



## Formulario para Presentación de Quejas/Apelaciones del Miembro

**Enviar por correo a:**  
**Molina Healthcare of Florida**  
**Appeals and Grievance Unit**  
PO Box 36030  
Louisville, KY 40233-6030  
Línea gratuita: (866) 472-4585  
Número de fax: (877) 508-5748

### Escriba en letra de molde

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que solicita la queja; si no es el Miembro, completar el formulario para Nombramiento del Representante adjunto:

\_\_\_\_\_

Relación con el Miembro: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación del Miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto diurno \_\_\_\_\_

Problemas específicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Adjuntar otra hoja de papel a este formulario si se necesita más espacio)

Firma del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si desea asistencia con su solicitud, podemos ayudarlo. Puede llamarnos o escribirnos a:

**Molina Healthcare of Florida**  
**Appeals and Grievance Unit**  
PO Box 36030  
Louisville, KY 40223-6030  
Línea gratuita: (866) 472-4585  
Número de fax: (877) 508-5748



## Formulario para Presentación de Quejas/Apelaciones del Miembro

Instrucciones para presentar una queja o apelación:

1. Complete este formulario en su totalidad. Describa los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte a este formulario una copia de los registros que desee presentar. (No envíe documentos originales).
3. Puede presentar su información en persona. Para hacerlo, llámenos al 1-866-472-4585.
4. Podemos ayudarlo a escribir su solicitud y brindarle asistencia en el idioma en el que habla. Si necesita servicios para personas con dificultades auditivas, puede llamar a nuestro número TTY al 711.
5. Si es mayor de 18 años y otra persona actúa en su nombre, debe presentar un formulario para Nombramiento del representante (Appointment of Representative, AOR). Use el Formulario de AOR adjunto.
6. Usted, o alguien de su elección para que actúe en su nombre, puede revisar su archivo de apelación antes del proceso de apelación o durante él. Su archivo de apelación incluye toda su historia clínica y otros documentos relacionados con su caso.
7. Devuelva el formulario completado a  
**Molina Healthcare of Florida**  
**Appeals and Grievance Unit**  
**PO Box 36030**  
**Louisville, KY 40223-6030**  
**Línea gratuita: (866) 472-4585**  
**Número de fax: (877) 508-5748**
8. Enviaremos un acuse de recibo de su solicitud por escrito.

Gracias por utilizar el Proceso de Quejas para Miembros de Molina Healthcare.



## Formulario para Nombrar un Representante (AOR)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Miembro

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del  
Miembro de Molina

### NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

Estoy de acuerdo con nombrar a \_\_\_\_\_ (Nombre y dirección) como mi representante con una queja o una apelación por \_\_\_\_\_ (problema específico).

Apruebo que esta persona realice o entregue un pedido o notificación, presente pruebas, obtenga información, incluida, entre otros, la entrega de lo siguiente en el pasado, presente o futuro: resultados de análisis de VIH, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, pruebas psicológicas/psiquiátricas e información de las evaluaciones, y otra información sobre diagnóstico médico, tratamientos o afecciones, y recibir notificaciones en relación con mis procesos pendientes de querrela/apelación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Miembro)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE  
ÁREA)

\_\_\_\_\_  
FECHA

### ACEPTACIÓN DE NOMBRAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, por medio del presente documento, acepto el nombramiento que antecede. Certifico que no tengo pendientes sospechas ni prohibiciones de ejercer la medicina ante la Administración del Seguro Social, que no soy funcionario ni empleado, y que no he sido funcionario ni empleado, del gobierno de los Estados Unidos; que no me han descalificado en mi actuación como representante del declarante, y que no cobraré ni recibiré honorarios por la representación, a menos que haya sido autorizado de conformidad con las leyes y normas.

Soy \_\_\_\_\_  
(abogado, representante sindical, pariente, etc.)

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Representante)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO (con código  
de área)

\_\_\_\_\_  
FECHA

Please note: If you have a disability and need more help, we can help you. If you need someone that speaks your language, we can also help. You may call our Member Services Department at 1-866-472-4585 for more help from 8:00 am to 7:00 pm. If you are blind or have trouble hearing or communicating, please call 711 for TTY/TTD services. We can help you get the information you need in large print, audio (sound), and braille. We provide you with these services for free.

Tenga en cuenta lo siguiente: si tiene una discapacidad y necesita más ayuda, podemos ayudarlo. También podemos ayudarlo si necesita a alguien que hable en su idioma. Para obtener más ayuda, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-472- 4585, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Si es ciego o tiene problemas de audición o comunicación, llame al 711 para acceder a servicios de TTY/TDD. Podemos ayudarlo a obtener la información que necesita en letra de molde grande, audio (sonido) y en sistema Braille. Estos servicios son gratuitos.

Remake: Si ou gen yon andikap epi ou bezwen plis èd, nou kapab ede w. Si ou bezwen yon moun ki pale lang ou an, nou kapab ede w tou. Ou gendwa rele Depatman Sèvis Manm nou an nan 1-866-472-4585 pou jwenn plis èd soti 8è:00 a.m. rive 7è:00 p.m. Si ou avèg oswa ou gen difikilte pou tande oswa pou kominike, tanpri rele 711 pou sèvis TTY/TTD yo. Nou kapab ede w jwenn enfòmasyon oubezwen an gwo karaktè, odyo (son) ak an Bray. N ap ba w sèvis sa yo pou gratis.

Xin lưu ý: Nếu quý vị là người khuyết tật và cần thêm trợ giúp, chúng tôi có thể giúp quý vị. Nếu quý vị cần người có thể nói ngôn ngữ của quý vị, chúng tôi cũng có thể giúp. Quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ thành viên của chúng tôi theo số 1-866-472-4585 để được trợ giúp thêm từ 8:00 am đến 7:00 pm. Nếu quý vị bị mù hoặc có vấn đề về thính giác hoặc giao tiếp, vui lòng gọi 711 cho dịch vụ TTY/TTD. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận thông tin quý vị cần bằng bảng chữ in lớn, âm thanh và chữ nổi Braille. Chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ này cho quý vị.