

Formulario de quejas y reclamos para niños/jóvenes/adultos

Un niño, joven, adulto, o sus representantes autorizados, de Magellan Health, Inc. (Magellan) tienen derecho a presentar una queja y reclamo. No se le penalizará por presentar una queja y reclamo.

Cómo presentar una queja:

1. Complete y firme el siguiente formulario. Puede guardar una copia para sus archivos.
2. Puede incluir, con este formulario, cualquier documentación adicional para respaldar la queja.
3. Envíe su queja por fax, correo electrónico o correo postal a:
 - a. **Correo electrónico:** NevadaAppealsGrievances@magellanhealth.com
 - b. **Correo postal:** Magellan Quality Department, P.O. Box 34028, Reno, NV 89533
 - c. **Fax:** 1-888-656-5426
4. Una queja también se puede solicitar verbalmente llamando a Magellan al 1-833-396-4310 (TTY 711).
5. Si se necesita información adicional, un representante de Magellan se comunicará con usted.
6. Recibirá una carta por escrito confirmando la recepción de su queja dentro de los 5 días hábiles.
7. Dependiendo de la naturaleza de la inquietud que haya planteado, puede esperar recibir una carta de resolución dentro de los 30 días calendario a partir del momento en que Magellan acuse recibo de su formulario de queja y reclamo.
8. Las cartas de resolución para ciertas quejas y reclamos pueden requerir tiempo adicional, especialmente si la inquietud se relaciona con la calidad de la atención que ha recibido.
9. Si desea que alguien lo represente durante la revisión de su queja y reclamo, complete la Autorización para divulgar información médica protegida (PHI) e inclúyala con su presentación.

Información sobre el demandante (usted)		Su nombre:	Su dirección de correo electrónico:	
Número de teléfono:	¿Podemos dejarle un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información sobre su queja

Motivo de la queja:

Información sobre el proveedor:

(SOLO si la queja es sobre un proveedor)

Número de teléfono del proveedor:	Nombre del proveedor:	Apellido del proveedor:	
Dirección del proveedor:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información del representante autorizado

Puede pedirle a alguien que le ayude con su queja. Si decide hacer esto, háganoslo saber a continuación y complete el Formulario de autorización de uso y divulgación y, a continuación, envíenoslo con este formulario de queja. De esta manera, podemos compartir la misma información de apelación con esa persona que lo hacemos con usted, a menos que nos pida que dejemos de hacerlo.

Nombre del representante autorizado y relación con usted:	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Escriba su nombre y firma (niño/joven/adulto), tutor legal o padre si es menor de edad, o representante autorizado:	Fecha:		
<p>Envíe por correo, correo electrónico o fax este formulario de queja, y el Formulario de uso autorizado y divulgación firmado (si es necesario) a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correo electrónico: NevadaAppealsGrievances@magellanhealth.com ▪ Correo postal: Magellan Quality Department, P.O. Box 34028, Reno, NV 89533 ▪ Fax: 1-888-656-5426 	<p>Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario de queja, llame a nuestros asociados de Experiencia del Cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-833-396-4310 (TTY 711) 		

Consentimiento para divulgar información protegida sobre salud (PHI)

Entidad de Magellan: Magellan Health, Inc., of Nevada

- **Dirección física:** 6671 Las Vegas Blvd South, Bldg. D, Ste. 210, Las Vegas, NV 89119
- **Dirección postal:** P.O. Box 95994, Las Vegas, NV 89193-5994
- **Correo postal:** NVCMEAUD@magellanhealth.com
- **Nombre de la cuenta y teléfono:** Connect Nevada | 1-833-396-4310 (TTY 711)

Se denomina información de salud protegida (PHI) a la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes establecen que no podemos dar su PHI a nadie que no sean sus médicos o el Departamento de Salud y Servicios Humanos a menos que usted lo autorice. Al firmar este documento, usted nos da su autorización. Solo entregaremos la PHI que usted nos diga que podemos compartir. Además, solo la divulgaremos a las personas o agencias que usted indique. ¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarlo. Llámenos al 1-833-396-4310 (TTY 711).

1 Niño/joven adulto	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	
	Número de identificación			Número de teléfono	
	Dirección	Ciudad		Estado	Código postal

Marque UNO:

- Soy el niño/joven/adulto; O
- Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona. (Marque abajo; si es "otro", complete el espacio en blanco)

Soy su Padre O Tutor U Otro: _____

2 ¿Quién puede divulgar la PHI?	Magellan Health, Inc. puede divulgar su PHI. Magellan Health, Inc. administra su salud mental y/o su tratamiento por drogas y alcohol por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
---	---

3 ¿A quién se le puede entregar la PHI?	Nombre (individual, o clase de personas como "miembros de la familia que viven conmigo")	Organización (si corresponde)			
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

<p>4 ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?</p>	<p>Compartiremos únicamente la PHI que usted autorice. Esta autorización incluye información acerca de sus medicamentos. También incluye información sobre su salud mental y/o el tratamiento por drogas y alcohol que pueda estar en su expediente. No cubre notas de psicoterapia que no están en sus archivos médicos. Por favor, sea específico y díganos cuál es la información de salud de sus expedientes que se puede compartir. Proporcione las fechas y los lugares de servicio para la información que solicita que se divulgue.</p> <table border="1" data-bbox="295 388 1531 940"> <tr> <td data-bbox="295 388 586 506">Fecha(s):</td> <td data-bbox="586 388 1117 506">Lugar(es) del(de los) servicio(s):</td> <td data-bbox="1117 388 1531 506">Información médica:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="295 506 586 623">Fecha(s):</td> <td data-bbox="586 506 1117 623">Lugar(es) del(de los) servicio(s):</td> <td data-bbox="1117 506 1531 623">Información médica:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="295 623 586 741">Fecha(s):</td> <td data-bbox="586 623 1117 741">Lugar(es) del(de los) servicio(s):</td> <td data-bbox="1117 623 1531 741">Información médica:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="295 741 586 858">Fecha(s):</td> <td data-bbox="586 741 1117 858">Lugar(es) del(de los) servicio(s):</td> <td data-bbox="1117 741 1531 858">Información médica:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="295 858 586 940">Fecha(s):</td> <td data-bbox="586 858 1117 940">Lugar(es) del(de los) servicio(s):</td> <td data-bbox="1117 858 1531 940">Información médica:</td> </tr> </table>	Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:	Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:	Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:	Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:	Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:
Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:														
Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:														
Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:														
Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:														
Fecha(s):	Lugar(es) del(de los) servicio(s):	Información médica:														
<p>5 ¿Cuál es el propósito de la divulgación?</p>	<p>*Indique por qué desea que compartamos su PHI.</p>															
<p>6 ¿Cuándo finaliza esta autorización?</p>	<p>Su autorización terminará cuando usted nos informe tal cosa. Díganos cuándo desea que finalice su autorización:</p> <p>Marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Mi autorización finaliza el: _____ (Nota: No puede ser más de un año después de su autorización). O</p> <p><input type="checkbox"/> Mi autorización finaliza cuando: _____</p> <p>(Puede ser algo como "Puede compartir mis registros de consejería en esta única ocasión" y debe suceder en un plazo de un año a partir de la firma de este formulario).</p> <p>Si no indica cuándo finaliza su autorización, entonces su autorización finalizará en el término de un año a partir de su firma del formulario. Después de un año, necesitaremos una nueva autorización.</p>															

7 Sus derechos e información importante	<ul style="list-style-type: none"> • Dar su autorización es su decisión. No está obligado a compartir su información. • No tiene que autorizar este documento. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos. • Puede revocar su autorización. Debe comunicarnos esto por escrito. Envíelo por correo postal o correo electrónico a la dirección que figura en la Sección 10 más adelante. • ¿Qué ocurre si usted retira su autorización? Si lo hace, esto no revocará la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, no seguiremos compartiendo su PHI. • Si compartimos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, ellos podrán compartirla con otros. No todos tienen que cumplir las reglas de privacidad. • Usted tiene derecho a obtener una copia de esta autorización firmada. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que figura en la Sección 10 a continuación. • Si no entiende algo de este formulario, o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número de teléfono que figura en la Sección 10 a continuación. 	
<u>SE DEBE FIRMAR Y AGREGAR LA FECHA EN LA SECCIÓN 8 O 9 QUE APARECE A CONTINUACIÓN.</u>		
8 Firma del niño, joven, adulto, miembro	Autorizo a que se comparta la información detallada en este documento. Firma o marca (requerido):	Fecha (obligatorio):
9 Firma del representante autorizado	Representante autorizado significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. Si el niño, joven, adulto, miembro es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberán firmar en su nombre, donde lo permitan las leyes aplicables. Fecha (obligatorio): Nombre en letra de imprenta: Infórmenos su prueba legal para actuar en nombre de esta persona. Podemos solicitar que nos envíe un comprobante.	Fecha (obligatorio): Número de teléfono:
10 A dónde enviar este formulario y hacer preguntas	Después de completar y firmar este formulario, envíenoslo a la dirección a continuación. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, las maneras de ponerse en contacto con nosotros figuran abajo. Usted debería recibir una copia de este formulario. Recuerde, PHI significa cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente y futura. También incluye información como su dirección y fecha de nacimiento. En el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR), §160.103, se encuentra una definición completa de la PHI.	

(SOLO PARA USO DE MAGELLAN)	Dirección: <ul style="list-style-type: none"> • Dirección física: 6671 Las Vegas Blvd South, Bldg. D, Ste. 210, Las Vegas, NV 89119 • Dirección postal: P.O. Box 95994, Las Vegas, NV 89193-5994 	Dirección de correo electrónico: NVCMEAUD@magellanhealth.com
	Teléfono: 1-833-396-4310 (TTY 711)	Fax: 1-888-656-5426

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

Este expediente que se le ha divulgado está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de este registro a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o esté permitida de otra forma por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (consulte [§ 2.31](#)). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto como se indica en [§§ 2.12\(c\)\(S\)](#) y [2.65](#).

INSTRUCCIONES: FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Formulario de Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI): utilice este formulario para permitirnos compartir su información de salud.

Por favor, complete el formulario de Autorización para divulgar información protegida sobre salud con el fin de autorizarnos a compartir su información de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al número de teléfono que figura en la Sección 10 de este formulario.

Sección 1. Niño/Joven/Adulto/Miembro

Esta es información sobre usted. Escriba en letra de imprenta su nombre, dirección y fecha de nacimiento. Incluya también el número de identificación del niño, joven, adulto, miembro que le está dando a Magellan la autorización para compartir su PHI. En la sección titulada "Marque uno", marque la casilla correspondiente para informarnos quién está completando el formulario.

- Si es usted, el miembro, marque la primera casilla.
- Si se trata de alguien que, según la ley, puede actuar en su nombre, marque la segunda casilla.

Sección 2. ¿Quién puede divulgar la PHI?

Esta es información sobre nosotros, Magellan Health, Inc. y sus subsidiarias y filiales. En esta sección se establece que podemos compartir su PHI con su permiso.

Sección 3. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

Indique aquí la persona u organización con la que podemos compartir su PHI e incluya su número de teléfono y dirección, si los conocemos.

Sección 4. ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la información de salud que usted autorice. Esto puede ser información de salud sobre sus medicamentos. También puede ser sobre su tratamiento de salud mental, alcohol o drogas. No cubre notas de psicoterapia que no figuran en sus archivos médicos. Anote la información de salud que nos permite compartir.

Sección 5. ¿Cuál es el motivo de la divulgación?

Denos el motivo por el que se comparte la PHI del hijo, joven, adulto, miembro. Si usted inició la divulgación de esta información, el niño, joven, adulto, miembro, puede indicar "A solicitud de la persona".

Sección 6. ¿Con qué finaliza esta aprobación?

Este formulario debe expirar dentro de 1 año. Al elegir una fecha de vencimiento o un evento, esto limita el tiempo que podemos compartir su PHI. Marque una de las casillas e indique la fecha de vencimiento o el evento. Si opta por un evento de expiración, el mismo debe estar relacionado con el propósito de la divulgación y debe ocurrir dentro de 1 año. Si opta por una fecha de expiración, la misma debe ser una fecha válida y no debe ser de más de un año a partir de la fecha en que se completó el formulario. Puede retirar su aprobación en cualquier momento escribiendo a Magellan a la dirección que figura en la Sección 10 del Formulario de Autorización para divulgar información de salud protegida.

Sección 7. Sus derechos e información importante

Lea la Sección 7 ya que en esta se explican sus derechos y otros datos importantes.

Sección 8. Firma del niño, joven, adulto, miembro

Aquí es donde debe firmar con su nombre y poner la fecha en que firmó el formulario. No podemos compartir su información de salud si no firma y fecha el formulario.

Sección 9. Firma del representante autorizado (si corresponde)

Esta sección debe completarse si no es usted, el niño, joven, adulto, miembro, quien completa el formulario.

Sección 10. A dónde enviar este formulario y hacer preguntas

Esta sección proporciona formas de ponerse en contacto con nosotros.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal

Magellan* cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Magellan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Magellan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el centro de atención para miembros de Magellan llamando al 1-833-396-4310.

Si usted considera que Magellan ha incumplido en cuanto a proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator, Corporate Compliance Department

8621 Robert Fulton Drive

Columbia MD 21046

Teléfono: 800-424-7721 (TTY 711)

compliance@magellanhealth.com

Usted puede presentar una queja por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Aviso de no discriminación

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

* Magellan hace referencia a todas las subsidiarias y filiales correspondientes de Magellan Health, Inc., entre las que se incluye, entre otras, Magellan Healthcare, Inc. y sus subsidiarias.

Inglés	ATTENTION: If you speak english, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Español	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Chino	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)。
Vietnamita	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-543-3875 (TTY: 800-456-4006)
Coreano	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) 번으로 전화해 주십시오.
Armenio	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-877-543-3875 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-456-4006):
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) تماس بگیرید.
Ruso	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Japonés	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)まで、お電話にてご連絡ください。
Árabe	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-543-3875 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-456-4006).
Panyabí	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Camboyano	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អលគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)។
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) पर कॉल करें।
Tailandés	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).