

StrataCare Managed Care Complaint Form

(Please complete the boxes, below)

You have the right to file a grievance with the Managed Care Plan. To file a Complaint, complete this form and submit the form with any supporting documents or records to the address listed below. The formal written complaint must be received by the Managed Care Plan Administrator. The Plan Administrator will acknowledge receipt of the complaint and will submit a decision response to the complaint upon completing an investigation within the state mandated timeframes. If you are dissatisfied with a decision rendered by the Managed Care Plan Administrator, you may appeal the decision. For any questions on the initial complaint or the complaint appeal procedure, please contact us toll-free at 1-888-853-4735.

Please submit this completed form and any supporting documents or records to:

StrataCare
Attention: Barbara Sweatt
P.O Box 14245
Lexington, KY 40512

Telephone: 1-888-853-4735, Option 7

Email: WCRegulatoryCompliance@StrataCare.com

Date: _____

Complainant Information:

Person Filing Complaint is (select one): ☐ Injured Worker ☐ Attorney ☐ Provider ☐ Other

Name: _____

Email: _____

Street Address: _____

Phone: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Nature of Complaint: (Check all that apply)

- | | |
|---|---|
| ☐ Medical Bill(s) | ☐ Inaccurate Provider Directory Information. |
| ☐ Inconsistent Medical Care. | ☐ Care Quality is not curing or relieving the injury. |
| ☐ Access to Plan Information and Services. | ☐ Transfer of care into, or out of, the network. |
| ☐ Unable to locate provider within the service area. | ☐ Unable to obtain authorization for medical services. |
| ☐ Utilization Review. | ☐ Other: _____ |

Managed Care Plan

Employer Name: _____

Carrier Name: _____

Plan Name: _____

Plan ID No: _____

Injured Worker Name: _____

Date Of Injury: _____

Claim Information

Claim Number: _____

Adjuster Name: _____

Adjuster Email: _____

Adjuster Phone: _____

1. Please describe your complaint in detail below. Include dates and names.
2. Describe the experience that led to making the complaint.
3. When did the experience occur, how long did this experience last and has it occurred before? If so when?
4. What attempt(s) were made to resolve the concern?

5. What is the impact of this experience to the injured worker?

6. What result would you like to see as an outcome to this complaint?

PLEASE ADD ADDITIONAL PAGES IF NEEDED, AND ATTACH COPIES OF APPLICABLE RECORDS AND DOCUMENTS TO THIS FORM.

Formulario de queja de atención administrada de StrataCare

(Por favor, rellene las casillas que aparecen a continuación)

Usted tiene derecho a presentar una queja formal ante el Plan de Atención Administrada. Para presentar una queja, complete este formulario y envíelo con los documentos o registros de respaldo a la dirección que se indica a continuación. La queja formal por escrito debe ser recibida por el Administrador del Plan de Atención Administrada. El Administrador del Plan acusará recibo de la queja y presentará una respuesta a la decisión de la queja al completar una investigación dentro de los plazos exigidos por el estado. Si no está satisfecho con una decisión tomada por el Administrador del Plan de Atención Administrada, puede apelar la decisión. Si tiene alguna pregunta sobre la queja inicial o el procedimiento de apelación de quejas, comuníquese con nosotros al número gratuito 1-888-853-4735.

Envíe este formulario completo y cualquier documento o registro de respaldo a:

StrataCare
Atención: Barbara Sweatt
P.O. Box 14245
Lexington, KY 40512

Teléfono: 1-888-853-4735, Opción 7

Correo electrónico: WCRegulatoryCompliance@StrataCare.com

Información del demandante

Fecha: _____

La persona que presenta la queja es
(seleccione una):

☐ Trabajador lesionado

☐ Abogado

☐ Proveedor

☐ Otro

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Naturaleza de la queja: (Marque todo lo que corresponda)

☐ Factura(s) médica(s)

☐ Atención médica inconsistente.

☐ Acceso a la información y los servicios del plan.

☐ No se puede localizar al proveedor dentro del área de servicio.

☐ Revisión de utilización.

☐ Información inexacta del directorio de proveedores.

☐ La calidad de la atención no es curar o aliviar la lesión.

☐ Transferencia de atención dentro o fuera de la red.

☐ Imposibilidad de obtener autorización para servicios médicos.

☐ Otro: _____

Plan de Atención Administrada

Nombre del empleador: _____

Nombre del operador: _____

Nombre del plan: _____

Número de identificación del plan: _____

Nombre del trabajador lesionado: _____

Fecha de la lesión: _____

Información de la reclamación

Número de reclamación: _____

Nombre del ajustador: _____

Correo electrónico del ajustador: _____

Teléfono ajustador: _____

Información de la queja

1. Describa su queja en detalle a continuación. Incluye fechas y nombres.
2. Describa la experiencia que llevó a presentar la queja.
3. ¿Cuándo ocurrió la experiencia, cuánto tiempo duró esta experiencia y ha ocurrido antes? Si es así, ¿cuándo?
4. ¿Qué intento(s) se hizo(n) para resolver el problema?

5. ¿Cuál es el impacto de esta experiencia para el trabajador lesionado?

6. ¿Qué resultado le gustaría ver como resultado de esta queja?

AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO Y ADJUNTE COPIAS DE LOS REGISTROS Y DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A ESTE FORMULARIO.