RYDER HEALTH PLAN, INC.

CUBIERTA DE EMPLEADOS
HOSPITAL RYDER
HUMACAO, PR

¡TU RED CRECE &
TU TARIFA SE MANTIENE!

RENOVACIÓN EFECTIVA:
1 DE MARZO DE 2026

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.

Con Ryder Health Plan, Inc. ahora cuentas con nuevos proveedores en la red:

Dentistas
Psiquiatras
Quiroprácticos
Nutricionistas
Oftalmologos
Centros de Vacunación
Farmacias en todo PR
y más...

Estamos comprometidos a brindarte más alternativas para tu salud, mayor acceso a servicios esenciales y así obtengas un cuidado integral para ti y tu familia.

TARIFA CUBIERTA BÁSICA, FARMACIA, DENTAL Y VISIÓN				
Categoría	**Costo del Plan Mensual**	**Aportación Patronal Mensual**	**Aportación Empleado Mensual**	**Aportación Empleado Bisemanal**
Individual	$177.00	$150.00	$27.00	$13.50
Pareja	$265.00	$150.00	$115.00	$57.50
Familia	$477.00	$150.00	$327.00	$163.50

Más libertad, más acceso, más ahorro para ti.

Con este modelo de plan, no necesitas referido de tu médico primario para atenderte con médicos especialistas y subespecialistas dentro de la Red POS. Disfruta de acceso directo y libre selección a tu médico personal, especialistas, subespecialistas y demás proveedores dentro de la red. Cuando utilizas servicios en Nivel 1 (servicios dentro de las facilidades del Hospital Ryder) tus copagos y coaseguros son más bajos que en el Nivel 2 (servicios fuera de las facilidades del hospital).

Elige comodidad, acceso rápido y beneficios reales para tu salud.

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

BENEFICIOS	NIVEL 1	NIVEL 2
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		
• Habitación semiprivada	$50.00 Copago	$200.00 Copago
• Hospitalización por condiciones mentales (Incluye détox y tratamiento residencial)	$50.00 Copago	$200.00 Copago
• Hospitalización Parcial Incluyendo Salud Mental	$50.00 Copago	$100.00 Copago
• Hospitalización por desorden de abuso de sustancias (Incluye détox y tratamiento residencial)	$50.00 Copago	$200.00 Copago
SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA		
• Servicios en Sala de Emergencia /Urgencia, Accidente o Trauma	$10.00 Copago	$75.00 Copago
• Servicios en Estados Unidos	40% coaseguro	40% coaseguro
• Servicios de Emergencia en EU	40% coaseguro	40% coaseguro
SERVICIOS AMBULATORIOS		
• Generalistas	$5.00 Copago	$10.00 Copago
• Especialistas	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Sub-Especialista	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Siquiatra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Sicólogo	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Audiólogo	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Podiatra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Optómetra	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Quiropráctico	$15.00 Copago	$25.00 Copago
• Terapia de Grupo	50% Coaseguro	50% Coaseguro
• Visitas Colaterales	50% Coaseguro	50% Coaseguro
• Centros de Cirugía Ambulatorias	$50 Copago	$150 Copago
• Telemedicina, según especialidad médica.	$10 Copago	$10 Copago
• Rayos-X, laboratorios clínicos	20% Coaseguro	40% Coaseguro
• Imaging MRA – Cubierto, Sin límite	25% Coaseguro	50% Coaseguro
• Imaging Pet & Pet/CT. Uno por año contrato	25% Coaseguro	50% Coaseguro
• Imaging MRI & CT. Uno por región anatómica, por año contrato	25% Coaseguro	50% Coaseguro
• Reconstrucción de seno	25% Coaseguro	50% Coaseguro
• Mamografía, Mamografías Digitales, Sonomamografías no preventivas	20% Coaseguro	40% Coaseguro
• Sonogramas	20% Coaseguro	40% Coaseguro
• Electroencefalogramas	25% Coaseguro	50% Coaseguro
• Pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivas, no invasivas	25% Coaseguro	50% Coaseguro
• Quimioterapia en todas sus modalidades (inyectable, oral, intratecales, intravenoso)	20% Coaseguro	40% Coaseguro
• Radioterapia y cobalto	20% Coaseguro	40% Coaseguro
• Inyecciones intraarticulares. Hasta 2 inyecciones diarias, 12 por año contrato, por suscriptor.	$10.00 Copago	$12.00 Copago
• Manipulaciones de Quiropráctico	$10.00 Copago	$12.00 Copago

BENEFICIOS	NIVEL 1	NIVEL 2
SERVICIOS DE FARMACIA		
• Genérico Bioequivalente Preferido – Tier 1	$5.00 Copago	$10.00 Copago
• Genérico Bioequivalente No Preferido – Tier 2	$10.00 Copago	$10.00 Copago
• Marca Preferida – Tier 3	20% Coaseguro	25% Coaseguro
• Marca No Preferida – Tier 4	30% Coaseguro	35% Coaseguro
• Medicamentos Especializados - Marca Preferida – Tier 5	30% Coaseguro	35% Coaseguro
• Medicamentos Especializados - Marca No Preferida – Tier 6	40% Coaseguro	45% Coaseguro
• Medicamentos Especializados Biotecnológicos – Tier 6	50% Coaseguro	55% coaseguro
Tope de $1,200.00, luego pagará 60% coaseguro.		
SERVICIOS DENTALES		
• Servicios Preventivos	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Examen dental (inicial, periódicos y de emergencia)	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Limpiezas por contrato (cada seis meses)	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Radiografías (bitewings y peripicals) no más de un par cada tres (3) años	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Aplicaciones de fluoruro cubiertas a suscriptores menores de 19 años.	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Root canal solo para dientes anterior y posterior.	30% Coaseguro	40% Coaseguro
• Restaurativo	20% Coaseguro	40% Coaseguro
VISIÓN		
• Refracción	$10.00 Copago	$15.00 Copago
• Espejuelos para suscriptores hasta los 21 años, un par por año contrato.	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Un aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopio de lentes sencillos o dobles) para suscriptores hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero no tienen ceguera total.	0% Coaseguro	0% Coaseguro
• Beneficios de espejuelos por reembolso hasta $150.00 para adultos	Reembolso	Reembolso
TRASPLANTE DE ÓRGANOS		
• Trasplantes de piel, hueso y cornea.	0% Coaseguro	0% Coaseguro

¿LISTO PARA SUSCRIBIRTE?

Comunícate con el Departamento de Recursos Humanos

y recibe orientación hoy mismo.