



Consulte la información sobre "Cómo presentar una apelación o queja" en la segunda página de este formulario.

Parte I. Información del miembro

Nombre del miembro:

Apellido del miembro:

Núm. de identificación del miembro:

Fecha de nacimiento del miembro:

Dirección del miembro:

Ciudad, Estado, Código postal:

Núm. de teléfono del miembro:

Parte II. Información sobre la apelación o queja

Cuéntenos sobre su apelación o queja. Proporcione toda la información que tenga. Si desea presentar una apelación, tiene 60 días desde el día en que recibe la carta sobre una decisión adversa. Agregue otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio.

Parte III. Relación con el miembro

* Se nos deben proporcionar los documentos que demuestren la tutela legal o poder legal.

Miembro

Padre/Madre

Otra, especifique:

Tutor*

Poder legal*

Firma del miembro:

Fecha de hoy:

Cómo presentar una apelación o queja:

1. Este formulario nos proporciona la información necesaria para ayudarle con su apelación o queja. Complete cada parte de este formulario. Describa el o los problemas con el mayor detalle posible. Incluya su firma.
2. Escriba de forma clara y **en letra de imprenta**.
3. Si tiene información que desea incluir con este formulario, adjunte copias (no enviar originales). Algunos ejemplos de información que debe incluir podrían ser una copia de una factura que recibió de un médico o de una historia clínica.
4. Puede presentar información personalmente. Para hacerlo, llame a nuestra Línea de Ayuda de Servicios para Miembros al 1-844-782-2018.
5. Podemos ayudarle a escribir su solicitud y podemos ayudarle en el idioma que hable. Si necesita servicios por dificultad auditiva, puede llamar a nuestra línea TTY/TTD al 711.
6. Si usted es un tutor legal o tiene un poder legal para presentar una apelación o queja en nombre de nuestro miembro, debe enviarnos documentos que lo demuestren.
7. Si es mayor de 18 años, puede solicitar que otra persona presente su apelación o queja en su nombre con su consentimiento por escrito. Esto se denomina representante autorizado. Su representante autorizado puede ser su proveedor, un familiar, un amigo e incluso un abogado.
 - Para dar su consentimiento por escrito, use el Formulario de Designación de Representante (AOR) adjunto.
8. Usted o alguien que haya elegido para que actúe en su nombre puede revisar su expediente de apelación antes o durante el proceso de apelación. Su expediente de apelación incluye todas sus historias clínicas y cualquier otro documento relacionado con su caso. Puede solicitar esto llamando a nuestra Línea de Ayuda de Servicios para Miembros al 1-844-782-2018.
9. Envíe este formulario completado y cualquier información adicional relacionada con su apelación o queja a:

Molina Healthcare of Nebraska
Appeal and Grievance Unit
P.O Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Fax: 1-833-635-2044

10. También puede presentar su apelación o queja a través del Portal My Molina.

11. Le informaremos por escrito que recibimos su apelación o queja en un plazo de 10 días calendario. Si presentó una apelación acelerada (rápida), recibirá un aviso por escrito en un plazo de 72 horas.

*Gracias por utilizar el proceso de quejas y apelaciones
de Molina Healthcare of Nebraska.*