



FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJASFORMALES/QUEJAS DEL AFILIADO

Fecha: _____

Escriba toda la información con letra de molde.

Información sobre el denunciante:

Nombre _____ () Número de Teléfono del Trabajo _____ () Número de Teléfono Particular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la/s persona/s relacionada/s con el denunciante:

Nombre _____ N.º: _____
Número de Identificación _____

Nombre _____ N.º: _____
Número de Identificación _____

Nombre _____ N.º: _____
Número de Identificación _____

Naturaleza de la queja: [Marque todo lo que corresponda]

_____ Publicidad _____ Dificultad para cancelar la afiliación _____ Facturación al afiliado
_____ Calidad _____ Transporte _____ Accesibilidad a la atención
_____ Atención de emergencia _____ Actitud del personal _____ Autorización

Otro: _____

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.

Firma del Afiliado
(o firma del padre/de la madre si el afiliado es menor de edad o discapacitado)

Fecha

PERMISO MÉDICO

AFILIADO: Proporcione el nombre y el número de teléfono de cualquier proveedor que pueda haberle brindado tratamiento para la afección que es objeto de esta queja formal.

Todos los Expedientes Médicos obtenidos se mantendrán bajo estricta confidencialidad y se utilizarán únicamente con fines de revisión de su queja formal.

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO Y SOLICITO AL/A LOS PROVEEDOR/ES ANTES MENCIONADO/S A QUE DIVULGUE/N A HEALTH NET TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS QUE RESPALDEN LA NECESIDAD MÉDICA PARA EL OBJETO DE ESTA QUEJA FORMAL:

FIRMA: _____

FECHA: _____

(Si firma otra persona que no sea el Afiliado)

PARENTESCO: _____

(MADRE, PADRE, TUTOR)

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda adicional con respecto a este asunto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito (800) 675-6110 (TTY: 711). Una vez completado, envíe este formulario a: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Número de Fax: (877) 831-6019.

El 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 a su plan de salud al **1-800-675-6110, TTY: 711** y usar el proceso 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 podría ser elegible 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 dificultades de audición y del habla. El sitio Web del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.