2027

HealthSourceRI
WE WORK FOR YOU

Planes y beneficos del Mercado Individual

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

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 ley federal al 1 de octubre de 2026.*

Familias:

Familias de 2		Asistencia estatal y federal según los ingresos anuales del hogar				
Adultos (40 años)	Niños (de 0 a 14 años)	$32,000	$42,000	$60,000	$70,000	$85,000
1	1	$627	$566	$527	$407	$279
2	0	$1,255	$1,193	$779	$658	$531
Familias de 3		**Asistencia estatal y federal según los ingresos anuales del hogar**				
Adultos (40 años)	Niños (de 0 a 14 años)	$40,000	$50,000	$75,000	$85,000	$100,000
1	2	$627	$572	$789	$654	$527
2	1	$1,255	$1,200	$1,041	$906	$778
Familias de 4		**Asistencia estatal y federal según los ingresos anuales del hogar**				
Adultos (40 años)	Niños (de 0 a 14 años)	$50,000	$65,000	$90,000	$105,000	$120,000
1	3	$625	$526	$1,051	$860	$732
2	2	$1,252	$1,153	$1,303	$1,111	$984

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

Adultos Solteros:

Asistencia estatal y federal según los ingresos anuales del hogar	Edad		
	21 años	40 años	60 años
$25,000	$485	$622	$1,327
$30,000	$453	$589	$1,294
$35,000	$272	$408	$1,113
$45,000	$129	$265	$970
$55,000	$22	$159	$864
$65,000	$0	$0	$357

Ejemplo de prima del plan Silver después del crédito fiscal/subsidio estatal
$7
$39
$220
$363
$469
$491-$978

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

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.

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

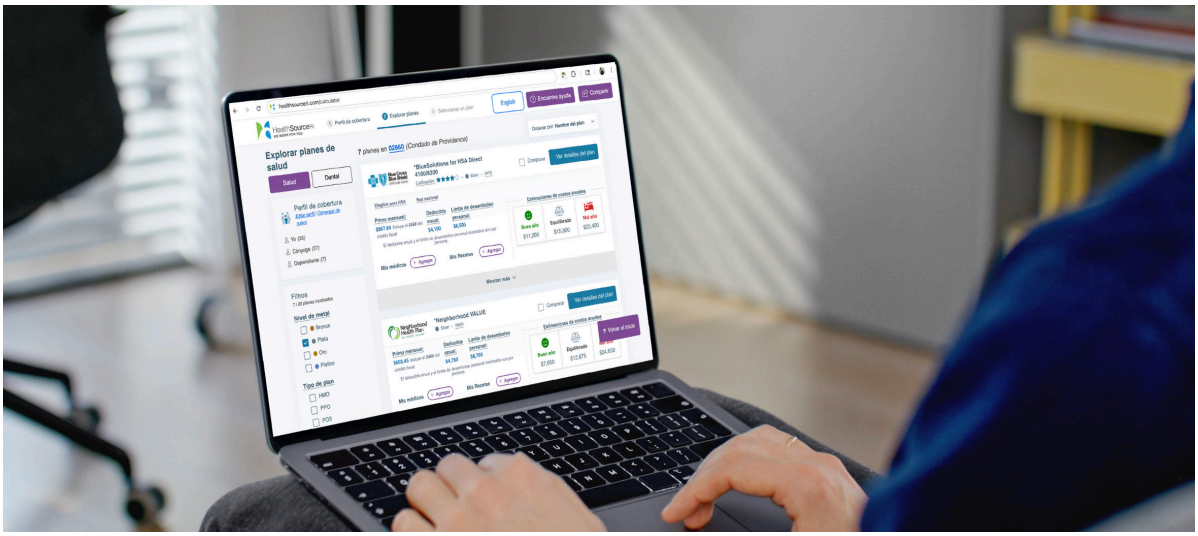
Organización de Proveedores Preferidos (PPO):
Pagará menos si utiliza hospitales y médicos que forman parte de la red preferida del plan. Sin embargo, generalmente tiene la flexibilidad de recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red preferida, aunque esto puede resultar en costos más altos.

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.

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 de Comparación de Planes y Ahorros de HealthSource RI

Puede utilizar nuestra **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

Inscripción abierta se extiende del 1 de noviembre de 2026 al 31 de enero de 2027. 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 2027:

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 2027. (Las tarjetas de identificación se podrían retrasarse).
31 de enero	La inscripción abierta finaliza: este es su último día para inscribirse para cobertura médica 2027. La cobertura adquirida en enero entrará en vigor el 1 de febrero de 2027.

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

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.

Beneficios del plan del mercado individual de 2027

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PLAN

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 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. Algunos planes asignan niveles a médicos y hospitales dentro de sus redes, y es posible que usted pague menos para ver a proveedores de determinados niveles.

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).

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 COSEGUROS

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	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan 950/1900	VantageBlue Direct Plan 1600/3200	Neighborhood PLUS 1600/3200
NIVEL METÁLICO	PLATINUM	GOLD	GOLD
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$719	$630	$451
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$919	$805	$576
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,951	$1,709	$1,223
ELEGIBLE PARA LA HSA	No	No	No
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)	1,578 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
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	$3,000 Individual $6,000 Familiar	$8,900 Individual $17,800 Familiar	$7,875 Individual $15,750 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$950 Individual $1,900 Familiar	$1,600 Individual $3,200 Familiar	$1,600 Individual $3,200 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:			
ATENCIÓN PRIMARIA	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: $25
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	$30	$45	$50
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$50	$75	$50
SERVICIOS DE EMERGENCIA	$100	$200	$400
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	0%	20%	25%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	0%	20%	25%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	0%	20%	25%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	$20	$30	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $25
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	20%	$50
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	0%	20%	25%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	0%	20%	25%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	0%	20%	25%
COBERTURA DEL ABORTO	Si[1]	Si	Si
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).

[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.

Beneficios del plan del mercado individual de 2027

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

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 2750/5500
NIVEL METÁLICO	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD	GOLD
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$603	$583	$554	$478	$442
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$770	$745	$708	$610	$565
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,635	$1,582	$1,504	$1,296	$1,199
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)	1,578 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	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	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	$7,000 Individual $14,000 Familiar	$6,000 Individual $12,000 Familiar	$6,000 Individual $12,000 Familiar	$5,725 Individual $11,450 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	$2,750 Individual $5,500 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: $30
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	$30	$40	$45	$45	$65
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	$75	$75	$75	$65
SERVICIOS DE EMERGENCIA	10%	$300	10%	10%	$400
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	10%	$300 por entrada	10%	10%	0%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	10%	0%	10%	10%	0%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	10%	$150	10%	10%	0%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	$25	$35	$35	$35	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $30
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	10%	$40	10%	10%	$65
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	10%	0%	10%	10%	0%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	10%	$300 por entrada	10%	10%	0%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	10%	0%	10%	10%	0%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si	Limitado*
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).

[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.

Beneficios del plan del mercado individual de 2027

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

COMPAÑÍA DE SEGUROS	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	BCBSRI	NHPRI
NOMBRE DEL PLAN	VantageBlue Direct Plan 6000/12000	*BlueSolutions for HSA Direct 4100/8200	BlueCHiP Direct 5000/10000	BlueCHiP Direct Advance 4950/9900	Neighborhood PRIMARY 5500/11000
NIVEL METÁLICO	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER	SILVER
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$665	$624	$617	$533	$492
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$849	$798	$788	$681	$629
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,804	$1,695	$1,674	$1,446	$1,335
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)	1,578 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	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	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	$11,400 Individual $22,800 Familiar	$8,000 Individual $16,000 Familiar	$10,400 Individual $20,800 Familiar	$10,000 Individual $20,000 Familiar	$9,750 Individual $19,500 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$6,000 Individual $12,000 Familiar	$4,100 Individual $8,200 Familiar	$5,000 Individual $10,000 Familiar	$4,950 Individual $9,900 Familiar	$5,500 Individual $11,000 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Nivel 5 combinado 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	La primera visita por enfermedad es gratuita, todas las demás visitas: $60 No PCMH $40 PCMH	20%	$30 No PCMH $20 PCMH	$45 No PCMH $25 PCMH	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: $35
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	$65	20%	$60	$60	$75
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	$75	20%	$75	$75	$75
SERVICIOS DE EMERGENCIA	$475	20%	10%	10%	50%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	30%	20%	10%	10%	50%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	30%	20%	10%	10%	50%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	30%	20%	10%	10%	50%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	$60	20%	$30	$45	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $35
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	30%	20%	10%	10%	$75
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	30%	20%	10%	10%	50%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	30%	20%	10%	10%	50%
CIRUGÍA / SERVICIOS AMBULATORIOS	30%	20%	10%	10%	50%
COBERTURA DEL ABORTO	Si	Limitado*	Si	Si	Si[1]
Rx NIVEL 1	$10	$10	$7	$7	$5
Rx NIVEL 2	$45	$30	$35	$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).

[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.

Beneficios del plan del mercado individual de 2027

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 3950/7900 HSA	BlueCHIP Direct 7100/14200	BlueSolutions for HSA Direct 6700/13400	*Neighborhood SELECT 7600/15200 HSA	Neighborhood SELECT 8000/16000 HSA
NIVEL METÁLICO	SILVER	BRONZE	BRONZE	BRONZE	BRONZE
PRIMA MENSUAL (21 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$459	$404	$382	$323	$303
PRIMA MENSUAL (40 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$587	$517	$488	$413	$388
PRIMA MENSUAL (60 AÑOS DE EDAD, ANTES DEL CRÉDITO FISCAL)	$1,247	$1,097	$1,036	$877	$823
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)	1,336 PCPs 5,501 Especialistas 503 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	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 GASTOS DE BOLSILLO (MOOP) MÉDICO + MEDICAMENTO	$7,650 Individual $15,300 Familiar	$12,000 Individual $24,000 Familiar	$8,500 Individual $17,000 Familiar	$8,100 Individual $16,200 Familiar	$10,000 Individual $20,000 Familiar
DEDUCIBLE - MÉDICO	$3,950 Individual $7,900 Familiar	$7,100 Individual $14,200 Familiar	$6,700 Individual $13,400 Familiar	$7,600 Individual $15,200 Familiar	$8,000 Individual $16,000 Familiar
DEDUCIBLE - FARMACÉUTICO	Combinados con servicios médicos	Niveles 3, 4 y 5 combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos	Combinados con servicios médicos
COSTOS DENTRO DE LA RED:					
ATENCIÓN PRIMARIA	20%	$45 No PCMH $35 PCMH	10%	0%	Las dos primeras visitas por enfermedad son gratuitas, todas las demás visitas: $25
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA	20%	30%	10%	0%	40%
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	$0	$0	$0	$0	$0
ATENCIÓN DE URGENCIA	20%	$75	10%	0%	40%
SERVICIOS DE EMERGENCIA	20%	30%	10%	0%	40%
HOSPITAL PARA PACIENTES INGRESADOS	20%	30%	10%	0%	40%
RADIOGRAFÍAS Y OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGEN	20%	30%	10%	0%	40%
IMÁGENES DE GAMA ALTA: CT / PET / RESONANCIA MAGNÉTICA	20%	30%	10%	0%	40%
VISITAS AL CONSULTORIO PARA SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS	20%	$0	10%	0%	Las dos primeras visitas son gratuitas, todas las demás visitas: $25
TERAPIA DEL HABLA / OCUPACIONAL / FÍSICA, REHABILITACIÓN AMBULATORIA	20%	30%	10%	0%	40%
SERVICIOS DE LABORATORIO, AMBULATORIOS	20%	30%	10%	0%	40%
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	20%	30%	10%	0%	40%
CIRUGÍA / SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	20%	30%	10%	0%	40%
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).

[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.