

Occupational Managed Care Alliance, Inc.

FORMULARIO DE QUEJAS DEL EMPLEADO / PROVEEDOR

Este formulario debe ser llenado por un empleado o proveedor que no esté satisfecho con un aspecto de su tratamiento por una lesión ocupacional o con una situación que involucre el programa de atención administrada de OMCA. Al completar este formulario, está presentando una queja que será revisada y tratada por miembros de nuestro personal administrativo. Se hará todo lo posible para satisfacer las solicitudes razonables. Proporcione documentación de respaldo adicional si está disponible.

Envíe su declaración por escrito en las siguientes líneas dentro de los treinta (30) días posteriores a la ocurrencia del evento que dio lugar a la queja. OMCA emitirá una decisión por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de esta queja.

INSTALACIÓN DONDE OCURRIÓ EL TRATAMIENTO _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

FECHA DE OCURRENCIA _____

QUEJA _____

Acepto permitir que el personal administrativo de OMCA discuta mi queja con las partes involucradas.

Nombre de empresa _____

Su nombre (en letra de imprenta) _____

Dirección _____

Dirección postal ciudad estado código postal

Firma

Fecha

POR FAVOR REGRESE A:

Occupational Managed Care Alliance, Inc.

ATTN: Client Services Department

P.O. Box 20908

Louisville, KY 40250-0908

Per KAR 25:110 Section 10 (5) (a) (b) Cualquier empleado o proveedor que no esté satisfecho con la resolución de OMCA de una queja puede solicitar la revisión de un juez de derecho administrativo presentando una solicitud de resolución dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la decisión final de OMCA. Tras la revisión por parte del ALJ, se requerirá que el demandante demuestre que la decisión final de OMCA no es razonable o no cumple con el capítulo 342 de KRS.

Department of Workers' Claims

Telephone (502) 564-5550

Mayo-Underwood Building, 3rd Floor

500 Mero Street

Frankfort, KY 40601