



Health Net of California, Inc.

Confidencial - Información Protegida sobre la Salud

**FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES DEL AFILIADO A
HEALTH NET**

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de Identificación del Suscriptor: _____ Número del Grupo: _____

Dirección:

N.º de Teléfono Diurno: _____

Grupo Médico Participante: _____

Explique en detalle las circunstancias que causaron su insatisfacción con Health Net of California, Inc. (Health Net). Es fundamental que enumere las fechas, las personas y los centros involucrados de la manera más completa posible. Incluya la copia original de cualquier reclamo o factura recibidos que estén relacionados con su asunto. (Asegúrese de hacer una copia para sus registros). Use el reverso o agregue hojas adicionales si es necesario. Envíe este formulario y la documentación por correo a: Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348, o por fax al (877) 831-6019.

El deseo de Health Net es proporcionar atención médica de alta calidad del modo más satisfactorio posible. Para ello, debemos conocer cualquier dificultad en el servicio que usted tenga. Al completar este formulario, nos está brindando la información necesaria para mantener continuamente nuestros altos estándares. Le responderemos a más tardar en un plazo de 30 días. Si considera que una demora en la toma de decisiones puede representar una amenaza inminente y grave para su salud, comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al 1-800-522-800 para solicitar una revisión acelerada.

El Departamento de Cuidado Médico de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al 1-800-522-0088 y usar el proceso de presentación 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 puede 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-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio Web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

6003757 (4/2013)