

**Instrucciones para presentar una queja / apelación:**

1. Llene este formulario completamente. Describa el / los problema(s) con todos los detalles posibles.
2. Incluya con este formulario copias de cualquier documento que quiera presentar. (No envíe documentos originales).
3. Si otra persona lo representará, debe dar su consentimiento a continuación.
4. Debe presentar su formulario completamente llenado en una de las siguientes formas:
  - a. Envíelo a la dirección indicada más adelante,
  - b. Envíelo por fax al siguiente número de fax, o
  - c. Presente su formulario en persona. Para hacerlo, llámenos al número de teléfono indicado a continuación.

Le enviaremos un acuse de recibo cuando se reciba su solicitud. Se le enviará dentro de tres (3) días hábiles después de recibir la solicitud.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha actual: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona presentando la queja / apelación, si no es el miembro: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del miembro: \_\_\_\_\_ N.º de tel. diurno: \_\_\_\_\_

Problema(s) específico(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Por favor declare todos los detalles relacionados a su solicitud, incluso los nombres, las fechas y los lugares. Adjunte otra página a este formulario en caso de que necesite más espacio.)

Su firma a continuación confirma que la información provista es verdadera y correcta. Si otra persona está completando este formulario en su nombre, usted da su consentimiento por escrito a la persona indicada más arriba para que se presente en su nombre.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si desea asistencia con su solicitud, le podemos ayudar. Le podemos ayudar en su idioma u ofrecerle apoyo especial para la audición o la vista. Puede llamar, escribir o enviarnos un fax a:

Molina Healthcare of Washington  
Attn: Member Appeals  
PO Box 4004  
Bothell, WA 98041-4004

**Departamento de Servicios para Miembros  
de Molina Healthcare: 1-888-858-3492**  
**Discapacidad auditiva TTY / Retransmisión de Washington:**  
1-866-606-3889 o 711  
**Número de fax: 1-425-424-1172 o 1-877-814-0342**

Molina Healthcare no puede garantizar en método seguro cuando nos presenta este formulario. Muchas gracias por usar este procedimiento para presentar quejas y apelaciones para los miembros de Molina Healthcare.

**Información importante que debe conocer**

- Si usted no está satisfecho con los pasos que nosotros o su médico tomamos en relación con esta solicitud, déjenos saber. Usted puede llenar el *Formulario de solicitud para una queja / apelación del miembro*, que está adjunto, para presentar una apelación. También puede llamarnos.
- Si usted o su médico cree que el tiempo necesario para tramitar su queja podría poner su vida en peligro, o podría causar un daño grave a su salud, infórmenos sobre la razón. Esto se denomina como una apelación acelerada. Se tomará una decisión para determinar si su apelación se debe acelerar dentro de un día hábil a partir de la fecha de recibo de su apelación. Si estamos de acuerdo, se lo informaremos dentro de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de recibo de su apelación. Si no estamos de acuerdo, su apelación se resolverá dentro del plazo normal del proceso.
- Si usted desea continuar recibiendo la atención que está actualmente recibiendo durante este proceso, presente una solicitud dentro de diez (10) días de haber recibido su notificación de denegación. Si se toma una decisión y esa decisión no es a su favor, usted podría ser responsable de los costos de la atención que recibe durante el proceso.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare: **1-888-858-3492**  
Discapacidad auditiva TTY / Retransmisión de Washington: **1-866-606-3889 o 711**  
**De lunes a viernes, 5:00 a.m. a 5:00 p.m.**

- ***Regrese este formulario llenado a:***

Molina Healthcare of Washington  
Attn: Member Appeals  
PO Box 4004  
Bothell, WA 98041-4004

*Le enviaremos un acuse de recibo al recibir su solicitud y, por separado, le enviaremos una respuesta a su solicitud.*

*Muchas gracias por informarnos sobre sus preocupaciones.*

*Este formulario está disponible en nuestra página web en, [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com).*