

RYDER HEALTH PLAN, INC.

	Cubierta Metálica	Cubierta Metálica
	Nivel 1	Nivel 2
	Nombre del Plan	Nombre del Plan
	RYDER DIRECTO PLATINO	RYDER DIRECTO PLATINO
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)		
Deducible Anual para Beneficios Médicos		
-Individual	0.00	0.00
-Familiar	0.00	0.00
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Especializados, Biotecnológicos y Marca No Preferida		
-Individual	0.00	0.00
-Familiar	0.00	0.00
Deducible Anual para Medicamentos Recetados Generico, Bioequivalente o Marca Preferida		
-Individual	0.00	0.00
-Familiar	0.00	0.00
Gasto Maximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Medicos y Medicamentos Recetados (Combinados)		
-Individual	\$ 6,350.00	\$ 6,350.00
-Familiar	\$ 12,700.00	\$ 12,700.00
Beneficios Esenciales de Salud		
Servicios de Emergencia		
-Accidente	\$50.00 de copago	\$75.00 de copago
-Enfermedad	\$50.00 de copago	\$75.00 de copago
Hospitalización		
-Parcial incluyendo Salud Mental	\$50.00 de copago	\$100.00 de copago
-Completa con Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00 de copago	\$200.00 de copago
-Completa sin Pre-Autorización (incluyendo Salud Mental)	\$100.00 de copago	\$200.00 de copago
-Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	30% coaseguro	30% coaseguro
-Asistencia Quirúrgica	No cubierto	No cubierto
Servicios Ambulatorios		
-Generalista	\$5.00 copago	\$10.00 copago
-Especialista	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Sub-Especialista	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Siquiatría	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Sicólogo	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Podiatría	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Quiropráctico	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Audiólogo	\$15.00 copago	\$25.00 copago
-Optómetra	\$15.00 copago	\$25.00 copago
Centro de cirugía ambulatoria	30% coaseguro	30% coaseguro
Servicio quirúrgicos ambulatorios en Hospital	30% coaseguro	30% coaseguro
Servicio quirúrgicos ambulatorios en Centro Ambulatorio	30% coaseguro	30% coaseguro
Servicio quirúrgicos ambulatorios en Oficina Médica	30% coaseguro	30% coaseguro
-Procedimientos Endoscópicos	25% coaseguro	40% coaseguro
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero		
-Terapia Física	\$10.00 copago	\$10.00 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	\$10.00 copago	\$12.00 copago

Salud Mental		
-Terapia de Grupo	50% coaseguro	50% coaseguro
-Visitas Colaterales	50% coaseguro	50% coaseguro
Farmacia		
Beneficio inicial de \$0-\$1,000.00, copago o coaseguro descrito a continuación. De \$1,001.00 en adelante, aplicará 60% coaseguro.		
-Generico Bioequivalente	\$5.00 copago	\$10.00 copago
-Generico Bioequivalente No Preferido	\$10.00 copago	\$10.00 copago
-Marca Preferida	\$25.00 copago	\$50.00 copago
-Marca No Preferida	30% coaseguro	30% coaseguro
Especializados Marca Preferida	\$50.00 copago	\$50.00 copago
Especializados Marca no preferida	30% coaseguro	30% coaseguro
Especializados Biotecnologicos	30% coaseguro	30% coaseguro
-Medicamentos Fuera del Recetario (OTC)	No cubierto	No cubierto
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica)		
-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
Servicios de Laboratorios y Rayos X		
-Laboratorio	30% coaseguro	30% coaseguro
-Rayos X	30% coaseguro	30% coaseguro
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT (1 por año)	30% coaseguro	30% coaseguro
Mamografía, Mamografías Digitales, Mamografías de Resonancia Magnética y Sonomamografías	40% coaseguro	50% coaseguro
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas		
-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
Servicios de Visión Pediátrica		
Visión Pediátrica (Lentes de Corrección Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	0.00	0.00
Otros Servicios Cubiertos		
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.
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida		
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	20% coaseguro	20% coaseguro
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios		
Nutricionista	\$7.00 copago	\$7.00 copago
Cubierta Dental		
-Diagnostico y Preventivo	0.00	0.00
Extracciones sencillas con anestesia local y obturaciones (empastaduras)	20% coaseguro	20% coaseguro