

Sección A: Información del miembro y de la farmacia:

Apellido		Nombre		Inicial
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)		Número de Medicaid		
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Vespertino	Número de Teléfono Diurno	Horas de Contacto (especifique cuándo prefiere que lo[a] llamen)		
Farmacia de Asignación Cerrada Actual				
Nombre de la Farmacia Actual				
Dirección de la Farmacia		Ciudad	Estado	Código Postal
Nueva Farmacia de Asignación Cerrada				
Nombre de la Nueva Farmacia				
Dirección de la Farmacia		Ciudad	Estado	Código Postal

Sección B: Proporcione un motivo detallado para solicitar un cambio en su farmacia de asignación cerrada:

--

Sección C: Firma

Certifico que las declaraciones efectuadas en la presente queja son verídicas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma

v1 (8/01/2022)

Fecha

Si un representante personal presenta la queja en nombre del miembro, complete el Formulario de Consentimiento del Representante Autorizado y devuélvalo junto con el formulario de Farmacia de Asignación Cerrada.

Firma del Representante Personal

Fecha

Padre o Madre del/de la Menor de Edad Tutor(a) Poder Notarial
 Albacea/Curador Otro _____

Envíe los formularios de vuelta a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Nevada
Attn: Member Appeals and Grievances
PO BOX 401820
Las Vegas, NV, o
Fax 877-823-5961

The Nevada Medicaid Hearings Unit is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-833-685-2102, TTY users dial 711** and use your health plan's grievance process before contacting the Nevada Medicaid Hearings Unit. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. The Nevada Medicaid Hearings Unit also has a toll-free telephone number **(877) 638-3472**, Fax # (775) 684-3610 and E-mail: dhcfphearings@dhcfp.nv.gov.

Distributed by Molina Healthcare. To get this information in other languages and accessible formats, please call Member Services. This number is on the back of your Member ID card. You can get this information free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call (833) 685-2102, TTY/TDD: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 6 p.m., PST. The call is free. Molina Healthcare of Nevada (Molina) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (833) 685-2102 (TTY: 711). ATTENTION: If you don't speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (833) 685-2102 (TTY: 711).