para despesas de saúde, como franquias e copagamentos.	<b>FAIXA DE RENDA DO PLANO % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL)</b>	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL
<b>COMO RECEBE OS SEUS CUIDADOS</b>	<b>PRÉMIO MENSAL (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)</b>	\$551	\$502	\$397
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 prémios mensais diferentes e custos diretos para os cuidados, bem como diferentes prestadores (como médicos e hospitalais) 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 saúde de.	<b>PRÉMIO MENSAL (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)</b>	\$704	\$642	\$507
Ao escolher um plano, você deve considerar o valor da mensalidade, bem como quaisquer custos adicionais, os médicos que você prefere consultar, os medicamentos que você toma e quaisquer outras necessidades de saúde que você tenha. Todos os planos cobrem serviços de saúde preventivos sem custo adicional.	<b>PRÉMIO MENSAL (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)</b>	\$1,494	\$1,364	\$1,077
<b>MÁXIMO A PAGAR DO PRÓPRIO BOLSO</b>	<b>QUALIFICADO HSA</b>	Não	Não	Não
Para além do seu prémio 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.	<b>TIPO DE PLANO (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2)</b>	PPO	POS	HMO
<b>DEDUCTIBLES</b>	<b>ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO</b>	Não	Sim	Não
A franquia é o montante que deve pagar do seu bolso por determinados serviços de saúde antes de o seu plano de seguro começar a ser pago. O valor da franquia é separado do seu prémio mensal. Os serviços sujeitos à franquia variam consoante o plano e podem incluir consultas médicas e internações hospitalares, bem como medicamentos prescritos.	<b>ÁREA DE COBERTURA DA REDE</b>	Nacional	Apenas RI	Apenas RI
<b>COPAGAMENTOS E COSEGUROS</b>	<b>INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI (SUJEITO A ALTERAÇÕES)</b>	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
<b>Copagamentos</b> são montantes fixos que terá de pagar por certos tipos de serviços de saúde sempre que os utiliza.	<b>COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAIS</b>	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
<b>O co-seguro</b> é uma percentagem do custo total de certos tipos de serviços de saúde que deve pagar. O co-seguro normalmente aplica-se depois de atingir a franquia.	<b>LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS</b>	\$1,000 Individual \$2,000 Família	\$2,000 Individual \$4,000 Família	\$2,500 Individual \$5,000 Família
A área <b>BRANCA</b> 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.	<b>FRANQUIA - MÉDICA</b>	\$0 Individual \$0 Família	\$0 Individual \$0 Família	\$0 Individual \$0 Família
A área <b>SOMBREADA</b> 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.	<b>FRANQUIA - MEDICAMENTOS</b>	\$0	\$0	\$0
Uma <b>Casa Médica Centrada no Doente (PCMH)</b> 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.	<b>CUSTOS NA REDE:</b>	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
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.	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	\$75	\$75	\$15
<b>MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA</b>	<b>VISITA ESPECIALIZADA</b>	\$35	\$20	\$15
As companhias de seguros separam os medicamentos sujeitos a receita médica em diferentes categorias conhecidas como "níveis".	<b>CUIDADOS PREVENTIVOS</b>	\$0	\$0	\$0
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.	<b>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA</b>	\$75	\$75	\$15
	<b>SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO</b>	\$300	10%	10%
	<b>HOSPITAL DE INTERNAÇÃO</b>	20%	10%	10%
	<b>RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO</b>	20%	10%	10%
	<b>EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RES-OLUÇÃO: TC/PET/RM</b>	20%	10%	10%
	<b>SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS</b>	\$20	\$15	As duas primeiras visitas são gratuitas, todas as outras visitas são gratuitas: \$5
	<b>TERAPIA DA FALA/OCUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REabilitação AMBULATORIAL</b>	20%	10%	\$15
	<b>SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	20%	10%	10%
	<b>UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA</b>	20%	10%	10%
	<b>CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS</b>	20%	10%	10%
	<b>COBERTURA DO ABORTO</b>	Yes	Yes	Yes <sup>1</sup>
	<b>Rx NÍVEL 1</b>	\$10	\$5	\$1
	<b>Rx NÍVEL 2</b>	\$35	\$15	\$5
	<b>Rx NÍVEL 3</b>	\$60	\$30	\$20
	<b>Rx NÍVEL 4</b>	\$80	\$50	\$40
	<b>Rx NÍVEL 5</b>	\$150	\$150	Nível 5/6: 50%, com coparticipação de até \$150

<sup>1</sup>Este plano não cobre aborto exceto em circunstâncias muito limitadas (consulte a sua apólice ou documento do plano para mais informações). Nenhuma parte do prémio 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).

<sup>2</sup>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 do aborto.

**Planos de Seguro de Redução de Custos Partilhados de 2026 para Indivíduos e Famílias Elegíveis**
**BCBSRI: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island**  
**NHPRI: Neighborhood Health Plan of Rhode Island**

COMPANHIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI
<b>NOME DO PLANO</b>	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueChiP Direct Advance (CSR94)	Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (1)	VantageBlue Direct Plan (CSR87)	BlueChiP Direct (CSR87)
<b>NÍVEL METÁLICO</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 87</b>	<b>SILVER 87</b>
<b>FAIXA DE RENDA DO PLANO</b> % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL
<b>PRÉMIO MENSAL</b> (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)	\$499	\$432	\$382	\$551	\$502
<b>PRÉMIO MENSAL</b> (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)	\$638	\$552	\$488	\$704	\$642
<b>PRÉMIO MENSAL</b> (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)	\$1,355	\$1,173	\$1,037	\$1,494	\$1,364
<b>QUALIFICADO HSA</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>TIPO DE PLANO</b> (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2)	PPO	POS	HMO	PPO	POS
<b>ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO</b>	Não	Sim	Não	Não	Sim
<b>ÁREA DE COBERTURA DA REDE</b>	Nacional	RI Estreito	Apenas RI	Nacional	Apenas RI
<b>INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI</b> (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
<b>COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAS</b>	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
<b>LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS</b>	\$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
<b>FRANQUIA - MÉDICA</b>	\$0 Individual \$0 Família	\$0 Individual \$0 Família	\$0 Individual \$0 Família	\$350 Individual \$700 Família	\$950 Individual \$1,900 Família
<b>FRANQUIA - MEDICAMENTOS</b>	\$0	\$0	\$0	Nível 5 combinado com assistência médica	Níveis 3, 4 e 5 combinados com atendimento médico
<b>CUSTOS NA REDE:</b>					
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	20%	\$15 Non-PCMH \$5 PCMH	10%	Primeira consulta médica gratuita, todas as outras consultas: \$25 Non-PCMH \$15 PCMH	\$20 Non-PCMH \$10 PCMH
<b>VISITA ESPECIALIZADA</b>	20%	\$20	10%	\$40	\$25
<b>CUIDADOS PREVENTIVOS</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA</b>	20%	\$75	10%	\$75	\$75
<b>SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO</b>	20%	10%	10%	\$300	10%
<b>HOSPITAL DE INTERNAÇÃO</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RESOLUÇÃO: TC/PET/IRM</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS</b>	20%	\$15	10%	\$25	\$20
<b>TERAPIA DA FALA/OUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REabilitação AMBULATORIAL</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS</b>	20%	10%	10%	20%	10%
<b>COBERTURA DO ABORTO</b>	Limitado*	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Rx NÍVEL 1</b>	\$0	\$5	\$1	\$10	\$7
<b>Rx NÍVEL 2</b>	\$15	\$15	\$5	\$40	\$25
<b>Rx NÍVEL 3</b>	\$50	\$30	\$15	\$80	\$50
<b>Rx NÍVEL 4</b>	\$75	\$50	\$30	\$100	\$75
<b>Rx NÍVEL 5</b>	\$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 prémio 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.

**Planos de Seguro de Redução de Custos Partilhados de 2026 para Indivíduos e Famílias Elegíveis**
**BCBSRI: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island**  
**NHPRI: Neighborhood Health Plan of Rhode Island**

COMPANHIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI	BCBSRI
<b>NOME DO PLANO</b>	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	BlueCHIP Direct Advance (CSR87)	Neighborhood PRIMARY CSR87 1250/2500	Neighborhood PRIMARY CSR87 900/1800	VantageBlue Direct Plan (CSR73)
<b>NÍVEL METÁLICO</b>	<b>SILVER 87</b>	<b>SILVER 87</b>	<b>SILVER 87</b>	<b>SILVER 87</b>	<b>SILVER 73</b>
<b>FAIXA DE RENDA DO PLANO</b> % DO NÍVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL)	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL	200-250% FPL
<b>PRÉMIO MENSAL</b> (21 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)	\$499	\$432	\$397	\$382	\$551
<b>PRÉMIO MENSAL</b> (40 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)	\$638	\$552	\$507	\$488	\$704
<b>PRÉMIO MENSAL</b> (60 ANOS, ANTES DO CRÉDITO FISCAL)	\$1,355	\$1,173	\$1,077	\$1,037	\$1,494
<b>QUALIFICADO HSA</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>TIPO DE PLANO</b> (VER DEFINIÇÕES NA PÁGINA 2)	PPO	POS	HMO	HMO	PPO
<b>ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO</b>	Não	Sim	Não	Não	Não
<b>ÁREA DE COBERTURA DA REDE</b>	Nacional	RI Estreito	Apenas RI	Apenas RI	Nacional
<b>INFORMAÇÕES DO PROVEDOR RI</b> (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
<b>COBERTURA FORA DA REDE, PARA CASOS NÃO EMERGENCIAIS</b>	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
<b>LIMITE MÁXIMO DE GASTOS PESSOAIS (MOOP) PARA DESPESAS MÉDICAS E MEDICAMENTOSAS</b>	\$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
<b>FRANQUIA - MÉDICA</b>	\$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
<b>FRANQUIA - MEDICAMENTOS</b>	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
<b>CUSTOS NA REDE:</b>	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
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>					
<b>VISITA ESPECIALIZADA</b>	20%	\$25	\$20	10%	\$65
<b>CUIDADOS PREVENTIVOS</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA</b>	20%	\$75	\$20	10%	\$75
<b>SERVIÇOS DE PRONTO-SOCORRO</b>	20%	10%	10%	10%	\$475
<b>HOSPITAL DE INTERNAÇÃO</b>	20%	10%	10%	10%	30%
<b>RADIOGRAFIAS E OUTROS EXAMES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO</b>	20%	10%	10%	10%	30%
<b>EXAMES DE IMAGEM DE ALTA RESOLUÇÃO: TC/PET/RM</b>	20%	10%	10%	10%	30%
<b>SAÚDE MENTAL/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - CONSULTAS MÉDICAS</b>	20%	\$20	As duas primeiras visitas são gratuitas, todas as outras visitas são: \$10	10%	\$60
<b>TERAPIA DA FALA/OUPACIONAL/ FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO AMBULATORIAL</b>	20%	10%	\$20	10%	30%
<b>SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>	20%	10%	10%	10%	30%
<b>UNIDADE DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA</b>	20%	10%	10%	10%	30%
<b>CIRURGIA AMBULATORIAL/SERVIÇOS</b>	20%	10%	10%	10%	30%
<b>COBERTURA DO ABORTO</b>	Limitado*	Sim	Sim <sup>1</sup>	Sim	Sim
<b>Rx NÍVEL 1</b>	\$0	\$7	\$5	\$3	\$10
<b>Rx NÍVEL 2</b>	\$15	\$25	\$10	\$10	\$45
<b>Rx NÍVEL 3</b>	\$50	\$50	\$45	\$35	\$90
<b>Rx NÍVEL 4</b>	\$75	\$75	\$65	\$50	\$125
<b>Rx NÍVEL 5</b>	\$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 prémio 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).

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

## Planos de Seguro de Redução de Custos Partilhados de 2026 para Indivíduos e Famílias Elegíveis

BCBSRI: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island  
NHPRI: Neighborhood Health Plan of Rhode Island

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	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>
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/OCPACIONAL/FISIOTERAPIA, REABILITAÇÃO AMBULATORIAL	10%	20%	10%	\$75	10%
SERVIÇOS DE LABORATÓRIO, ATENDIMENTO 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 <sup>1</sup>	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).

<sup>1</sup>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.