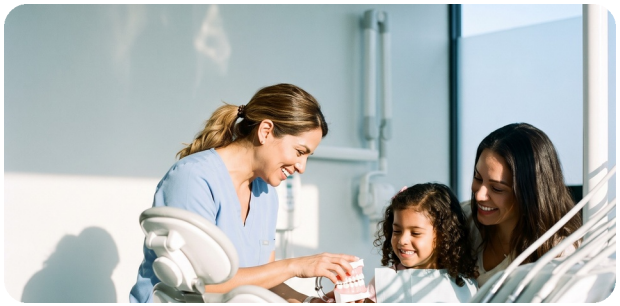


AMPLÍA TUS SERVICIOS CON LA

CUBIERTA DENTAL EXTENDIDA

INDIVIDUAL	PAREJA	FAMILIA
$7.93	$15.85	$23.78

Servicio	Coaseguro
Servicios preventivos	0%
Servicios diagnósticos	0%
Servicios restaurativos	20%
Servicios de endodoncia	40%
Servicios de periodoncia	40%
Servicios de cirugía oral	40%

Igual para las cubiertas Platino, Oro y Plata.
Los coaseguros aplican tanto en el Nivel 1 como en el Nivel 2.

SEGURO DE VIAJE INTERNACIONAL

Sin costo adicional · Te cuidamos dentro y fuera de Puerto Rico

Cobertura de emergencia de hasta **$10,000 por persona**.



- Consultas médicas
- Servicios dentales
- Medicamentos
- Hospitalización
- Traslados médicos
- Otros servicios no médicos

Asistencia 24/7 a través de Redbridge Insurance Company
Teléfono: (787) 710-7080 · 1 (800) 353-7926
WhatsApp: +1 (786) 653-3717
Email: travelcostumerservicepr@redbridge.cc

Disponible en: Platino ✓ Oro ✓ Plata ✓

TARIFAS 2027 POR EDAD

Edad	Platino	Oro	Plata	Edad	Platino	Oro	Plata
0-20	66.28	61.06	54.77	44	145.82	134.34	120.49
21-24	104.38	96.16	86.25	45	150.73	138.86	124.55
25	104.80	96.55	86.60	46	156.58	144.24	129.38
26	106.89	98.47	88.32	47	163.15	150.30	134.81
27	109.39	100.78	90.39	48	170.67	157.23	141.02
28	113.47	104.53	93.76	49	178.08	164.05	147.14
29	116.81	107.61	96.52	50	186.43	171.75	154.05
30	118.48	109.15	97.90	51	194.68	179.34	160.86
31	120.98	111.45	99.97	52	203.76	187.71	168.36
32	123.49	113.76	102.04	53	212.94	196.17	175.95
33	125.05	115.20	103.33	54	222.86	205.31	184.15
34	126.72	116.74	104.71	55	232.78	214.44	192.34
35	127.56	117.51	105.40	56	243.53	224.35	201.22
36	128.39	118.28	106.09	57	254.38	234.35	210.19
37	129.23	119.05	106.78	58	265.97	245.02	219.77
38	130.06	119.82	107.47	59	271.71	250.31	224.51
39	131.73	121.36	108.85	60	283.30	260.99	234.09
40	133.40	122.90	110.23	61	293.32	270.22	242.37
41	135.91	125.20	112.30	62	299.90	276.28	247.80
42	138.31	127.42	114.28	63	308.14	283.87	254.61
43	141.65	130.49	117.04	64+	313.15	288.49	258.75

Fecha de vigencia: 1/1/2027 - 12/31/2027

RYDER HEALTH PLAN, INC.

www.planryder.org

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.



CUBIERTA INDIVIDUAL

RYDER DIRECTO

Platino · Oro · Plata · Nueva

2027

FOLLETO INFORMATIVO

WWW.PLANRYDER.ORG

PLAN RYDER

¿QUÉ BENEFICIOS OBTIENES?

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

Incluye servicios ambulatorios, de emergencia, hospitalización, maternidad, salud mental, laboratorio, rayos X, pediatría, medicamentos recetados, habilitación y rehabilitación. También abarca 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, para garantizar el cumplimiento y la protección continua del suscriptor.

SERVICIOS INSTITUCIONALES

	Platino N1/N2	Oro N1/N2	Plata N1/N2
Hospitalización	$100/$200	$300/$400	$400/$500
Hospitalización por condiciones mentales	$100/$200	$300/$400	$400/$500
Skilled Nursing Facility	$200/$300	$300/$400	$300/$400
Sala de emergencias	$25/$75	$100/$150	$100/$150

TRANSPORTE NO EMERGENTE

Sin costo adicional

- Disponible en todos los pueblos de Puerto Rico.
- Traslados seguros a hospitales, laboratorios, farmacias y otras facilidades.
- Hasta 6 transportes por suscriptor al año.
- Requiere coordinación previa para autorizar el servicio.



Disponible en: Platino ✓ Oro ✓ Plata ✓

¡Comunícate con nosotros para asistirte en todo el proceso!

SERVICIOS AMBULATORIOS

	Platino N1/N2	Oro N1/N2	Plata N1/N2
Generalista	$5/$10	$15/$20	$15/$20
Especialista	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Subespecialista	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Psiquiatra	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Psicólogo	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Audiólogo	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Podiatra	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Optómetra	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Quiropráctico	$15/$25	$20/$25	$20/$25
Nutricionista	$7/$7	$7/$7	$7/$7
Rayos X	0%/10%	25%/40%	40%/65%
Laboratorio	0%/10%	25%/40%	40%/65%
Sonogramas	10%/20%	25%/40%	40%/65%
Imaging MRA	10%/20%	25%/40%	40%/65%
Imaging MRI y CT	10%/20%	25%/40%	40%/65%
Medicina nuclear	10%/20%	25%/40%	40%/65%
EEG	10%/20%	25%/40%	40%/65%
Endoscopias	10%/20%	25%/40%	40%/65%
Pruebas de alergias	10%/10%	25%/40%	40%/65%
Cirugía ambulatoria	10%/20%	25%/40%	40%/65%
Vacunas	$0/$0	$0/$0	$0/$0
Telemedicina	Copago según especialidad		

Nota: Los copagos y coaseguros mostrados en este folleto que aplican al Nivel 1 (N1) de las cubiertas Platino, Oro y Plata corresponden a servicios brindados en el Hospital Ryder Memorial, Inc., en Humacao, PR. El Nivel 2 (N2) aplica cuando los servicios se reciben fuera de las instalaciones del Hospital, a través de proveedores contratados.

Este folleto representa un resumen de los beneficios y las condiciones de las cubiertas Platino, Oro y Plata de Ryder Health Plan, Inc. Existe una serie de limitaciones y exclusiones generales que no se presentan en este folleto. Su propósito es únicamente informativo y su contenido está sujeto a las disposiciones de las cubiertas.

Para la información completa de las cubiertas, visita nuestra página web: **www.planryder.org**.

CUBIERTA DE MEDICAMENTOS

Este beneficio se basa en una Lista de Medicamentos aprobada por el Comité de Farmacia y Terapéutica.

	Platino N1/N2	Oro N1/N2	Plata N1/N2
Genérico bioequivalente preferido	$5/$10	$10/$20	$15/$25
Genérico bioequivalente no preferido	$5/$10	$10/$20	$15/$25
Marca preferida	$25/$50	40%/40%	40%/70%
Marca no preferida	20%/20%	40%/40%	40%/70%
Especializados marca preferida	20%/20%	70%/70%	70%/80%
Especializados marca no preferida	20%/20%	70%/70%	70%/80%

Tope de farmacia: $1,000; luego, pagará un 60 % de coaseguro en todos los medicamentos cubiertos, según el formulario.

Deducible de farmacia: Oro $100 y Plata $125. Platino no tiene deducible.

CUBIERTA DENTAL BÁSICA

- Servicios dentales de rutina para adultos y niños.
- Examen dental: inicial, periódicos y de emergencia.
- Sellantes de fisuras.
- Limpieza cada seis meses.
- Aplicación de fluoruro: hasta los 19 años de edad.
- Radiografías (bitewings y periapicales): limitado a un par cada tres años.

Disponible en: Platino ✓ Oro ✓ Plata ✓

PREVENCIÓN PARA ADULTOS, MUJERES Y NIÑOS

Servicios preventivos: $0.00 de copago

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

