



ACCREDITATION ASSOCIATION
for AMBULATORY HEALTH CARE, INC.

Notice of Survey

Indicate AAAHC Program related to this Notice of Survey

- Ambulatory Accreditation
- Medicare Deemed Status Accreditation
- Health Plans Accreditation
- Health Plans FEHB Accreditation
- Advanced Orthopaedic Certification
- Patient-Centered Medical Home Certification

AAAHC Organization ID 15138 Organization Legal Name CarePlus Health Plans
 Organization "Doing Business As" Name _____

- This is an Unannounced Survey ~ **OR** ~ Survey date(s) for this Announced Survey October 14 -16, 2024

The above-named organization has voluntarily requested this accreditation/certification survey as a means of having a third-party review to build upon strengths or identify opportunities to improve its delivery of safe, high-quality health care to its patients and/or members. The survey will evaluate the organization's compliance with AAAHC Standards and to determine if accreditation/certification should be awarded to, or retained by, this organization.

The general public, patients, members, and employees, believing that they have relevant and valid information about this organization's provision of services or compliance with AAAHC Standards, may request to present this information to AAAHC Surveyors at the time of the survey **or** may communicate such information in writing or by telephone to the AAAHC office.

All information received from identified individuals at or prior to the survey will be considered in making the accreditation/certification decision. The information presented will not be debated with the reporting individual.

A request to present or report information may be communicated in writing by mail to the address below; by email to feedback@aaahc.org; or by telephone or fax to the numbers below.

Accreditation Association for Ambulatory Health Care, Inc.

3 Parkway North, Suite 201
Deerfield, IL 60015

TEL: 847.853.6060
FAX: 847.853.9028

*The organization must post the Notice prominently for at least 30 calendar days or through the end of the survey, **whichever is later.***

Date Posted _____ Staff Name _____ Title _____

Indique el programa de AAAHC relacionado con este aviso de encuesta

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acreditación ambulatoria | <input type="checkbox"/> Certificación Ortopédica Avanzada |
| <input type="checkbox"/> Acreditación de estado considerado por Medicare | <input type="checkbox"/> Certificación de hogar médico centrado en el paciente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acreditación de planes de salud | |
| <input type="checkbox"/> Acreditación de planes de salud del FEHB | |

Id. de la
organización
AAAHC15138Nombre legal de la
organizaciónCarePlus Health PlansNombre de la
organización con el
cual opera Esta es una encuesta no
anunciada

~ O ~

 Fecha(s) de esta
encuesta anunciadaOctober 14 - 16, 2024

La organización mencionada anteriormente ha solicitado voluntariamente esta encuesta de acreditación/certificación para que un tercero realice una revisión, a fin de aprovechar las fortalezas o identificar oportunidades para mejorar la prestación de atención médica segura y de alta calidad a sus pacientes o miembros. A través de la encuesta se evaluará si la organización cumple con las normas de AAAHC y se determinará si se debe otorgar la acreditación/certificación a esta organización o si la debe conservar.

El público en general, los pacientes, los miembros y los empleados que crean tener información válida y relevante sobre la prestación de servicios de esta organización o el cumplimiento de las normas de AAAHC pueden solicitar presentar esta información a los encuestadores de AAAHC al momento de la encuesta o pueden comunicar dicha información por escrito o por teléfono a la oficina de AAAHC.

Toda la información que se reciba de personas identificadas en el momento de la encuesta o antes se tendrá en cuenta al tomar la decisión de acreditación/certificación. La información presentada no se analizará con la persona que la entrega.

La solicitud para presentar información se puede hacer por escrito por correo a la dirección que figura a continuación; por correo electrónico a feedback@aaahc.org; o por teléfono o fax a los números que figuran a continuación.

Accreditation Association for Ambulatory Health Care, Inc.3 Parkway North, Suite 201
Deerfield, IL 60015TEL.: 847.853.6060
FAX: 847.853.9028

La organización debe publicar el aviso de manera visible durante al menos 30 días calendario o hasta el final de la encuesta, lo que suceda después.

Fecha de
publicación _____Nombre del
personal _____

Título _____