



Información Médica Protegida - Confidencial

**FORMULARIO DE QUEJA FORMAL DE LA PERSONA
INSCRITA DE HEALTH NET**

Nombre: _____ Fecha: _____

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

Dirección:

N.º de Teléfono Diurno: _____

Grupo Médico Participante: _____

Explique en detalle las circunstancias que llevaron a su insatisfacción con Health Net. Es fundamental que indique las fechas, las personas y los centros implicados, de la manera más completa posible. Incluya la copia original de cualquier reclamo o factura recibidos que estén relacionados con su problema. (Asegúrese de hacer una copia para sus registros.) Use el reverso o un papel adicional si es necesario. Envíe este formulario y los documentos 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.

Declaración del Problema: Fecha en que Ocurrió _____ Ubicación: _____
Nombre del Proveedor: _____

Describa el problema/la queja en detalle:

Use el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

El deseo de Health Net es brindar atención médica de alta calidad de la manera más satisfactoria posible. Para hacerlo, debemos conocer cualquier dificultad con el servicio que usted tenga. Al llenar este formulario, nos está brindando la información necesaria para mantener continuamente nuestros altos estándares. Nos esforzaremos al máximo para responder dentro de los 30 días, siempre que sea posible. Si cree que una demora en el proceso de toma de decisiones puede imponer una amenaza inminente y grave para su salud, comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al 1-800-522-0088, TTY: 711 para solicitar una revisión acelerada.

6003757 (8/2013) (9/2019) (3/2022)