




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, Accolade al **1-844-287-3859** o visite el sitio web de BlueCross BlueShield of Illinois en www.bcbsil.com/statefarm. 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 a 1-844-287-3859 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$500 individuo \$1,000 familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos por el deducible que paguen todos los miembros de la familia cumpla con el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios están cubiertos antes de que cumpla su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea el resumen de la descripción del plan (<i>SPD</i> , por sus siglas en inglés) para una lista de servicios preventivos cubiertos bajo la sección titulada "Atención Preventiva."
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$100 por cada visita a la sala de emergencias y \$100 por cada hospitalización del paciente no notificada. No existen otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Servicios médicos: Para proveedores participantes en una <i>PPO</i> : \$1,500 individuo / \$3,000 familia; Para proveedores no participantes en una <i>PPO</i> , \$3,000 individuo / \$6,000 familia	El límite de gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directos del bolsillo hasta que el límite general de gastos directos del bolsillo de la familia se haya cumplido.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Los "otros" deducibles, coseguro de Proveedores no participantes en una <i>PPO</i> para atención preventiva, en gastos de su propio bolsillo para	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	medicamentos con receta, primas, cargos de saldo facturado ni atención médica que este plan no cubra.	
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.bcbsil.com/statefarm o llame al 1-844-287-3859 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. El plan se refiere a los proveedores dentro de la red como "Proveedores en una PPO" ("PPO-Providers") y a los proveedores fuera de la red como "Proveedores no participantes en una PPO" ("Non-PPO Providers").
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) 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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	10% coseguro	40% coseguro	Todos los servicios que califiquen proporcionados por Proveedores <i>Non-PPO</i> , están sujetos a asignaciones Usuales y Habituales (<i>U&C</i> o <i>UCR</i> , por sus siglas en inglés). Los cargos que sobrepasen las asignaciones <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Consulta con un especialista	10% coseguro	40% coseguro	Vea lo anterior con respecto a asignaciones <i>U&C</i> .
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	40% coseguro	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego revise lo que su plan pagará. Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza (Apéndice B), en www.statefarmbenefits.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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . Los cargos que sobrepasen las asignaciones <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% coseguro	40% coseguro	Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	10% coseguro	40% coseguro	Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo . Se requiere autorización previa para la obtención de imágenes.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza (Apéndice B), en www.statefarmbenefits.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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. La compañía de seguros de los Medicamentos de receta es CVS Caremark.</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en incluyendo listas de todos los medicamentos utilizados por el plan, en www.caremark.com (se requiere registrarse como miembro para tener acceso a su información de beneficios personalizada) o por teléfono al 1-800-388-2058.</p>	Medicamentos genéricos	Al por menor: 20% de seguro compartido con un mínimo de \$10.00/máximo de \$25.00 Por correo: 20% de seguro compartido con un mínimo de \$20.00/máximo de \$50.00	El reembolso se basará en el precio promedio del medicamento al por mayor y otros factores, menos 20% del seguro compartido.	El máximo al por menor es un suministro de 30 días; El máximo por correo es un suministro de 90 días; Usted puede usar una CVS/farmacia en lugar de ordenar por correo los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días).
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: 30% de seguro compartido con un mínimo de \$10.00/máximo de \$50.00 Por correo: 30% de seguro compartido con un mínimo de \$20.00/máximo de 100.00	El reembolso se basará en el precio promedio del medicamento al por mayor y otros factores, menos 30% del seguro compartido.	El máximo al por menor es un suministro de 30 días; El máximo por correo es un suministro de 90 días; Usted puede usar una CVS/farmacia en lugar de ordenar por correo los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días).
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 50% de seguro compartido con un mínimo de \$10.00/máximo de \$75.00 Por correo: 50% de seguro compartido con un mínimo de 20.00/máximo de \$150.00	El reembolso se basará en el precio promedio del medicamento al por mayor y otros factores, menos 50% de seguro compartido.	El máximo al por menor es un suministro de 30 días; El máximo por correo es un suministro de 90 días; Usted puede usar una CVS/farmacia en lugar de ordenar por correo los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días). Puede requerir el uso de medicamentos genéricos o de marca preferida antes de elegibilidad. Algunos medicamentos de marca no preferidos requieren una autorización previa o el costo del miembro es de 100%.
	Medicamentos de especialidad	Para más detalles, comuníquese con CVS Caremark	Para más detalles, comuníquese con CVS Caremark	Se requiere autorización previa para todos los medicamentos especializados. Puede requerir el uso de medicamentos especiales preferidos antes del uso de medicamentos especiales no preferidos.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza (Apéndice B), en www.statefarmbenefits.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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro	40% coseguro	Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Tarifas del médico/cirujano	10% coseguro	40% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	10% coseguro	10% coseguro	\$100 por cada visita a la sala de emergencias. Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Transporte médico de emergencia	10% coseguro	10% coseguro	
	Atención de urgencia	10% coseguro	40% coseguro	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% coseguro	40% coseguro	Se requiere un aviso antes de la admisión o se aplica un cargo de \$100. Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Tarifas del médico/cirujano	10% coseguro	40% coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	10% coseguro	40% coseguro	Vea lo anterior con respecto a asignaciones <i>U&C</i> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% coseguro	40% coseguro	Se requiere un aviso antes de la admisión o se aplica un cargo de \$100. Las asignaciones <i>U&C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&C</i> no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% coseguro	40% coseguro	Los costos compartidos no aplican a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, el coseguro podría aplicar. La atención perinatal puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). Se requiere una notificación de admisión previa para estancias de pacientes internos o se aplica un cargo de \$100. Vea lo anterior con respecto a asignaciones <i>U&C</i> .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10% coseguro	40% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% coseguro	40% coseguro	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza (Apéndice B), en www.statefarmbenefits.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 el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	10% coseguro	40% coseguro	Se requiere autorización previa. El beneficio máximo es de \$8,500 por año. Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Servicios de rehabilitación	10% coseguro	40% coseguro	Un máximo de 100 visitas por año combinadas para terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.
	Servicios de habilitación	10% coseguro	40% coseguro	
	Atención de enfermería especializada	10% coseguro	40% coseguro	Cobertura de hasta 100 días de internación durante cada Período de beneficios de instalaciones con enfermería especializada (<i>Skilled Nursing Facility Benefit Period</i>) como lo define el plan . Se requiere un aviso antes de la admisión. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.
	Equipo médico duradero	10% coseguro	40% coseguro	Excluye modificaciones a una vivienda, vehículo u otra propiedad personal, equipo o programas de ejercicio. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	10% coseguro	40% coseguro	Se requiere autorización previa. Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	40% coseguro	Para calificar debe ser parte de un examen pediátrico preventivo. Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los límites de gastos directos del bolsillo .
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Control dental para niños	Sin cargo	40% coseguro	Para calificar debe ser parte de un examen pediátrico preventivo. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza (Apéndice B), en www.statefarmbenefits.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](#)).

<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Cirugía cosmética	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado dental (adulto)• Audífonos• Cuidado a largo plazo	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de la vista (adulto)• Cuidado rutinario de los pies	<ul style="list-style-type: none">• Programas para bajar de peso - Sin embargo, el control de la pérdida de peso y los medicamentos contra la obesidad serán elegibles siempre que se obtenga la preautorización antes de la dispensación del medicamento
---	---	--	---

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

<ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico (30 visitas por año)	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de infertilidad (únicamente aquellos servicios para diagnosticar y tratar la infertilidad; la cobertura no incluye cargos como resultado de o incurridos en relación con la fertilización in vitro u otras formas de inseminación artificial.)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de no emergencia al viajar fuera de los EE.UU.• Servicio de enfermería particular (limitado a un beneficio máximo de 40 visitas por año cuando es recetado por un médico)
--	---	---

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 de los Empleados (*Employee Benefits Security Administration*) del Departamento de Trabajo (*Department of Labor*) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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: BlueCross BlueShield of Illinois al 1-800-538-8833 para reclamos dicos, y CVS Caremark al 1-800-388-2058 para reclamos de medicamentos recetados. Además, el Departamento de Seguros de Illinois (*Illinois Department of Insurance - IL DOI*, por sus siglas en inglés) puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el *IL DOI* al 1-866-445-5364 o por correo a: Illinois Department of Insurance, 320 W. Washington Street, Springfield, IL 62767.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

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](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al [insertar número de teléfono].]

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [insertar número de teléfono].]

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza (Apéndice B), en www.statefarmbenefits.com.

Nota:

El Plan grupal médico de Organización de proveedores preferidos de State Farm para Agentes de los Estados Unidos es un “plan médico protegido por derechos adquiridos” bajo la Ley de protección al paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Patient Protection and Affordable Care Act*) [la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*the Affordable Care Act*)]. Ser un plan médico protegido por derechos adquiridos significa que el plan podría no incluir ciertas protecciones de consumidores de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que aplican a otros planes, pero debe cumplir con otras protecciones de consumidores de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Preguntas acerca de cuáles protecciones aplican y cuáles no aplican a un plan médico protegido por derechos adquiridos y qué podría causar que un plan pierda su estado de plan médico protegido por derechos adquiridos, pueden ser dirigidas al Centro de beneficios (*Benefits Center*) de State Farm al 1-866-935-4015. También puede llamar a la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Esta página web tiene un cuadro que resume cuáles protecciones aplican y cuáles no aplican a planes médicos protegidos por derechos adquiridos.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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 deducible general del plan	\$500
■ Especialistas coseguro	10%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	10%
■ Otros coseguro	10%

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*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$0
Coseguro (medicamentos recetados;\$60)	\$1,060
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es ^	\$1,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialistas coseguro	10%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	10%
■ Otros coseguro	10%

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*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$0
Coseguro (medicamentos recetados;\$1300)	\$1,370
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es ^	\$1,890

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialistas coseguro	10%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	10%
■ Otros coseguro	10%

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*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles*	\$600
Copagos	\$0
Coseguro	\$220
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$820

*Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. El ejemplo de una fractura simple incluye un cargo de \$100 por cada visita a la sala de emergencias. Ver la sección anterior "¿Hay otros deducibles por servicios específicos?". ^ Los gastos del bolsillo para la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuenta hacia el límite de gastos directos del bolsillo. Ver la sección anterior "¿Qué no incluye el límite de gastos directos del bolsillo?".

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.