RESUMEN DE BENEFICIOS 2027

1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Este Resumen de Beneficios contiene información de la siguiente cubierta de Triple-S Salud:

Triple-S Óptimo PSHB

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No muestra todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la **Evidencia de Cubierta** visitando nuestra página de internet www.ssspr.com/postal o llame a 1-833-201-9256. Los usuarios de TTY deben llamar al número gratuito 1-866-215-1999. Estamos abiertos de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. (AST), sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. (AST), domingos de 11:00 a.m. a 5:00 p.m. (AST).

Para afiliarte en Triple-S Óptimo PSHB, debes:

- Ser asegurado de Triple-S Salud
- Estar inscrito en Medicare A y/o B
- Vivir en Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de EE. UU.

Debe usar las farmacias de nuestra red para recibir cubierta. Puede ver una lista completa de farmacias en www.ssspr.com/postal.

Para conocer más sobre Triple-S Óptimo PSHB, llama al 1-833-201-9256. Los usuarios de TTY deben llamar al número gratuito 1-866-215-1999. Estamos abiertos de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. (AST), sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. (AST), domingos de 11:00 a.m. a 5:00 p.m. (AST). También puede visitar nuestra página de internet www.ssspr.com/postal.

Primas y beneficios	Triple-S Óptimo PSHB
Prima mensual	Su cubierta es provista a través de un contrato con su patrono actual o pasado o unión. Por favor comuníquese con el administrador de beneficios de su patrono o unión para información sobre su prima mensual.
Deducible	Este plan no tiene deducible

S2135 TS PSHB SUMB807 Los beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D bajo el *plan Triple-S Optimo PSHB están patrocinados por Blue Cross Blue Shield Association bajo su contrato de Medicare S2135*

Etapa 1: Etapa de Cubierta Inicial

Lo que paga hasta que el costo total de los medicamentos que le han recetado alcanza los $2,400.

Farmacia minorista dentro de la red	
Nivel 1 – Genéricos	$2.00 hasta un suplido de 30 días $4.00 por un suplido de 90 días
Nivel 2 – Marca preferida	$20.00 hasta un suplido de 30 días $40.00 por un suplido de 90 días
Nivel 3 – Marca no preferida	20% | Máximo: $125 hasta un suplido de 30 días 20% | Máximo: $375 por un suplido de 90 días
Nivel 4 – Medicamentos especializados	25% | Máximo: $200 hasta un suplido de 30 días

Farmacia de servicio por correo	
Nivel 1 – Genéricos	$4.00 por un suplido de hasta 90 días
Nivel 2 – Marca preferida	$40.00 por un suplido de hasta 90 días
Nivel 3 – Marca no preferida	20% | Máximo: $375 por un suplido de hasta 90 días

Etapa 2: Etapa de Cubierta Catastrófica

Usted entra en la Etapa de Cubierta Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $2,400.01 para el año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada.