

Formulario de Inquietudes y Reclamos del Paciente

El personal de PANTHERx® Specialty Pharmacy se esfuerza por garantizar productos/servicios de calidad que sean consistentes con nuestra filosofía. Como se indica en sus Derechos y Responsabilidades, usted tiene derecho a que obtenga un trato profesional y de alta calidad sin discriminación. También tiene derecho a expresar sus inquietudes o Reclamo sobre su servicio sin ser amenazado, restringido o discriminado.

Si no está satisfecho con nuestro servicio o tiene inquietudes sobre la seguridad y la calidad de la atención, nos gustaría que se ponga en contacto con nuestra gerencia. Puede completar este formulario, llamarnos al número que aparece a continuación o visitar nuestro sitio web en www.pantherspecialty.com/grievance para enviar sus inquietudes. Usted puede reportar preocupaciones sobre la seguridad o la calidad de la atención a cualquier organización o junta reguladora que mencionamos continuación sin represalias por parte de PANTHERx Specialty Pharmacy poniéndose en contacto con:

URAC: (202) 216-9010, 8:30 AM a 5:00PM, Hora del Este
ACHC: (855) YES-ACHC (937-2242), 8:30 AM a 5:00PM, Hora del Este
Junta De Farmacia Del Estado de Pensilvania: (717) 783-7156, 8:30 AM a 5:00PM, Hora del Este

Dentro de los 5 días calendario siguientes a la recepción de su inquietud, notificaremos al beneficiario mediante una llamada telefónica, correo electrónico, fax o carta que el asunto está bajo investigación. En un plazo de 14 días naturales, la organización proporcionará una notificación por escrito al beneficiario con los resultados de su investigación y respuesta.

Formulario de correo a: Farmacia Especializada PANTHERx
24 Summit Park Drive
Pittsburgh, PA 15275

Gracias de antemano por traer su inquietud a nuestra atención, ya que nos ayudará en nuestro esfuerzo continuo para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Descripción del problema/preocupación/reclamación (incluya fechas, horas y nombres, si es posible):

Completado por (firma) _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

SÓLO PARA USO EN OFICINA

Dirección del paciente: _____ Número de teléfono del paciente: _____

Número de Reclamo de Seguro Médico o Medicare del Paciente: _____

Fecha de recepción: _____ Por: _____

Seguimiento por teléfono completado por: _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Asuntos discutidos: _____

Resolución/Acción tomada para resolver la queja: _____

Seguimiento por carta completada por: _____ por favor adjunte copia Fecha de finalización: _____

Formulario completado por: _____ Fecha de envío: _____ Fecha: _____

