

## Formulario de solicitud de apelación para miembros

Magellan Healthcare, Inc. (Magellan) y sus representantes autorizados tienen derecho a disputar nuestra decisión solicitando una apelación (42 CFR § 438.408(c)(1)(i)). Todas las solicitudes deben presentarse dentro de los sesenta **(60)** días calendario (42 CFR 438.402(c)(2)(ii)) a partir de la fecha de la carta de denegación. Magellan le notificará nuestra decisión a usted, a su representante autorizado (si corresponde) y a su proveedor.

Si desea que su proveedor o un representante solicite una apelación en su nombre, debe dar su consentimiento por escrito utilizando el formulario adjunto de Autorización para divulgar información protegida de salud (Divulgación de PHI).

### Cómo solicitar una apelación:

1. Complete y firme el siguiente formulario. (Si designa a alguien para que actúe en su nombre, complete este formulario y el formulario de divulgación de PHI). Es posible que desee guardar una copia para sus registros.
2. Presente este formulario junto con cualquier historial médico adicional, notas de la consulta y otra documentación necesaria para respaldar la solicitud.
3. Envíe la solicitud por fax, correo electrónico o correo postal dentro de los sesenta **(60)** días calendario posteriores a la fecha de la carta de denegación.
  - **Correo electrónico:** IDAC@magellanhealth.com
  - **Correo postal:** Magellan HealthCare, Inc.  
Attn: Idaho Quality Department  
P.O. Box 2188  
Maryland Heights, MO 63043
  - **Fax:** 1-888-656-9795
4. También se puede solicitar una apelación verbalmente llamando a Magellan al 1-855-202-0973 (TTY 711).

<b>¿Dónde podemos ponernos en contacto con usted?</b>		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.

## ¿Qué es lo que apela?

Servicios	Fechas del servicio	Unidades
Motivo de la apelación**		

\*\*Puede adjuntar páginas adicionales si el motivo de su apelación no cabe en la casilla anterior.

**Apelación estándar:** le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.

**Apelación acelerada (rápida):** le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Se puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si existe una amenaza inmediata que pueda poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función plena. Magellan decidirá si su apelación cumple con los criterios de urgencia. Le daremos automáticamente una apelación urgente si su proveedor respalda la solicitud urgente. Si no se concede una apelación urgente, se lo notificaremos y le comunicaremos la decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días calendario.

Marque aquí si desea una apelación acelerada (rápida).

**Cómo mantener sus servicios durante la apelación:** los miembros que reciben servicios o beneficios a través de Medicaid, ahora pueden solicitar seguir recibiendo los servicios cuya autorización actual no haya finalizado o cuya frecuencia se haya reducido mientras esperan la decisión sobre la apelación. Para seguir recibiendo los servicios, las apelaciones deben presentarse en un plazo **de 10 días calendario** a partir de la carta de denegación o de la "Fecha de entrada en vigencia" que figura en la carta de denegación, si esta última es posterior. Solo usted puede solicitar esta opción. Si su proveedor está apelando en su nombre, no podemos continuar con los servicios mientras usted está bajo apelación, porque Magellan puede cobrarle el pago de esos servicios si la decisión de la revisión de la apelación no es a su favor.

Marque esta casilla si desea seguir recibiendo servicios a la espera de una decisión sobre el recurso.

#### Consentimiento para proveedores o representantes:

Si desea permitir que un proveedor o representante presente una apelación en su nombre, debe darle un permiso por escrito. Complete el formulario de Autorización para divulgar información protegida de salud de Magellan y envíelo junto con este formulario para iniciar su solicitud de apelación. Consulte el Manual para miembros o llame a Magellan al 1-855-202-0973 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo permitir que otra persona actúe en su nombre.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro/tutor legal/padre si es menor de edad      Nombre impreso del miembro/tutor legal/padre si es menor de edad      Fecha

Envíe por correo, correo electrónico o fax este formulario de queja, todos los documentos de respaldo y el formulario de divulgación de PHI firmado (si es necesario) a:

- **Correo:** Magellan Healthcare, Inc., A/A: Departamento de Calidad de Idaho, 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, llame a nuestros asociados de Experiencia del Cliente.

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

Las apelaciones presentadas ante el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (conocidas como audiencias imparciales) pueden presentarse solo después de haber presentado una apelación ante Magellan **O** de no haber recibido una carta de aviso de resolución de apelación en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de una apelación acelerada (rápida)/30 días calendario a partir de la recepción de la apelación para una apelación estándar.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario, llame a la línea gratuita para miembros de Magellan al **1-855- 202-0973** (TTY 711).