



AMPLÍA TU CUBIERTA DENTAL

CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA

Individual **\$7.93** Pareja **\$15.85** Familia **\$23.78**

Servicios Preventivos	0%	0%
Servicios Diagnósticos	0%	0%
Servicios Restaurativos	20%	20%
Servicios de Endodoncia	40%	40%
Servicios de Periodoncia	40%	40%

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

Servicios Preventivos \$ 0.00

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

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. El propósito es de carácter informativo únicamente. Su contenido está sujeto a las disposiciones de las Cubiertas.

TARIFAS

Edad	Oro	Platino	Edad	Oro	Platino
0-20	61.98	70.20	44	136.36	154.44
21-24	97.61	110.55	45	140.95	159.64
25	98.00	110.99	46	146.42	165.83
26	99.95	113.21	47	152.57	172.79
27	102.30	115.86	48	159.59	180.75
28	106.10	120.17	49	166.52	188.60
29	109.23	123.71	50	174.33	197.45
30	110.79	125.48	51	182.04	206.18
31	113.13	128.13	52	190.54	215.80
32	115.47	130.78	53	199.13	225.53
33	116.94	132.44	54	208.40	236.03
34	118.50	134.21	55	217.67	246.53
35	119.28	135.09	56	227.73	257.92
36	120.06	135.98	57	237.88	269.42
37	120.84	136.86	58	248.71	281.69
38	121.62	137.75	59	254.08	287.77
39	123.19	139.52	60	264.92	300.04
40	124.75	141.29	61	274.29	310.65
41	127.09	143.94	62	280.44	317.62
42	129.33	146.48	63	288.15	326.35
43	132.46	150.02	64/más	292.83	331.66

FECHA DE VIGENCIA EFECTIVA 1 DE ENERO DE 2025.



RYDER HEALTH PLAN, INC.

📍 353 Ave Font Martelo Suite 1,
Humacao, PR 00791

✉ info@planryder.org

☎ (787) 988-7910 | (787) 852-0846
Libre de cargos 1(833) 757-9337



RYDER HEALTH PLAN, INC.



Ryder Directo | Oro Y Platino
Folleto Informativo **2025**

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	\$10/\$20	\$5/\$10
Marca Preferida	40%/40%	\$25/\$50
Marca No Preferida	40%/40%	20%/20%
Especializados Marca Preferida	70%/70%	20%/20%
Especializados Marca No Preferida	70%/70%	20%/20%

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	\$0/\$400	\$0/\$200
Hospitalización por Condiciones mentales	\$300/\$400	\$50/\$200
Hospitalización por abuso de sustancias	\$300/\$400	\$50/\$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	25%/40%	0%/10%
Rayos X	25%/40%	0%/10%
Laboratorios	25%/40%	0%/10%
Imaging MRA	25%/40%	10%/20%
Imaging MRI & CT	25%/40%	10%/20%
Sonogramas	25%/40%	10%/20%
EEG	25%/40%	25%/25%
Pruebas de alergias	\$10/\$10	\$10/\$10
Endoscopias	25%/40%	10%/20%
Vacunas	\$0/\$0	\$0/\$0
Sala de emergencias	\$100/\$150	\$25/\$75

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