

Formulario de solicitud de queja del miembro

Los miembros de Magellan Healthcare, Inc. (Magellan), sus representantes autorizados u otra persona de confianza tiene derecho a presentar una queja. No se le penalizará por presentar una queja.

Si la queja es sobre los Servicios de Empoderamiento Juvenil (Youth Empowerment Services, YES) y desea presentar una queja de forma anónima, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (Idaho Department of Health and Welfare, IDHW) en:

- **Teléfono:** 1-208-364-1910
- **Correo electrónico:** yes@dhw.idaho.gov
- **En línea:** Formulario de Inquietudes y Quejas de los Servicios de Empoderamiento Juvenil

Cómo solicitar una queja ante Magellan:

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:
 - **Correo electrónico:** IDAC@magellanhealth.com
 - **Correo postal:** Magellan Quality Improvement Dept.
 - **Fax:** 1-888-656-9795
4. Una queja también se puede presentar verbalmente llamando a Magellan al 1-855-202-0973 (TTY 711).
5. Si se necesita información adicional, un representante de Magellan podría comunicarse con usted.
6. Recibirá una carta por escrito confirmando la recepción de su queja dentro de los 5 días hábiles.
7. Dependiendo del tipo de queja en la que se clasifique, podría recibir una carta de resolución dentro de los 10 días hábiles posteriores a la aceptación de su formulario de queja por parte de Magellan.
8. Algunas quejas pueden tardar hasta 90 días en recibir una carta de cierre por escrito, dependiendo de si la queja estaba relacionada con la calidad de la atención que recibió.
9. Si desea que alguien lo represente durante su queja, complete el segundo formulario e inclúyalo con su envío.

Información sobre el demandante (usted)		Nombre (del miembro)	Dirección de correo electrónico (del miembro)	
Número de teléfono de voz?	¿Podemos dejarle un mensaje? Seleccione SÍ o NO	Fecha de nacimiento	N.º de identificación de miembro	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

*Su número de identificación se encuentra en su tarjeta de beneficios emitida por IBHP.

Información sobre su queja

Motivo de su 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 electrónica de correo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Firma de usted (miembro), tutor legal/padre si es menor de edad o representante autorizado y nombre en letra de imprenta	Fecha
--	-------

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

- **Correo postal:** Magellan Healthcare, Inc., Attn: Idaho Quality Department, P.O. Box 2188, Maryland Heights, MO 63043
- **Correo electrónico:** IDAC@magellanhealth.com
- **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.

- **Teléfono:** 1-855-202-0973
- **TTY:** 711