



Formulario de solicitud de reclamo o apelación para miembros

Envíe por correo postal a:
Molina Healthcare of Florida
Attn: Grievance & Appeal Department
PO BOX 521838
Miami, Florida 33152-1838
Número gratuito: (866) 472-4585
Número de fax: (877) 508-5748
Use letra de imprenta por favor.

Nombre del miembro: _____ Fecha de hoy: _____

Si usted no es miembro, denos su nombre. Llene y firme el "Formulario de asignación de representante" adjunto. No es obligación usar este formulario. Si lo hace, puede enviarnos una carta escrita y firmada por el miembro:

Relación con el miembro: _____

Nro. de identificación del miembro: _____ Teléfono diurno _____

Especifique los problemas: _____

(Si necesita más espacio, puede enviar otra página).

Firma del miembro _____ Fecha: _____

Si desea que lo ayuden con su solicitud, puede llamar o escribir a:

Molina Healthcare of Florida
Attn: Grievance & Appeal Department
PO BOX 521838
Miami, Florida 33152-1838
Número gratuito: (866) 472-4585
Número de fax: (877) 508-5748

Formulario de solicitud de reclamo o apelación para miembros

Cómo presentar un reclamo o una apelación:

1. Llene este formulario. Explique el problema lo mejor que pueda.
2. Puede enviarnos copias de sus registros. Si lo hace, envíelas junto con este formulario o la aprobación escrita. (No envíe originales).
3. Puede darnos su información en persona. Para hacer esto, llame al 1-866-472-4585.
4. Podemos ayudarle a escribir la solicitud. Podemos ayudarle en el idioma que habla. Si necesita servicios para personas con dificultades de audición, puede llamar a nuestro número de teléfono TTY al 1-800-955-8771.
5. Si es mayor de 18 años de edad y le ha pedido a alguien que lo represente, necesita llenar un Formulario de designación de representante (AOR). Revisaremos nuestros archivos para ver si ya le han dado la aprobación. También puede enviarnos una carta escrita y firmada, en que da permiso a una persona para representarlo. Molina Healthcare le entrega el "Formulario de designación de representante" para su beneficio. Utilice el Formulario de designación de representante adjunto o envíenos una carta escrita y firmada.
6. Seguiremos trabajando en el reclamo o la apelación pero no le enviaremos la información hasta que el miembro lo haya aprobado. Si no recibimos ningún tipo de aprobación, enviaremos la decisión al miembro.
7. Tal vez desee ver el archivo del caso. Puede solicitar ver el archivo del caso o copias del mismo en cualquier momento. Es gratuito. Su archivo tiene todos sus registros médicos. También puede tener otros documentos de su caso.
8. Usted puede pedirle a alguien que lo represente. Si lo hace, esa persona también puede examinar el archivo de su reclamo o apelación.
9. Llene el formulario y envíelo a:

Molina Healthcare of Florida
Attn: Grievance & Appeal Department
PO BOX 521838
Miami, Florida 33152-1838
Fax: 1-877-508-5748

10. Le enviaremos una carta. Esta carta le hará saber que recibimos su solicitud.

Gracias por utilizar el proceso de reclamos para miembros de Molina Healthcare.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-472-4585 o para los usuarios de TTY/TDD al 1-800-995-8771, de lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a 7:00 p.m.



Formulario de designación de representante (AOR)

Nombre del miembro

Número de identificación del miembro de Molina

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Acepto nombrar a _____ (Nombre y dirección) para que me represente en el proceso de reclamo/apelación de _____ (especifique el problema).

Doy mi consentimiento para que esta persona haga cualquier solicitud o entregue cualquier aviso por mí. Esta persona puede presentar o mostrar hechos o evidencia. Esta persona también puede recibir información sobre mis tratamientos, pruebas, evaluaciones, medicamentos, diagnósticos y resultados pasados, presentes y futuros. Esta persona también puede conversar sobre todos mis servicios o cuidados médicos. Esta persona también puede conversar sobre las reclamaciones o las facturas que yo haya recibido. Además, esta persona puede recibir avisos sobre mi reclamo o apelación pendiente.

FIRMA (miembro)

DIRECCIÓN

**NÚMERO DE TELÉFONO
(CON CÓDIGO DE ÁREA)**

FECHA

ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN

Yo, _____, acepto lo anterior. Confirmando que no he sido sospechoso ni inhabilitado para el ejercicio de la profesión ante la Administración de Seguridad Social. No soy ni fui en el pasado un empleado o un funcionario de los Estados Unidos que fuera descalificado para actuar como representante de los miembros; que no cobraré ni recibiré honorarios profesionales por dicha representación, a menos que esto haya sido aprobado de conformidad con las leyes y reglamentaciones.

Soy un _____
(Abogado, representante sindical, pariente, etc.)

FIRMA (Representante)

DIRECCIÓN

**NÚMERO DE TELÉFONO
(con código de área)**

FECHA