

Planes de Reducción de Costos Compartidos para Individuos y Familias Elegibles 2026



Compare los planes de las principales compañías de seguros del estado.

Planes de reducción de costos compartidos (CSR):

Los planes CSR son planes Plata que incluyen cantidades deducibles, coseguros y copagos reducidos, sin diferencia en las primas. Estas reducciones se suman a los créditos fiscales que ayudan a reducir sus primas mensuales. Si califica para un plan CSR usted tendrá derecho a uno de los tres niveles de programas CSR (94, 87 o 73), dependiendo de sus ingresos y el tamaño de su familia. Las cifras denotan el porcentaje de gastos pagados por su plan (ejemplo: con un plan Plata 73 el plan cubre en promedio el 73% de los gastos, y los integrantes del programa serán responsables del 27% restante de los gastos).

Al seleccionar un plan CSR usted pagará la misma prima por mes que exige un plan Plata regular, pero abonará menos por los copagos, deducibles y coseguros cuando vea al médico, vaya al hospital u obtenga una receta médica. Estos montos reducidos se muestran en este documento para cada plan de HealthSource RI. Puede calificar según el tamaño de su familia y cómo se comparan sus ingresos con el Nivel Federal de Pobreza (FPL):

Nivel de CSR	Silver 94		Silver 87		Silver 73	
Rango, como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	Ingresos entre 100-150% FPL		Ingresos entre 150-200% FPL		Ingresos entre 200-250% FPL	
Tamaño de la familia	Usted puede calificar si sus ingresos están entre:		Usted puede calificar si sus ingresos están entre:		Usted puede calificar si sus ingresos están 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

Herramienta para comparación de planes y ahorros de HealthSource RI

También puede utilizar nuestra **herramienta de comparación de planes y ahorros** en **HealthSourceRI.com/Calculator** para comparar los costos del plan y calcular sus ahorros. Simplemente ingrese su edad, tamaño de familia e ingresos, y encuentre en menos de 5 minutos el plan que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

Cuándo inscribirse o renovar

La inscripción abierta funciona del 1 de noviembre de 2025 al 31 de enero de 2026. Después del período de inscripción abierta, puede inscribirse en la cobertura si tiene un evento de vida calificado. Visite HealthSourceRI.com/SEP para obtener más información.

Fechas importantes para elegir su seguro médico de 2026:

- 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 2026 (Las tarjetas de identificación se retrasarán).
- 31 de enero: La inscripción abierta finaliza: este es su último día para inscribirse en la cobertura médica de 2026. La cobertura adquirida en enero entrará en vigencia el 1 de febrero de 2026.

Cómo inscribirse o renovar

- Visite HealthSourceRI.com para:
- Inscribirse o renovar la cobertura
 - Comparar planes y costos a través de nuestra **Herramienta de Comparación de Planes y Ahorros**. La mayoría 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 brindar apoyo personal para la inscripción.

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

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 al 1 de noviembre de 2025. 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.

Organización de proveedores sanitarios preferidos (PPO):

Usted pagará menos si utiliza hospitales y médicos de la red preferida del plan, pero a menudo es libre de ver 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.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN	COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (CSR): Los planes de CSR son versiones de los planes Silver que tienen deducibles, coseguros y copagos reducidos, sin diferencia en la prima. Puede ser elegible para un plan de CSR basado en el tamaño de su familia y cómo se comparan sus ingresos con el Nivel Federal de Pobreza. El número se refiere al porcentaje de gastos pagados por su plan. Por ejemplo, con un plan Silver 73 el plan cubre en promedio el 73% de los gastos, y los integrantes del plan serán responsables del 27% restante. PRIMAS INDIVIDUALES: Una prima es la cantidad que debe pagar cada mes por el seguro de salud. Las primas varían según la edad y el tamaño del grupo familiar. CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSAs): Un plan calificado de Cuenta de Ahorro para la Salud le permite contribuir a una cuenta aparte exenta de impuestos, que se puede utilizar para cubrir gastos de atención médica como pagos de deducibles y copagos.	NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (3)
	NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94
	RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$551	\$397
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$704	\$507
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,494	\$1,077
	CALIFICADO PARA HSA	No	No
	TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	HMO
	REFERIDO OBLIGATORIO	No	No
	AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI
	INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETÁ A CAMBIOS)	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales
	COBERTURA FUERA DE LA RED, 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
	MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar
	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar
	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	\$0
	COSTOS DENTRO DE LA RED:	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$20 No PCMH \$10 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$5
	ATENCIÓN PRIMARIA		
	CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$35	\$15
	ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0
	ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	\$15
	SERVICIOS DE ER	\$300	10%
	HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	10%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	20%	10%
	IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	10%
	SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$5
	TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	\$15
	SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%
	CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	10%
	COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si¹
	Rx NIVEL 1	\$10	\$1
	Rx NIVEL 2	\$35	\$5
	Rx NIVEL 3	\$60	\$20
	Rx NIVEL 4	\$80	\$40
	Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada por este plan se coloca en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo y definida por 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.

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueChiP Direct (CSR94)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueChiP Direct Advance (CSR94)	Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (1)	VantageBlue Direct Plan (CSR87)
NIVEL METÁLICO	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 94	SILVER 87
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	150-200% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$502	\$499	\$432	\$382	\$551
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$642	\$638	\$552	\$488	\$704
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,364	\$1,355	\$1,173	\$1,037	\$1,494
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	POS	PPO	POS	HMO	PPO
REFERIDO OBLIGATORIO	Si	No	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Nacional	RI Estrecho	Solo RI	Nacional
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	547 PCPs 1,481 Especialistas 387 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, 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 COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$2,000 Individual \$4,000 Familiar	\$1,100 Individual \$2,200 Familiar	\$2,000 Individual \$4,000 Familiar	\$2,275 Individual \$4,550 Familiar	\$3,050 Individual \$6,100 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$350 Individual \$700 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	\$0	\$0	\$0	\$0	Nivel 5 combinado con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$15 No PCMH \$5 PCMH	20%	\$15 No PCMH \$5 PCMH	10%	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$25 No PCMH \$15 PCMH
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$20	20%	\$20	10%	\$40
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	20%	\$75	10%	\$75
SERVICIOS DE ER	10%	20%	10%	10%	\$300
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	20%	10%	10%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	20%	10%	10%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	20%	10%	10%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$15	20%	\$15	10%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	20%	10%	10%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	20%	10%	10%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	20%	10%	10%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	20%	10%	10%	20%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$5	\$0	\$5	\$1	\$10
Rx NIVEL 2	\$15	\$15	\$15	\$5	\$40
Rx NIVEL 3	\$30	\$50	\$30	\$15	\$80
Rx NIVEL 4	\$50	\$75	\$50	\$30	\$100
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	\$150

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada por este plan se coloca en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo y definida por 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.

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueChiP Direct (CSR87)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	BlueChiP Direct Advance (CSR87)	Neighborhood PRIMARY CSR87 1250/2500	Neighborhood PRIMARY CSR87 900/1800
NIVEL METÁLICO	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87	SILVER 87
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL	150-200% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$502	\$499	\$432	\$397	\$382
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$642	\$638	\$552	\$507	\$488
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,364	\$1,355	\$1,173	\$1,077	\$1,037
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	POS	PPO	POS	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Si	No	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Nacional	RI Estrecho	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	547 PCPs 1,481 Especialistas 387 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, 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 COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$3,050 Individual \$6,100 Familiar	\$3,050 Individual \$6,100 Familiar	\$3,050 Individual \$6,100 Familiar	\$3,050 Individual \$6,100 Familiar	\$3,250 Individual \$6,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$950 Individual \$1,900 Familiar	\$800 Individual \$1,600 Familiar	\$950 Individual \$1,900 Familiar	\$1,250 Individual \$2,500 Familiar	\$900 Individual \$1,800 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos	Niveles 2, 3, 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:	\$20 No PCMH \$10 PCMH	20%	\$20 No PCMH \$10 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$10	10%
ATENCIÓN PRIMARIA					
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$25	20%	\$25	\$20	10%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	20%	\$75	\$20	10%
SERVICIOS DE ER	10%	20%	10%	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	20%	10%	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	20%	10%	10%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	20%	10%	10%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	20%	\$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$10	10%
TERAPIA DEL HABLE/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	20%	10%	\$20	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	20%	10%	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	20%	10%	10%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	20%	10%	10%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si'	Si
Rx NIVEL 1	\$7	\$0	\$7	\$5	\$3
Rx NIVEL 2	\$25	\$15	\$25	\$10	\$10
Rx NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$45	\$35
Rx NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$65	\$50
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada por este plan se coloca en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo y definida por 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.

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	BlueCHiP Direct (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	Neighborhood PRIMARY CSR73 4250/8500
NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73	SILVER 73
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$551	\$502	\$499	\$397
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$704	\$642	\$638	\$507
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,494	\$1,364	\$1,355	\$1,077
CALIFICADO PARA HSA	No	No	Si	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	PPO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, 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
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$7,750 Individual \$15,500 Familiar	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$7,475 Individual \$14,950 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$4,200 Individual \$8,400 Familiar	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$4,250 Individual \$8,500 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Nivel 5 combinado con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Niveles 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$60 No PCMH \$40 PCMH	\$30 No PCMH \$20 PCMH	20%	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$25
ATENCIÓN PRIMARIA				
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$65	\$60	20%	\$75
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	\$75	20%	\$75
SERVICIOS DE ER	\$475	10%	20%	40%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	30%	10%	20%	40%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	30%	10%	20%	40%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	30%	10%	20%	40%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$60	\$30	20%	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	10%	20%	\$75
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	30%	10%	20%	40%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	10%	20%	40%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	30%	10%	20%	40%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si	Limitado*	Si¹
Rx NIVEL 1	\$10	\$7	\$0	\$5
Rx NIVEL 2	\$45	\$35	\$15	\$15
Rx NIVEL 3	\$90	\$50	\$50	\$50
Rx NIVEL 4	\$125	\$75	\$75	\$75
Rx NIVEL 5	\$150	\$150	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada por este plan se coloca en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo y definida por 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.

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHiP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood PRIMARY CSR73 3475/6950
NIVEL METÁLICO	SILVER 73	SILVER 73
RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250% FPL	200-250% FPL
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$432	\$382
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$552	\$488
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,173	\$1,037
CALIFICADO PARA HSA	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	Si	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	RI Estrecho	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	547 PCPs 1,481 Especialistas 387 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales
COBERTURA FUERA DE LA RED, 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
MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$7,500 Individual \$15,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$4,150 Individual \$8,300 Familiar	\$3,475 Individual \$6,950 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 2, 3, 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:	\$40 No PCMH \$20 PCMH	10%
ATENCIÓN PRIMARIA		
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$60	10%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	10%
SERVICIOS DE ER	10%	10%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	10%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	10%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	10%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$40	10%
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	10%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	10%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	10%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$7	\$5
Rx NIVEL 2	\$35	\$10
Rx NIVEL 3	\$50	\$40
Rx NIVEL 4	\$75	\$65
Rx NIVEL 5	\$150	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago

*Este plan no cubre el aborto, excepto en circunstancias muy limitadas (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información). Ninguna porción de la prima pagada por este plan se coloca en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo y definida por 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.

6