

Member Appeal or Grievance Form



En Health Net of California (Health Net), sus inquietudes nos importan. Si no está de acuerdo con una decisión, usted u otra persona puede presentar una Apelación por un servicio denegado. Puede presentar una Queja Formal si no está conforme con la atención o el tratamiento que recibió.

Debemos tener su consentimiento por escrito si su Proveedor o alguien que usted elija presenta una Apelación o Queja Formal en su nombre. Es posible que necesitemos su consentimiento por escrito para obtener los Expedientes Médicos para su Apelación o Queja Formal. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net llamando al 1-800-522-0088 o puede visitar www.healthnet.com para obtener estos formularios.

- Formulario de Representante Autorizado
- Formulario de Divulgación de Expedientes Médicos

Incluya cualquier documento o información relevante para su Apelación o Queja Formal. Puede elegir cualquiera de las siguientes formas de enviar su Apelación o Queja Formal.

- Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net llamando al 1-800-522-0088. Los servicios lingüísticos están a su disposición si los necesita.
- TTY: 711 para las personas con dificultades de audición y del habla
- Complete el formulario de Apelaciones o Quejas Formales en línea en: www.healthnet.com
- Complete este formulario y envíelo por correo o fax

Correo postal: Health Net of California
Atte: Member Appeals and Grievance Department
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
○
Fax: 1-877-831-6019

Los afiliados tienen a su disposición material en otros formatos, como braille, letra grande, audio, etc.

Member Appeal or Grievance Form



Parte 1: Información de afiliado		
Nombre y Apellido:	N.º de Identificación:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Horario Preferido para Llamar:	

Parte 2: Información sobre la Apelación o Queja Formal	
Nombre del Proveedor:	Fecha del Servicio/Incidente:
Número(s) del Reclamo:	Número(s) de Referencia:

Cuéntenos su(s) inquietud(es) y la acción que desea. Incluya: Nombre del Proveedor, fecha del servicio, número(s) de referencia o reclamo.

Para Apelaciones: Adjunte una copia de la Carta de Denegación.

--

Member Appeal or Grievance Form



Puede solicitar una conferencia si recibió una denegación de tratamiento o suministros como experimentales y tiene una enfermedad terminal.

Tengo una enfermedad terminal y solicito una conferencia.

Parte 3: Para Su Información

En el caso de una queja formal presentada por motivos que no sean cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura, usted debe presentar su queja formal o apelación ante Health Net en un plazo de 365 días calendario a partir de la fecha del incidente o de la medida que dio lugar a su queja formal. En el caso de una queja formal presentada en relación con la cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura, debe presentar su queja formal ante Health Net en un plazo de 180 días a partir del aviso de terminación. Incluya toda la información de su tarjeta de identificación de Health Net y los detalles relacionados con la inquietud o el problema.

Si su apelación o queja formal es urgente, puede solicitar una "revisión acelerada". Su apelación puede ser revisada en un plazo de 3 días calendario a partir del momento en que fue recibida, si implica una amenaza inmediata y grave para su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante.

Recibirá una carta en cinco (5) días calendario una vez que recibamos su apelación o queja formal.

La carta también le dará el nombre, la dirección y el número de teléfono del coordinador de casos de Health Net que manejará su solicitud y la fecha en que se recibió su solicitud.

Puede comunicarse con el departamento de apelaciones y quejas formales de Health Net para analizar su solicitud. En un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recepción de la solicitud, el coordinador de casos de Health Net le enviará por correo una carta donde se le comunica la resolución a su apelación o queja formal.

Puede comunicarse, en cualquier momento, con Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada, por sus siglas en inglés, DMHC) si Health Net no resuelve su queja formal o apelación o si no la ha resuelto a su satisfacción.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada de California) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero al plan de salud al **(1-800-522-0088, TTY: 711)** y seguir el proceso de quejas formales del plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se haya resuelto en un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También podría ser elegible para una Independent Medical Review (Revisión Médica Independiente, por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición y del habla. En el sitio Web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Ley del Senado (SB) 923 de atención inclusiva para personas transgénero, con género diverso o intersexuales (por sus siglas en inglés, TGI)

Tiene derecho a presentar una queja ante Health Net y el DMHC si su proveedor o el personal de Health Net no le han proporcionado atención trans inclusiva.

La atención de salud trans inclusiva se define como atención de salud integral que cumple con los estándares de atención para las personas que se identifican como TGI, honra la autonomía corporal personal, no hace hipótesis sobre el género de una persona, acepta la fluidez de género y la presentación no tradicional del género, y trata a todos con compasión, comprensión y respeto [HSC § 1367.043(d)(3)].

Member Appeal or Grievance Form



Parte 4: Firma

Firma del Afiliado o Representante Autorizado

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta del Afiliado
o Representante Autorizado