



Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Formulario de Quejas

Si desea presentar una queja estándar o acelerada para disputar esta determinación, complete este formulario y envíelo a Molina dentro de los ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios final.

Si su proveedor de atención médica cree que su vida o salud están en peligro inminente debido a la decisión que se comunica en la determinación adversa de beneficios, puede llamar a Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. o llenar este formulario para solicitar una queja acelerada.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame al 1 (888)-560-2043, TTY/TDD: 711.

Escriba en letra de molde

Fecha: _____

Número de identificación de miembro: _____

APELLIDO del miembro: _____ NOMBRE del miembro: _____

MI: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del médico: _____

Problemas específicos: _____

Envíe por correo, correo electrónico o fax toda la documentación de prueba relacionada con su queja a:

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.

Attn: Grievance Coordinator

11002 W, Park Place

Milwaukee, WI 53224

Fax: 1-844-251-1445

grievance.online@MolinaHealthcare.com

(revise y complete la página siguiente)

Declaración de Autorización del Representante Autorizado

Si su proveedor de atención médica u otra persona presentan la queja en su nombre, debe dar su autorización por escrito.

Yo, _____ (su nombre), autorizo

a _____ (persona designada) para que complete este

Formulario de quejas en mi nombre.

Firma del miembro

Fecha

Marque esta casilla para que su apelación se procese como acelerada

*****Nota** Todas las solicitudes de apelaciones aceleradas DEBEN presentarse junto con los documentos de prueba del proveedor solicitante, indicando la razón para la solicitud acelerada.***