

Magellan*

FORMULARIO DE QUEJAS

Estamos muy interesados en escuchar sus inquietudes. Complete este formulario y envíenoslo por correo, o si prefiere, póngase en contacto con nosotros por el 1-800-424-1565.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Plan de salud o patrocinador**: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

¿Magellan Health Services * puede usar su nombre en la investigación de esta queja? D SÍ D NO

¿Magellan Health Services * puede contactarlo por correo? D SÍ D NO

¿Magellan Health Services * puede contactarlo por teléfono? D SÍ D NO

Nº telefónico _____

¿Desea recibir una notificación por escrito para acusar recibo de su queja? D SÍ D NO

¿Desea recibir una notificación por escrito del resultado de su queja? D SÍ D NO

¿Desea recibir una notificación oral del resultado de su queja? D SÍ D NO

Instrucciones especiales para ponernos en contacto con usted (por ejemplo, hora del día, persona con la se puede dejar mensajes, etc.):

Nombre del proveedor: _____ Fecha aproximada en la que vio por última vez a este proveedor: _____

Reclamo: (Adjunte páginas adicionales si fuera necesario)

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, usted debe primero llamar por teléfono a su plan de salud al 1-800-424-1565** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho legal o recurso potencial que pueda estar a su disponibilidad. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que no se ha resuelto satisfactoriamente por parte de su plan de salud, o una queja que ha permanecido no resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento de asistencia. Si necesita también ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial a las decisiones médicas tomadas por el plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas por pagos por servicios médicos de emergencia y urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para quienes sufren de incapacidad auditiva o del habla, El sitio web en internet del departamento www.dmhc.ca.gov tiene tiene formularios para quejas, formularios para solicitud IMR así como instrucciones en línea.

Firma

Fecha

**Las subsidiarias de Magellan en California son Human Affairs International of CA (HAI-CA), y Magellan Health Services of California, Inc.- Employer Services (Magellan Employer Services). **Si sufre alguna incapacidad auditiva o del habla, llame a nuestro número TTY gratuito 1-800-456-4006 para obtener asistencia.

Envíe el formulario completado a:
Comment Coordinator, Magellan Employer Services
PO Box 710430, San Diego, California 92171