CONFIDENCIAL

On LOK® | PACE
donde la vida abraza a los mayores

REPORTE DE QUEJA

(NO se incluye en el expediente médico del participante)

Nombre del participante: _____ **On Lok PACE #:** _____ **Centro/Equipo:** _____
Apellido **Nombre**

Fecha en que On Lok PACE recibió la queja: _____

Nombre de la persona que ayuda al participante a presentar esta queja: _____

- ❑ Representante del participante
- ❑ Miembro del personal de On Lok PACE
- ❑ Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) Centro de Ayuda
- ❑ Otra, por favor especifique: _____

Si se marcó el representante del participante, indique su parentesco/relación con el participante:

_____

Por favor proporcione aquí una descripción completa de la queja. (Incluya la fecha y lugar de los hechos, las personas involucradas, cualquier medida tomada para resolver la queja y citas textuales cuando sea posible.) Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.

Firma de la persona que reporta la queja: _____ Fecha: _____

- ❑ Si usted cree que ha sido discriminado, por favor indique aquí abajo las bases por las que usted cree se tomaron estas acciones de discriminación (marque la que aplica):
  [ ] Raza [ ] Color [ ] Nacionalidad [ ] Otra (por favor especifique): _____

- ❑ El participante ha sido informado sobre su derecho a solicitar asistencia para llenar su Reporte de Queja a la Departamento de Atención Médica Administrada de California y recibió información por escrito sobre el proceso de queja. La asistencia se puede obtener llamando al Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219.

Tan pronto como se complete el informe, envíelo junto con las páginas adicionales que haya, si corresponde, al Departamento de Servicios de Plan de Salud de On Lok.

© 2020 On Lok Senior Health Services. All rights reserved. This material is proprietary and the sole property of On Lok Senior Health Services ("On Lok"). This material may not be disclosed, reproduced, distributed, or otherwise used without On Lok's permission.

IMPORTANTE: Si necesita ayuda con este formulario, requiere asistencia lingüística o prefiere presentar una queja por teléfono, llame al Departamento de Servicios de Plan de Salud al 415-292-8895 o de forma gratuita al 1-888-996-6565 (TTY: 711). También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico al memberservices@onlok.org o acceder a nuestro sitio web al www.onlok.org/PACE para presentar una queja o recibir información sobre el proceso de quejas. Hay ayuda disponible de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Proceso de Queja para el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California se encarga de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe comunicarse por teléfono a su plan de salud al **415-292-8895** o al **1-888-996-6565 (TTY: 711)** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no excluye ningún derecho jurídico ni solución potencial que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que implique una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que continúe sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud respecto a la necesidad desde el punto de vista médico de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones sobre la cobertura de tratamientos experimentales o de investigación, y disputas sobre el pago de servicios de emergencia o servicios médicos de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea para TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas o del habla. El sitio web del departamento, **http://www.dmhc.ca.gov**, cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

For On Lok PACE Staff Use Only:

On Lok PACE staff member who received the grievance: ___ Health Plan Services Dept. ___ Social Worker ___ Other
Report received by the On Lok PACE staff member identified above: Date _____

- ❑ Health Plan Services Department notified of the grievance by telephone or e-mail: Date _____
- ❑ Health Plan Services Department telephoned acknowledgment of receipt to the participant (within 5 calendar days): Date _____ Time _____
- ❑ Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant (within 5 calendar days): Date _____
- ❑ Chief Medical Officer is notified of the grievance concerning medical care or urgent grievance: Date _____ Time _____
- ❑ Contract Manager for the Department of Health Care Services (DHCS) is notified of the grievance: Date _____ Time _____

Thirty calendar days from the day that the grievance was received, either:

- ❑ The grievance has been resolved. The Chief Medical Officer or the Senior Director of Health Plan Services has sent a report describing the problem's resolution, the basis for the resolution, and the review process if dissatisfaction continues to the participant and/or the participant's representative. *OR*
- ❑ The grievance is pending. A report with a brief explanation of the reasons for the delay has been sent to the participant and/or the participant's representative and the Contract Manager for the DHCS.

Expedited Review: Grievance involves an imminent and serious threat to the health of the participant

- ❑ The participant and/or the participant's representative are immediately notified by telephone of the receipt of the request for an expedited review.
- ❑ The participant and/or the participant's representative are notified of their right to notify the DHCS, the DMHC, and the Department of Social Services of the grievance.
- ❑ No later than 3 days from receipt of the grievance, a written statement of the final disposition or pending status of the grievance is sent to the participant and/or the participant's representative, the DHCS, and the DMHC.

© 2020 On Lok Senior Health Services. All rights reserved. This material is proprietary and the sole property of On Lok Senior Health Services ("On Lok"). This material may not be disclosed, reproduced, distributed, or otherwise used without On Lok's permission.