

Proceso de quejas de servicios relacionados con la ADA

Copa Health, Inc. agradece los comentarios, cumplidos y quejas de sus miembros sobre sus experiencias al utilizar los servicios de Copa Health, Inc. Las aportaciones de los miembros ayudan a identificar las áreas que necesitan mejoras y siempre se agradecen los elogios.

Todas las quejas de los miembros se revisan cuidadosamente, y las enviadas por miembros que experimentan problemas de accesibilidad o relacionados con la ADA se revisan adicionalmente para verificar su cumplimiento con las políticas de Copa Health, Inc. por parte del Vicepresidente de Gestión de Cumplimiento y Calidad.

Para presentar una queja de servicio relacionada con la ADA, los miembros pueden comunicarse con Copa Health, Inc. mediante cualquiera de los siguientes métodos:

- Correo
Copa Health, Inc.
Corporate Compliance Department
924 N Country Club Drive
Mesa, AZ 85201
- Teléfono
480.969.3800
- CorpCompliance@copahealth.org

Copa Health, Inc. investigará la queja y comunicará rápidamente una respuesta al miembro dentro de los 10 días hábiles.

Todos los métodos de envío harán que el departamento de Cumplimiento Corporativo reciba la información de la queja y la ingrese en la base de datos de comentarios de los miembros, que documenta cada queja recibida y todas las actividades de seguimiento relacionadas. Los miembros con una queja relacionada con la ADA recibirán una confirmación de la queja / número de referencia de seguimiento, generalmente dentro del mismo día, pero no más tarde de diez (10) días hábiles a partir del día en que Copa Health, Inc. recibe la queja. Si el miembro no recibe una respuesta dentro del plazo de diez (10) días, puede llamar al Departamento de Cumplimiento Corporativo al 480.969.3800 para obtener el número de referencia de confirmación / seguimiento.

El departamento de Cumplimiento Corporativo de Copa Health, Inc. investiga todas las quejas e implementa las acciones correctivas que se deben tomar. Las quejas que involucran ADA o elementos de accesibilidad reciben una revisión adicional por parte del Vicepresidente de Cumplimiento después de que se haya completado la investigación. Una vez que se haya completado la revisión de supervisión del cumplimiento de la ADA, se le proporcionará al miembro una respuesta por escrito a la dirección de contacto proporcionada dentro de los noventa (90) días posteriores a la recepción de la queja. Todas las quejas se investigan en unas pocas semanas, pero algunas pueden requerir una investigación más extensa o requerir más tiempo para identificar las medidas correctivas. En cualquier caso, se proporcionará una respuesta por escrito al miembro dentro de los noventa (90) días.

Ya sea que nuestros miembros presenten quejas sobre problemas con el servicio o compartan una gran experiencia, agradecemos la oportunidad de estar al servicio.

COPA HEALTH, INC.

Formulario de reclamo por discriminación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973

Instrucciones: Si usted considera que la COPA HEALTH, INC. por sus siglas en inglés) cometió discriminación en contra de una o más personas, en base a una enfermedad o discapacidad, por favor llene este formulario por completo, fírmelo y envíelo a la dirección que aparece en la siguiente página.

Otros medios para presentar reclamos, como por ejemplo entrevistas personales o una grabación del reclamo, estarán disponibles para las personas con discapacidades, a petición previa. Para obtener asistencia, llame al 602.449.3942.

Nombre del demandante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono trabajo: _____

Nombre de la víctima de discriminación:
(Si es distinto al del demandante) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono trabajo: _____

¿En qué fecha ocurrió el acto de discriminación? _____

Describa los actos de discriminación, suministrando el (los) nombre(s), de ser posible, de los individuos responsables de los actos discriminatorios (use el espacio adicional en la siguiente página de ser necesario):

¿Se presentó el reclamo ante otra oficina del Ministerio de Justicia o algún tribunal u organismo de derechos civiles federal, estatal o local? Sí No

En caso afirmativo, indique organismo o tribunal: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de presentación del reclamo: _____

Espacio adicional para las respuestas:

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe el formulario a:
COPA HEALTH, INC.
CORPORATE COMPLIANCE DEPT.
924 N COUNTRY CLUB DR., MESA AZ 85201

o por correo electrónico a
CorpCompliance@CopaHealth.org

Teléfono: 480.969.3800