

Formulario de Remisión de Problemas de Calidad de la Atención (QOC) al Miembro

Envíe el formulario completo o las preguntas al siguiente correo electrónico:
MCCAZ-QOC@MolinaHealthcare.com

SECCIÓN I: cuéntenos sobre usted *	
Nombre del miembro	
Apellido del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro	
Número de Identificación del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) del Miembro	
Número telefónico del miembro	
Mejor hora del día para llamar	
SECCIÓN II: ¿quién forma parte de este problema de calidad de la atención? *	
Nombre del centro u oficina del proveedor	
Dirección del centro u oficina del proveedor	
Nombre del personal del proveedor de atención médica	
SECCIÓN III: cuéntenos qué sucedió *	
¿Cuándo ocurrió esto?	
¿Hubo una lesión? Sí/No	Sí ☐ No ☐
Si hubo una lesión, ¿lo(a) hospitalizaron? Sí/No	Sí ☐ No ☐
Cuéntenos lo que sucedió. La información que comparta sobre el evento será útil, ¡gracias!	

*** Complete todas las secciones antes de enviar el formulario de remisión por Calidad de la Atención (Quality of Care, QOC), gracias.**

Envíe el formulario completo o las preguntas al siguiente correo electrónico:
MCCAZ-QOC@MolinaHealthcare.com