



Formulario de Acuse de Recibo

Yo, _____, por la presente reconozco que
Nombre del Consumidor

he recibido un Manual para miembros de Medicaid y el Directorio de Proveedores (ya sea por correo o de mi proveedor). Entiendo que el propósito del manual es para asegurar que tengo información sobre mis beneficios, derechos y responsabilidades. El manual también ofrece información sobre cómo recibir los servicios cubiertos, el acceso a los servicios de emergencia, servicios de transporte, y cómo elegir un proveedor. El manual también aborda los procedimientos para presentar quejas y apelaciones.

También entiendo que si he sido tratado injustamente o discriminado por cualquier razón, puedo presentar una queja contactando a OptumHealth al: 1-877-370-8953.

Mi proveedor ha revisado estos materiales conmigo y respondió a mis preguntas.

Escriba el Nombre del Miembro

Firma del Menor

Firma del Miembro/ Firma del Guardián Legal

Fecha de Hoy