

Formulario de solicitud de apelación para miembros

Los miembros de Magellan Healthcare, Inc. (Magellan) y sus representantes autorizados tienen el derecho de no estar de acuerdo con determinadas decisiones que hayamos tomado mediante la presentación de una apelación (42 CFR § 435.923). Todas las solicitudes de apelación deben presentarse (sea de forma oral o por escrito) dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de denegación. Magellan le notificará a usted o a su representante autorizado (si corresponde) de nuestra decisión dentro de los plazos que se indican a continuación.

Si desea que otra persona solicite la apelación en su nombre, por ejemplo, un representante, como un familiar o amigo, debe asegurarse de **que un representante presente una apelación en su nombre** para darnos su consentimiento. Si también desea que Magellan pueda compartir información sobre usted con esa persona, deberá completar el formulario adjunto de Autorización para Usar/Divulgar (Authorization to Use/Disclose, AUD) Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI).

Cómo solicitar la apelación de una reclamación:

- Complete y firme el siguiente formulario. Si desea que otra persona presente su apelación en su nombre, complete la sección **Consentimiento para que un proveedor o representante presente una apelación en su nombre** de este formulario. Si además desea autorizar a Magellan que comparta su PHI con dicha persona, también deberá completar y enviar el formulario AUD de Magellan adjunto. Es posible que desee conservar una copia para sus registros.
- Envíe la solicitud por fax, correo electrónico o correo dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de la Determinación de Beneficios Adversos (ABD).
 - Correo electrónico:** IDAC@magellanhealth.com
 - Correo postal:** Magellan HealthCare, Inc.
P.O. Box 2188
Maryland Heights, MO 63043
 - Fax:** 1-888-656-9795
- También se puede solicitar una apelación de reclamación verbalmente llamando a Magellan al 1-855-202-0973 (TTY 711), disponible de 8 a. m. a 6 p. m., hora de la montaña.

¿Dónde podemos ponernos en contacto con usted?				Su nombre (del miembro)	Su dirección de correo electrónico (del miembro)	
Número de teléfono	¿Podemos dejarle un mensaje de voz?	Sí	No	Fecha de nacimiento del miembro	N.º de identificación de miembro	
Dirección				Ciudad	Estado	Código postal

¿Qué es lo que está apelando?

Nombre del proveedor				
Dirección del proveedor		Ciudad del proveedor	Estado del proveedor	Código postal del proveedor
Motivo de la apelación				
Reclamación 1 (ver información que figura en el ABD)				
N.º de reclamación	N.º de línea	Servicio	Desde la fecha	Hasta la fecha
Reclamación 2 (ver información que figura en el ABD)				
N.º de reclamación	N.º de línea	Servicio	Desde la fecha	Hasta la fecha
Reclamación 3 (ver información que figura en el ABD)				
N.º de reclamación	N.º de línea	Servicio	Desde la fecha	Hasta la fecha
Reclamación 4 (ver información que figura en el ABD)				
N.º de reclamación	N.º de línea	Servicio	Desde la fecha	Hasta la fecha
Reclamación 5 (ver información que figura en el ABD)				
N.º de reclamación	N.º de línea	Servicio	Desde la fecha	Hasta la fecha

** 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).

Explique las razones para la apelación acelerada.

Firma del miembro

Nombre del miembro

Fecha

Consentimiento para que un representante presente una apelación en su nombre: Si desea permitir que otra persona presente una apelación en su nombre, debe darle un permiso por escrito. Díganos quién es esa persona y firme a continuación a fin de concederle permiso para iniciar su solicitud de apelación. Si también desea que facilitemos su información de salud protegida (PHI) a esa persona, por favor complete el formulario AUD de Magellan y envíelo junto con este formulario. 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 para solicitar una apelación.

Nombre de la persona que puede presentar esta apelación en su nombre: _____

Firma del miembro/tutor legal/padre/madre si es un menor

Nombre en letra de imprenta del miembro/tutor legal/padre/madre si es un menor

Fecha

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

- **Correo postal:** Magellan Healthcare, Inc., Attn: Idaho Quality Dept, 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** si no se ha 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), disponible de 8 a.m. a 6 p.m., hora de la montaña.