



**FORMULARIO DE RECLAMO (QUEJA) PARA MIEMBROS**

**Instrucciones:** Envíe por fax o correo un formulario completado y la información de respaldo a:

Fax: 1-844-879-4471  
Attention: Grievance and Appeals Department  
Correo: Molina Healthcare of New York, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Department  
5232 Witz Drive  
North Syracuse, NY 13212

Si desea ayuda con su solicitud, puede llamarnos o escribirnos

Teléfono: 1-800-223-7242  
Correo: Molina Healthcare of New York, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Department  
5232 Witz Drive  
North Syracuse, NY 13212

*Si usted no es el miembro, proporciónenos su nombre. Por favor llene y firme el "Formulario para nombramiento del representante" adjunto. No tiene que usar este formulario. De ser así, puede enviarnos una carta por escrito y firmada por el miembro.*

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Tipo de cobertura (marque uno):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid Managed Care  | <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:** \_\_\_\_\_ **Primer nombre del miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **N.º de ID / CIN de miembro:** \_\_\_\_\_

**Parentesco con el miembro:** \_\_\_\_\_

**N.º de teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Asunto(s) específico(s):** Si necesita más espacio, nos puede enviar otro papel.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



### **FORMULARIO DE RECLAMO (QUEJA) PARA MIEMBROS**

Cómo presentar un reclamo (queja):

1. Complete este formulario. Explíquenos el problema(s) lo mejor que pueda.
2. Es recomendable que nos envíe copias de su expediente. De ser así, envíelo junto con este formulario. (No envíe documentos originales).
3. Asimismo, puede darnos su información en persona. Para hacerlo, llámenos al 1-800-223-7242.
4. Le podemos ayudar a escribir su petición. Le podemos ayudar en el idioma que usted habla. Si necesita servicios debido a problemas auditivos, puede llamar a nuestro número de teléfono del sistema TTY al 711.
5. Si tiene más de 18 años y alguien más está tomando las decisiones en su nombre, necesita un Formulario para nombramiento del representante (AOR, por sus siglas en inglés). Verificaremos nuestros registros para ver si usted ya ha sido aprobado. También, en vez del formulario (AOR), puede enviarnos una carta por escrito y firmada, permitiendo a esa persona tomar decisiones en su nombre. Molina Healthcare le otorga un "Formulario para nombramiento del representante" para su beneficio. Utilice el AOR que se encuentra adjunto o envíenos una carta por escrito y firmada.
6. Seguiremos trabajando en el reclamo (queja), pero la información no se le enviará hasta que usted sea aprobado por el miembro. Si no recibimos ningún tipo de aprobación, la decisión será enviada solamente al miembro.
7. Es posible que usted quiera ver el expediente del caso. También puede solicitar ver u obtener copias del expediente del caso en cualquier momento. Esto es gratuito. Su archivo puede contener todos sus antecedentes médicos. También puede contener otros papeles sobre su caso.
8. Asimismo, puede permitir que alguien tome las decisiones en su nombre. De ser así, esta persona también puede examinar su expediente de reclamo (queja).
9. Llénelo y envíelo a:
  - Fax: 1-844-879-4471
  - Attention: Appeals & Grievances Department
  
  - Correo: Molina Healthcare of New York, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Department  
5232 Witz Drive  
North Syracuse, NY 13212
8. Le enviaremos una carta. La carta le avisará que hemos recibido su petición.

**Gracias por usar el procedimiento de quejas para miembros de Molina Healthcare.**



**Formulario para nombramiento del representante (AOR, por sus siglas en inglés)**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del miembro de Molina: \_\_\_\_\_

---

**NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE**

Yo acepto nombrar a \_\_\_\_\_ (nombre y dirección) para tomar decisiones en mi nombre para una queja o apelación por \_\_\_\_\_ (asunto particular).

Doy mi aprobación para que esta persona haga o entregue cualquier petición o aviso por mí. Esta persona puede presentar o mostrar cualquier hecho o evidencia. Esta persona también puede obtener información de tratamientos, pruebas, evaluaciones, medicamentos, diagnósticos y resultados presentes, pasados o futuros. También, esta persona puede hablar sobre todos mis servicios y atención médica. También, esta persona puede hablar acerca de mis reclamos o facturas que haya podido recibir. Además esta persona puede recibir cualquier aviso sobre mis quejas y apelaciones pendientes.

FIRMA (miembro): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

---

**ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con lo antedicho. Confirmando que yo no soy sospechoso ni he sido excluido de la práctica ante la Administración del Seguro Social. Yo no soy ni un oficial ni empleado actual o antiguo del gobierno de Estados Unidos que haya sido descalificado para actuar como representante del miembro, y que no se me impondrá ningún recargo por la representación a menos que esta sea aprobada de acuerdo a las leyes y regulaciones.

Yo soy un \_\_\_\_\_ (abogado, representante de sindicato, pariente, etc.)

FIRMA (representante): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_