

FORMULARIO DE QUEJAS PARA LOS MIEMBROS DE HEALTH NET

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de identificación del afiliado: _____ Número de grupo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de día: _____

Grupo médico participante: _____

Por favor explique en detalle las circunstancias que dieron lugar a su insatisfacción con Health Net. Es fundamental que detalle, de la manera más completa posible, las fechas, personas y centros de atención médica involucrados. Por favor incluya la copia original de cualquier reclamo o factura recibido que esté relacionado con su caso. (Asegúrese de hacer una copia para sus registros.) Utilice el reverso de esta hoja o una hoja de papel adicional si es necesario. Envíe este formulario y los documentos por correo: Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 o por fax al (818) 676-7200.

El deseo de Health Net es de proporcionar atención médica de la más alta calidad en la manera más satisfactoria posible. Para lograrlo, tenemos que conocer cualquier dificultad que haya tenido con el servicio. Al llenar este formulario, usted nos está dando la información necesaria para continuar manteniendo nuestros altos estándares. Haremos todo lo posible para responder dentro de 30 días, siempre que sea posible. Si usted cree que un retraso en la toma de decisiones puede imponer un peligro grave e inminente a su salud, por favor comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al 1-800-522-0088 para pedir una revisión acelerada.

El Departamento de atención sanitaria dirigida de California tiene bajo su responsabilidad la regulación de los planes de servicios de atención de la salud. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al 1-800-522-0088 y utilizar el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de presentación de quejas no prohíbe que se ponga a su disposición cualquier derecho o recurso legal posible. Si necesita ayuda con una queja formal que tenga que ver con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta de manera satisfactoria por su plan de salud o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También es posible que usted reúna las condiciones para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne las condiciones para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de los litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número telefónico gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea con teléfono de texto (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio Web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, cuenta con formularios para presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.