

Formulario de reclamación (quejas) del miembro

Instrucciones: Envíe por fax o correo electrónico un formulario completado e información de respaldo a:

Fax: (718) 536-3358
Atención: Appeals & Grievances Department

Correo postal: Affinity by Molina Healthcare
A la atención: Appeals & Grievances
Department 2900 Exterior St.
Suite 202
Bronx, NY 10463

Si necesita ayuda con su solicitud, puede llamarnos o escribirnos a:

Teléfono: (800) 223-7242
Correo postal: Affinity by Molina Healthcare
A la atención: Appeals & Grievances
Department 2900 Exterior St.
Suite 202
Bronx, NY 10463

Si usted no es el miembro, indique su nombre. Complete y firme el "Formulario de Designación de Representante" adjunto. No es necesario que use este formulario. En ese caso, puede enviarnos una carta escrita y firmada por el miembro:

Fecha de hoy: _____

Tipo de cobertura (seleccionar):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención Médica Administrada de Medicaid | <input type="checkbox"/> Child Health Plus |
| <input type="checkbox"/> Molina Healthcare PLUS | <input type="checkbox"/> Essential Plan 1 |
| <input type="checkbox"/> Essential Plan 2 | <input type="checkbox"/> Essential Plan 3 |
| <input type="checkbox"/> Essential Plan 4 | <input type="checkbox"/> Essential Plan 1 Plus |
| <input type="checkbox"/> Essential Plan 2 Plus | |

Apellido del Miembro: _____ Nombre del Miembro: _____

Fecha de Nacimiento del Miembro: _____ ID de Miembro/N.º de CIN: _____

Relación con el Miembro: _____

Número de Teléfono Durante el Día: (____) _____

Problema(s) Específico(s): Si necesita más espacio, puede adjuntar otra hoja.

Firma del Miembro: _____ Fecha: _____

Formulario de reclamación (quejas) del miembro

Cómo presentar una reclamación (queja):

1. Complete este formulario. Infórmenos el(los) problema(s) lo más detalladamente posible.
2. Es posible que desee enviarnos copias de sus registros. En ese caso, envíelos junto con este formulario. (No Envíe Documentos Originales).
3. Puede presentar su información en persona. Para hacerlo, llámenos al (800) 223-7242.
4. Podemos ayudarlo(a) a redactar su solicitud. Podemos ayudarlo(a) en el idioma que usted habla. Si necesita servicios para personas con dificultades auditivas, puede llamar a nuestro número TTY al 711.
5. Si tiene 18 años o más y otra persona actúa en su nombre, debe presentar un Formulario de Designación de Representante (AOR). Revisaremos nuestros archivos para ver si ya ha sido aprobado. También puede enviarnos una carta escrita y firmada en la que autoriza a la persona a actuar en su nombre, en lugar del Formulario (AOR). Molina Healthcare le proporciona un "Formulario de Designación de Representante" para su beneficio. Use el Formulario AOR que se adjunta o envíenos una carta escrita y firmada.
6. Continuaremos trabajando en la reclamación (queja), pero la información no se le enviará hasta que el Miembro lo apruebe. Si no recibe ningún tipo de aprobación, la decisión se enviará solo al miembro.
7. Es posible que desee ver el expediente del caso. Puede solicitar ver u obtener copias del expediente en cualquier momento. Este servicio se ofrece sin cargo. Su expediente puede contener toda su historia clínica. También puede contener otros documentos sobre su caso.
8. Usted puede designar a alguien para que actúe en su nombre. En ese caso, su representante también puede revisar el expediente de su reclamación (queja).
9. Complete y envíe a:
Fax: (718) 536-3358
Atención: Appeals & Grievances Department

Correo Postal: Molina Healthcare of New York, Inc.
A la atención: Appeals & Grievances
Department 2900 Exterior St.
Suite 202
Bronx, NY 10463
10. Le enviaremos una carta. Esta carta le informará que recibimos su solicitud.

Gracias por utilizar el Proceso de Reclamación para Miembros de Molina Healthcare.



Formulario para designar un representante (AOR)

Nombre del Miembro: _____

Número de ID del Miembro de Molina: _____

Designación del representante

Acepto designar a _____ (Nombre y dirección) para que actúe en mi nombre y presente una reclamación/apelación debido a _____ (problema específico).

Autorizo a esta persona a realizar o entregar cualquier solicitud o aviso en mi representación. Esta persona puede presentar o mostrar cualquier hecho o evidencia. Además, puede obtener información sobre cualquier evento, ya sea pasado, presente o futuro, tratamientos, pruebas, evaluaciones, medicamentos, diagnósticos y resultados. Esta persona también puede hablar sobre todos mis servicios o atención médica. También puede hablar sobre los reclamos o facturas que yo haya recibido. Además, esta persona puede recibir cualquier aviso sobre mis reclamaciones o apelaciones pendientes.

FIRMA (Miembro): _____

DIRECCIÓN:

NÚMERO TELEFÓNICO: (_____) _____

FECHA: _____

Aceptación de la designación

Yo, _____, acepto lo mencionado anteriormente. Confirmando que no tengo sospechas ni prohibiciones anteriores de practicar alguna profesión ante la Administración del Seguro Social. Certifico que no soy ni he sido funcionario(a) ni empleado(a) de los Estados Unidos descalificado(a) en mi labor como representante del miembro; asimismo, no cobraré ni recibiré honorarios por la representación, a menos que así haya sido autorizado de conformidad con las leyes y normas.

Soy _____ (Abogado, representante sindical, familiar, etc.)

FIRMA (Representante): _____

DIRECCIÓN:

NÚMERO TELEFÓNICO: (_____) _____

FECHA: _____

