



Health Net of California, LLC

Información Médica Protegida - Confidencial

FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES DEL AFILIADO A HEALTH NET

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de Identificación del Suscriptor: _____ Número de Grupo: _____

Dirección:

N.º de Teléfono Diurno _____

Grupo Médico Participante: _____

Explique en detalle las circunstancias que llevaron a su insatisfacción con Health Net of California, Inc. (Health Net). Es fundamental que indique las fechas, las personas y los centros implicados, de la manera más completa posible. Incluya la copia original de cualquier reclamo o factura recibidos que estén relacionados con su problema. (Asegúrese de hacer una copia para sus registros). Use el reverso o un papel adicional si es necesario. Envíe este formulario y los documentos por correo a: Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 o por fax al (877) 831-6019.

Declaración del Problema: Fecha en que Ocurrió: _____ Lugar: _____
Nombre del Proveedor: _____

Describa el problema/la queja en detalle:

Use el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

El deseo de Health Net es brindar atención médica de alta calidad de la manera más satisfactoria posible. Para hacerlo, debemos conocer cualquier dificultad con el servicio que usted tenga. Al llenar este formulario, nos está brindando la información necesaria para mantener continuamente nuestros altos estándares. Le responderemos a más tardar en 30 días. Si cree que una demora en el proceso de toma de decisiones puede imponer una amenaza inminente y grave para su salud, comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al 1-800-522-0088 para solicitar una revisión acelerada.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-800-522-0088**, **TTY: 711** y usar el proceso de presentación de quejas formales de su 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 que tenga que ver con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También podrían ser elegibles para una 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 impedimentos auditivos y del habla. El sitio Web del departamento, www.dmhca.gov, tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

6003757 (8/2013), (9/2019), (02/2020), (3/2022)