

## RYDER HEALTH PLAN, INC.

	Cubierta Metálica	Cubierta Metálica
	Nivel 1	Nivel 2
	Nombre del Plan	Nombre del Plan
	RYDER DIRECTO ORO	RYDER DIRECTO ORO
<b>Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)</b>		
<b>Deducible Anual para Beneficios Médicos</b>		
-Individual	0.00	0.00
-Familiar	0.00	0.00
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados Especializados, Biotecnológicos y Marca No Preferida</b>		
-Individual	100.00	100.00
-Familiar	100.00	100.00
<b>Deducible Anual para Medicamentos Recetados Genérico, Bioequivalente o Marca Preferida</b>		
-Individual	0.00	0.00
-Familiar	0.00	0.00
<b>Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)</b>		
-Individual	\$ 6,350.00	\$ 6,350.00
-Familiar	\$ 12,700.00	\$ 12,700.00
<b>Beneficios Esenciales de Salud</b>		
<b>Servicios de Emergencia</b>		
-Accidente	\$100.00 de copago	\$150.00 de copago
-Enfermedad	\$100.00 de copago	\$150.00 de copago
<b>Hospitalización</b>		
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$100.00 de copago	\$100.00 de copago
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$300.00 de copago	\$400.00 de copago
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$300.00 de copago	\$400.00 de copago
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	55% coaseguro	55% coaseguro
-Asistencia Quirúrgica	No cubierto	No cubierto
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
-Generalista	\$15.00 copago	\$20.00 copago
-Especialista	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Sub-Especialista	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Siquiatría	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Sicólogo	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Podiatría	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Quiropráctico	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Audiólogo	\$20.00 copago	\$25.00 copago
-Óptica	\$20.00 copago	\$25.00 copago
Centro de cirugía ambulatoria	55% coaseguro	55% coaseguro
Servicio quirúrgicos ambulatorios en Hospital	55% coaseguro	55% coaseguro
Servicio quirúrgicos ambulatorios en Centro Ambulatorio	55% coaseguro	55% coaseguro
Servicio quirúrgicos ambulatorios en Oficina Médica	55% coaseguro	55% coaseguro
-Procedimientos Endoscópicos	30% coaseguro	50% coaseguro
<b>Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero</b>		
-Terapia Física	\$15.00 copago	\$30.00 copago
-Terapia Respiratoria	\$10.00 copago	\$12.00 copago
-Cuidado de Salud en el Hogar	50% coaseguro	50% coaseguro
-Equipo Médico Duradero	50% coaseguro	50% coaseguro
-Manipulaciones de Quiropráctico	\$12.00 copago	\$15.00 copago
<b>Salud Mental</b>		
-Terapia de Grupo	50% coaseguro	50% coaseguro
-Visitas Colaterales	50% coaseguro	50% coaseguro
<b>Farmacia</b>		
<b>Beneficio inicial de \$0-\$1,000.00, copago o coaseguro descrito a continuación. De \$1,001.00 en adelante, aplicará 60% coaseguro.</b>		
-Genérico Bioequivalente Preferido	\$10.00 copago	\$20.00 copago
-Genérico Bioequivalente No Preferido	\$20.00 copago	\$20.00 copago
-Marca Preferida	40% coaseguro	40% coaseguro
-Marca No Preferida	40% coaseguro	40% coaseguro
Especializados Marca Preferida	\$60.00 copago	\$60.00 copago
Especializados Marca no preferido	40% coaseguro	40% coaseguro
Especializados Biotecnológicos	40% coaseguro	40% coaseguro

-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubierto	No cubierto
<b>Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)</b>		
-Generico Bioequivalente	N/A	N/A
-Marca Preferida	N/A	N/A
-Marca No Preferida	N/A	N/A
-Productos Especializados	N/A	N/A
<b>Servicios de Laboratorios y Rayos X</b>		
-Laboratorio	55% coaseguro	55% coaseguro
-Rayos X	55% coaseguro	55% coaseguro
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	55% coaseguro	55% coaseguro
Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías no preventivas.	50% coaseguro	60% coaseguro
<b>Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas</b>		
-Servicios Preventivos	0.00	0.00
Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías	0.00	0.00
-Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	0.00	0.00
-Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	50% coaseguro	50% coaseguro
<b>Servicios de Visión Pediátrica</b>		
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0.00	0.00
<b>Otros Servicios Cubiertos</b>		
Examen de Refracción (adultos y niños)	\$10.00 copago	\$15.00 copago
Ambulancia Aerea en Puerto Rico	20% coaseguro	20% coaseguro
Servicios de Emergencia en EU	El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.	El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.	El suscriptor será responsable de pagar la diferencia entre las tarifas usuales y acostumbradas del área geográfica donde se ofreció el servicio y el cargo establecido por el proveedor no contratado en los Estados Unidos de América en adición, al coaseguro.
<b>Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida</b>		
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	20% coaseguro	20% coaseguro
<b>Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios</b>		
Nutricionista	\$7.00 copago	\$7.00 copago
<b>Cubierta Dental</b>		
-Diagnostico y Preventivo	0.00	0.00
Extracciones sencillas con anestesia local y obturaciones (empastaduras)	30% coaseguro	30% coaseguro