

Instrucciones para presentar una queja o apelación:

1. Llene este formulario por completo. Describa el / los problema(s) con todos los detalles posibles.
2. Adjunte las copias de cualquier documento que quiera presentar. (No envíe documentos originales).
3. Si otra persona va a representarlo, debe dar su consentimiento a continuación.
4. Puede presentar su formulario completo de una de las siguientes maneras:
 - a. Envíelo a la dirección que se indica más adelante;
 - b. Envíelo por fax al número de fax indicado abajo; o
 - c. Enviar un correo electrónico a TXMemberInquiryResearchAndResolution@MolinaHealthcare.com

Le enviaremos un acuse de recibo de su solicitud. Este se le enviará por correo dentro de los primeros cinco

(5) días hábiles después de recibir la solicitud.

Nombre del miembro: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre de la persona que presenta la queja o apelación, si no es el miembro: _____

Relación con el miembro: _____

N.o de identificación del miembro: _____

N.o de teléfono durante el día: _____

Problema(s) específico(s):

Por favor incluya todos los detalles relacionados a su solicitud, incluyendo nombres, fechas y lugares.
Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel a este formulario.

Su firma a continuación confirma que la información provista es verdadera y correcta. Si otra persona está completando este formulario en su nombre, usted da su consentimiento por escrito a la persona indicada más arriba para que se presente en su nombre.

Firma del Miembro: _____ Fecha: _____



*Formulario de solicitud para una queja o
apelación del miembro*

Si desea ayuda con su solicitud, le podemos ayudar. Le podemos ayudar en el idioma que usted habla o si necesita otra ayuda especial para ver o escuchar. **Puede llamar, escribir o enviarnos un fax a:**

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare: 1-866-449-6849

Personas con impedimentos auditivos llamen al TTY / Línea de Retransmisión de Texas al 1-800-735-2989 o 711

Línea de Retransmisión de Texas en español al (800) 662-4954

**Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Inquiry Research and Resolution Unit
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016**

N.o de fax: 1-877-816-6416

Gracias por informarnos sus preocupaciones.

Este formulario está disponible en nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com.