



SERVICIOS DENTALES

- Servicios dentales de rutina para adultos y niños
- Examen dental (inicial, periódicos y emergencias)
- Sellantes de fisura
- Limpieza de cada seis meses
- Radiografías (bitewings y periapicals) un par de cada tres años
- Extracciones sencillas y empastaduras (30% Oro, 20% Platino)

Servicios dentales preventivos \$0.00 copago

SERVICIOS PREVENTIVOS

Estas cubiertas incluyen todos los servicios preventivos cubiertos por la Ley Federal ACA (Affordable Care Act).

Servicios Preventivos \$ 0.00

Nota: Este Folleto representa un resumen de los beneficios y las condiciones de las Cubiertas Oro y Platino de Ryder Health Plan, Inc. Existen una serie de limitaciones y exclusiones generales que no se representan en este folleto. Su propósito es de carácter informativo únicamente. Su contenido esta sujeto a las disposiciones de las Cubiertas.

TARIFAS

| Edad | Oro | Platino | Edad | Oro | Platino |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 0-20 | 58.39 | 66.56 | 44 | 128.47 | 146.44 |
| 21-24 | 91.96 | 104.82 | 45 | 132.79 | 151.37 |
| 25 | 92.33 | 105.24 | 46 | 137.94 | 157.24 |
| 26 | 94.17 | 107.34 | 47 | 143.73 | 163.84 |
| 27 | 96.37 | 109.86 | 48 | 150.35 | 171.39 |
| 28 | 99.96 | 113.94 | 49 | 156.88 | 178.83 |
| 29 | 102.90 | 117.30 | 50 | 164.24 | 187.22 |
| 30 | 104.37 | 118.98 | 51 | 171.50 | 195.50 |
| 31 | 106.58 | 121.49 | 52 | 179.50 | 204.62 |
| 32 | 108.79 | 124.01 | 53 | 187.60 | 213.84 |
| 33 | 110.17 | 125.58 | 54 | 196.33 | 223.80 |
| 34 | 111.64 | 127.26 | 55 | 205.07 | 233.76 |
| 35 | 112.37 | 128.10 | 56 | 214.54 | 244.56 |
| 36 | 113.11 | 128.93 | 57 | 224.10 | 255.46 |
| 37 | 113.84 | 129.77 | 58 | 234.31 | 267.09 |
| 38 | 114.58 | 130.61 | 59 | 239.37 | 272.86 |
| 39 | 116.05 | 132.29 | 60 | 249.58 | 284.49 |
| 40 | 117.52 | 133.97 | 61 | 258.40 | 294.56 |
| 41 | 119.73 | 136.48 | 62 | 264.20 | 301.16 |
| 42 | 121.85 | 138.89 | 63 | 271.46 | 309.44 |
| 43 | 124.79 | 142.25 | 64/más | 275.88 | 314.47 |

FECHA DE VIGENCIA EFECTIVA 1 DE ENERO DE 2024.



RYDER HEALTH PLAN, INC.

 353 Ave Font Martelo Suite 1,
Humacao, PR 00791

 info@planryder.org

 (787) 988-7910 | (787) 852-0846



RYDER HEALTH PLAN, INC.



Ryder Directo | Oro Y Platino
Folleto Informativo **2024**

www.planryder.org

SERVICIOS ESENCIALES (EHB)

- Servicios ambulatorios
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos
- Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas
- Servicios de laboratorios, Rayos X y pruebas diagnósticas
- Servicios pediátricos
- Medicamentos recetados
- Servicios de habilitación y rehabilitación
- Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas
- Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento estatal o federal, será incluido en cubierta luego de la aprobación de la ley.

SERVICIOS FARMACIA

Esta cubierta de farmacia incluye genéricos, bioequivalentes, marca preferida, marca no preferida, medicamentos especializados marca preferida y medicamentos especializados marca no preferida. Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta.



FARMACIA

| | Oro N1/N2 | Platino N1/N2 |
|---------------------------------|------------------|------------------|
| Gen Bioequivalente | \$10/\$20 | \$5/\$10 |
| Gen Bioequivalente No Preferido | 20%/20% | 10%/10% |
| Marca Preferida | \$40/\$40 | \$25/\$50 |
| Marca No Preferida | \$40/\$40 | \$30/\$30 |
| Especializados | | |
| Marca Preferida | \$60/\$60 | \$50/\$50 |
| Especializados | | |
| Marca No Preferida | \$40/\$40 | \$30/\$30 |

Topo de Farmacia \$1,000,00 luego pagará 60% coaseguro en todos los medicamentos cubiertos, según formulario.

EN PLAN RYDER, TE CUIDAMOS.



COPAGOS Y COASEGUROS

| | Oro N1/N2 | Platino N1/N2 |
|--|--------------------|--------------------|
| Hospitalización | \$300/\$400 | \$100/\$200 |
| Hospitalización por Condiciones mentales | \$300/\$400 | \$100/\$200 |
| Hospitalización por Abuso de sustancias | \$300/\$400 | \$100/\$200 |

SERVICIOS AMBULATORIOS

| | Oro N1/N2 | Platino N1/N2 |
|---------------------|------------------|------------------|
| Generalista | \$15/\$20 | \$5/\$10 |
| Especialista | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Sub-especialista | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Siquiatra | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Sicólogo | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Audiólogo | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Podiatra | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Optómetra | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Quiropráctico | \$20/\$25 | \$15/\$25 |
| Cirugía Amb | 55%/55% | 30%/30% |
| Rayos X | 55%/55% | 30%/30% |
| Laboratorios | 55%/55% | 30%/30% |
| Imaging MRA | 55%/55% | 30%/30% |
| Imaging MRI & CT | 55%/55% | 30%/30% |
| Sonogramas | 60%/60% | 40%/40% |
| EEG | 25%/30% | 25%/25% |
| Pruebas de alergias | \$10/\$10 | \$10/\$10 |
| Endoscopias | 30%/50% | 25%/40% |
| Vacunas | \$0/\$0 | \$0/\$0 |
| Sala de emergencias | \$100/\$150 | \$50/\$75 |

Nota: Copagos y coaseguros mostrados en este folleto, aplican al Nivel 1 de las Cubiertas Oro y Platino, pues son servicios brindados en el Hospital Ryder Memorial, Inc. El Nivel 2 de las Cubiertas aplica cuando los servicios son fuera de las facilidades del Hospital por Proveedores contratados. Para la información completa de ambas cubiertas, puede acceder nuestra página web www.planryder.org.