

## Member Appeal or Grievance Form



En Health Net Community Solutions (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 1-800-675-6110 o puede visitar [www.healthnet.com](http://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.

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net al 1-800-675-6110. 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](http://www.healthnet.com)
- Complete este formulario y envíelo por correo o fax

**Correo postal:** Health Net Community Solutions  
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 Aviso de Acción.

## 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

Un Aviso de Acción es una carta formal en la que le informamos que denegaremos, retrasaremos, cambiaremos o finalizaremos un servicio. La Queja Formal se puede enviar en cualquier momento.

Solicite una revisión rápida si su Apelación o Queja Formal implica una amenaza inmediata o grave para su salud. Revisaremos su Apelación o Queja Formal dentro de las 72 horas siguientes al momento de su recepción.

Recibirá una carta en cinco (5) días calendario una vez que recibamos su Apelación o Queja Formal.

El miembro del personal de Health Net que trabajará en su caso puede hablar con usted para obtener más información.

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (por sus siglas en inglés, DMHC) o con el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (por sus siglas en inglés, DHCS) si no está conforme con la forma en que Health Net resuelve sus inquietudes.

### **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 **(1-800-675-6110, 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).

## Member Appeal or Grievance Form



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](http://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 transinclusiva.

La atención de salud transinclusiva 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)].

### **California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman**

También puede llamar a la Ombudsman Office del California Department of Health Care Services (por sus siglas en inglés, DHCS) para obtener ayuda. La Ombudsman Office ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal a aprovechar al máximo sus derechos y responsabilidades como afiliados a un plan de atención administrada. Para obtener más información, llame al número de teléfono gratuito **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

#### **Parte 4: Firma**

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Imprenta del Afiliado  
o Representante Autorizado