



Sección A: Información del Miembro

Formulario de Queja (Reclamo) de Medicaid

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 Notarial

Albacea/Curador

Otro _____

Envíe los formularios de vuelta a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of California
Attn: Member Appeals and Grievance
PO BOX 401820
Las Vegas, NV o
Por fax: 877-823-5961

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 ayuda. 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@dhcp.nv.gov.



**Formulario de Consentimiento del
Representante Autorizado**

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

Yo, _____ (Nombre del Miembro), autorizo a

_____ (Nombre del Representante Autorizado)

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

_____.

Firma del Miembro

Fecha