



Instructions for filing a grievance/appeal:

1. Fill out this form completely. Describe the issue(s) in as much detail as possible.
2. Attach copies of any records you wish to submit. (Do Not Send Originals).
3. If you have someone else submit on your behalf, you must give your consent below.
4. You may submit the completed form through one of the following ways:
 - a. Send to the address listed below,
 - b. Fax to the fax number below, or
 - c. Present your information in person. To do this, call us at the number listed below.

We will send a written acknowledgement letter of your request. It will be mailed to you within three (3) working days after the request is received.

Member's name: _____ Today's date: _____

Name of person requesting grievance/appeal, if other than the Member: _____

Relationship to the Member: _____

Member's ID #: _____ Daytime telephone #: _____

Specific issue(s): _____

(Please state all details relating to your request including names, dates and places. Attach another sheet of paper to this form if more space is needed)

By signing below, you agree that the information provided is true and correct. If someone else is completing this form for you, you are giving written consent for the person named above to submit on your behalf.

Member's Signature: _____ Date: _____

If you would like help with your request, we can help. We can help you in the language you speak or if you need other special support for hearing or seeing. You can call, write or fax us at:

Molina Healthcare of Washington
Attn: Member Appeals
PO Box 4004
Bothell, WA 98041-4004

Molina Healthcare Member Services: 1-888-858-3492
Hearing Impaired TTY/Washington Relay:
1-866-606-3889 or 711
Fax Number: 1-425-424-1172 or 1-877-814-0342



Molina Healthcare cannot promise that the way in which you submit this form to us is a secured method.

Thank you for using the Molina Healthcare Member Grievance & Appeal Process.

Important Information You Need to Know

- If you are unhappy with the steps we and/or your doctor took for your request, let us know. You can fill out the enclosed *Member Grievance/Appeal Request Form* to file an appeal. You may also call us.
- If you or your doctor think that waiting for the grievance to be processed would be life threatening, or could cause serious harm to your health, please let us know why you think this. This is called an expedited appeal. We will make a determination within one working day of the appeal request whether to expedite the appeal. If we agree, we will let you know within three (3) working days of your appeal. If we do not agree, your appeal will be resolved within the normal processing time.
- If you would like to continue your care that you currently are getting during this process, please submit a request in writing within ten (10) days of your denial notice. If a decision is made and it is not in your favor, you may be responsible for the cost of the care received during this process.

Molina Healthcare Member Services: **1-888-858-3492**
Hearing Impaired TTY/Washington Relay: **1-866-606-3889 or 711**
5 a.m. to 5 p.m. Monday through Friday

- ***Return this completed form to:***

Molina Healthcare of Washington
Attn: Member Appeals
PO Box 4004
Bothell, WA 98041-4004

- *We will send a written confirmation of receipt of your request, and separately, will respond to your request.*
- *Thank you for advising us of your concerns.*

This form is available on our website at www.MolinaHealthcare.com.

English: This notice has important information about your application or coverage with Molina Healthcare. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost. Call Member Services at (888) 858-3492, or TTY 711 for the hearing impaired, Monday through Friday 7:30 a.m. - 6:30 p.m. PT.

Spanish: Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura con Molina Healthcare. Es posible que usted necesite tomar acción antes de determinadas fechas límites para poder conservar su cobertura de salud o recibir ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 858-3492, o al servicio TTY al 711 para personas con impedimentos auditivos, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:30 p. m., hora del Pacífico.

Chinese: 本通知提供了關於您申請 Molina Healthcare 或 Molina Healthcare 承保的重要資訊。您可能需要在某些截止日期前採取行動，保持您的健康承保或處理費用。有權因有特殊需要而要求提供這些資訊的不同格式（如音訊、盲文或大字體）或使用您的語言，且無需另付費用。請在星期一至星期五上午7:30 至下午 6:30（太平洋時間）撥打 (888) 858-3492 或者 TTY 711（聽障人士專線）聯繫會員服務部。

Vietnamese: Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin hoặc khoản bao trả của quý vị với Molina Healthcare. Có thể có những ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước thời hạn nhất định để duy trì bảo hiểm y tế của quý vị hoặc để được trợ giúp với các khoản chi phí. Quý vị có quyền nhận thông tin này ở định dạng khác như âm thanh, hệ thống chữ Braille, hoặc phông chữ lớn do nhu cầu đặc biệt hoặc bằng ngôn ngữ của quý vị mà không chịu thêm khoản phát sinh chi phí nào. Quý vị cũng được cung cấp miễn phí dịch vụ thông dịch viên. Hãy gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số (888) 858-3492, hoặc TTY 711 dành cho người khiếm thính, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7:30 sáng - 6:30 chiều, PT.

Korean: 본 통지문에는 귀하의 Molina Healthcare 신청 또는 보험에 대한 주요 정보가 포함되어 있습니다. 귀하는 의료 보험 또는 비용 보조를 위해 특정 기한 내에 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하는 특수한 상황에 따라 본 정보를 오디오, 점자, 큰 글씨 또는 귀하의 모국어 등의 다른 형태로 받아볼 권리가 있으며, 이 때 추가 비용은 없습니다. 청각 장애인의 경우, 월요일부터 금요일까지 오전 7시30분부터 오후 6시30분까지 (888) 858-3492번으로 회원 서비스에 전화하시거나 TTY 서비스 이용 시 711번으로 전화하시기 바랍니다.

Russian: В этом уведомлении содержится важная информация о вашей заявке или страховом покрытии, предоставляемом компанией Molina Healthcare. Это уведомление может содержать важные даты. Вам, возможно, потребуется предпринять некоторые действия до определенных сроков, чтобы сохранить страховое покрытие или получить помощь с оплатой. В связи с особыми потребностями вы имеете право бесплатно получить эту информацию на своем языке или в другом формате, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Кроме того, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по телефону (888) 858-3492 или 711 (линия TTY для лиц с нарушениями слуха) с понедельника по пятницу, с 7:30 до 18:30 по тихоокеанскому времени.

Tagalog: Ang abisong ito ay may mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagkakasaklaw sa Molina Healthcare. Maaaring may kailangan kang isagawa bago ang ilang partikular na deadline upang mapanatili ang saklaw sa iyong kalusugan o ang tulong sa mga gastusin. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng audio, Braille o nang nakasulat sa malaking font dahil sa mga espesyal na pangangailangan o nang nakasulat sa iyong wika. Tawagan ang Member Services sa (888) 858-3492, o sa 711 kung gumagamit ng TTY para sa may kapansanan sa pandinig, Lunes hanggang Biyernes, 07:30 a.m. - 06:30 p.m. PT.

Ukrainian: У цьому повідомленні міститься важлива інформація про вашу заявку або страхове покриття, яке надається компанією Molina Healthcare. Це повідомлення може містити важливі дати. Вам, можливо, доведеться виконати певні дії до конкретних термінів, щоб зберегти страхове покриття або отримати допомогу з оплатою. У зв'язку з особливими потребами ви маєте право безкоштовно отримати цю інформацію своєю мовою або в іншому форматі, зокрема в аудіоформаті, шрифтом Брайля або великим шрифтом. Крім того, ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладача. Звертайтеся до Відділу обслуговування учасників за телефоном (888) 858-3492 або 711 (лінія TTY для осіб з порушеннями слуху) з понеділка по п'ятницю, з 7:30 до 18:30 за тихоокеанським часом.

Cambodian: ការជូនដំណឹងនេះមានព័ត៌មានសំខាន់អំពីការដាក់ពាក្យ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយ Molina Healthcare។ អ្នកអាចត្រូវការចាត់វិធានការតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ជាក់លាក់នានាដើម្បីរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ឬជួយជាមួយថ្លៃចំណាយ។ អ្នកមានសិទ្ធក្នុងការទទួលព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់មួយផ្សេង ដូចជា អឌ្ឍ អក្សរ

មនស្សីពាក្យភារកិច្ច ឬអក្សរពមធាតមសេចក្តីត្រូវការពសេសៗ ឬជាភាសារបសអកដោយឥតគិតថ្លៃបនែម។ សមទរសព
មកកានផែកសេវាសមាជកតាមលេខ (888) 858-3492 ឬ TTY 711 សម្រាប់អកមានបណាសាប ពថែចន ដលថែសក្រ
មោង 7:30 ព្រក ដលមោង 6:30 លាច មោង PT ។

Japanese: この通知には、Molina Healthcareへのあなたの申請、または補償範囲に関する重要な情報が含まれております。あなたの補償範囲を維持するため、または費用の面で支援させていただくため、特定の日にちまでにあなたに何らかの措置をとっていただく必要性が生じる可能性がございます。あなたには追加の費用を負担することなく、特別な必要性を理由に、音声、展示、またはより大きなフォントを使った異なる形式にて、あるいはあなたが使用している言語にてこの情報を取得していただく権利がございます。メンバーサービスのお問い合わせは、月曜日から金曜日まで、午前07:30:00から午後06:30:00(米国太平洋時間)までの間、お電話((888) 858-3492、耳が不自由な方はTTY 711)にてお受けしております。

Amharic: ይህ ማስታወቂያ ስለ ሞሊና የጤና አገዛዝ ብቻ ሲሆን መረጃ ወይም ሽፋን ይዟል። የጤና ሽፋኖችን ለማስቀጠል ወይም በወጪው ላይ ለመርዳት በተወሰኑ የመጨረሻ ቀናት ላይ እርምጃ መውሰድ ይኖርብታል። በተለያዩ አይነት አቀራረብ ማለትም፣ በድምፅ፣ ብሬል ወይም ለልዩ ፈላጊዎች ባለ ትልልቅ ፊደል ወይም ያለተጨማሪ ወጪ በራሱት ቋንቋ መረጃን የማግኘት መብት አሎት። በ (888) 858-3492 ላይ የአባላት አገልግሎት ይደውሉ ወይም መስተኛ ሻግር ላለባቸው በ TTY 711 ላይ፣ ከሰኞ እስከ አርብ 7:30 ጠዋት - 6:30 ከሰኞ።

Oromo: Beeksisni kun Iyyannoo keessan ykn haguuggii kunuunsa fayyaa Moolinaa Healthcare biraa argattan irratti odeeffannoo barbaachisaa aba. Haguuggii fayyaa keessan eeggachuuf ykn baasiif akka isin gatgaaruuf daangaan yeroo utuu hindhumiiiniin duratti tarkaanfii fudhachuu qabdu. Odeeffannoo kana bifa adda addaa tiin kan akka sagaleetiin, sababa dhibee addaatiin barruu namoota argaa dadhabeetiin (bireeliitiin) ykn barreeffama gurguddaatiin ykn afaan mataa keessaniitiin kaffaltii malee argachuuf mirga qabdu. Kan rakkoo dhageettii qabaniif lakk. Bilbilaa Tajaajila miseensottaa (888) 858-3492, ykn TTY711 irratti Wixataa hanga Jimaataa Ganama keessaa sa'a 7:30 a.m irraa hanga galgala keessaa sa'a 6:30 p.m bilbilaa.

Arabic: يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة حول طلبك أو التغطية الخاصة بك لدى شركة Molina Healthcare. قد يلزم عليك اتخاذ إجراءات معينة بحلول تواريخ بعينها من أجل الحفاظ على التغطية الصحية أو المساعدة في التكاليف. يحق لك الحصول على هذه المعلومات بتنسيق مختلف، مثل التنسيق الصوتي أو بطريقة برايل أو بخط كبير بسبب الاحتياجات الخاصة أو باللغة الخاصة بك بدون أي تكاليف إضافية عليك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 858-3492 (888)، أو بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 للمعاقين سمعياً، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة السابعة والنصف صباحاً إلى الساعة السادسة والنصف بعد الظهر بتوقيت المحيط الهادي.

Punjabi: ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ Molina Healthcare ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਰੱਖਣ ਜਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਰੁਝ ਆਖਰੀ ਮਿਤੀਆਂ ਮੁਤਾਬਕ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ ਕਾਰਨ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵਾਧੂ ਖਰਚ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੱਖਰੇ ਫੋਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਐਡੀਓ, ਬ੍ਰੇਲ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਫੋਂਟ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 7:30 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6:30 ਵਜੇ PT ਤੱਕ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ (888) 858-3492 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋਵੇ, ਉਹ TTY 711 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਨ।

German: Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen über Ihren Antrag oder Ihren Versicherungsschutz durch Molina Healthcare. Diese Mitteilung enthält möglicherweise wesentliche Daten. Sie müssen ggf. innerhalb bestimmter Fristen Maßnahmen einleiten, um Ihren Versicherungsschutz zu behalten, oder sich an den Kosten beteiligen. Sie haben das Recht, diese Informationen ohne zusätzliche Kosten aufgrund spezieller Bedürfnisse in einem anderen Format, wie beispielsweise Audio, Blindenschrift oder in großer Schrift, bzw. in Ihrer Sprache zu erhalten. Ihnen wird ebenfalls kostenlos ein Dolmetscher zur Verfügung gestellt. Wenden Sie sich von Montag bis Freitag von 07:30 Uhr bis 18:30 Uhr PT telefonisch an den Mitglieder-Service (Member Services) unter (888) 858-3492 oder TTY 711 für Hörgeschädigte.

Laotian: ແຈງການບຸຂະພາບສາຄນກຽວກັບຄາຮອງສະໜັກ ຫ ຄວາມຄຸມຄອງປະການໄພຂອງທານນາ Molina Healthcare. ຫອຊວຍທານ ຫ ຄວາມຂອງສຂະພາບປະການຮກສາເພອເພາະສະເວລາການດຕາມການເນນດາຕອງເປນຈາຈະອາດທານ ເວອງຄາໃຊຈາຍຕາງ. ທານມສດໄດຮບຂມນນໃນຮບເປບອນ ເລນວາ ສຽງຄວາມຈາກເນອງໃຫຍໄດທາງສ ໄພງ ຫທາງສ , ເປບສະມາຊກບວການຜາຍຫາໃຫຈ. ຄາສຍບໄດໄດຍທານຂອງພາສາເປນເສດ ຫ ພຕອງການ (888) 858-3492 ຫ TTY 711 ສາວບຮບກຜອງດານການໄດຍນ 6:30 - ເລາໂມງ 7:30 ແຕສກ ວນຫາ ຈນວນ ,ໂມງແລງ ຕາມເວລາ PT.