

REPORTE DE QUEJA

(NO se incluye en el expediente médico del participante)

Nombre del participante: _____ **OL#:** _____ **Centro/Equipo:** _____
Apellido Nombre

Fecha en que On Lok Lifeways recibió la queja: _____

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

- Representante del participante
- Miembro del personal de On Lok Lifeways
- Departamento de Administración de Cuidado de la Salud en California (siglas en inglés DMHC) Centro de Ayuda

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

Motivo de la queja:

- Descontento en relación a la calidad de los servicios de atención médica.
- Descontento en relación a la calidad de los servicios de atención a largo plazo.
- Descontento en relación a la forma en que se brindan los servicios.
- Descontento que implica una seria e inminente amenaza a la salud del participante, o violación de los derechos del 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
- El participante ha sido informado sobre su derecho a solicitar asistencia para llenar su Reporte de Queja a la Oficina de Administración del Cuidado de la Salud (Department of Managed Health Care) y recibió información por escrito sobre el proceso de queja. La asistencia se puede obtener llamando a dicha oficina al 1-888-HMO-2219.

Tan pronto se llene el reporte, por favor entréguelo a la Asociada del Plan de Salud de On Lok Lifeways en el Centro Gee.

IMPORTANTE: Si necesita ayuda con esta forma, requiere asistencia en su idioma, o prefiere presentar una queja por teléfono, por favor llame al Asociado del Plan de Salud al 415-292-8895 o a nuestro número gratis de teléfono al 1-888-996-6565. Hay ayuda disponible de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., lunes a viernes. También puede tener acceso a nuestro sitio web en www.onloklifeways.org para presentar una queja o recibir información acerca del proceso para presentar una queja.

Proceso de Queja para el Departamento de Administración de Cuidado de la Salud

El Departamento de Administración de Cuidado de la Salud de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de la regulación de los planes de servicios de cuidados a la salud. Si usted tiene alguna queja de su plan, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **415-292-8895** o al **1-888-996-6565** y utilizar el proceso de queja de su plan de salud antes de ponerse en contacto con la oficina. El utilizar este procedimiento de queja no prohíbe el uso de cualquier otro recurso o remedio legal que esté disponible para usted. Si usted necesitara respaldo con una queja que incluya una emergencia, una queja que no haya sido satisfactoriamente resuelta por su plan de salud o una queja que se haya quedado sin resolver por más de 30 días, puede llamar a la oficina para mayor asistencia. Usted también puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (en inglés, IMR). Si así fuera, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionado a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura por tratamientos experimentales o de naturaleza investigativa y disputas de pagos por emergencias o servicios médicos urgentes. La oficina también tiene un número gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para los incapacitados del habla o de la audición. El sitio en Internet que tiene el departamento es <http://www.hmohelp.ca.gov> donde tiene formatos de queja, formatos de solicitud IMR e instrucciones completas en línea.

For On Lok Lifeways Staff Use Only:

On Lok Lifeways staff member who received the grievance: ___ Health Plan Associate ___ Social Worker ___ Other

- Report received by the On Lok Lifeways staff member identified above: Date _____
- Health Plan Associate notified of the grievance by telephone or e-mail: Date _____
- Health Plan Associate telephoned acknowledgment of receipt to the participant (within 5 calendar days):
Date _____ Time _____
- Health Plan Associate 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 Health Plan Associate 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.