

2027

HealthSourceRI
WE WORK FOR YOU

Planes de reducción de costos compartidos para individuos y familias elegibles

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 deducibles, coseguros y copagos reducidos, sin costo adicional en la prima mensual. Estas reducciones se suman a los créditos fiscales que pueden ayudar a disminuir el costo de su prima.

Si califica para un plan CSR, será elegible para uno de los tres niveles de ahorro disponibles (94, 87 o 73), según sus ingresos y el tamaño de su familia. Estos números representan el porcentaje promedio de los gastos médicos cubiertos por el plan. Por ejemplo, con un plan Plata 73, el plan cubre aproximadamente el 73 % de los gastos médicos, mientras que usted es responsable del 27 % restante.

Al elegir un plan CSR, pagará la misma prima mensual que pagaría por un plan Plata estándar, pero tendrá costos más bajos en copagos, deducibles y coseguros cuando visite al médico, reciba atención hospitalaria o surta una receta médica. Los montos reducidos correspondientes a cada plan de HealthSource RI se muestran en este documento. Su elegibilidad dependerá del tamaño de su familia y de cómo sus ingresos se comparen con el Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).

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	$15,960	$23,940	$23,940	$31,920	$31,920	$39,900
2	$21,640	$32,460	$32,460	$43,280	$43,280	$54,100
3	$27,320	$40,980	$40,980	$54,640	$54,640	$68,300
4	$33,000	$49,500	$49,500	$66,000	$66,000	$82,500
5	$38,680	$58,020	$58,020	$77,360	$77,360	$96,700
6	$44,360	$66,540	$66,540	$88,720	$88,720	$110,900

Herramienta de Comparación de Planes y Ahorros de HealthSource RI

También puede utilizar nuestra renovada Herramienta de **Comparación de Planes y Ahorros** visitando **HealthSourceRI.com/Calculator** para comparar los costos de los planes y calcular sus posibles ahorros. Simplemente ingrese su edad, el tamaño de su familia y sus ingresos para encontrar, en menos de cinco minutos, el plan que mejor se adapte a sus necesidades y presupuesto.

Cuándo Inscribirse o Renovar

La Inscripción Abierta se llevará a cabo del 1 de noviembre de 2026 al 31 de enero de 2027. Después de que finalice el período de Inscripción Abierta, solo podrá inscribirse en la cobertura si experimenta un Evento de Vida Calificado. Para obtener más información, visite HealthSourceRI.com/SEP.

Fechas importantes para elegir la cobertura de salud de 2027:

1 de noviembre	¡Comienza la inscripción abierta!
23 de diciembre	Elija un plan y realice su pago 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 2027 (las tarjetas de identificación podrían retrasarse).
31 de enero	La inscripción abierta finaliza: este es su último día para inscribirse en la cobertura médica de 2027. La cobertura adquirida en enero entrará en vigencia el 1 de febrero de 2027.

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**

Llame al 1-855-840-4774

Llame al 211 para encontrar Navegadores en su área que puedan proporcionar apoyo de inscripción 1 a 1.

El seguro médico es obligatorio en Rhode Island. Inscríbase hoy para evitar una multa fiscal en el futuro.

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 vigentes a partir del 1 de noviembre de 2026. Este documento proporciona únicamente un resumen parcial de los beneficios y la cobertura, y no debe interpretarse como un contrato. La información incluida, así como todas las tarifas cotizadas, tiene fines exclusivamente informativos. Los beneficios, la cobertura y las tarifas están sujetos a cambios. Para obtener información completa sobre los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte el documento de Evidencia de Cobertura proporcionado por su compañía de seguros de salud, ya que este documento prevalece sobre cualquier otra información resumida aquí.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO):
Pagará menos si utiliza hospitales y médicos que forman parte de la red preferida del plan. Sin embargo, generalmente tiene la flexibilidad de recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red preferida, aunque esto puede resultar en costos más altos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) / Organización para el Mantenimiento de la Salud con Punto de Servicio (HMO POS)
Usted acepta recibir atención médica únicamente de proveedores que forman parte de la red del plan. En algunos planes, debe seleccionar un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), quien coordinará y administrará su atención médica.

Planes de reducción de costos compartidos 2027 para individuos y familias elegibles

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN

PLANES DE REDUCCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS (CSR):
Los planes de CSR son versiones de los planes Plata 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 Plata 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 para una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) le permite contribuir a una cuenta separada exenta de impuestos, que puede utilizarse para gastos de atención médica, como deducibles y copagos.

CÓMO OBTENER SU ATENCIÓN MÉDICA

Algunas aseguradoras ofrecen planes que incluyen una red más limitada de proveedores, seleccionados por ofrecer atención médica de alta calidad a un costo menor. Los planes varían en sus primas mensuales, costos de bolsillo por la atención recibida y en los proveedores (como médicos y hospitales) que puede visitar. La selección de proveedores incluidos en la red de un plan, así como la forma en que estos proveedores reciben pago por los servicios que prestan, ayuda a determinar cuánto pagará por su plan de seguro médico.

Al elegir un plan, debe considerar la prima mensual, los costos de bolsillo, los proveedores que prefiere visitar, los medicamentos recetados que utiliza y cualquier otra necesidad de atención médica que tenga. Todos los planes cubren los servicios de atención preventiva sin costo para usted.

MÁXIMO DE COSTOS DE BOLSILLO

Además de su prima mensual, el **monto máximo de gastos de bolsillo** es la cantidad máxima que podría tener que pagar en deducibles, copagos y coseguro durante el año de cobertura del plan.

DEDUCIBLES

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 cubrir los costos. **El monto del deducible es independiente de su prima mensual.** Los servicios sujetos al deducible varían según el plan y pueden incluir visitas médicas, estancias hospitalarias y medicamentos recetados.

COPAGOS Y COSEGURO

Los copagos son cantidades fijas en dólares que debe pagar por ciertos tipos de servicios de atención médica cada vez que los utiliza.

El coseguro es un porcentaje del costo total de ciertos tipos de servicios de atención médica que usted debe pagar. Por lo general, el coseguro se aplica después de que haya cumplido con su deducible.

El área **BLANCA** no está sujeta al deducible. Representa la cantidad fija en dólares o el porcentaje que usted paga por cada visita o servicio de atención médica, independientemente de si ha cumplido con su deducible.

El área **SOMBREADA** está sujeta al deducible. Usted paga el costo total de una visita o servicio de atención médica hasta alcanzar el monto de su deducible. Después de eso, solo paga la cantidad fija en dólares o el porcentaje indicado.

Un **Hogar Médico Centrado en el Paciente** (**PCMH**, por sus siglas en inglés) es un equipo de proveedores de atención médica que trabaja en conjunto para coordinar su atención médica. Visitar a un proveedor de un PCMH puede costar menos en ciertos planes.

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 $36,450 para un individuo o $75,000 para una familia de cuatro.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Las compañías de seguros clasifican los medicamentos recetados en diferentes categorías conocidas como niveles.

El nivel asignado a un medicamento determina cuánto pagará por su receta, como antibióticos o insulina. Comuníquese con HealthSource RI para obtener más información sobre los niveles de medicamentos recetados.

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
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)	$665	$492
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$849	$629
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,804	$1,335
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 (SUJETA A CAMBIOS)	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 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	$1,900 Individual $3,800 Familiar	$2,600 Individual $5,200 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$0 Individual $0 Familiar	$0 Individual $0 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	$0	$0
COSTOS DENTRO DE LA RED:		
ATENCIÓN PRIMARIA	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
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	$35	$15
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	$15
SERVICIOS DE EMERGENCIA	$300	20%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	20%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	20%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $5
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	$15
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	20%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	20%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	20%	20%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Si[1]
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).
[1]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 reducción de costos compartidos 2027 para individuos y familias elegibles

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	BCBSRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR94)	BlueCHiP 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)	$624	$617	$533	$459	$665
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$798	$788	$681	$587	$849
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,695	$1,674	$1,446	$1,247	$1,804
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	POS	HMO	PPO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Si	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI	Nacional
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	577 PCPs 1,565 Especialistas 385 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 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	$1,900 Individual $3,800 Familiar	$3,100 Individual $6,200 Familiar	$3,100 Individual $6,200 Familiar	$2,500 Individual $5,000 Familiar	$4,000 Individual $8,000 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	20%	$15 No PCMH $5 PCMH	$15 No PCMH $5 PCMH	15%	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: $25 No PCMH $15 PCMH
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	20%	$20	$20	15%	$40
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	20%	$75	$75	15%	$75
SERVICIOS DE EMERGENCIA	20%	10%	10%	15%	$300
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	10%	10%	15%	20%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	20%	10%	10%	15%	20%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	10%	10%	15%	20%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	20%	$15	$15	15%	$25
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	10%	10%	15%	20%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	20%	10%	10%	15%	20%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	10%	15%	20%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	20%	10%	10%	15%	20%
COBERTURA DEL ABORTO	Limitado*	Si	Si	Si	Si
Rx NIVEL 1	$0	$5	$5	$1	$10
Rx NIVEL 2	$15	$15	$15	$5	$40
Rx NIVEL 3	$50	$30	$30	$15	$80
Rx NIVEL 4	$75	$50	$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).
[1]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 reducción de costos compartidos 2027 para individuos y familias elegibles

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR87)	BlueCHiP Direct (CSR87)	BlueCHiP Direct Advance (CSR87)	Neighborhood PRIMARY CSR87 1400/2800	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)	$624	$617	$533	$492	$459
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$798	$788	$681	$629	$587
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,695	$1,674	$1,446	$1,335	$1,247
CALIFICADO PARA HSA	No	No	No	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	POS	POS	HMO	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	Si	Si	No	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Solo RI	RI Estrecho	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	577 PCPs 1,565 Especialistas 385 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 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	$3,500 Individual $7,000 Familiar	$3,500 Individual $7,000 Familiar	$3,250 Individual $6,500 Familiar	$3,250 Individual $6,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$800 Individual $1,600 Familiar	$950 Individual $1,900 Familiar	$950 Individual $1,900 Familiar	$1,400 Individual $2,800 Familiar	$900 Individual $1,800 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	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	Niveles 2, 3, 4, 5 y 6 combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	20%	$20 No PCMH $10 PCMH	$20 No PCMH $10 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: $5	15%
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	20%	$25	$25	$15	15%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	20%	$75	$75	$15	15%
SERVICIOS DE EMERGENCIA	20%	10%	10%	20%	15%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	10%	10%	20%	15%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	20%	10%	10%	20%	15%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	10%	10%	20%	15%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	20%	$20	$20	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $5	15%
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	10%	10%	$15	15%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	20%	10%	10%	20%	15%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	10%	10%	20%	15%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	20%	10%	10%	20%	15%
COBERTURA DEL ABORTO	Limitado*	Si	Si	Si[1]	Si
Rx NIVEL 1	$0	$7	$7	$5	$3
Rx NIVEL 2	$15	$25	$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).
[1]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 reducción de costos compartidos 2027 para individuos y familias elegibles

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan (CSR73)	*BlueSolutions for HSA Direct (CSR73)	BlueCHiP Direct (CSR73)	Neighborhood PRIMARY CSR73 4950/9900
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)	$665	$624	$617	$492
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$849	$798	$788	$629
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,804	$1,695	$1,674	$1,335
CALIFICADO PARA HSA	No	Si	No	No
TIPO DE PLAN (CONSULTE LAS DEFINICIONES EN LA PÁGINA 2)	PPO	PPO	POS	HMO
REFERIDO OBLIGATORIO	No	No	Si	No
AREA DE LA RED DE COBERTURA	Nacional	Nacional	Solo RI	Solo RI
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE RI (SUJETA A CAMBIOS)	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,578 PCPs 4,134 Especialistas 436 Dentistas 14 de 14 Hospitales	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 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	$9,400 Individual $18,800 Familiar	$7,500 Individual $15,000 Familiar	$8,700 Individual $17,400 Familiar	$8,430 Individual $16,860 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$5,600 Individual $11,200 Familiar	$3,200 Individual $6,400 Familiar	$4,200 Individual $8,400 Familiar	$4,950 Individual $9,000 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Nivel 5 combinado 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:				
ATENCIÓN PRIMARIA	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: $60 No PCMH $40 PCMH	20%	$30 No PCMH $20 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: $25
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	$65	20%	$60	$75
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	20%	$75	$75
SERVICIOS DE EMERGENCIA	$475	20%	10%	50%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	30%	20%	10%	50%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	30%	20%	10%	50%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	30%	20%	10%	50%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	$60	20%	$30	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $25
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	20%	10%	$75
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	30%	20%	10%	50%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	20%	10%	50%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	30%	20%	10%	50%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si[1]
Rx NIVEL 1	$10	$0	$7	$5
Rx NIVEL 2	$45	$15	$35	$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).
[1]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 reducción de costos compartidos 2027 para individuos y familias elegibles

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	BlueCHiP Direct Advance (CSR73)	Neighborhood PRIMARY CSR73 3675/7350
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)	$533	$459
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$681	$587
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,446	$1,247
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)	577 PCPs 1,565 Especialistas 385 Dentistas Hospitales de Salud de la Universidad Brown: RI Hosp.; Hasbro; Miriam; Newport; Bradley	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 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	$8,700 Individual $17,400 Familiar	$7,500 Individual $15,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$4,150 Individual $8,300 Familiar	$3,675 Individual $7,350 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:		
ATENCIÓN PRIMARIA	$40 No PCMH $20 PCMH	15%
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	$60	15%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	15%
SERVICIOS DE EMERGENCIA	10%	15%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	15%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	10%	15%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET/ RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	15%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	$40	15%
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	15%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	10%	15%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	15%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	15%
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).
[1]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.