

Pasos para presentar una queja/apelación**Formulario de solicitud de queja/apelación del miembro**

1. Complete este formulario en su totalidad. Describa el o los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte copias de cualquier registro que desee enviar (no envíe los originales).
3. Si alguien presentó una reclamación en su nombre, debe dar su consentimiento a continuación.
4. Puede presentar el formulario completado de alguna de las siguientes maneras:
 - a. envíela a la dirección que se indica a continuación;
 - b. envíe un fax al número que figura a continuación; o bien
 - c. envíe un correo electrónico a

MNMedicaid.MemberAppealsandGrievances@molinahealthcare.com

Marque una opción: _____ Queja _____ Apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo por escrito de su solicitud. Se le enviará por correo postal en un plazo de cinco (5) días hábiles desde la recepción de la solicitud.

Nombre del miembro: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre de la persona que solicita la queja/apelación si no es el miembro: _____

Relación con el miembro: _____

Núm. de identificación del miembro: _____

Núm. de teléfono diurno: _____

Problema(s) específico(s): _____

(Indique todos los detalles relacionados con sus solicitudes, incluidos los nombres, fechas y lugares. Adjunte otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio).

Al firmar a continuación, usted acepta que la información provista es correcta y verdadera. Si otra persona completa este formulario en su nombre, usted dará su consentimiento por escrito para que la persona mencionada anteriormente envíe el formulario en su nombre.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Si desea recibir ayuda con su solicitud, podemos ayudarle. Podemos brindarle ayuda en el idioma que hable o en el caso de que necesita otro tipo de apoyo especial para escuchar o ver. Puede llamar, escribir o enviarnos un fax a los siguientes números:

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.

Attn: Appeals & Grievances Department

PO Box 182273

Chattanooga, TN 37422

Servicios para Miembros de Molina: (844) 862-4543

Servicios de retransmisión TTY/NM para personas con discapacidad auditiva: 1-800-659-8331 o 711

Número de fax: (505) 342-0583

Información importante que debe tener en cuenta

- Si tiene preguntas sobre los pasos que nosotros y/o su proveedor tomamos para hacer su solicitud, avísenos. Puede completar el *Formulario de solicitud de apelación/queja del miembro* adjunto para presentar una queja o una apelación. También puede llamarnos.
- Si usted o su proveedor consideran que esperar a que se procese la queja podría causarle daños graves a su salud, avísenos. Esto se denomina apelación acelerada. Si no estamos de acuerdo, su apelación se resolverá dentro del plazo normal de tramitación.
- Si desea continuar con la atención que actualmente recibe durante este proceso, envíe una solicitud por escrito en un plazo de diez (10) días desde su aviso de denegación. Si se toma una decisión y no está a su favor, es posible que usted sea responsable del costo de la atención durante este tiempo.
- Si Molina inicia la apelación, la continuidad de los beneficios es automática, y usted no pagará por los beneficios.

Envíe este formulario completo a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
Attn: Appeals & Grievances Department
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Le enviaremos una confirmación por escrito de la recepción de su solicitud y, por separado, responderemos a su solicitud. Le agradecemos por informarnos sus preocupaciones.
Este formulario está disponible en nuestro sitio web, www.MolinaHealthcare.com.