



Formulario de Aceptación del Miembro

Yo, _____, declaro que me han ofrecido una copia del

(Nombre del Miembro)

Manual para Miembros de Medicaid. Mi proveedor me ha mostrado cómo encontrarlo en línea o cómo solicitar una copia impresa a Optum. Entiendo que este manual contiene información sobre mis beneficios. También habla sobre mis derechos y responsabilidades. Mi proveedor me ha mostrado cosas importantes en el manual. Me mostró dónde encontrar información sobre:

- Cómo acceder a los servicios de emergencia
- Cómo acceder al transporte
- Cómo elegir un proveedor
- Cómo presentar una queja formal o apelación

Se me ha mostrado cómo encontrar el Aviso de prácticas de privacidad de Optum.

Entiendo que, si me han tratado injustamente, puedo presentar una queja. Si he sido discriminado, puedo presentar una queja. Puedo hacer esto comunicándome con Optum en el condado de Tooele al:

1-800-640-5349.

Mi proveedor ha repasado estos materiales conmigo y ha respondido mis preguntas.

Nombre del Miembro en Letra de Imprenta

Firma del Miembro/Firma del Tutor Legal

Fecha

Firma del Menor

Fecha

Firma del Intérprete (si corresponde)

Fecha