



# Plan de Salud Ryder

*Empleados y Pensionados Gubernamental 2017*

*¡Ingresa ahora!*

Este es el momento de **RENOVAR O INGRESAR** al Plan de Salud Ryder. Con los beneficios que te ofrece la institución Hospitalaria con más servicios y más completa del Área Este.

## TARIFAS RYDER HEALTH PLAN 2017

ORO	PLATA	BRONCE	RUBÍ
-----	-------	--------	------

TARIFAS CON DENTAL				
Individual	\$190.00	\$175.00	\$160.00	\$125.00
Pareja	\$350.00	\$340.00	\$305.00	\$245.00
Familiar	\$480.00	\$450.00	\$415.00	\$350.00

DEPENDIENTE OPCIONAL ( Menor 65 años sin A y B de Medicare )				
	\$470.00	\$440.00	\$400.00	\$325.00

TARIFA COMPLEMENTARIO CON A Y B MEDICARE				
Individual	N/A	N/A	N/A	180.00

**353 AVE. FONT MARTELO SUITE 1, HUMACAO, PR 00791**

**TEL.: (787) 852-0846 / FAX: (787) 850-4863**

**[WWW.PLANRYDER.COM](http://WWW.PLANRYDER.COM)**

**Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-12277**

# TABLA COMPARATIVA DE COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES

## RYDER HEALTH PLAN, INC.

PRODUCTOS	ORO	PLATA	BRONCE	RUBI		
<b>COPAGOS Y COASEGUROS</b>						
<b>SERVICIOS MEDICOS</b>						<b>EN RYDER</b>
Médico Generalista	\$8.00	\$10.00	\$10.00	\$12.00	\$8.00	
Especialista	\$10.00	\$15.00	\$18.00	\$18.00	\$10.00	
Sub-Especialista	\$15.00	\$15.00	\$18.00	\$20.00	\$15.00	
Laboratorios	30% coaseguro	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro	30% coaseguro	
Rayos-X	30% coaseguro	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro	30% coaseguro	
Vacunación	\$0	\$0	\$0	\$0		
<b>DENTAL</b>						
Límite Anual	\$1,000.00 (Per Member)	\$1,000.00 (Per Member)	\$500.00 (Per Member)	\$500.00 (Per Member)		
<b>SALA DE EMERGENCIA</b>						
Enfermedad Aguda	\$40.00	\$50.00	\$75.00	\$100.00	\$50.00	
Traumática / Accidente	\$0	\$0	\$0	\$0		
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>						
Quiropráctico	\$10.00	\$10.00	\$10.00	\$10.00		
<b>SERVICIO EN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD</b>						
Hospitalización	\$75.00	\$100.00	\$150.00	\$250.00	\$75.00	
Cirugía Ambulatoria	\$75.00	\$100.00	\$150.00	\$250.00	\$75.00	
Hospitalización Psiquiátrica	\$75.00	\$100.00	\$150.00	\$250.00	\$75.00	
<b>FARMACIA</b>						
Beneficio Anual	\$2,000.00, luego 40% coaseguro	\$1,750.00, luego 40% coaseguro	\$1,200.00, luego 40% coaseguro	\$1,000.00, luego 50% coaseguro		
Genérico	Farmacia Preferida	10% / mínimo \$5.00	\$5.00	\$10.00	10% / mínimo \$10.00	
	Farmacia No Preferida	15% / mínimo \$10.00	\$10.00	\$15.00	\$15.00	
Marca Preferida	Farmacia Preferida	10% / mínimo \$12.00	15% / mínimo \$15.00	20% / mínimo \$20.00	35% / mínimo \$20.00	
	Farmacia No Preferida	15% / mínimo \$15.00	20% / mínimo \$20.00	25% / mínimo \$25.00	40% / mínimo \$25.00	
Marca No Preferida	Farmacia Preferida	15% / mínimo \$20.00	25% / mínimo \$25.00	30% / mínimo \$30.00	35% / mínimo \$30.00	
	Farmacia No Preferida	20% / mínimo \$25.00	30% / mínimo \$30.00	35% / mínimo \$35.00	50% / mínimo \$35.00	
Biotechológicos	30% máximo \$200.00	30% máximo \$200.00	30% máximo \$200.00	30% máximo \$200.00		
<b>TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR</b>	\$400.00 Máximo de beneficios en todas las cubiertas					