



Formulario de quejas para afiliados

Completar y enviar por correo o fax a esta dirección:
Health Net | Appeals & Grievances/Medicare Operations
PO Box 10450 | Van Nuys, CA 91410-0450
Fax: 1-844-273-2671

Health Net tendrá una resolución para su queja antes de los 30 días de la fecha en que usted presentó su queja. Si necesitamos más información y la demora a usted le conviene o si pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja.

No obstante, si hacemos uso de esta extensión, se lo informaremos a usted o a su representante.

Por lo general, lo ayudaremos de inmediato o, como máximo, al cabo de unos pocos días. Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”. Si obtiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Si necesita ayuda, llámenos al 1-800-275-4737 para planes HMO. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Además, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, las llamadas recibidas durante la noche, los fines de semana y los días feriados nacionales serán atendidas por nuestro sistema automático de teléfono. También puede visitar <https://ca.healthnetadvantage.com/>.

Nombre del afiliado (nombre y apellido): _____

Número de identificación de Medicare: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Relación con el afiliado *(elija una opción): Titular Padre/madre Tutor legal Cónyuge

Otra: _____

**Si se selecciona una opción distinta de “Titular”, se exigirá una prueba de tutela, un poder legal o un formulario de Designación de un representante (AOR). Puede encontrar el formulario AOR en nuestro sitio web.*

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Proveedor: _____

Tipo de queja (elija una opción):

- Acceso
- Solicitud de servicio
- Problema de pago de reclamo
- Apelaciones
- Beneficios
- Solicitud de medicamento que requiere receta médica o de una determinación de cobertura/un problema y un proceso de redeterminación
- Atención al Cliente
- Inscripción y cancelación de la afiliación
- Fraude y abuso
- Marketing
- Problemas de privacidad
- Calidad de la atención

¿Esta queja es sobre sus medicamentos? (elija una opción): Sí No

Si respondió Sí antes, ¿tiene suficientes suministros para los próximos 7 días? (elija una opción):

Sí No

¿Cuál es su queja?

¿Cómo puede Health Net resolver su problema?

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted en relación con esta queja? (elija una opción):

Teléfono Correo electrónico

Otra _____

Proporcione información de contacto adicional (es decir, un número de teléfono, una dirección de correo electrónico, etc.).

Solo para uso administrativo

Número de queja: _____ Fecha de recepción: _____