Formulario de Queja (Reclamo) de Medicaid

Sección A: Información del Miembro

Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Fecha del Incidente	

Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono Vespertino	Número de Teléfono Diurno	Horario de Contacto (especifique en qué horario prefiere recibir llamadas)
Número de Miembro		

Sección B: Proporcione un motivo detallado de su queja (reclamo):

Sección C: Firma

Certifico que las declaraciones indicadas en la presente queja son verídicas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Si un representante personal presenta la queja en nombre del miembro, complete el Formulario de Consentimiento del Representante Autorizado y devuélvalo junto con el formulario de queja.

Firma del Representante Personal _____ Fecha _____

☐ Padre/Madre del Menor de Edad ☐ Tutor Legal* ☐ Poder Notaria ☐ Albacea/Curador

☐ Otro _____

Envíe los formularios de vuelta a la siguiente dirección:

NV Member Appeals & Grievances
Molina Healthcare Inc.
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

La Unidad de Audiencias de Medicaid de Nevada es responsable de reglamentar los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-833-685-2102 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** y seguir el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con la Unidad de Audiencias de Medicaid de Nevada. La utilización de este proceso de quejas no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que no se haya resuelto en más de 30 días, puede comunicarse con el departamento para recibir a yuda. También es posible comunicarse con la Unidad de Audiencias de Medicaid de Nevada mediante el número de teléfono gratuito **(877) 638-3472**, el número de Fax (775) 684-3610 y el Correo Electrónico dhcfphearings@dhcfp.nv.gov.

Formulario de Consentimiento del Representante Autorizado

Si desea que otra persona presente una queja por usted o que Molina analice su queja con otra persona, debe otorgar su consentimiento por escrito para la queja.

Yo, _____ (Nombre del Miembro), autorizo a

_____ (Nombre del Representante Autorizado)

para actuar en mi nombre y presentar esta queja para la revisión de la denegación de _____

_____

_____ _____

Firma del Miembro Fecha

Aviso de No Discriminación – Sección 1557
Molina Healthcare of Nevada - Medicaid

Molina Healthcare of Nevada (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo. La discriminación por razón de sexo incluye las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina Healthcare of Nevada proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare realiza las modificaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Esto incluye (1) Intérpretes calificados (incluidos intérpretes de lenguaje de señas calificados). (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.

- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayuda y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina llamando al 1-833-685-2102 o TTY/TDD:: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local.

Si considera que le hemos discriminado por edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea. Si necesita ayuda para realizar un reclamo, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web:

https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o enviar su queja a:

Civil Rights Unidad
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
sitio web: https://molinahealthcare.Alertline.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en línea a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.