Health Net

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:

_____ N.º: _____

Nombre Número de Identificación

_____ N.º: _____

Nombre Número de Identificación

_____ N.º: _____

Nombre 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 (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.