



**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS
FORMALES/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 Fecha

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

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 o al Número TTY/TDD: (800) 431-0964. Una vez completado, envíe este formulario a: Health Net, Attn: Medical Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Número de Fax: (877) 831-6019.