



Informar sobre posibles problemas de cumplimiento

En Alameda Alliance for Health (Alliance), estamos aquí para ayudarle. Es importante que lea y entienda la información incluida en esta carta.

¿Qué es un posible problema de cumplimiento?

Un posible problema de cumplimiento puede incluir inquietudes en las siguientes áreas:

1. Sospecha de fraude, despilfarro o abuso
 - *Por ejemplo: servicios facturados por duplicado por el proveedor*
2. Divulgación de información de salud privada protegida por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996
 - *Por ejemplo: cartas del paciente que se envían a otra persona*
3. Incumplimiento con reglamentos y leyes
 - *Por ejemplo: inquietud respecto a la operatividad o ética de un proceso*

¿Cuándo debo informar sobre el problema a Alliance?

Debe reportar el problema a Alliance inmediatamente en cuanto lo descubra. Se nos requiere investigar este problema e informarlo a las agencias reguladoras correspondientes en un margen de tiempo determinado.

Los problemas de privacidad de la HIPAA deberán reportarse a Alliance el mismo día que se descubran. Se nos exige informar sobre estos problemas a la agencia estatal dentro de un periodo de 24 horas a partir de que se descubran.

¿Cómo informo a Alliance del problema?

Hay algunas maneras en las que puede informar sobre el problema a Alliance:

- Llene el Formulario de Reporte de Incidentes de Cumplimiento de Alliance en la siguiente página y envíenoslo por correo electrónico.
- También puede informarnos llamando a la Línea directa del Departamento de Cumplimiento de Alliance. Es posible informar sobre los problemas de manera anónima. La línea directa de Cumplimiento de Alliance está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin costo al **1.844.587.0810**.

¿Tiene preguntas? Envíe un correo electrónico al Departamento de Cumplimiento de Alliance a **compliance@alamedaalliance.org**
www.alamedaalliance.org



Formulario de Reporte de Incidentes de Cumplimiento

El formulario de Reporte de Incidentes de Cumplimiento de Alameda Alliance for Health (Alliance) es confidencial y puede usarse para informar sobre cualquier incidente sospechoso que observe o escuche. (Por ejemplo, divulgación de la información de salud privada protegida por la HIPAA, fraude, despilfarro y abuso o cualquier problema de cumplimiento).

INSTRUCCIONES

1. Escriba claramente con letra de molde o a máquina en los siguientes campos.
2. Los campos marcados con (*) son obligatorios.
3. Envíe por correo electrónico el formulario lleno e incluya cualquier documento relevante al Departamento de Cumplimiento de Alliance a compliance@alamedaalliance.org.

TIPO DE INCIDENTE*	
<input type="checkbox"/> HIPAA/Privacidad <input type="checkbox"/> Fraude, Despilfarro, Y Abuso <input type="checkbox"/> Otro: _____	
PERSONA INFORMANTE: INFORMACIÓN GENERAL*	
NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO:
TÍTULO DEL CARGO/NOMBRE DE LA EMPRESA:	
LA PERSONA QUE LE INFORMÓ SOBRE EL INCIDENTE:	
<input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro: _____	
INFORMACIÓN DEL MIEMBRO <i>(si corresponde; si hay varios miembros involucrados, incluya una lista adjunta)</i>	
APELLIDO:	
NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE ALLIANCE/N.º DE FICHA DEL CLIENTE (<i>Client ID Number, CIN</i>):	FECHA DE NACIMIENTO (<i>MM/DD/AAAA</i>):
NÚMERO DE TELÉFONO:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO <i>(si corresponde)</i> :	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR <i>(si corresponde)</i>	
APELLIDO:	
NOMBRE:	MONTO INVOLUCRADO: \$
NÚMEROS DE RECLAMACIÓN INVOLUCRADOS:	IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (<i>National Provider Identifier, NPI</i>):
DETALLES DEL INCIDENTE*	
FECHAS DEL INCIDENTE:	
QUIÉN PARTICIPÓ:	
DÓNDE OCURRIÓ:	
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE: <i>(Adjunte cualquier documentación relevante).</i>	