

Planes y Beneficios del Mercado Individual 2026



Créditos fiscales mensuales:

Algunos residentes de Rhode Island son elegibles para créditos fiscales que pueden reducir el costo de su prima mensual. Estos créditos se basan en los ingresos y el tamaño de la familia. Las tablas muestran ejemplos de tamaños de familias y niveles de ingresos y su elegibilidad para créditos fiscales. *Las estimaciones del crédito fiscal se basan en la información disponible al 1 de octubre de 2025 y están sujetas a cambios. El Congreso puede actuar para cambiar los niveles del crédito fiscal de prima avanzada para 2026, lo que cambiaría las estimaciones a continuación.*

Familias:

Familias de 2		Créditos fiscales por ingreso anual del hogar				
Adultos (40 años)	Niños (de 0 a 14 años)	\$30,000	\$42,500	\$55,000	\$67,500	\$82,000
1	1	\$414	\$271	\$373	\$249	\$128
2	0	\$920	\$777	\$576	\$452	\$331
Familias de 3		Créditos fiscales por ingreso anual del hogar				
Adultos (40 años)	Niños (de 0 a 14 años)	\$40,000	\$55,000	\$70,000	\$85,000	\$105,000
1	2	\$366	\$193	\$525	\$406	\$240
2	1	\$872	\$699	\$728	\$609	\$443
Familias de 4		Créditos fiscales por ingreso anual del hogar				
Adultos (40 años)	Niños (de 0 a 14 años)	\$45,000	\$65,000	\$85,000	\$105,000	\$125,000
1	3	\$320	\$144	\$713	\$543	\$377
2	2	\$826	\$650	\$917	\$746	\$580

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

Adultos Solteros:

Créditos fiscales por ingreso anual del hogar	Edad			Ejemplo de prima del plan Silver después del crédito fiscal
	21 años	40 años	60 años	
\$22,500	\$325	\$435	\$1,003	\$74
\$30,000	\$241	\$351	\$920	\$158
\$37,500	\$144	\$254	\$823	\$255
\$45,000	\$37	\$147	\$715	\$362
\$52,500	\$0	\$70	\$639	\$438

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

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.

Comprender las opciones y la cobertura de su red de seguro médico

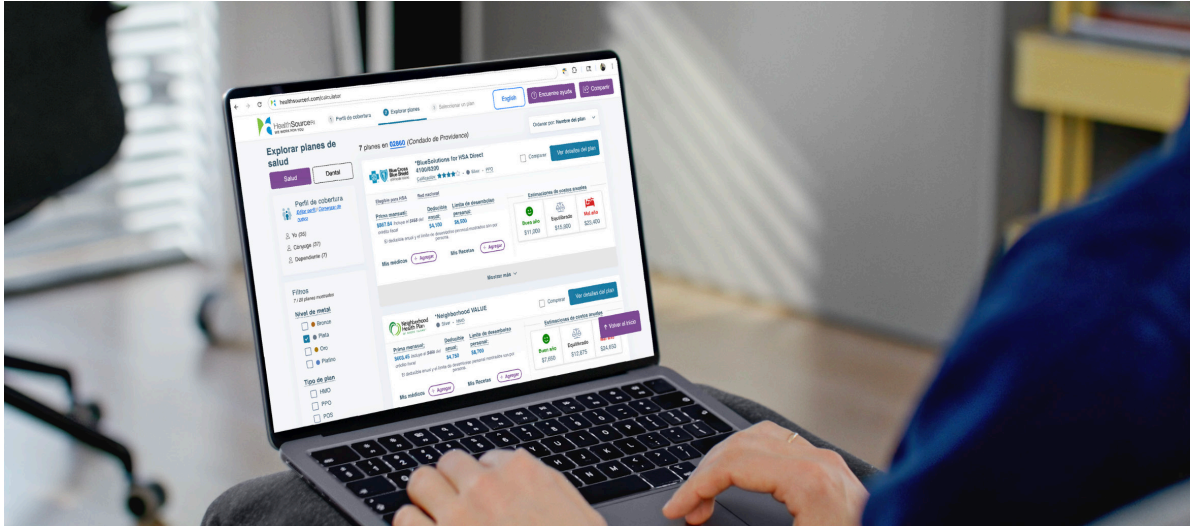
Organización de proveedores sanitarios preferidos (PPO):
Usted pagará menos si utiliza hospitales y médicos pertenecientes a la red preferida del plan, pero a menudo es libre de ver a proveedores sanitarios que no están en la red preferida.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO) / punto de servicio (POS):
Usted acepta utilizar solo proveedores que formen parte de la red. En algunos planes, usted debe elegir un proveedor de atención primaria, que coordina su atención.

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

Herramienta para comparación de planes y ahorro de HealthSource RI

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



Cuándo inscribirse o renovar

Inscripción abierta se extiende del 1 de noviembre de 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 cobertura médica de 2026:

1 de noviembre	¡Comienza la inscripción abierta!
23 de diciembre	Elija un plan y pague para completar la inscripción y asegúrese 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 identidad se retrasarán).
31 de enero	La inscripción abierta finaliza: este es su último día para inscribirse para cobertura médica 2026. La cobertura adquirida en enero entrará en vigor el 1 de febrero de 2026.

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

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 Ahorro**

Llame al 1-855-840-4774

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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LOS PLANES	COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
<p>PRIMAS INDIVIDUALES:</p> <p>Una prima es la cantidad que debe pagar cada mes por el seguro médico. Las primas varían según la edad y el tamaño de la familia.</p> <p>CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSAs):</p> <p>Un plan calificado para la Cuenta de Ahorros para la Salud le permite contribuir a una cuenta separada exenta de impuestos que se puede usar para gastos de atención médica como deducibles y copagos.</p>	NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan 950/1900	VantageBlue Direct Plan 1500/3000	*Neighborhood PLUS 2650/5300
	NIVEL METÁLICO	PLATINUM	GOLD	GOLD
	PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$689	\$609	\$401
	PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$880	\$778	\$513
	PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,870	\$1,652	\$1,089
CÓMO RECIBE SU ATENCIÓN	ELEGIBLE PARA LA HSA	No	No	No
<p>Algunas aseguradoras proponen planes que incluyen un número menor de proveedores que brindan atención de alta calidad a un costo menor. Los planes tienen diferentes primas mensuales y costos de bolsillo para recibir atención, así como diferentes proveedores de servicios médicos (como médicos y hospitales) a los que puede acudir. La selección de proveedores incluidos en la red de un plan – y cómo se les paga a esos proveedores por la atención que le brindan – ayudan a determinar cuánto pagará por su plan de seguro médico.</p> <p>Al elegir un plan usted debe considerar la prima mensual así como los costos de bolsillo, los médicos que prefiere consultar, los medicamentos recetados que toma y, cualquier otra necesidad de atención médica que tenga. Todos los planes cubren servicios de atención médica preventiva sin costo alguno. Casi todos los médicos y especialistas de atención primaria están cubiertos por todos los planes (sujetos a cambios).</p>	TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	PPO	HMO
	SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	No
	AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	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	1,335 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
GASTOS MÁXIMO DEL BOLSILLO	MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar	\$5,650 Individual \$11,300 Familiar
<p>Además de su prima mensual, el importe máximo de los gastos de bolsillo es lo máximo que podría tener que pagar en deducibles, copagos y coseguros durante el año.</p> <p>DEDUCIBLES</p> <p>El deducible es la cantidad que debe pagar de su bolsillo por ciertos servicios de atención médica antes de que su plan de seguro comience a pagar. El monto del deducible es independiente de su prima mensual. Los servicios sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas al médico y hospitalizaciones, así como medicamentos recetados.</p> <p>COPAGOS Y COSEGUROS</p> <p>Los copagos son montos fijos en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los usa.</p> <p>Un 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></p> <p>La sección BLANCA no está sujeta al deducible. Es la cantidad de dólares o el porcentaje que paga por visita o servicio de atención médica, independientemente de si alcanzó el deducible.</p> <p>La sección SOMBREADA está sujeta al deducible. Usted paga el costo total de una visita o de un servicio de atención médica hasta que alcanza la cantidad del deducible. Después de eso, solamente paga la cantidad de dólares o el porcentaje que se muestra.</p> <p>Un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH) es un equipo de proveedores de atención médica que trabajan juntos para coordinar su atención. Visitar a un proveedor de PCMH puede costar menos en ciertos planes.</p> <p>Los planes de reducción de costos compartidos (CSR) son planes Plata que tienen deducibles, coseguros y copagos reducidos. Puede calificar para planes de CSR si gana menos de \$39,125 para un individuo o \$80,375 para una familia de cuatro.</p>	DEDUCIBLE - MÉDICO	\$950 Individual \$1,900 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar	\$2,650 Individual \$5,300 Familiar
	DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Nivel 5 combinado con servicios médicos	Nivel 5 combinado 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: \$20 No PCMH \$10 PCMH	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: \$30 No PCMH \$20 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$30
	ATENCIÓN PRIMARIA			
	CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$30	\$45	\$65
<p>Medicamentos recetados</p> <p>Las compañías de seguros separan los medicamentos recetados en diferentes categorías conocidas como “niveles”.</p> <p>El “nivel” del medicamento identifica cuánto paga por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de medicamentos.</p>	ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0
	ATENCIÓN DE URGENCIA	\$50	\$75	\$65
	SERVICIOS DE ER	\$100	\$200	\$400
	HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	20%	0%
	RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	0%	20%	0%
	IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	20%	0%
	SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$20	\$30	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$30
	TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	20%	\$65
	SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	0%	20%	0%
	CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	20%	0%
	CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	0%	20%	0%
	COBERTURA DEL ABORTO	Si¹	Si	Limitado*
	Rx NIVEL 1	\$10	\$10	\$5
	Rx NIVEL 2	\$25	\$25	\$10
	Rx NIVEL 3	\$50	\$50	\$35
	Rx NIVEL 4	\$75	\$75	\$50
	Rx NIVEL 5	\$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 parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

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

4

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BasicBlue Direct 2500/5000	*BlueSolutions for HSA Direct 1900/3800	BlueCHiP Direct 2300/4600	BlueCHiP Direct Advance 2300/4600	Neighborhood PLUS 1375/2750
NIVEL METÁLICO	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$573	\$549	\$532	\$459	\$393
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$732	\$702	\$680	\$586	\$502
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,554	\$1,491	\$1,445	\$1,245	\$1,066
ELEGIBLE PARA LA HSA	No	Si	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	PPO	POS	POS	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	No	Si	Si	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (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	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	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$5,900 Individual \$11,800 Familiar	\$5,600 Individual \$11,200 Familiar	\$4,900 Individual \$9,800 Familiar	\$4,900 Individual \$9,800 Familiar	\$7,550 Individual \$15,100 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$1,900 Individual \$3,800 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$2,300 Individual \$4,600 Familiar	\$1,375 Individual \$2,750 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 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Niveles 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	\$25 No PCMH \$15 PCMH	\$35 No PCMH \$15 PCMH	\$35 No PCMH \$15 PCMH	\$35 No PCMH \$15 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$25
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$30	\$40	\$45	\$45	\$50
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
SERVICIOS DE ER	10%	\$300	10%	10%	\$400
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	\$300 por entrada	10%	10%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	10%	0%	10%	10%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	\$150	10%	10%	20%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$25	\$35	\$35	\$35	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	\$40	10%	10%	\$50
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	10%	0%	10%	10%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	\$300 por entrada	10%	10%	20%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	10%	0%	10%	10%	20%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	\$10	\$10	\$7	\$7	\$5
Rx NIVEL 2	\$30	\$30	\$25	\$25	\$10
Rx NIVEL 3	\$50	\$50	\$50	\$50	\$35
Rx NIVEL 4	\$75	\$75	\$75	\$75	\$50
Rx NIVEL 5	\$150	\$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 parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

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

COMPañÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan 6000/12000	BlueCHIP Direct 5000/10000	*BlueSolutions for HSA Direct 4100/8200	BlueCHIP Direct Advance 4950/9900	Neighborhood PRIMARY 4750/9500
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$551	\$502	\$499	\$432	\$397
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$704	\$642	\$638	\$552	\$507
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,494	\$1,364	\$1,355	\$1,173	\$1,077
ELEGIBLE PARA LA HSA	No	No	Si	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	PPO	POS	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	Si	No	Si	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	Nacional	RI Estrecho	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	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	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia	No está cubierto, excepto para atención urgente o de emergencia
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$9,400 Individual \$18,800 Familiar	\$8,000 Individual \$16,000 Familiar	\$7,500 Individual \$15,000 Familiar	\$8,200 Individual \$16,400 Familiar	\$8,700 Individual \$17,400 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$4,100 Individual \$8,200 Familiar	\$4,950 Individual \$9,900 Familiar	\$4,750 Individual \$9,500 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Nivel 5 combinado con servicios médicos	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
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%	\$45 No PCMH \$25 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: \$35
ATENCIÓN PRIMARIA					
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	\$65	\$60	20%	\$60	\$75
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$75	\$75	20%	\$75	\$75
SERVICIOS DE ER	\$475	10%	20%	10%	40%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	30%	10%	20%	10%	40%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	30%	10%	20%	10%	40%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA	30%	10%	20%	10%	40%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	\$60	\$30	20%	\$45	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: \$35
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	10%	20%	10%	\$75
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	30%	10%	20%	10%	40%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	10%	20%	10%	40%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	30%	10%	20%	10%	40%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si	Limitado*	Si	Si¹
Rx NIVEL 1	\$10	\$7	\$10	\$7	\$5
Rx NIVEL 2	\$45	\$35	\$30	\$35	\$15
Rx NIVEL 3	\$90	\$50	\$50	\$50	\$50
Rx NIVEL 4	\$125	\$75	\$75	\$75	\$75
Rx NIVEL 5	\$150	\$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 parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

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

Beneficios del plan del mercado individual de 2026

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	NHPRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	Neighborhood PRIMARY 3850/7700 HSA	BlueCHIP Direct 7000/14000	BlueSolutions for HSA Direct 6300/12600	*Neighborhood SELECT 6900/13800 HSA	Neighborhood SELECT 7100/14200 HSA
NIVEL METÁLICO	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE	BRONZE
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$382	\$394	\$371	\$296	\$287
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$488	\$504	\$474	\$378	\$367
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	\$1,037	\$1,069	\$1,007	\$803	\$779
ELEGIBLE PARA LA HSA	Si	Si	Si	Si	Si
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	HMO	POS	PPO	HMO	HMO
SE REQUIERE REFERENCIA	No	Si	No	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Solo RI	Solo RI	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,335 PCPs 5,450 Especialistas 505 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	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 GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	\$7,650 Individual \$15,300 Familiar	\$10,600 Individual \$21,200 Familiar	\$8,050 Individual \$16,100 Familiar	\$7,400 Individual \$14,800 Familiar	\$9,100 Individual \$18,200 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	\$3,850 Individual \$7,700 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	\$6,300 Individual \$12,600 Familiar	\$6,900 Individual \$13,800 Familiar	\$7,100 Individual \$14,200 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	15%	\$45 No PCMH \$35 PCMH	10%	0%	\$25
CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	15%	30%	10%	0%	30%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	15%	\$75	10%	0%	30%
SERVICIOS DE ER	15%	30%	10%	0%	30%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	15%	30%	10%	0%	30%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS IMÁGENES	15%	30%	10%	0%	30%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT/PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA	15%	30%	10%	0%	30%
SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS - VISITAS AL CONSULTORIO	15%	\$0	10%	0%	\$25
TERAPIA DEL HABLA/OCUPACIONAL/FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	15%	30%	10%	0%	30%
SERVICIOS DE LABORATORIO, PACIENTES AMBULATORIOS	15%	30%	10%	0%	30%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	15%	30%	10%	0%	30%
CIRUGÍA/SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	15%	30%	10%	0%	30%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si	Si ¹	Limitado*	Si
Rx NIVEL 1	\$5	\$5	\$10	\$5	\$5
Rx NIVEL 2	\$10	\$20	\$35	\$10	\$15
Rx NIVEL 3	\$45	\$50	\$60	\$40	\$50
Rx NIVEL 4	\$65	\$75	\$100	\$65	\$65
Rx NIVEL 5	Nivel 5/6: 50%, hasta \$150 de copago	\$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 parte de la prima pagada por este plan se deposita en una cuenta de asignación, establecida para la cobertura de servicios de aborto electivo, y definida por el 45 CFR §156.280 (e)(3).

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