

Programa de Asistencia para los Empleados

Comprobante de cobertura y Formulario de divulgación combinados

Anthem Blue Cross
PO Box 4310

Woodland Hills CA 91365

800/999-7222

Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Carpinteros

Este Comprobante de cobertura y Formulario de divulgación combinados (EOC) es únicamente un resumen de su Plan del Programa de Asistencia. Consulte el Acuerdo para determinar los términos y las condiciones exactos de la cobertura.

El significado de las palabras y las frases en mayúscula se define en la sección DEFINICIONES de este EOC.

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

CONTENIDO

SERVICIOS DE ASISTENCIA CON EL IDIOMA	3
SERVICIOS DEL PROGRAMA	6
CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS.....	7
COMUNÍQUESE CON NOSOTROS.....	7
COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA	7
SEGUNDAS OPINIONES	8
SERVICIOS CUBIERTOS	8
SERVICIOS NO CUBIERTOS	10
SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA	11
CÓMO COMIENZA LA COBERTURA	11
CÓMO TERMINA LA COBERTURA	12
CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN	12
DISPOSICIONES GENERALES.....	12
PROCEDIMIENTO PARA LAS QUEJAS FORMALES.....	15
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA	16
ARBITRAJE OBLIGATORIO	16
DEFINICIONES.....	18

Reciba ayuda en su idioma



Servicios de asistencia con el idioma

¿Quiere saber todo lo que dice este documento? Nosotros también lo querríamos. Esta es la versión en español:

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no puede, podemos pedirle a alguien que lo ayude a leerla. Usted también puede obtener esta carta en su idioma. Para recibir ayuda gratuita, llame inmediatamente al 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Además de nuestro programa de asistencia con el idioma, tenemos disponibles documentos en formatos alternativos para los miembros que tengan impedimentos visuales. Si necesita una copia de este documento en un formato alternativo, llame al número de teléfono del Departamento de Servicio al Cliente que se indica al reverso de su tarjeta de identificación.

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)

Arábe

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

Armenio

ՈՒՇԱԴԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. 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)

Farsi

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 تماس بگیرید. (TTY/TDD: 1-888-254-2721 711)

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पढ़ सकते हैं? अगर नहीं, तो हम आपको इसे पढ़ने में मदद करने के लिए किसी को उपलब्ध करा सकते हैं। आप यह पढ़ अपनी भाषा में लिखवाने में भी सक्षम हो सकते हैं। पुनः शुद्ध 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を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)

Khmer

សំខាន់ៗ: តើ អ្នក អាច អាន បាន ឬ ទេ? បើ មិន ទេ យើង អាច ជួយ អ្នក បាន ។ ក្រៅ ពី ការ អាន បាន យើង ក៏ អាច ជួយ អ្នក ក្នុង ការ យល់ ពី ខ្លឹមសារ របស់ វា បាន ។ ក្រៅ ពី ការ អាន បាន យើង ក៏ អាច ជួយ អ្នក ក្នុង ការ យល់ ពី ខ្លឹមសារ របស់ វា បាន ។ បើ អ្នក ចង់ ទទួល បាន ជំនួយ ឥត គិត ថ្លៃ សូម ទូរស័ព្ទ លេខ 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 1-888-254-2721로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਿੱਕਸੇ ਨੂੰ ਬੁਲਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੱਖ ਪੱਤਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫੌਰਨ 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: ท่านสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้ หรือไม่ หากท่านไม่สามารถอ่านจดหมายฉบับนี้ เราสามารถจัดหาเจ้าหน้าที่ มาอ่านให้ท่านฟังได้
ท่านยังอาจให้เจ้าหน้าที่ ช่วยเขียนจดหมายในภาษาของท่านอีกด้วย
หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อที่ หมายเลข 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 lo tratemos justamente

Por ello acatamos las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas y actividades. No discriminamos ni excluimos a las personas, y no las tratamos de manera diferente con base en la raza, color, país de origen, sexo, edad o incapacidad. Ofrecemos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades. A las personas cuyo idioma principal no es el inglés, les ofrecemos servicios de asistencia con el idioma gratuita a través del intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Si necesita ayuda, llame a la línea telefónica sin costo del EAP que pueden encontrar en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711). Si usted considera que no le ofrecemos estos servicios o que lo discriminamos con base en su raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja, que también se llama queja formal. Usted puede presentar una queja por escrito a nuestro coordinador de acatamiento y dirigirla a Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279 o envíe un mensaje electrónico a compliance.coordinator@anthem.com. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y dirigirla a U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llame al 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) o en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> . Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aviso de no discriminación requerido por la ley de California

Anthem no discrimina ni excluye a las personas, y no las tratamos de manera diferente con base en su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, identidad de género, orientación sexual, edad ni incapacidad. A las personas con incapacidades les ofrecemos gratuita y oportunamente auxiliares y servicios gratuitos e información en formatos alternativos, cuando sea necesario para asegurarnos de ofrecer oportunidades iguales para participar.

El Departamento de Atención Médica Administrada (California Department of Managed Health Care, DMHC) es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja en contra de Anthem, primero debe llamar a Anthem al 1-800- 999-7222 (TDD: 1-866-333-4823) y usar el proceso de quejas de Anthem antes de comunicarse con el DMHC. El uso de este procedimiento de quejas no le prohíbe que ejerza cualquier derecho o recurso legal potencial que pudiera estar a su disposición.

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a Anthem al 1-800-999-7222. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que no fue resuelta satisfactoriamente por Anthem, o una queja que no ha sido resuelta en más de treinta (30) días, llame al DMHC para pedir asistencia. El DMHC también tiene una línea telefónica sin costo (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web de DMHC www.dmhc.ca.gov tiene formularios para quejas.

Servicios del programa

Las sesiones de asesoramiento proporcionan una evaluación, una consulta, asesoramiento breve profesional confidencial, y la referencia necesaria por cualquier problema que pueda afectar su vida o su trabajo. Los problemas típicos incluyen crianza de los hijos, relaciones, estrés, ansiedad, depresión, problemas legales y financieros, abuso del alcohol y de las drogas, o relacionados con el trabajo. Estos beneficios se le proporcionan sin costo para usted. Debe obtener los Servicios Cubiertos de un Profesional Médico con licencia, certificado, o que de otra manera sea un profesional de salud mental calificado que tenga un contrato con nosotros para realizar la evaluación, el asesoramiento breve y la referencia.

Muchas personas que usan los Servicios Cubiertos pueden resolver sus problemas con el número de sesiones que se proporcionan en este Plan. Si su problema requiere un tratamiento más prolongado o especializado que lo que el Plan proporciona, un consultor lo referirá a un recurso de la comunidad o le sugerirá que obtenga ayuda profesional fuera del Plan.

Los Servicios Cubiertos están diseñados para funcionar junto con los beneficios que le proporciona su plan médico de Grupo, si está disponible. La cobertura de los servicios proporcionados por médicos, hospitales, proveedores de salud mental y de farmacodependencia es determinada por su Grupo o por su plan médico individual.

Cómo obtener los Servicios Cubiertos

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER SERVICIOS CUBIERTOS

Puede obtener los Servicios Cubiertos de un Profesional Médico autorizado llamándonos o accediendo al sitio web correspondiente de Anthem y registrándose en el Centro para los miembros.


El acceso a los Servicios Cubiertos está disponible las 24 horas del día y los siete días de la semana.



Cuando se comunique con nosotros, si es aparente que tiene una emergencia o una situación urgente, se le referirá inmediatamente a un consultor para que le haga una evaluación telefónica. El consultor podría proporcionarle por teléfono intervención por crisis o ayudarle a obtener servicios de atención aguda más intensivos a través de su plan médico.

Comuníquese con nosotros

Estamos aquí para ayudarlo. Llámenos si:

- Tiene una pregunta o un problema.
- Necesita a un Profesional Médico.
- Desea saber sobre los Servicios Cubiertos que tiene a su disposición.

 1-800-999-7222

 Anthem EAP, PO Box 4310, Woodland Hills CA 91365  www.anthemeap.com

Puede obtener información específica sobre su Plan llamando a la línea telefónica sin costo que se le asignó o al número del sitio web del EAP de Anthem Blue Cross que aparece arriba. También puede ver nuestra declaración de privacidad en nuestro sitio web.

Comunicación confidencial de la información médica

Cualquier miembro, ya sea un adulto o un menor, que pueda dar su consentimiento para recibir un servicio de atención médica sin el consentimiento de un padre o tutor legal, en virtud de la ley estatal o federal puede solicitar comunicaciones confidenciales, ya sea por escrito o electrónicamente. Puede enviar una solicitud por escrito de comunicaciones confidenciales a Anthem EAP; PO Box 4310 Woodland Hills CA 91365. Puede enviar una solicitud electrónica por correo electrónico a: infoeapbhrc@anthem.com. Los miembros también pueden llamarnos al 1-800-999-7222.

Las solicitudes de comunicaciones confidenciales aplicarán a todas las comunicaciones que contengan información médica o el nombre de un proveedor y la dirección relacionada con los servicios médicos recibidos por la persona que solicita las comunicaciones confidenciales.

Una solicitud de comunicaciones confidenciales será válida hasta que se reciba una revocación de la solicitud del miembro que la solicitó inicialmente, o cuando se reciba una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Anthem implementará la solicitud de comunicaciones confidenciales en un lapso de siete (7) días calendario a partir de que recibe la solicitud electrónica o por teléfono, o en un lapso de catorce (14) días calendario a partir de la fecha en que recibamos la solicitud por escrito por correo postal de primera clase. También acusaremos recibo de la solicitud y notificaremos el estado de esta si el miembro se comunica con nosotros.

Segundas opiniones

Si tiene preguntas sobre su afección o sobre un plan de tratamiento que le recomendó su Profesional Médico, usted puede recibir una segunda opinión de otro Profesional Médico. La visita de esta segunda opinión se le proporcionará de acuerdo con los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de este Plan. Si desea recibir una segunda opinión, llámenos al número que se indica en la sección COMUNÍQUESE CON NOSOTROS para obtener una referencia a otro Profesional Médico.

Servicios Cubiertos

Sujeto a las exclusiones y limitaciones enumeradas en la sección SERVICIOS NO CUBIERTOS, los siguientes son Servicios Cubiertos por este Plan cuando son autorizados y obtenidos de un Profesional Médico. No cubriremos ningún servicio que no esté incluido en esta sección.

- 1.** Sesiones de asesoramiento: hasta 6 sesiones de asesoramiento por un problema único que se presente, por un periodo de 12 meses, por término inicial y por término de renovación, por Participante. Las sesiones de asesoramiento serán sobre un problema único que se presente por asuntos o inquietudes que afecten directamente al Participante. Las sesiones de asesoramiento se proporcionan cuando la evaluación revela que el problema que se presenta tiene una probabilidad razonable de mejorar como resultado del asesoramiento a corto plazo que se concentre en la resolución del problema. No obstante cualquier disposición que indique lo contrario, los Servicios Cubiertos no incluyen ninguna sesión de asesoramiento que exceda el límite indicado arriba.
- 2.** Referencia a un beneficio de atención médica y/o a recursos clínicos apropiados en la comunidad en situaciones en las que el problema que presenta el Participante justifica un tratamiento a largo plazo, hospitalización o un nivel de atención más especializado.
- 3.** Acceso a un consultor con licencia a través de una línea telefónica sin costo, las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días al año.

4. Referencias legales y tarifas descontadas: Consulta telefónica o en persona por 30 minutos con un abogado con licencia.
5. Consulta financiera: Consultas telefónicas ilimitadas con un consultor financiero apropiado.
6. Recuperación del robo de identidad: Consulta telefónica para ayudar a recuperarse y minimizar el efecto de una infracción de la identidad.
7. Cesación del uso del tabaco: Acceso ilimitado a los recursos y a la información educativa en el sitio web de Anthem; así como enlaces a SmokeFree.gov, un sitio web integral que ofrece recursos y sugerencias relacionados con la cesación del uso del tabaco. Acceso a una característica de chateo e información en la línea telefónica sin costo Quit Line disponible en todos los estados.
8. Recursos e información sobre la vida y el trabajo: Si usted desea hablar con un consultor de cuidado infantil, cuidado de dependientes adultos, cuidado de ancianos, adopción o crianza de los hijos acerca de consultas, materiales educativos o referencias a cualquiera de estos servicios, favor de llamar a línea telefónica sin costo. Usted también tiene acceso ilimitado a información o recursos basados en la red sobre cuidado infantil, cuidado de dependientes adultos, cuidado de ancianos, adopción y crianza de los hijos en el sitio web de Anthem. Las instrucciones sobre cómo acceder los sitios web y obtener la información que contienen son parte de los materiales del programa que proporciona Anthem.

Servicios no cubiertos

Los Servicios Cubiertos no incluyen ninguno de los que se indican a continuación. No cubrimos ningún servicio que no esté incluido en la sección SERVICIOS CUBIERTOS de este EOC. No cubrimos los servicios no autorizados.

- 1.** Asesoramiento y consulta del legal por el mismo problema o situación más de una vez en un periodo de 12 meses después de la fecha inicial del servicio.
- 2.** Cualquier servicio o beneficio cubierto bajo el beneficio médico o plan de seguro del Grupo del Participante.
- 3.** Cualquier servicio hospitalario, médico, quirúrgico o de cualquier otro servicio de atención médica brindado por cualquier afección.
- 4.** Fármacos o medicamentos, cosméticos, suplementos dietéticos, auxiliares de salud o de belleza de venta con o sin receta.
- 5.** Evaluaciones o informes para un proceso legal.
- 6.** Evaluaciones de idoneidad para el servicio, a menos que el Grupo las compren de otra manera.
- 7.** Autorizaciones para que un empleado tome un permiso de ausencia o tiempo libre del trabajo.
- 8.** Asesoramiento exigido por un tribunal o agencia del gobierno.
- 9.** Tratamiento o evaluaciones especializados requeridos como una condición de libertad bajo palabra, libertad condicional, custodia, visitación o evaluaciones forensicas.
- 10.** Determinaciones o informes relacionados con la Ley de Ausencia por Razones Familiares y Médicas o por incapacidad a corto o a largo plazo.
- 11.** Cualquier servicio en el sitio cuando la seguridad del proveedor se consideraría a riesgo.
- 12.** Gastos relacionados con los servicios de un profesional de farmacodependencia del Departamento de Transporte de EE. UU., a menos que el Grupo los compre de otra manera.

Su responsabilidad financiera

Cantidad del prepago

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

No hay un cargo por separado

No hay costos compartidos del miembro ni responsabilidad financiera de los Participantes siempre y cuando usted obtenga los Servicios Cubiertos que están autorizados y que sean brindados por un Profesional Médico.

Nota importante: Cuando un Profesional Médico recomienda un servicio o un recurso no significa ni implica que el servicio es un gasto cubierto. Llámenos si tiene preguntas sobre si un servicio que está cubierto.

Cómo comienza la cobertura

Los Participantes Elegibles el día de inicio del acuerdo podrán obtener los Servicios Cubiertos en la fecha de vigencia. La habilidad de obtener Servicios Cubiertos bajo este Plan termina a las 11:59 P.M. del último día de la elegibilidad del Participante o de la terminación del Acuerdo, lo que ocurra primero.

Para que usted tenga derecho a los beneficios bajo este Plan, tanto el Acuerdo como su cobertura bajo este Plan deben estar vigentes en la fecha en la que usted obtiene los servicios.

Este Plan está sujeto a enmiendas, modificaciones o terminación según las disposiciones del Acuerdo sin su consentimiento o conformidad.

El Grupo será responsable de determinar la elegibilidad de los Participantes y de cualquier Participante Elegible de la Familia si es aplicable. Cualquier disputa o indagación referente a la elegibilidad (incluida la renovación y la restitución) será referida al Grupo, que nos debe notificar su determinación.

La elegibilidad según este Acuerdo se limitará a los residentes de Estados Unidos, incluidos sus territorios.

Tendremos el derecho exclusivo determinar la elegibilidad de cualquier Participante que presente comportamientos amenazantes o agresivos.

Cómo termina la cobertura

Su elegibilidad termina cuando ya no es un Participante elegible, cuando termine su empleo o cuando el Acuerdo de su Grupo se termine como resultado del incumplimiento del pago de las tarifas o por otra razón. Si no se pagan las tarifas según el Acuerdo, la terminación entra en vigor 15 días después de que se envía por correo la notificación de la terminación a su Grupo, a la medianoche del último día del mes para el cual se recibieron y se aceptaron las tarifas más recientes. Si corresponde, los Participantes Elegibles de su Familia están cubiertos durante el mismo tiempo que usted lo está A la terminación de su empleo, comuníquese con su Grupo para determinar si usted y/o los Participantes Elegibles de su familia podrían tener derecho a continuar la cobertura bajo COBRA.

Continuación de la atención

Si usted comenzó a visitar a un Profesional Médico y no ha hecho el número máximo de visitas permitido en el periodo de tiempo especificado en la sección SERVICIOS CUBIERTOS en la fecha en la que termina su cobertura bajo este Plan, es posible que usted pueda hacer las visitas restantes. Comuníquese con nosotros para obtener más información.

Si usted comenzó a hacer visitas a un Profesional Médico cuyo contrato se terminó, sus visitas restantes podrían seguir siendo Servicios Cubiertos si: 1) se encuentra bajo el cuidado del Profesional Médico en el momento en que termina el contrato de este proveedor; y 2) el proveedor cuyo contrato terminó acepta por escrito continuar las visitas con usted con las tarifas, los términos y las condiciones de su contrato anterior con nosotros. Si el contrato del proveedor se terminó por causas o razones disciplinarias, fraude u otra actividad criminal, o no está de acuerdo con los términos y las condiciones contractuales, no se nos requiere que continuemos usando los servicios del proveedor después de la fecha de terminación del contrato con este proveedor. Comuníquese con nosotros para obtener más información.

Disposiciones generales

Suministro de atención. No somos responsables de proporcionar ningún tipo de atención médica o atención similar, ni somos responsables de la calidad de ninguna la atención recibida. Nuestra relación con el Profesional Médico es la de un contratista independiente que no es nuestro agente ni nuestro empleado, y nosotros y cualquiera de nuestros empleados, no somos empleados ni agentes de ningún Profesional Médico. No somos responsables de ningún daño que resulte por recibir los servicios de un Profesional Médico.

Reembolso a los proveedores. Los Profesionales Médicos reciben el pago directamente de nosotros. No es necesario que usted presente reclamaciones por los Servicios Cubiertos que usted reciba bajo este Plan. No requerimos pagar a ningún Profesional Médico ninguna cantidad que le debamos a tal proveedor, ni siquiera en el evento poco probable de que no le paguemos a ese proveedor. Sin embargo, usted será responsable de pagar a cualquier proveedor que no sea un Profesional Médico por cualquiera de los servicios que le proporcione y por cualquiera de los servicios que no estén cubiertos por este Plan.

Cobertura limitada. Este Plan proporciona beneficios limitados como se describe en la sección SERVICIOS CUBIERTOS. En aquellas situaciones en las que las necesidades del Participante excedan el alcance de los Servicios Cubiertos de este Plan, se podría referir al Participante a un recurso local o al plan o beneficio médicos o plan de seguro de Grupo del Grupo, si está disponible.

Los beneficios no se pueden transferir. Sólo los Participantes elegibles tienen derecho a recibir los Servicios Cubiertos bajo este Plan. No se puede transferir el derecho de recibir los Servicios Cubiertos.

Administrador del Plan - COBRA y ERISA. En ningún evento seremos el administrador del plan para los propósitos de cumplimiento con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación del Presupuesto (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) o con la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). El término “administrador del plan” se refiere ya sea al Grupo o a una persona o entidad que no seamos nosotros, empleada por el Grupo para realizar o asistir en la realización de tareas administrativas relacionadas con el plan médico del Grupo. El Grupo es responsable de cumplir con las notificaciones, divulgaciones y otras obligaciones de los administradores en virtud de ERISA. Al proporcionar las notificaciones y de otra manera cumplir con el Acuerdo, el Grupo está satisfaciendo las obligaciones estatutarias que le impone la ley federal y, cuando corresponda, actuará como gente.

Seguro por Accidentes en el Trabajo. Este Plan no afecta ningún requisito de cobertura del seguro por accidentes en el trabajo. Tampoco reemplaza ese seguro.

Participación en las políticas públicas. Hemos establecido un Comité de políticas públicas (al que llamamos nuestro Comité de relaciones con el consumidor) para que dé recomendaciones a nuestra junta de directores. Este Comité asesora a la junta sobre cómo asegurar la comodidad, la dignidad y la conveniencia de las personas a las que cubrimos. El Comité consiste en miembros cubiertos por nuestro plan médico, proveedores participantes y un miembro de nuestra junta de directores. El Comité podría revisar nuestra información financiera e información sobre la naturaleza, el volumen y la resolución de las quejas que recibimos. El Comité de relaciones con el consumidor reporta directamente a nuestra junta.

Conformidad con las leyes. Cualquier provisión del plan que, en su fecha de vigencia, entre en conflicto con las leyes de la jurisdicción gobernante, por este medio se enmienda para que cumpla con los requisitos mínimos de tales leyes.

Disposiciones de renovación. El Acuerdo está sujeto a renovación a ciertos intervalos. Este Plan se renueva cuando el Acuerdo se renueva, y sigue vigente a menos que se sirva una notificación

de la terminación dentro del plazo especificado o como de otra forma se disponga en el Acuerdo.

Confidencialidad y divulgación de información. Hacemos todos los esfuerzos para preservar la confidencialidad de la información de los Participantes. La información se puede divulgar solamente con el consentimiento por escrito del Participante o como lo permita la ley. Este consentimiento debe estar firmado, fechado y debe especificar la naturaleza de la información y las personas y organizaciones a las que se les podría divulgar. Los Participantes pueden tener acceso a sus propios expedientes.

Procedimientos para las quejas formales

Si usted se encuentra insatisfecho sobre cualquier aspecto de este Plan, puede presentar una queja formal verbalmente comunicándose con Anthem, a línea telefónica sin costo que se proporciona en la sección COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este documento, o por escrito a Anthem EAP, 9655 Granite Ridge Dr., 6th Floor, San Diego, California 92123. Además, usted puede acceder al sitio web de la compañía en www.anthemEAP.com. Todas las quejas formales darán como resultado una investigación y una respuesta. Usted puede presentar una queja formal hasta 180 días después de cualquier incidente o acción que sea la causa de su insatisfacción. Si necesita asistencia para presentar una queja formal, hable con su consultor o con un representante del Departamento de Servicio al Cliente.

La resolución de las quejas formales podría involucrar la revisión de sus expedientes que, si se requieren, serán solicitados por el analista, o consultor, de quejas formales y apelaciones a través del correo postal, por fax o por correo electrónico seguro. Las quejas formales se resolverán en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que Anthem reciba su expresión de insatisfacción.

Si usted está insatisfecho con la resolución de su queja formal, o si ésta no se resuelve después de 30 días calendario, usted puede presentar su queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada de California (consulte DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA). Si su caso involucra una amenaza inminente a salud, no requiere completar nuestro proceso de quejas formales, sino que puede presentar inmediatamente su queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada para su revisión.

Puede encontrar información sobre como presentar una queja formal referente a discriminación basada en raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo en la sección Servicios de asistencia con el idioma de este Acuerdo.

Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan médico, primero debe llamar por teléfono a su plan médico al número de teléfono indicado en su tarjeta de identificación y usar el proceso de quejas formales de su plan médico antes de comunicarse con este departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no le prohíbe que ejerza cualquier derecho o recurso legal potencial que pudiera estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que involucra una emergencia, con una queja formal que su plan médico no ha resuelto satisfactoriamente, una queja formal que ha permanecido sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para pedir asistencia. Usted también podría ser elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura para tratamientos que son experimentales o se encuentran bajo investigación y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene una línea telefónica sin costo (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web del departamento (<http://www.hmoHELP.ca.gov>) tiene formularios de quejas, formularios de solicitudes IMR e instrucciones en línea.

ARBITRAJE OBLIGATORIO

TODAS LAS DISPUTAS QUE INCLUYAN PERO QUE NO SE LIMITEN A DISPUTAS RELACIONADAS CON EL SUMINISTRO DE SERVICIOS SEGÚN LA PÓLIZA O EL PLAN, O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON LA PÓLIZA O EL PLAN, Y LAS RECLAMACIONES DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DEBEN RESOLVER POR ARBITRAJE OBLIGATORIO, SI LA CANTIDAD EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMACIONES MENORES. Se entiende que cualquier disputa, incluidas las disputas relacionadas con el suministro de servicios bajo el Plan o cualquier otro problema relacionado con el Plan, incluida cualquier disputa sobre negligencia médica, respecto a cualquier servicio médico brindado bajo este contrato que fue innecesario o no estuvo autorizado o que fue brindado de manera inapropiada, negligente o incompetente, será determinada presentándose a arbitraje como lo dispone la ley de California, y no por un litigio o recurso al tribunal excepto como la ley de California disponga para la revisión judicial de procesos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al establecerlo, están renunciando a su derecho constitucional de que cualquiera de tales disputas se decida en un tribunal ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS ACEPTAN QUEDAR OBLIGADOS POR ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE Y RECONOCEN QUE RENUNCIAN AL DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O A PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA POR AMBAS DISPUTAS RELACIONADAS AL SUMINISTRO DE SERVICIOS BAJO EL PLAN O A CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN Y CON RECLAMACIONES DE NEGLIGENCIA MÉDICA.

La Ley Federal de Arbitraje regirá la interpretación y la ejecución de todos los procesos bajo esta disposición de arbitraje obligatorio. En la medida que la Ley Federal del Arbitraje sea inaplicable o que no requiera el arbitraje de una reclamación particular, aplicará la ley estatal que rige los

acuerdos para arbitraje.

Los hallazgos del arbitraje serán finales y obligatorios excepto en la medida que la ley estatal o federal disponga la revisión judicial del proceso de arbitraje.

El Participante inicia el arbitraje presentando una demanda por escrito a Anthem Blue Cross. El arbitraje será realizado por un solo árbitro neutral de Servicios Judiciales de Arbitraje y Mediación (Judicial Arbitration and Mediation Services, "JAMS"), de acuerdo con las reglas y los procedimientos aplicables de JAMS. Si por alguna razón JAMS no está disponible para realizar el arbitraje, este será realizado por un solo árbitro neutral de otra entidad de arbitraje neutral, por acuerdo entre el Participante y Anthem Blue Cross, o por orden de los tribunales, si el Participante y Anthem Blue Cross no logran un acuerdo. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo sobre el árbitro neutral individual, éste será seleccionado de acuerdo con la regla 15 de JAMS (o cualquier regla sucesora).

Los costos del arbitraje se asignarán según la política de JAMS sobre arbitrajes para el consumidor. A menos que usted o Anthem Blue Cross se pongan de acuerdo de otra manera, el árbitro no puede consolidar las reclamaciones de más de una persona, y no puede presidir de otra manera sobre ninguna forma de demanda representativa o colectiva.

Definiciones

Acuerdo significa el contrato establecido entre nosotros y su Grupo para proporcionar Servicios Cubiertos a los Participantes.

Participante(s) significa según lo determine el Grupo, un [Empleado][Miembro][Estudiante] Elegible y cualquier Participante Elegible de la Familia que [tenga] derecho los Servicios Cubiertos bajo este Plan y para el cual su Grupo pague las Tarifas del Participante.

Profesional Médico significa, con respecto a cualquier servicio de asesoramiento y referencia proporcionado bajo este Plan, un profesional de atención médica con licencia que haya acordado proporcionar Servicios Cubiertos a los Participantes. En situaciones limitadas que involucran servicios de asesoramiento, un Profesional Médico también puede incluir a profesionales de atención médica con licencia que no participan en la red aplicable, pero que han sido aprobados por nosotros y han acordado realizar una sola vez, o un número determinado de Servicios Cubiertos a un Participante en particular. Para servicios que no se relacionan con la salud brindados bajo este Plan, incluidos pero sin limitarse a consultas legales, consultas financieras, y servicios de asistente o de conveniencia, Profesional Médico significa un profesional con licencia y/o apropiadamente capacitado aprobado por y/o con un acuerdo con nosotros para proporcionar una sola vez o un número determinado de Servicios Cubiertos a un Participante.

Servicios Cubiertos significan aquellos servicios enumerados en la sección SERVICIOS CUBIERTOS de este EOC que el Participante tiene derecho a recibir bajo este Plan.

Empleado(s) Elegible(s) significa el empleado elegible del Grupo según lo determina y especifica el Grupo. Los Empleados Elegibles también pueden incluir a otros empleados, como de otra manera lo acuerde el Grupo.

Participante(s) Elegible(s) de la Familia significa el cónyuge, pareja de hecho, dependientes y otras personas cuyo lugar de residencia es el mismo que el del Empleado Elegible, y/o aquellos dependientes que no compartan la misma residencia con el Empleado Elegible pero que debido a las leyes estatales u órdenes judiciales requieren estar cubiertos bajo este Plan. Cualquier persona que resida permanentemente en su casa es elegible, así como las personas que estén calificadas como sus dependientes para los propósitos del impuesto federal sobre el ingreso.

Grupo significa cualquier Empleador, Sindicato Laboral, o Fondo de Fideicomiso de Administración Laboral, Asociación, u otro Grupo con el cual se emitió el Acuerdo.

Plan significa el conjunto completo de beneficios, condiciones, exclusiones y limitaciones que conforman su cobertura. Ellos consisten en este EOC, el Acuerdo y cualquier material adjunto.