



AMPLÍA TUS SERVICIOS CON LA CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA

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

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

Coaseguros aplican tanto en Nivel 1 como en Nivel 2.
Beneficio Máximo Anual de \$1,000.00 por persona cubierta.

EN PLAN RYDER TE CUIDAMOS, DENTRO Y FUERA DE PUERTO RICO

SEGURO DE VIAJE INTERNACIONAL

**SIN COSTO ADICIONAL*

Cobertura de Emergencia hasta \$10,000 por persona.

Este servicio incluye:

- Consultas Médicas
- Servicios Dentales
- Medicamentos
- Hospitalización
- Traslados Médicos
- Otros Servicios
- No Médicos



Asistencia 24/7 a través
de Redbridge Insurance
Company.

(787) 710-7080
1 (800) 353-7926

TARIFAS

Edad	Oro	Platino	Edad	Oro	Platino
0-20	63.91	72.34	44	140.61	159.15
21-24	100.65	113.92	45	145.34	164.50
25	101.05	114.38	46	150.98	170.88
26	103.07	116.65	47	157.32	178.06
27	105.48	119.39	48	164.56	186.26
28	109.41	123.83	49	171.71	194.35
29	112.63	127.48	50	179.76	203.46
30	114.24	129.30	51	187.71	212.46
31	116.65	132.03	52	196.47	222.37
32	119.07	134.77	53	205.33	232.40
33	120.58	136.48	54	214.89	243.22
34	122.19	138.30	55	224.45	254.04
35	122.99	139.21	56	234.82	265.78
36	123.80	140.12	57	245.28	277.62
37	124.61	141.03	58	256.46	290.27
38	125.41	141.94	59	261.99	296.53
39	127.02	143.77	60	273.16	309.18
40	128.63	145.59	61	282.83	320.12
41	131.05	148.32	62	289.17	327.29
42	133.36	150.94	63	297.12	336.29
43	136.58	154.59	64/más	301.95	341.76

FECHA DE VIGENCIA DESDE EL 1 DE ENERO DE 2026.



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 2026

**FOLLETO
INFORMATIVO**

WWW.PLANRYDER.ORG

¿QUÉ BENEFICIOS OBTIENES AL SUSCRIBIRTE EN PLAN RYDER?

El Plan Ryder ofrece una cubierta médica completa, tanto para ti y tu familia, que garantiza acceso a servicios esenciales para el bienestar físico y mental de sus afiliados.

La misma incluye una variedad de servicios, tales como: servicios ambulatorios, de emergencia, hospitalización, maternidad, salud mental, laboratorio, Rayos X, pediatría, medicamentos recetados, rehabilitación y servicios preventivos y manejo de condiciones crónicas.

Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio requerido por ley o reglamento estatal o federal será añadido a la cubierta tras su aprobación, garantizando cumplimiento y protección continua al suscriptor.

TRANSPORTE NO EMERGENTE

**SIN COSTO ADICIONAL*

- Servicio disponible en todos los pueblos de Puerto Rico.
- Traslados seguros a las facilidades que necesites, como hospitales, laboratorios, farmacias y más.
- Servicio disponible hasta 6 transportes por suscriptor al año.
- Requiere coordinación previa para autorizar el servicio.

¡COMUNÍCATE CON NOSOTROS PARA ASISTIRTE EN TODO EL PROCESO!



SERVICIOS INSTITUCIONALES

	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
Skilled Nursing Facility	\$300/\$400	\$200/\$300

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
Psicólogo	\$20/\$25	\$15/\$25
Audiólogo	\$20/\$25	\$15/\$25
Podiatra	\$20/\$25	\$15/\$25
Optómetra	\$20/\$25	\$15/\$25
Quiropráctico	\$20/\$25	\$15/\$25
Nutricionista	\$7/\$7	\$7/\$7
Rayos X	25%/40%	0%/10%
Laboratorio	25%/40%	0%/10%
Sonogramas	25%/40%	10%/20%
Imaging MRA, MRI, CT	25%/40%	10%/20%
Medicina Nuclear	25%/40%	10%/20%
Endoscopias	25%/40%	10%/20%
Cirugía Ambulatoria	25%/40%	0%/10%
Vacunas	\$0/\$0	\$0/\$0
Telemedicina	Cubierto	Cubierto
Sala de Emergencias	\$100/\$150	\$25/\$75

Nota: Los copagos y coaseguros mostrados en este folleto que aplican al Nivel 1 de las Cubiertas Oro y Platino, son servicios brindados en el Hospital Ryder Memorial, Inc en Humacao, PR. El Nivel 2 de las Cubiertas aplica cuando los servicios son fuera de las instalaciones del Hospital por proveedores contratados.

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.

Para la información completa de ambas cubiertas, puede acceder nuestra página web: www.planryder.org.

CUBIERTA DE MEDICAMENTOS



Este beneficio se basa en una Lista de Medicamentos, la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica.

	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%

Tope de Farmacia \$1,000.00 luego pagará 60% coaseguro en todos los medicamentos cubiertos, según formulario.

CUBIERTA DENTAL BÁSICA

- Servicios dentales de rutina para adultos y niños.
- Examen dental: Inicial, periódicos y emergencias.
- Sellantes de fisura.
- Limpieza de cada seis meses.
- Aplicación de Fluoruro: Hasta los 19 años de edad.
- Radiografías (bitewings y periapicales): Limitado a un par de cada tres años.

PREVENCIÓN PARA ADULTOS, MUJERES Y NIÑOS

SERVICIOS PREVENTIVOS \$ 0.00 COPAGO

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