

Connect Nevada: Strengthening Youth, Empowering Families 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 2188 Maryland Heights, Missouri 63043
 - c. **Fax:** 1-888-656-9795
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 parent si es menor de edad, o representante autorizado:		Fecha:	

Envíe por correo, correo electrónico o fax este formulario de queja, y el Formulario de uso autorizado y divulgación firmado (si es necesario) a:

- Correo electrónico:
NevadaAppealsGrievances@magellanhealth.com
- Correo postal: Magellan Quality Department, P.O. Box 2188 Maryland Heights, Missouri 63043 Fax: 1- 888-656-9795

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario de queja, llame a nuestros asociados de Experiencia del Cliente.

- 1-833-396-4310 (TTY 711)

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	ՈՒՆԿԱՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են սրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայությունները: Զանգահարեք 1-877-543-3875 (TTY (հեռախոսից՝ 1-800-456-4006):
Farsi	توجه! اربابان فایل گفتگو کرده سه لات از گان برای شما فراهم کرده است. با 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006)
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 المأذونة متوفّرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-543-3875 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-456-4006).
Panyabí	ਪਿਆਨ ਵਿਦਾਰਿ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਵੇਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਂਹਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਾ। 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Camboyano	ស្រួលយោបល់ ស្រួលបែនក្រីន ស្រួលកិច្ច ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ ស្រួលប្រើប្រាស់ 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	मान दें। यदि आप हिंदी बोलते हों तो आपके लिए मुझे मात्रा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006) पर कॉल करें।
Tailandés	ເຈີ້ນ: ຄ້າຄຸນພູດກາໜ້າໄທຢູ່ຄຸນສາມາຮັກໃໝ່ປົກການຈ່າຍເຫຼືອທາງການຊ້າໃໝ່ໄຟຣີ ໂຮງ 1-877-543-3875 (TTY: 1-800-456-4006).