

Magellan*
Grievance Form

GRIEVANCE FORM IMPORTANT:

Can you read this in English? If not, we can have someone help you read it. For free help, please call your program toll-free number.**

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta carta escrita en español. Para obtener ayuda gratuita, llame al número gratuito de su programa.**

We are interested in hearing your concerns. Please complete this form and mail it to us, or if you prefer, contact us at your program toll-free number.**

Name: _____ Date of Birth: _____
Address: _____
Street City State Zip Code _____
Home Phone: _____ Work Phone: _____
Health Plan or Sponsor (The organization through which you are receiving EAP or behavioral health services from Magellan*): _____

May Magellan use your name in the investigation of this grievance. YES NO

(Please note for State of CA residents, a written resolution letter is sent automatically.)

May Magellan contact you by telephone. YES --Phone # _____ NO

Special instructions for contacting you (for example, time of day, person with whom it is okay to leave messages, etc.): _____

Name of Provider: _____ Approximate date this provider was last seen: _____

Complaint: (Attach additional pages if needed) _____

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-800-424-1565**** and use your health plan's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's internet website **www.dmhc.ca.gov** has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

Signature _____ Date _____

Please send completed form to:

Comment Coordinator, Magellan Employer Services
P.O. Box 710430, San Diego, California 92171

*Magellan subsidiaries in California are Human Affairs International of CA (HAI-CA), and Magellan Health Services of California, Inc.-Employer Services (Magellan Employer Services). **If you are speech or hearing impaired, call our toll-free TTY number **1-800-456-4006** for assistance.

For your protection, California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

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.

Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para presentar un reclamo por el pago de una pérdida es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

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 SI 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 SI 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 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, y Magellan Health Services of California, Inc.-Employer Solutions.

** La organización a través de la cual usted está recibiendo servicios de Magellan Health Services*.

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