

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.