

Programa de Asistencia a los Empleados (EAP)

Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información

Anthem Blue Cross
9655 Granite Ridge Dr., 6th Floor
San Diego, California 92123

800-999-7222

Carpenters Health and Welfare Trust Fund

Este Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información es solo un resumen de su plan Programa de Asistencia a los Empleados (EAP). Consulte el Acuerdo del EAP para determinar los términos y condiciones exactos que rigen su cobertura.

Los significados de las palabras y frases con mayúscula inicial se definen en la sección DEFINICIONES de esta EOC.

Anthem Blue Cross es un licenciatario independiente de Blue Cross Association. El símbolo y el nombre de Anthem Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

Índice

SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DIFERENTES IDIOMAS.....	3
SERVICIOS DEL PROGRAMA	6
CÓMO OBTENER SERVICIOS DEL EAP.....	6
CONTÁCTENOS	7
SEGUNDAS OPINIONES	7
SERVICIOS CUBIERTOS	7
SERVICIOS NO CUBIERTOS	8
SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA.....	9
INICIO DE LA COBERTURA	9
FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	10
CONTINUIDAD DEL CUIDADO	10
DISPOSICIONES GENERALES	11
PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE QUEJAS	12
DEPARTAMENTO DE CUIDADO DE LA SALUD ADMINISTRADO	13
ARBITRAJE VINCULANTE	13
DEFINICIONES	14

SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DIFERENTES IDIOMAS

Obtenga ayuda en su idioma



Servicios de asistencia en diferentes idiomas

¿Siente curiosidad por saber qué dice todo esto? Nosotros también nos sentiríamos así. Esta es la versión en inglés:

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Además de nuestro programa de asistencia de idiomas, ponemos a disposición documentos en formatos alternativos para miembros con impedimentos de la vista. Si necesita una copia de este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

Español

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? De lo contrario, podemos hacer que alguien lo ayude a leerla. También puede recibir esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Árabe

مهم: هل يمكنك قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم تستطع، فيمكننا الاستعانة بشخص ما ليساعدك على قراءتها. كما يمكنك أيضاً الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة المجانية، يُرجى الاتصال فوراً بالرقم 1-888-254-2721. (TTY/TDD:711)

Armenio

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք ընթերցել այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք տրամադրել ինչ-որ մեկին, ով կօգնի Ձեզ կարդալ այն: Կարող ենք նաև այս նամակը Ձեզ գրավոր տարբերակով տրամադրել: Անվճար օգնություն ստանալու համար կարող եք անհապաղ զանգահարել 1-888-254-2721 հեռախոսահամարով: (TTY/TDD: 711)

Chino

重要事項: 您能看懂這封信函嗎? 如果您看不懂, 我們能夠找人協助您。您有可能可以獲得以您的語言而寫的本信函。如需免費協助, 請立即撥打1-888-254-2721。(TTY/TDD: 711)

Persa

مهم: آیا میتوانید این نامه را بخوانید؟ اگر نمیتوانید، میتوانیم شخصی را به شما معرفی کنیم تا در خواندن این نامه شما را کمک کند. همچنین میتوانید این نامه را به صورت مکتوب به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، همین حالا با شماره 1-888-254-2721 تماس بگیرید. (TTY/TDD:711)

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? अगर नहीं, तो हम आपको इसे पढ़ने में मदद करने के लिए किसी को उपलब्ध करा सकते हैं। आप यह पत्र अपनी भाषा में लिखवाने में भी सक्षम हो सकते हैं। निःशुल्क मदद के लिए, कृपया 1-888-254-2721 पर तुरंत कॉल करें। (TTY/TDD: 711)

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas muaj peev xwm nyeem tau daim ntawv no? Yog hais tias koj nyeem tsis tau, peb muaj peev xwm cia lwm tus pab nyeem rau koj mloog. Tsis tas li ntawd tej zaum koj kuj tseem yuav tau txais daim ntawv no sau ua koj hom lus thiab. Txog rau kev pab dawb, thov hu tam sim no rau tus xov tooj 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Japonés

重要:この書簡を読めますか?もし読めない場合には、内容を理解するための支援を受けることができます。また、この書簡を希望する言語で書いたもの入手することもできます。次の番号にいますぐ電話して、無料支援を受けてください。1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Jemer

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានលិខិតនេះទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យនរណាម្នាក់អានវាជូនអ្នក។ អ្នកក៏អាចទទួលលិខិតនេះដោយសរសេរជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ ដើម្បីទទួលជំនួយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅលេខ 1-888-254-2721។ (TTY/TDD: 711)

Coreano

중요: 이 서신을 읽으실 수 있으십니까? 읽으실 수 없을 경우 도움을 드릴 사람이 있습니다. 귀하가 사용하는 언어로 쓰여진 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료 도움을 받으시려면 즉시 1-888-254-2721 로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Punyabí

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬੁਲਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੱਧੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫੋਨ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

Ruso

ВАЖНО. Можете ли вы прочитать данное письмо? Если нет, наш специалист поможет вам в этом. Вы также можете получить данное письмо на вашем языке. Для получения бесплатной помощи звоните по номеру 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tagalo

MAHALAGA: Nababasa ba ninyo ang liham na ito? Kung hindi, may taong maaaring tumulong sa inyo sa pagbasa nito. Maaari ninyo ring makuha ang liham na ito nang nakasulat sa ginagamit ninyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tailandés

หมายเหตุสำคัญ: ท่านสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้หรือไม่ หากท่านไม่สามารถอ่านจดหมายฉบับนี้ เราสามารถจัดหาเจ้าหน้าที่มาอ่านให้ท่านฟังได้ ท่านยังอาจให้เจ้าหน้าที่ช่วยเขียนจดหมายในภาษาของท่านอีกด้วย หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อที่หมายเลข 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Vietnamita

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc thư này hay không? Nếu không, chúng tôi có thể bố trí người giúp quý vị đọc thư này. Quý vị cũng có thể nhận thư này bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ miễn phí, vui lòng gọi ngay số 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Es importante que le brindemos un trato justo

Es por eso que nuestros programas y actividades sobre salud cumplen con las leyes federales sobre derechos civiles. No discriminamos, excluimos ni damos un trato diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades. Ofrecemos servicios de asistencia de idiomas gratuitos mediante intérpretes y otros idiomas por escrito a aquellas personas cuyo idioma principal no es el inglés. ¿Le interesan estos servicios? Para obtener ayuda, llame a la línea gratuita del EAP al 1-800-999-7222 (TTY/TDD: 711). Si cree que no brindamos estos servicios o que discriminamos a alguien por su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo, también conocido como queja. Puede presentar un reclamo por escrito a Anthem EAP, 9655 Granite Ridge Dr., 6th Floor, San Diego, California 92123. O bien, puede presentar el reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201, o puede llamar al 1 800 368 1019 (TDD: 1 800 537 7697) o en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Además, la ley de California nos exige que también le informemos que Anthem no discrimina, excluye ni da un trato diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos, así como información en formatos alternativos a personas con discapacidades, sin cargo y a su debido tiempo, cuando sea necesario para asegurar las mismas oportunidades de participación.

El California Department of Managed Health Care (DMHC) es el responsable de regular los planes

de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra Anthem, primero debe comunicarse con este al 1-800-999-7222 (TTY/TDD: 711) y utilizar el proceso de presentación de quejas de Anthem antes de comunicarse con el DMHC.

La utilización de este procedimiento de presentación de quejas no le prohíbe ningún derecho o recurso potencial legal que pudiera estar a su disposición. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Programa de Asistencia a los Empleados de Anthem al 1-800-999-7222.

Si necesita ayuda con una queja, también puede llamar al DMHC para obtener asistencia. El DMHC también tiene una línea gratuita (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web en Internet del DMHC, hmohelp.ca.gov, contiene formularios de reclamos en línea.

Servicios del programa

Las sesiones de asesoramiento proporcionan evaluación profesional y confidencial, consulta, asesoramiento breve y remisión necesaria sobre cualquier problema que pueda afectar su vida o trabajo. Entre los problemas típicos se incluyen: crianza, relaciones, estrés, ansiedad, depresión, problemas legales y financieros, abuso de alcohol o droga, o problemas relacionados con el trabajo. Estos servicios se le proporcionan sin costo alguno para usted. Los Servicios del EAP deben obtenerse a través de un Profesional médico del EAP; este debe ser un profesional con licencia y certificado, o un profesional de salud mental calificado que tenga un contrato con nosotros para realizar evaluaciones, asesoramientos breves y remisiones.

Muchas personas que utilizan los Servicios del EAP son capaces de solucionar sus problemas con el número de sesiones del EAP proporcionados conforme a este Plan. Si su problema requiere un tratamiento más prolongado o especializado que el que el Plan proporciona, un asesor de EAP lo remitirá a un recurso en la comunidad o le sugerirá que busque ayuda profesional fuera del Plan EAP.

Los Servicios del EAP están diseñados para utilizarse junto con los beneficios proporcionados por su plan de salud del Grupo, de estar disponible. Su plan de salud individual o grupal determina la cobertura de los servicios prestados por médicos, hospitales, proveedores de salud mental y abuso de sustancias.

Cómo obtener servicios del EAP

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CONOCER DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PODRÁ RECIBIR LOS SERVICIOS DEL EAP.

Los Servicios del EAP deben obtenerse a través de un Profesional médico autorizado del EAP por teléfono o registrándose en el Centro para Miembros del sitio web del EAP.

El acceso a los Servicios del EAP están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.

Al llamarnos, si es evidente que usted se encuentra en una situación de emergencia o urgencia, se le remitirá de inmediato a un asesor del EAP para que este le realice una evaluación por teléfono. Es posible que el asesor intervenga en un caso de crisis por teléfono o lo ayude a obtener servicios de cuidado más agudos e intensivos a través de su plan de salud.

Contáctenos

Estamos aquí para ayudarlo. Llámenos si:

- Tiene dudas o un problema.
- Necesita un Profesional médico del EAP.
- Quiere conocer los Servicios del EAP que tiene disponibles.

 1-800-999-7222

 Anthem EAP, 9655 Granite Ridge Dr., 6th Floor, San Diego, California 92123

 www.anthemeap.com

Puede obtener información específica de su Plan EAP llamando a la línea gratuita directa del EAP o al número que aparece anteriormente en el sitio web de Anthem Blue Cross EAP. Nuestra declaración de privacidad también se puede leer en nuestro sitio web.

Segundas opiniones

Si tiene dudas sobre su afección o un plan de tratamiento recomendado por su Profesional médico del EAP, es posible que pueda recibir una segunda opinión por parte de otro Profesional médico del EAP. Esta visita para recibir una segunda opinión se proporcionará de acuerdo con los beneficios, las limitaciones y exclusiones de este Plan EAP. Si desea recibir una segunda opinión, llámenos al número proporcionado en la sección CONTÁCTENOS para obtener una remisión a otro Profesional médico del EAP.

Servicios cubiertos

Sujetos a las exclusiones y limitaciones mencionadas en la sección SERVICIOS NO CUBIERTOS, los siguientes son Servicios del EAP cubiertos por este Plan si estos están autorizados y si se obtienen a través de un Profesional médico del EAP. No cubrimos ningún servicio que no se mencione en esta sección.

1. Sesiones de asesoramiento: hasta 4 sesiones de asesoramiento por una enfermedad actual única, por un periodo de 12 meses, por periodo inicial y de renovación, por Participante del EAP. Las sesiones de asesoramiento se realizarán por una enfermedad actual única para tratar cuestiones o preocupaciones que tienen un impacto directo en el Participante del EAP. Las sesiones de asesoramiento se proporcionan cuando la evaluación del EAP revela que la enfermedad actual tiene una posibilidad razonable y probable de mejorar mediante un asesoramiento a corto plazo que se centra en la resolución del problema. No obstante, salvo

cualquier cláusula en sentido contrario, los Servicios del EAP cubiertos no incluyen sesiones de asesoramiento que no se encuentran en los servicios mencionados anteriormente.

2. Remisión a recursos clínicos o beneficios de cuidado de la salud apropiados en la comunidad, en situaciones en las que la enfermedad actual del Participante del EAP justifique un tratamiento prolongado, una hospitalización o un nivel más especializado de cuidado.
3. Acceso telefónico a la línea gratuita a un asesor con licencia del EAP, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días.
4. Remisiones legales y Honorarios reducidos: consulta de 30 minutos por teléfono o en persona con un abogado matriculado.
5. Consulta financiera: consultas ilimitadas por teléfono con un asesor financiero competente.
6. Recuperación ante un robo de identidad: consulta telefónica para recuperarse de una violación de identidad y reducir al mínimo el impacto de esta.
7. Consejos para dejar de fumar: acceso ilimitado a información y herramientas educativas en línea en el sitio web del EAP; así como a enlaces a SmokeFree.gov, un sitio web completo que ofrece herramientas y consejos para dejar de fumar. Acceso a una función de chat e información en la línea gratuita para dejar de fumar disponible en todos los estados.
8. Recursos laborales/de vida e información: si quiere hablar con un consultor de cuidado de niños, cuidado de adultos dependientes, cuidado de ancianos, adopción o crianza sobre consultas, materiales educativos o remisiones para cualquiera de estos servicios, llame a la línea gratuita del EAP. También tiene acceso ilimitado a información y recursos basados en la web sobre cuidado de niños, cuidado de adultos dependientes, cuidado de ancianos, adopción y crianza en el sitio web del EAP. Las instrucciones sobre cómo acceder a los sitios web del EAP y obtener la información incluida allí son parte de los materiales del programa suministrados por Anthem.

Servicios no cubiertos

Los Servicios del EAP no incluyen ninguno de los servicios que se mencionan a continuación. No cubrimos ningún servicio que no esté incluido en la lista de Servicios del EAP que se proporciona en la sección SERVICIOS CUBIERTOS de esta EOC. No cubrimos servicios no autorizados.

1. Asesoramiento y consulta legal del EAP para el mismo problema o situación más de una vez en un periodo de 12 meses después de la fecha inicial de servicio.
2. Servicios o beneficios cubiertos por el plan médico/de beneficios médicos grupal del Participante del EAP.
3. Hospitales, servicios médicos, quirúrgicos y otros servicios de cuidado de la salud prestados

para tratar cualquier afección.

4. Medicamentos recetados o no recetados, servicios cosméticos, suplementos dietéticos, asistencia de salud o belleza.
5. Evaluaciones o informes para un procedimiento legal.
6. Evaluaciones de aptitud para el trabajo.
7. Autorizaciones de licencia o días libres remunerados para empleados.
8. Asesoramiento exigido por un tribunal judicial o agencia gubernamental.
9. Tratamiento especializado o evaluaciones requeridas como condición para la libertad condicional, custodia, visita o evaluaciones forenses.
10. Determinaciones o informes relacionados con la Ley de Licencia Familiar y Médica, o Discapacidad de corto/largo plazo.
11. Cualquier servicio en centros donde la seguridad del proveedor se considere un riesgo.
12. Gastos relacionados con los servicios de un Experto en problemas de abuso de sustancias (SAP) del Departamento de transporte de los Estados Unidos.

Su responsabilidad financiera

Tarifa por pago anticipado

Su Grupo es responsable de pagar los cargos de su cobertura.

Sin cargo separado

Los Participantes del EAP no tienen un costo compartido o una responsabilidad financiera si reciben servicios del EAP cubiertos autorizados y prestados por un Profesional médico del EAP.

Nota importante: Si un Profesional médico del EAP recomienda un servicio o un recurso, esto no significa ni implica que el gasto del servicio esté cubierto. Llámenos si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de los servicios.

Inicio de la cobertura

Los Participantes del EAP contratados el día de inicio del Acuerdo del EAP pueden recibir Servicios del EAP en la Fecha de entrada en vigor de la cobertura. La posibilidad de recibir Servicios del EAP

cubiertos por este Plan finalizará a las 11:59 p. m. del último día de la elegibilidad del Participante del EAP o la finalización del Acuerdo del EAP, lo que ocurra primero.

Para que tenga derecho a recibir los beneficios del Plan, tanto el Acuerdo del EAP como su cobertura del Plan deben encontrarse en vigor en la fecha en la que recibe los servicios del EAP.

Este Plan está sujeto a enmienda, modificación o finalización de acuerdo con las disposiciones del Acuerdo del EAP sin su consentimiento o conformidad.

El Grupo es responsable de determinar a los Empleados elegibles. Cualquier disputa o pregunta sobre la elegibilidad (incluida la renovación o reactivación) será remitida al Grupo, que nos informará sobre su decisión.

La elegibilidad en virtud de este Acuerdo del EAP se limita a residentes de los Estados Unidos, incluidos los territorios de los EE. UU.

Tenemos el derecho exclusivo de finalizar la elegibilidad de cualquier Participante del EAP que actúe de forma agresiva o amenazante.

Finalización de la cobertura

Su cobertura finaliza cuando ya no es un Empleado elegible, cesa su relación laboral o el Acuerdo del EAP de su Grupo finaliza debido a la falta de pago de la prima o de alguna otra manera. Si las primas no se pagan según el Acuerdo del EAP, la finalización surte efecto quince días después de la recepción del aviso de finalización que su Grupo recibe por correo, a partir de la medianoche del último día del mes en el que las primas se recibieron y aceptaron por última vez. Sus Miembros del hogar elegibles están cubiertos durante el mismo tiempo que usted. Tras el cese de su relación laboral, comuníquese con su Grupo para determinar si usted o los Miembros del hogar elegibles reúnen los requisitos para continuar la cobertura según COBRA.

Continuidad del cuidado

Si empezó a realizar visitas de EAP con un Profesional médico del EAP y no completó las visitas máximas permitidas en el periodo de tiempo especificado en la sección SERVICIOS CUBIERTOS en la fecha en la que finaliza la cobertura de este Plan, es posible que pueda completar las visitas de EAP restantes. Contáctenos para obtener más información.

Si empezó a realizar visitas de EAP con un Profesional médico del EAP cuyo contrato finalizó, es posible que pueda continuar con sus visitas de EAP restantes como servicios del EAP cubiertos si: 1) se encuentra bajo el cuidado de un Profesional médico del EAP en el momento en el que el contrato del proveedor finaliza; y 2) el proveedor cuyo contrato terminó acepta por escrito continuar proporcionándole visitas de EAP de acuerdo con las tarifas, los términos y las condiciones de su contrato previo con nosotros. Si el contrato del proveedor finalizó debido a una causa o un

motivo disciplinario, fraude u otra actividad criminal, o no acepta los términos y condiciones contractuales, no estamos obligados a continuar con los servicios del proveedor después de la fecha de finalización del contrato de este. Contáctenos para obtener más información.

Disposiciones Generales

Prestación de cuidado. No tenemos la obligación de prestar ningún tipo de cuidado médico o similar ni tampoco somos responsables por la calidad del cuidado que reciba. La relación que tenemos con el Profesional médico del EAP es la de un contratista independiente que no es nuestro agente ni empleado, tampoco somos, ni ninguno de nuestros empleados es, un empleado o agente de los Profesionales médicos del EAP. No somos responsables de ningún daño o lesión que pueda ocasionarse como consecuencia de los servicios que reciba de un Profesional médico del EAP.

Reembolso al proveedor del EAP. Nosotros pagamos directamente a los Profesionales médicos del EAP. No es necesario que presente reclamaciones para los servicios del EAP que recibe en virtud de este Plan. No deberá pagar ningún monto a ningún Profesional del EAP a quien nosotros le debamos, incluso en el caso poco probable de que no le paguemos. Sin embargo, usted es responsable de pagar a cualquier proveedor que no sea un Profesional médico del EAP los servicios que estos presten y los servicios no cubiertos por este Plan.

Cobertura limitada. Este Plan proporciona beneficios limitados, tal como se describen en la sección SERVICIOS CUBIERTOS. En aquellos casos en los que las necesidades del Participante del EAP están fuera del alcance de los Servicios del EAP conforme a este Plan, el Participante del EAP puede ser remitido a un recurso local o a un plan médico grupal del Grupo, o a un plan médico/de beneficios médicos, si hay uno disponible.

Beneficios no transferibles. Solo los Participantes del EAP tienen derecho a recibir Servicios del EAP en virtud de este Plan. El derecho a recibir Servicios del EAP no puede transferirse.

Administrador del plan: COBRA y ERISA. En ninguna circunstancia seremos el administrador del plan a fin de cumplir con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) o la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA). El término “administrador del plan” hace referencia al Grupo, a una persona o entidad que no seamos nosotros, contratado por el Grupo para que realice las tareas administrativas relacionadas con el plan de salud del Grupo o que ayude a hacerlas. El Grupo es responsable de la satisfacción de aviso, divulgación u otras obligaciones de los administradores según ERISA. Al proporcionar notificaciones y actuar de otra manera según el Acuerdo del EAP, el Grupo cumple con las obligaciones estatutarias que le impone la ley federal y, cuando proceda, actúa como su agente.

Seguro de accidentes de trabajo. Este Plan no afecta ningún requisito para la cobertura del seguro de accidentes de trabajo, ni lo sustituye.

Participación de la política pública. Hemos establecido un Comité de Política Pública (al que llamamos

Comité de Relaciones de Consumo) para aconsejar a nuestra Junta directiva. Este Comité aconseja a la Junta sobre cómo asegurar la comodidad, dignidad y conveniencia de las personas a quienes cubrimos. El Comité está integrado por miembros cubiertos por nuestro plan de salud, proveedores participantes y un miembro de la Junta directiva. El Comité puede revisar nuestra información financiera e información sobre la naturaleza, el volumen y la resolución de los reclamos que recibimos. El Comité de Relaciones de Consumo informa directamente a nuestra Junta.

Conformidad con las leyes. Por el presente, las cláusulas del plan, desde su fecha de entrada en vigor, que discrepen con las leyes de la jurisdicción aplicable se modifican para que se ajusten a los requisitos mínimos de dichas leyes.

Disposiciones de renovación. El Acuerdo del EAP está sujeto a renovaciones con cierta frecuencia. Este Plan se renueva cuando el Acuerdo de EAP se renueva y continúa en vigor, a menos que se notifique su finalización en el plazo especificado o salvo que se establezca lo contrario en el Acuerdo del EAP.

Confidencialidad y divulgación de información del EAP. Hacemos todo lo posible para preservar la confidencial de la información de los participantes. La información puede divulgarse únicamente con el consentimiento escrito del Participante del EAP o según lo requerido por la ley. Debe estar firmada, fechada y debe especificar la naturaleza de la información y a qué personas y organizaciones puede ser divulgada. Los Participantes del EAP pueden acceder a sus propios registros del EAP.

Procedimientos para la presentación de quejas

Si no está satisfecho con alguno de los aspectos de este Plan, puede presentar una queja verbalmente comunicándose con Anthem EAP al número de teléfono gratuito proporcionado en la sección **CONTÁCTENOS** de este documento o por escrito a Anthem EAP, 9655 Granite Ridge Dr., 6th Floor, San Diego, California 92123. Además, también puede acceder al sitio web de la compañía en www.anthemeap.com. Todas las quejas serán investigadas y respondidas. Puede presentar una queja hasta 180 días posteriores a cualquier incidente o acción que sea el motivo de su insatisfacción. Si necesita ayuda para presentar una queja, infórmele a su asesor o representante de Servicio de Atención al Cliente del EAP.

La resolución de quejas puede incluir la revisión de nuestros registros que, si se requieren, deben ser solicitados por el analista de Quejas y Apelaciones, o un asesor del EAP por correo, fax o correo electrónico seguro. Las quejas se resuelven dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en la que Anthem recibe su expresión de disconformidad.

Si no está satisfecho con la resolución de su queja o si esta no se resuelve luego de 30 días calendario, puede enviar su queja al California Department of Managed Health Care (Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California) para su revisión (consulte la sección **DEPARTAMENTO DE CUIDADO DE LA SALUD ADMINISTRADO**). Si su caso constituye una amenaza inminente para su salud, no es

obligatorio que complete nuestro proceso de quejas, sino que la puede enviar de inmediato al Departamento de Cuidado de la Salud Administrado para su revisión.

Hay información sobre cómo presentar un reclamo sobre discriminación por raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo disponible en la sección Servicios de asistencia en diferentes idiomas de este Acuerdo.

Departamento de Cuidado de la Salud Administrado

El California Department of Managed Health Care es el responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación y utilizar el proceso de presentación de quejas de su plan antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de presentación de quejas no le prohíbe ningún derecho o recurso potencial legal que pudiera estar a su disposición. Si necesita ayuda para presentar una queja sobre una emergencia, una queja que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja que permaneció sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. También es posible que sea elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas realizadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o en fase de investigación, y disputas por el pago de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web en Internet del departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de reclamos, formularios de solicitudes de IMR e instrucciones en línea.

ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, AQUELLAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME A LA PÓLIZA/EL PLAN O TODAS LAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PÓLIZA/EL PLAN Y RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA DEBEN RESOLVERSE MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE SI LA SUMA EN DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA DEMANDAS DE MENOR CUANTÍA. Queda comprendido que toda controversia que incluya disputas relacionadas con la prestación de servicios conforme al Plan o cualquier otro problema relacionado con el Plan, incluida cualquier disputa referida a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados conforme a este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se definirá sometiendo la disputa a arbitraje, conforme lo determina la ley de California, y no mediante un proceso ante un tribunal o un procedimiento judicial, excepto que la ley de California disponga una revisión judicial de los procedimientos del arbitraje. Al celebrar este contrato, ambas partes renuncian a su derecho constitucional de dirimir cualquier disputa ante un tribunal de justicia y un jurado, y aceptan, en cambio, el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS ACEPTAN SOMETERSE A LA PRESENTE

CLÁUSULA DE ARBITRAJE Y RECONOCEN QUE RENUNCIAN AL DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O A PARTICIPAR DE UNA DEMANDA COLECTIVA PARA AMBAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONFORME A ESTE PLAN U OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON ESTE Y LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA.

La Ley de Arbitraje Federal determinará la interpretación y ejecución de todos los procedimientos en virtud de esta cláusula de Arbitraje vinculante. En la medida en que la Ley de Arbitraje Federal sea inaplicable o se determine que no se requiere el arbitraje de una reclamación en particular, se aplicará la ley estatal que rige los acuerdos para arbitrar.

Las conclusiones del arbitraje serán definitivas y vinculantes, excepto en la medida en la que la ley estatal o federal contemple la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje.

El Participante del EAP es quien inicia el arbitraje mediante una demanda por escrito a Anthem Blue Cross. Un único árbitro neutral de los Servicios de Mediación y Arbitraje Judicial (“JAMS”) realizará el arbitraje de acuerdo con los Procedimientos y la Normas aplicables de JAMS. Si por cualquier motivo JAMS no puede llevar a cabo el arbitraje, un único árbitro neutral de otra entidad de arbitraje neutral lo realizará, de común acuerdo con el Participante del EAP y Anthem Blue Cross, o por orden judicial si el Participante del EAP y Anthem Blue Cross no se ponen de acuerdo. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo con respecto al único árbitro neutral, el árbitro se elegirá conforme a la Norma 15 de JAMS (o cualquier norma sucesora).

Los costos del arbitraje se asignarán según la Política de JAMS sobre Arbitrajes de consumo. A menos que usted o Anthem Blue Cross acuerden otra cosa, es posible que el árbitro no consolide reclamaciones de más de una persona y que no presida de otra manera cualquier forma de un procedimiento de demanda colectiva o representativa.

Definiciones

Acuerdo de EAP: es el contrato celebrado entre nosotros y su Grupo para prestar Servicios de EAP a Participantes del EAP.

Participantes del EAP: son los Empleados elegibles y los Miembros del hogar elegibles que tienen derecho a recibir Servicios del EAP conforme a este Plan y para quienes su Grupo paga las Tarifas de empleado elegible.

Profesional médico del EAP: es, con respecto a cualquier servicio de remisión o asesoramiento conforme a esta Plan, un profesional de cuidado de la salud con licencia apropiada que aceptó prestar servicios del EAP a Participantes del EAP. En situaciones limitadas que incluyen servicios de asesoramiento, un Profesional médico del EAP también puede incluir a profesionales de cuidado de la salud con licencia que no participan de la red del EAP aplicable, pero que nosotros hemos aprobado para que presten Servicios del EAP por única vez o un número determinado de estos a un Participante del EAP en particular. En el caso de servicios no relacionados con la salud prestados

conforme a este Plan, incluidas, entre otras, las consultas legales, financieras y los servicios de conveniencia o conserjería, un Profesional médico del EAP significa un profesional debidamente capacitado o con licencia apropiada aprobado y que tiene un acuerdo con nosotros para prestar Servicios del EAP por única vez o un número determinado de estos a un Participante del EAP.

Servicios de EAP: son aquellos servicios que se mencionan en la sección SERVICIOS CUBIERTOS de esta EOC y que un Participante del EAP tiene derecho a recibir conforme a este Plan.

Empleados elegibles: son los empleados elegibles del Grupo, determinados y especificados por este. Los Empleados elegibles también pueden incluir a otros empleados, salvo que el Grupo haya acordado otra cosa.

Miembros del hogar elegibles: son el cónyuge, la pareja, dependientes y otras personas cuyo lugar de residencia sea la misma que la del Empleado elegible, o aquellos dependientes que no comparten la misma residencia que el Empleado elegible, pero que debido a la ley estatal vigente o a una orden judicial deben estar cubiertos en virtud de este Plan. Cualquier persona que resida en su hogar de forma permanente es elegible, así como también aquellas que califican como sus dependientes a los fines del impuesto federal sobre la renta.

Grupo: es cualquier empleador, sindicato o fondo fiduciario de gestión laboral, asociación u otro Grupo para el cual se otorgó el Acuerdo del EAP.

Plan: es el conjunto completo de beneficios, condiciones, exclusiones y limitaciones que constituyen su cobertura. Consta de esta EOC, el Acuerdo del EAP y documentos adjuntos.