



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, contact us at www.WSIAWbenefits.org or by calling 925-398-7046. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.cciio.cms.gov or call 1-925-398-7046 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the chart starting on page 2 for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	No	There's no limit on how much you could pay during a coverage period for your share of the cost of covered services.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	This plan has no out-of-pocket limit .	Not applicable because there's no out-of-pocket limit on your expenses.
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. For a list of WSIAW HP network providers , please contact WorkCare at 800-455-6155, ext. 2201.	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Not applicable	The plan does not cover any services provided by specialists.

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	Not Covered	Not Covered	None
	Specialist visit	Not Covered	Not Covered	None
	Preventive care/screening/immunization	No Charge	Not Covered	You may have to pay for services that are preventive or not specified as covered as follows: The specified contents of covered medical exams include a complete medical history and a physical exam. If you are age 20-39, you may receive an exam every 3 years. If you are age 40-49, you may receive an exam every 2 years. If you are age 50 or older, you may receive an exam every year.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No Charge	Not Covered	The specified contents of covered medical exams include chest x-rays, spirometry, blood chemistry including HDL cholesterol, complete blood count, urinalysis, visual acuity, and an audiogram. If you are over 50, the plan also covers resting electrocardiogram and Prostatic Specific Antigen.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No Charge	Not Covered	Chest CT Scans in lieu of the basic examination may be approved under the plan.
If you need drugs to treat your illness or condition	Generic drugs (Tier 1)	Not Covered	Not Covered	None
	Preferred brand drugs (Tier 2)	Not Covered	Not Covered	
	Non-preferred brand drugs (Tier 3)	Not Covered	Not Covered	
	Specialty drugs (Tier 4)	Not Covered	Not Covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	Not Covered	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	Not Covered	Not Covered	None
If you need immediate	Emergency room care	Not Covered	Not Covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
medical attention	Emergency medical transportation	Not Covered	Not Covered	None
	Urgent care	Not Covered	Not Covered	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	Not Covered	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	Not Covered	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Not Covered	Not Covered	None
	Inpatient services	Not Covered	Not Covered	None
If you are pregnant	Office visits	Not Covered	Not Covered	None
	Childbirth/delivery professional services	Not Covered	Not Covered	None
	Childbirth/delivery facility services	Not Covered	Not Covered	None
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	Not Covered	Not Covered	None
	Rehabilitation services	Not Covered	Not Covered	None
	Habilitation services	Not Covered	Not Covered	None
	Skilled nursing care	Not Covered	Not Covered	None
	Durable medical equipment	Not Covered	Not Covered	None
	Hospice services	Not Covered	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not Covered	Not Covered	None
	Children's glasses	Not Covered	Not Covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|
| • Acupuncture | • Hearing Aids | • Prescription Drug Coverage |
| • Bariatric Surgery | • Hospitalization | • Prenatal Care |
| • Chiropractic Care | • Infertility Treatment | • Private Duty Nursing |
| • Cosmetic Surgery | • Long Term Care | • Routine eye care |
| • Dental Care | • Mental Health | • Routine Foot Care |
| • Emergency Care | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. | • Weight Loss Programs |
| • Exams that are not pre-approved | | |

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- None

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3273 or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or <http://www.cciio.cms.gov>. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Plan Administrator at 7180 Koll Center Parkway, Suite 200, Pleasanton, CA 94566 or 925-398-7046. You may also contact the Department of Labor, Employee Benefits Security Administrator at 1-866-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? No, this plan or policy does not provide minimum essential coverage.

Minimum Essential Coverage generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet Minimum Value Standards? No, this health coverage does not meet the minimum value standard for the benefits it provides.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 925-398-7046.

—————To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.—————

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$0
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,800
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$12,800
The total Peg would pay is	\$12,800

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$0
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$7,400
The total Joe would pay is	\$7,400

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$0
■ Hospital (facility) coinsurance	0%
■ Other coinsurance	0%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$1,900
The total Mia would pay is	\$1,900

Note: These example conditions are not covered by this plan, so the patient pays 100%.

The [plan](#) would not be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



Este documento sobre el resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudara a elegir un [plan](#) de salud. El resumen le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visítenos en www.WSIAWbenefits.org o llame al 925-398-7046. Para ver definiciones generales de los términos comunes, tales como la [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), o cualquier otro término subrayado consulte el glosario. Puede encontrar el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-925-398-7046 para solicitar una copia.

Preguntas importantes:	Respuestas:	La razón por la que esto importa:
En general, ¿cuánto es el deducible ?	\$0	Consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer los costes de los servicios que cubre este plan.
¿Existen servicios cubiertos antes de cumplir con el deducible ?	No.	No tiene que pagar deducibles por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Existen algunos otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que satisfacer deducibles por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos por servicios que cubre este plan.
¿Cuál es el límite de desembolso de este plan ?	No	No hay límite en la cantidad que podría pagar durante un periodo de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso directo ?	Este plan no tiene límite de desembolso directo .	No se aplica porque no hay límite de desembolso directo para sus gastos.
¿Paga usted menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red WSIW HP, póngase en contacto con WorkCare llamando al 800-455-6155, ext. 2201.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si recurre a un proveedor de la red del plan. Pagará más si recurre a un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesito una derivación para consultar a un especialista ?	No aplica.	El plan no cubre los servicios prestados por especialistas.



Todos los costes de [copago](#) y [coaseguro](#) que aparecen en esta tabla son después de haber alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Pagaría lo máximo)	
Si consulta a un proveedor médico en su consultorio o clínica	Consulta con su doctor de cabecera para tratar una lesión o enfermedad	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Consulta con especialista	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Atención preventiva/análisis /vacunación	Ningún cobro.	No cubre.	Es posible que tenga que pagar por los servicios preventivos o no especificados como <u>cubiertos de la siguiente manera:</u> El contenido especificado de los exámenes médicos cubiertos incluye una historia clínica completa y un examen físico. Si tiene entre 20 y 39 años, puede recibir un examen cada 3 años. Si tiene entre 40 y 49 años, puede recibir un examen cada 2 años. Si tiene 50 o más, puede someterse a un examen anual.
Si tiene un examen	Examen diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Ningún cobro.	No cubre.	Los contenidos especificados de los exámenes médicos cubiertos incluyen radiografías de tórax, espirometría, química sanguínea, incluido el colesterol HDL, hemograma completo, análisis de orina, agudeza visual y un audiograma. Si tiene más de 50, el plan cubre también el electrocardiograma en reposo y el antígeno prostático específico.
	Imagen médica (CT/PET scans, MRIs)	Ningún cobro.	No cubre.	La tomografía computarizada de tórax en lugar del examen básico puede aprobarse en el marco del plan.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	No cubre.	No cubre.	Ninguna
	Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	No cubre.	No cubre.	
	Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	No cubre.	No cubre.	

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (Pagaría lo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (Pagaría lo máximo)	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	No cubre.	No cubre.	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cobro de la clínica (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Honorario del medico / cirujano	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención de sala de emergencia	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Atención de urgencia	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
Si usted ingresa al hospital	Cobro de la clínica (es decir, cuarto de hospital)	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Honorario del medico / cirujano	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Servicios de hospitalización	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
Si está embarazada	Citas en consultorio	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Servicios profesionales de parto	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Servicios de parto en clínica	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
Si necesita ayuda para reponerse o tiene alguna necesidad médica especial	Atención médica a domicilio	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Servicios de rehabilitación	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Servicios de habilitación	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Equipo medico duradero	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Servicios de cuidados paliativos	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Anteojos para niños	No cubre.	No cubre.	Ninguna.
	Revisión dental infantil	No cubre.	No cubre.	Ninguna.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que, generalmente, su [Plan](#) NO cubre (Revise su póliza o documento del [plan](#) para más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| • Acupuntura | • Aparatos auditivos | • Cobertura para medicamentos recetados |
| • Cirugía bariátrica | • Hospitalización | • Atención prenatal |
| • Atención quiropráctica | • Tratamiento de infertilidad | • Enfermera privada |
| • Cirugía cosmética | • Cuidado a largo plazo | • Atención rutinaria para el cuidado de la vista |
| • Atención dental | • Salud mental | • Atención rutinaria de los pies |
| • Atención de emergencia | • Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU. | • Programas para bajar de peso |
| • Exámenes sin aprobación | | |

Otros servicios cubiertos (Podría haber limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su [plan](#).)

- Ninguno

Sus derechos para continuar la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es: el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration en el 1-866-444-3273 o www.dol.gov/ebsa, o el U.S. Department of Health and Human Services en el 1-877-267-2323 x61565 o <http://www.cciio.cms.gov>. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de un seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para más información sobre el [Mercado](#), consulte www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamación y apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [agravio](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o un [agravio](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, póngase en contacto con: Plan Administrator en 7180 Koll Center Parkway, Suite 200, Pleasanton, CA 94566 o 925-398-7046. También puede ponerse en contacto con el Department of Labor, Employee Benefits Security Administrator en el 1-866-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan una cobertura mínima esencial? No, este plan o póliza no proporciona una cobertura mínima esencial.

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes, seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras normas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Cumple este plan las normas de valor mínimo? No, esta cobertura médica no cumple el nivel de valor mínimo para las prestaciones que ofrece.

Si su [plan](#) no cumple los [niveles mínimos de valor](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 925-398-7046.

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

Respecto a estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una estimación de costes. Los tratamientos mostrados son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, de los precios que cobren sus [proveedores](#) y de muchos otros factores. Fíjese en los importes de los [gastos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura exclusiva para usted.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible integral del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$0
■ Coaseguro de hospital (clínica)	0%
■ Otro coaseguro	0%

Este EJEMPLO incluye tales servicios como:

Consultas a especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios de la clínica para el parto
 Exámenes diagnósticos (*ultrasonido y análisis de sangre*)
 Consultas a especialista (*anestesia*)

Coste total del ejemplo:	\$12,800
---------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coaseguro	\$0
Lo que no cubre	
Límites y exclusiones	\$12,800
El total que Peg pagaría es:	\$12,800

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(Un año de atención rutinaria de una condición bien controlada, dentro de la red)

■ El deducible integral del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$0
■ Coaseguro de hospital (clínica)	0%
■ Otro coaseguro	0%

Este EJEMPLO incluye tales servicios como:

Consultas al médico de cabecera (*inclusive educación sobre la enfermedad*)
 Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Coste total del ejemplo:	\$7,400
---------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coaseguro	\$0
Lo que no cubre	
Límites y exclusiones	\$7,400
El total que Joe pagaría es:	\$7,400

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible integral del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$0
■ Coaseguro de hospital (clínica)	0%
■ Otro coaseguro	0%

Este EJEMPLO incluye tales servicios como:

Atención en sala de emergencia (*incluso suministros médicos*)
 Examen diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Coste total del ejemplo:	\$1,900
---------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coaseguro	\$0
Lo que no cubre	
Límites y exclusiones	\$1,900
El total que Mia pagaría es:	\$1,900

Nota: Estas condiciones de ejemplo no están cubiertas por este plan, por lo que el paciente paga el 100%.

El [plan](#) no sería responsable de los demás costes de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.