

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Marketplace Grievance Form**

If you want to file a grievance to dispute this determination, please fill out this form and send it to us within three (3) years of the date of the adverse benefit determination or final adverse benefit determination. If your healthcare provider thinks your life or health is in immediate danger because of the decision in the adverse benefit determination, he/she can ask for an expedited grievance by either calling Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. or completing this form.

If you have questions or need help completing this form, please call 1-888-560-2043.

Please Print

Date: _____

Member's ID #: _____

Member's LAST name: _____ Member's FIRST name: _____ MI: _____

Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone number: _____

Doctor's Name: _____

Specific Issues: _____

Please mail, email or fax all supporting documentation regarding your grievance to:

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.

Attn: Grievance Coordinator

11200 W. Parkland Ave

Milwaukee, WI 53224-3127

Fax: 1-414-214-2481

grievance.online@molinahealthcare.com

Authorized Representative Permission Statement

If your healthcare provider or another individual is filing the grievance for you, you must give your written permission.

I, _____ (your name), give my permission for

_____ (designee) to file this Grievance Form on my behalf.

Member's Signature

Date

Check this box to have your appeal processed as expedited ☐

*****Note** All requests for an expedited appeal MUST be accompanied by supporting documentation, from the requesting provider, indicating why an expedited request is being requested.**

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) 560-2043, or TTY 711 for the hearing impaired, Monday through Friday 8:00 a.m. - 5:00 p.m. CT.

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) 560-2043, o al servicio TTY al 711 para personas con impedimentos auditivos, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central.

Hmong: Tsab ntawv ceebtoom no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb ntsig txog koj daim ntawv thov lossis cov kev pab los ntawm Molina Healthcare. Koj yuav tsum tau ua raws li cov hnub teev tseg kom tuav tswj koj cov nyiaj pab khomob lossis pab them cov nqi. Koj muaj cai kom tau txais cov ntaub ntawv no ua lwm yam qauv, xws li ua suab lus, Ua Tus Ntawv Neeg Dig Muag, lossis tus ntawv loj vim tias muaj qhov xav tau tshwj xeeb lossis ua koj hom lus hais yam tsis tau them nqi ntiv. Hu rau Chaw Pabcuam Tswvcuab ntawm (888) 858-2150, lossis TTY 711 txog cov neeg tsis hnob lus, Hnub Monday txog Friday 7:00 sawv ntxov - 7:00 tsaus ntuj PT.

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。您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 8:00 至下午 5:00（中央標準時間）撥打 (888) 560-2043 或者 TTY 711（聽障人士專線）聯繫會員服務部。

German: Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen über Ihren Antrag oder Ihren Versicherungsschutz durch Molina Healthcare. 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. Wenden Sie sich von Montag bis Freitag von 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr CT telefonisch an den Mitglieder-Service (Member Services) unter (888) 560-2043 oder TTY 711 für Hörgeschädigte.

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 معينة 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 560-2043 (888)، أو بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 للمعاقين سمعياً، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة الثامنة صباحاً إلى الساعة الخامسة بعد الظهر بالتوقيت المركزي.

Russian: В этом уведомлении содержится важная информация о вашей заявке или страховом покрытии, предоставляемом компанией Molina Healthcare. 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. Обращайтесь в Отдел обслуживания участников по телефону (888) 560-2043 или 711 (линия TTY для лиц с нарушениями слуха) с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00 по тихоокеанскому времени.

Korean: 본 통지문에는 귀하의 Molina Healthcare 신청 또는 보장에 대한 주요 정보가 포함되어 있습니다. 귀하는 의료 보장 또는 비용 보조 유지를 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, 이때 추가 비용은 없습니다. 회원 서비스에 (888) 560-2043번으로 월요일~금요일, 동부기준시(ET) 오전 8시~오후 5시 사이에 전화해 주십시오. 청각 장애인의 경우 TTY 711번으로 전화하십시오.

Vietnamese: Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin hoặc khoản bảo trả của quý vị với Molina Healthcare. 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. Hãy gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số (888) 560-2043, hoặc TTY 711 dành cho người khiếm thính, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 giờ sáng - 5:00 giờ chiều, Giờ Miền Trung.

Pennsylvania Dutch: Des do Notis hot wichtigi Information wege dei Application odder dei Coverage mit Molina Healthcare. Es kennt sei as du eppes notwendig duh musscht fer dei Coverage bhalde odder Hilf griege eppes bezaahle. Du hoscht's Recht fer die Information griege in en differnter Weeg, wie en Recording, Braille, odder gross Schreiwes wann du Druwwel hettscht fer des lese odder verschtehe. Du daafscht aa die Information griege in dei eegni Schprooch, unni as es dich eppes koschte zeelt. Ruf Member Services aa an die (888) 560-2043, odder TTY 711 fer Leit as net gut heere kenne, Muundaags bis Freidaags, 8:00 – 5:00 p.m. CT.

Laotian: ແຈງການນມຂມນສາຄນກງວກບຄາຮອງສະໜັກ ຫ ຄວາມຄມຄອງປະກນໄພຂອງທານນາ .Molina Healthcare ທານອາດຈະຈາເປນຕອງດາເນນການຕາມການດເວລາສະເພາະເພອຮກສາປະກນສຂະພາບຂອງທານ ຫ ຄວາມຊວຍເຫອ ເລອງຄາໃຊຈາຍຕາງງ .ທານມສດໄດຮບຂມນນໃນຮບເປບອນ ເຊນວາ ສງງ ,ໜງສໂພງ ຫ ໜງສໂຕໃຫຍເນອງຈາກຄວາມ ຕອງການພເສດ ຫ ເປນພາສາຂອງທານໄດຍບເສຍຄາ .ຈງໂທຫາຝາຍບລການສະມາຊກທເບ (888) 560-2043 ຫ TTY 711 ສາລບຜບກຜອງດານການໄດຍນ ,ວນຈນ ຫາວນສກ ແຕ 8:00 ໂມງເຊາ - 5:00 ໂມງແລງ ຕາມເວລາ CT.

French: Cet avis comporte des informations importantes concernant votre demande ou votre couverture auprès de Molina Healthcare. Vous devez peut-être agir avant certaines échéances pour conserver votre couverture médicale ou votre aide financière. Vous avez le droit de demander d'obtenir ces informations sous un format différent, par ex. format audio, braille, ou police de caractères plus grandes suivant vos besoins, ou dans une autre langue, sans frais supplémentaires. Appelez les services aux membres au (888) 560-2043, ou TTY 711 pour les personnes sourdes, du lundi au vendredi de 08 h 00 à 17 h 00, heure normale du Centre.

Polish: Niniejsze powiadomienie zawiera ważną informację o Twoim wniosku lub ubezpieczeniu Molina Healthcare. Może być konieczne podjęcie działań w ramach określonych terminów, w celu zachowania ubezpieczenia zdrowotnego lub uzyskania pomocy dot. kosztów. Możesz otrzymać tę informację w innym formacie, np. audio, alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w języku, którym się posługujesz, bez dodatkowych kosztów. Prosimy dzwonić do Member Service, pod numer (888) 560-2043 lub TTY 711 dla osób niedosłyszących, od poniedziałku do piątku 08:00 a.m. do 5:00 p.m., czasu centralnego.

Hindi: इस सूचना में मोलिना हेल्थकेयर (Molina Healthcare) में आपके आवेदन या कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। आपको अपने हेल्थ कवरेज जारी रखने के लिए या खर्च संभालने के लिए निश्चित समय सीमा के अंदर कार्रवाई करने की जरूरत हो सकती है। आपको विशेष आवश्यकता के कारण इस सूचना को ऑडियो, ब्रेल, या बड़े फॉण्ट में या आपकी अपनी भाषा में बिना किसी अतिरिक्त कीमत पर प्राप्त करने का अधिकार है। कृपया मैनबर सर्विसेस (Member Services) को सोमवार से शुक्रवार, सेंट्रल टाइम प्रातः 8:00 बजे से सायं 5:00 बजे तक (888) 560-2043 नंबर पर, या बधिरों के लिए 711 TTY नंबर पर कॉल करें।

Albanian: Ky njoftim ka informacione të rëndësishme rreth aplikimit ose sigurimit tuaj me Molina Healthcare. Ju mund të keni nevojë të merrni masa brenda afateve të caktuara për të vazhduar sigurimin tuaj shëndetësor ose të ndihmoheni me shpenzimet. Ju keni të drejtë të merrni këtë informacion në një format tjetër, siç është audio, Braille (sistem shkrimi për të verbrit) ose me shkronja të mëdha për shkak të nevojave të specifike ose në gjuhën tuaj pa kosto shtesë. Telefononi Shërbimet e Anëtarëve në (888) 560-4087, ose TTY 711 për ata me dëgjim të dëmtuar, nga e Hëna deri të Premte 8:00 a.m. – 5:00 p.m. CT.

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) 560-2043, o sa 711 kung gumagamit ng TTY para sa may kapansanan sa pandinig, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. - 05:00 p.m. CT.