



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC), lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, usted puede acceder a [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llamar al (787) 774-6060. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-981-3241 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	No Aplica	No tendrá que pagar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos, pero un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coaseguro</a> puede aplicar.
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Sí. Bajo la cubierta de Gastos Médicos Mayores - \$50 Individual / \$150 Familia. No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.	Usted debe pagar los costos por estos servicios hasta alcanzar la cantidad del <a href="#">deducible</a> , antes que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de desembolso máximo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Por los servicios médico-hospitalarios y medicamentos prestados por <a href="#">proveedores dentro de la red</a> - \$5,000 Individual / \$10,000 Familia.	El <a href="#">límite a los gastos máximos del desembolso</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos máximo del desembolso</a> hasta que se haya alcanzado el límite de gastos generales de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , pagos por servicios no cubiertos por el <a href="#">plan</a> , pagos por beneficios no esenciales, <a href="#">copagos</a> / <a href="#">coaseguros</a> por servicios prestados por <a href="#">proveedores fuera de la red</a> y penalidades por no obtener una <a href="#">precertificación</a> para servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

(DT - OMB número control: 1545-0047/Fecha Expiración: 12/31/2019) (DOL - OMB número control: 1210-0147/Fecha Expiración:5/31/2022) (HHS - OMB número control: 0938-1146/Fecha Expiración: 10/31/2022)

<p>¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a>?</p>	<p>Sí. Acceda <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> o llame al <b>1-800-981-3241</b> para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a>.</p>	<p>Este <a href="#">plan</a> utiliza <a href="#">proveedores dentro de la red</a>. Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a>, y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga (<a href="#">facturación del saldo</a>). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.</p>
<p>¿Necesita un <a href="#">referido</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a>.</p>



Todos los [copagos](#) y el [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<p><b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b></p>	<p>Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión</p>	<p>\$10 <a href="#">copago</a> / visita</p>	<p>20% <a href="#">coaseguro</a>, cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a></p>	<p>-----ninguna-----</p>
	<p>Consulta con un <a href="#">especialista</a> / subespecialista</p>	<p>\$15 <a href="#">copago</a> / <a href="#">especialista</a> \$15 <a href="#">copago</a> / subespecialista</p>	<p>20% <a href="#">coaseguro</a>, cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a></p>	<p>-----ninguna-----</p>
	<p><a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a></p>	<p>Nada para servicios preventivos por Ley Federal Nada por otras inmunizaciones Nada por la vacuna para el virus sincitial respiratorio.</p>	<p>20% <a href="#">coaseguro</a>, cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a></p>	<p>Vacuna para el virus sincitial respiratorio requiere <a href="#">precertificación</a> del plan. Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique que pagará su <a href="#">plan</a> por estos servicios.</p>

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	25% <a href="#">coaseguro</a> laboratorios y radiología 10% <a href="#">coaseguro</a> / pruebas diagnósticas	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% <a href="#">coaseguro</a>	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año contrato sujeto a <a href="#">precertificación</a> .
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a> .	Medicamentos genéricos	\$2 <a href="#">copago</a> / \$6 <a href="#">copago</a> por correo	Cubre farmacias sólo en Estados Unidos. Triple-S reembolsará al asegurado el 75% de la tarifa establecida para una farmacia de la red luego de descontar el <a href="#">copago</a> y/o <a href="#">coaseguro</a> aplicable.	Aplican las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos como primera opción.</li> <li>• Hasta 30 días al detal y 90 días de suplido o por correo para algunos medicamentos de mantenimiento.</li> <li>• <a href="#">Productos especializados</a> no están disponibles para envío por correo.</li> <li>• Algunos medicamentos requieren <a href="#">precertificación</a> del <a href="#">plan</a>.</li> </ul>
	Medicamentos de marca	20% mínimo \$4 <a href="#">copago</a> / \$12 <a href="#">copago</a> por correo		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	20% mínimo \$50 máximo \$100 <a href="#">copago</a>		
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Nada / visita	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	-----ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Nada	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	\$50 <a href="#">copago</a> enfermedad / Nada por accidente / visita	\$50 <a href="#">copago</a> enfermedad / Nada por accidente / visita	Nada si es recomendado por <i>Teleconsulta</i> . Pueden aplicar <a href="#">coaseguros</a> por <a href="#">pruebas diagnósticas</a> no rutinarias que no sean rayos-x.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Hasta \$80 / viaje	Hasta \$80 / viaje	Cubierto a través de reembolso.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Ver atención en la sala de emergencias	Ver atención en la sala de emergencias	Pueden aplicar coaseguros por <a href="#">pruebas diagnósticas</a> no rutinarias que no sean rayos-x.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	Los servicios provistos fuera de Puerto Rico estarán cubiertos hasta 40 visitas por año.
	Tarifas del médico/cirujano	Nada, excepto litotricia y pruebas cardiovasculares invasivas	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	Litotricia requiere <a href="#">precertificación</a> .
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$5 <a href="#">copago</a> / terapia de grupo \$15 <a href="#">copago</a> / visita psiquiatra o psicólogo \$10 <a href="#">copago</a> / visitas colaterales	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	-----ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión \$50 <a href="#">copago</a> / admisión parcial	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	-----ninguna-----
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$10 <a href="#">copago</a> / visita	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	Costos compartidos no aplican para los servicios preventivos. Cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos a través del resumen de beneficios y cobertura (ej. ultrasonidos)
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Nada	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$150 <a href="#">copago</a> / admisión	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	25% <a href="#">coaseguro</a>	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% <a href="#">coaseguro</a>	Hasta 40 visitas por año contrato para terapias físicas, ocupacionales y del habla. Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$5 <a href="#">copago</a> / terapias físicas	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	Hasta 40 terapias físicas por año contrato. Quiroprácticos cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación	Ver servicios de rehabilitación
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Nada	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios	Hasta 120 días por año, por asegurado. Los servicios provistos fuera de Puerto Rico estarán cubiertos hasta 40 visitas por año, por persona asegurada. Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	25% <a href="#">coaseguro</a>	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios, sujeto a 25% <a href="#">coaseguro</a>	Requiere <a href="#">precertificación</a> del plan.
	<a href="#">Servicios de un programa de cuidados paliativos</a>	Cubierto a través de Manejo de Caso, sujeto a una <a href="#">precertificación</a> .	No se cubre	-----ninguna-----

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen vista para niños	10% <a href="#">coaseguro</a>	20% <a href="#">coaseguro</a> , cubierto por reembolso, luego del <a href="#">deducible inicial</a>	Hasta un (1) examen de refracción por año contrato, por persona participante.
	Anteojos para niños	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios	Cubierto por reembolso o asignación de beneficios	Cubierto a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores hasta \$100 cada 2 años para montura y lentes de contactos. Este beneficio no aplica para la acumulación del <a href="#">límite de desembolso en efectivo</a> .
	Control dental para niños	Nada	No cubierto	Cubierto bajo la cubierta dental hasta una (1) revisión cada seis (6) meses.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía cosmética
- Cuidado prolongado
- Enfermeras privadas
- Programas de pérdida de peso
- Servicios que no sean de emergencia fuera de Estados Unidos

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura (cubierto a través de Triple-S Natural)
- Aparatos auditivos (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)
- Cirugía bariátrica sujeto a precertificación del plan
- Cuidado dental
- Cuidado rutinario del pie
- Cuidado visual
- Tratamiento de infertilidad (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)
- Visitas al quiropráctico (cubiertos a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o visite [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o llame al 787-774-6060 o al número gratuito 1-800-981-3241.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

Si usted no tuviera [Cobertura Esencial Mínima](#) por un mes, tendrá que hacer un pago al presentar su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través de una cobertura de seguro individual.

### Servicio de acceso a idiomas: Spanish (Español):

Para obtener asistencia en Español, llame al 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 787-774-6060 or toll free 1-800-981-3241.

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialistas</a>	\$15
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$150
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coaseguro</a>	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$600</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialistas</a>	\$15
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$150
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$50
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coaseguro</a>	\$800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,050</b>

**Fractura simple de Mía**  
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">Especialistas</a>	\$15
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$150
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$50
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coaseguro</a>	\$80
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$430</b>