

# 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
2	\$21,150	\$31,725	\$31,300
3	\$26,650	\$39,975	\$42,300
4	\$32,150	\$48,225	\$53,300
5	\$37,650	\$56,475	\$64,300
6	\$43,150	\$64,725	\$75,300
			\$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 de los 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. Regístrate 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.

# Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2026 para individuos y familias elegibles

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN		COMPANY OF SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<b>PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (CSR):</b>  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.		<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	VantageBlue Direct Plan (CSR94)	Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (3)
<b>PRIMAS INDIVIDUALES:</b> 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.		<b>NIVEL METÁLICO</b>	SILVER 94	SILVER 94
<b>CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSAs):</b> 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.		<b>RANGO DE INGRESOS DEL PLAN % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)</b>	100-150% FPL	100-150% FPL
<b>CÓMO SE RECIBE LA ATENCIÓN MÉDICA</b>  Algunas aseguradoras ofrecen planes que incluyen un número menor de proveedores de servicios de salud, como resultado de su decisión de ofrecer una 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 hospitalares) 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.  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.		<b>PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)</b>	\$551	\$397
<b>MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO</b>  Además de su prima mensual, la cantidad máxima para costos de bolsillo corresponde a la cantidad final que usted podría tener que pagar por concepto de deducibles, copagos y coseguros durante el año.		<b>PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)</b>	\$704	\$507
<b>DEDUCIBLES</b>  El deducible es la cantidad que usted 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.		<b>PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)</b>	\$1,494	\$1,077
<b>COPAGOS Y COSEGUROS</b>  Los copagos son montos fijos en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los usa.  El coseguro es un porcentaje del costo total de ciertos tipos de servicios de atención médica que debe pagar. <i>El coseguro generalmente se aplica después de alcanzar su deducible.</i>  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.		<b>CALIFICADO PARA HSA</b>	No	No
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>  Las compañías de seguros clasifican los medicamentos recetados en diferentes categorías, conocidas como “niveles”.  El “nivel” del medicamento determina cuánto paga usted por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de los medicamentos.		<b>TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)</b>	PPO	HMO
		<b>REFERIDO OBLIGATORIO</b>	No	No
		<b>AREA DE LA RED DE COBERTURA</b>	Nacional	Solo RI
		<b>INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)</b>	1,457 PCPs 3,720 Especialistas 443 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 Dentistas 14 de 14 Hospitales
		<b>COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA</b>	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
		<b>MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS</b>	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar
		<b>DEDUCIBLE - MÉDICO</b>	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar
		<b>DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO</b>	\$0	\$0
		<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>	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
		<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>		
		<b>CONSULTA CON EL ESPECIALISTA</b>	\$35	\$15
		<b>ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA</b>	\$0	\$0
		<b>ATENCIÓN DE URGENCIA</b>	\$75	\$15
		<b>SERVICIOS DE ER</b>	\$300	10%
		<b>HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS</b>	20%	10%
		<b>RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES</b>	20%	10%
		<b>IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	20%	10%
		<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO</b>	\$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$5
		<b>TERAPIA DEL HABLA/OCCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b>	20%	
		<b>SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS</b>	20%	10%
		<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	20%	10%
		<b>CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	20%	10%
		<b>COBERTURA DEL ABORTO</b>	Si	Si*
		<b>Rx NIVEL 1</b>	\$10	\$1
		<b>Rx NIVEL 2</b>	\$35	\$5
		<b>Rx NIVEL 3</b>	\$60	\$20
		<b>Rx NIVEL 4</b>	\$80	\$40
		<b>Rx NIVEL 5</b>	\$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).

\*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.

# Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2026 para individuos y familias elegibles

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

COMPÀNIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI
<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	BlueCHiP Direct (CSR94)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueCHiP Direct Advance (CSR94)	Neighborhood PRIMARY CSR94 0/0 (1)	VantageBlue Direct Plan (CSR87)
<b>NIVEL METÁLICO</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 94</b>	<b>SILVER 87</b>
<b>RANGO DE INGRESOS DEL PLAN</b> % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	100-150% FPL	150-200% FPL
<b>PRIMA MENSUAL</b> (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$502	\$499	\$432	\$382	\$551
<b>PRIMA MENSUAL</b> (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$642	\$638	\$552	\$488	\$704
<b>PRIMA MENSUAL</b> (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,364	\$1,355	\$1,173	\$1,037	\$1,494
<b>CALIFICADO PARA HSA</b>	No	No	No	No	No
<b>TIPO DE PLAN</b> (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	POS	PPO	POS	HMO	PPO
<b>REFERIDO OBLIGATORIO</b>	Si	No	Si	No	No
<b>AREA DE LA RED DE COBERTURA</b>	Solo RI	Nacional	RI Estrecho	Solo RI	Nacional
<b>INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI</b> (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
<b>COBERTURA FUERA DE LA RED,</b> <b>SI NO ES UNA EMERGENCIA</b>	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
<b>MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP)</b> <b>SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS</b>	\$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
<b>DEDUCIBLE - MÉDICO</b>	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$0 Individual \$0 Familiar	\$350 Individual \$700 Familiar
<b>DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	Nivel 5 combinado con servicios médicos
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>	\$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
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>					
<b>CONSULTA CON EL ESPECIALISTA</b>	\$20	20%	\$20	10%	\$40
<b>ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>ATENCIÓN DE URGENCIA</b>	\$75	20%	\$75	10%	\$75
<b>SERVICIOS DE ER</b>	10%	20%	10%	10%	\$300
<b>HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>RADIOGRAFIAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO</b>	\$15	20%	\$15	10%	\$25
<b>TERAPIA DEL HABLA/OCCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	10%	20%	10%	10%	20%
<b>COBERTURA DEL ABORTO</b>	Si	Limitado*	Si	Si	Si
<b>Rx NIVEL 1</b>	\$5	\$0	\$5	\$1	\$10
<b>Rx NIVEL 2</b>	\$15	\$15	\$15	\$5	\$40
<b>Rx NIVEL 3</b>	\$30	\$50	\$30	\$15	\$80
<b>Rx NIVEL 4</b>	\$50	\$75	\$50	\$30	\$100
<b>Rx NIVEL 5</b>	\$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.

# Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2026 para individuos y familias elegibles

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

COMPÀNIA 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	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 HABLA/OCCUPACIONAL/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.

# Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2026 para individuos y familias elegibles

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

COMPÀNIA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	BlueCHiP Direct (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	Neighborhood PRIMARY CSR73 4250/8500
<b>NIVEL METÁLICO</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>
<b>RANGO DE INGRESOS DEL PLAN</b> % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL	200-250% FPL
<b>PRIMA MENSUAL</b> (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$551	\$502	\$499	\$397
<b>PRIMA MENSUAL</b> (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$704	\$642	\$638	\$507
<b>PRIMA MENSUAL</b> (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,494	\$1,364	\$1,355	\$1,077
<b>CALIFICADO PARA HSA</b>	No	No	Si	No
<b>TIPO DE PLAN</b> (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	PPO	HMO
<b>REFERIDO OBLIGATORIO</b>	No	Si	No	No
<b>AREA DE LA RED DE COBERTURA</b>	Nacional	Solo RI	Nacional	Solo RI
<b>INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI</b> (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
<b>COBERTURA FUERA DE LA RED, SI NO ES UNA EMERGENCIA</b>	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
<b>MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP) SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS</b>	\$7,750 Individual \$15,500 Familiar	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$7,475 Individual \$14,950 Familiar
<b>DEDUCIBLE - MÉDICO</b>	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$4,200 Individual \$8,400 Familiar	\$2,900 Individual \$5,800 Familiar	\$4,250 Individual \$8,500 Familiar
<b>DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO</b>	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
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>	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
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>				
<b>CONSULTA CON EL ESPECIALISTA</b>	\$65	\$60	20%	\$75
<b>ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>ATENCIÓN DE URGENCIA</b>	\$75	\$75	20%	\$75
<b>SERVICIOS DE ER</b>	\$475	10%	20%	40%
<b>HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS</b>	30%	10%	20%	40%
<b>RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES</b>	30%	10%	20%	40%
<b>IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	30%	10%	20%	40%
<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO</b>	\$60	\$30	20%	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$25
<b>TERAPIA DEL HABLA/OCCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b>	30%	10%	20%	\$75
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS</b>	30%	10%	20%	40%
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	30%	10%	20%	40%
<b>CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	30%	10%	20%	40%
<b>COBERTURA DEL ABORTO</b>	Si	Si	Limitado*	Si'
<b>Rx NIVEL 1</b>	\$10	\$7	\$0	\$5
<b>Rx NIVEL 2</b>	\$45	\$35	\$15	\$15
<b>Rx NIVEL 3</b>	\$90	\$50	\$50	\$50
<b>Rx NIVEL 4</b>	\$125	\$75	\$75	\$75
<b>Rx NIVEL 5</b>	\$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).

'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.

# Planes de seguro de reducción de costos compartidos 2026 para individuos y familias elegibles

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

COMPANY OF SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	BlueCHIP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood PRIMARY CSR73 3475/6950
<b>NIVEL METÁLICO</b>	<b>SILVER 73</b>	<b>SILVER 73</b>
<b>RANGO DE INGRESOS DEL PLAN</b> % DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL)	200-250% FPL	200-250% FPL
<b>PRIMA MENSUAL</b> (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$432	\$382
<b>PRIMA MENSUAL</b> (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$552	\$488
<b>PRIMA MENSUAL</b> (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,173	\$1,037
<b>CALIFICADO PARA HSA</b>	No	No
<b>TIPO DE PLAN</b> (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	POS	HMO
<b>REFERIDO OBLIGATORIO</b>	Si	No
<b>AREA DE LA RED DE COBERTURA</b>	RI Estrecho	Solo RI
<b>INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI</b> (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
<b>COBERTURA FUERA DE LA RED,</b> <b>SI NO ES UNA EMERGENCIA</b>	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
<b>MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO (MOOP)</b> <b>SERVICIO MÉDICO Y MEDICAMENTOS</b>	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$7,500 Individual \$15,000 Familiar
<b>DEDUCIBLE - MÉDICO</b>	\$4,150 Individual \$8,300 Familiar	\$3,475 Individual \$6,950 Familiar
<b>DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO</b>	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 2, 3, 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos
<b>COSTOS DENTRO DE LA RED:</b>		
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	\$40 No PCMH \$20 PCMH	10%
<b>CONSULTA CON EL ESPECIALISTA</b>	\$60	10%
<b>ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA</b>	\$0	\$0
<b>ATENCIÓN DE URGENCIA</b>	\$75	10%
<b>SERVICIOS DE ER</b>	10%	10%
<b>HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS</b>	10%	10%
<b>RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES</b>	10%	10%
<b>IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	10%	10%
<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO</b>	\$40	10%
<b>TERAPIA DEL HABLA/OCCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b>	10%	10%
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS</b>	10%	10%
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA</b>	10%	10%
<b>CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	10%	10%
<b>COBERTURA DEL ABORTO</b>	Si	Si
<b>Rx NIVEL 1</b>	\$7	\$5
<b>Rx NIVEL 2</b>	\$35	\$10
<b>Rx NIVEL 3</b>	\$50	\$40
<b>Rx NIVEL 4</b>	\$75	\$65
<b>Rx NIVEL 5</b>	\$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).

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.