

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 (ya 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, a su representante autorizado (si corresponde) y a su proveedor que proporcionó o proporcionará la atención objeto de la apelación sobre nuestra decisión dentro de los plazos indicados a continuación.

Si desea que otra persona presente la apelación en su nombre, como su proveedor o un representante, por ejemplo, un familiar o un amigo, debe proporcionar su consentimiento por escrito para que dicha persona lo haga. Consulte la sección que aparece a continuación titulada **Consentimiento para que un proveedor o representante presente una apelación en su nombre**, donde puede otorgarnos su consentimiento. Si además desea que Magellan pueda compartir información sobre usted con esa persona, también deberá completar el formulario de Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) (AUD) adjunto, a menos que la persona que indique sea su proveedor y haya proporcionado o vaya a proporcionar la atención que es objeto de su apelación.

Cómo solicitar una apelación:

- 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 a compartir 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.
- Presente este formulario junto con cualquier registro médico adicional, notas de la consulta y otra documentación necesaria para respaldar la apelación. No está obligado a enviar documentos adicionales, pero puede hacerlo si lo desea.
- Envíe la solicitud por fax, correo electrónico o correo postal dentro de los 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
- También se puede solicitar una apelación verbalmente llamando a Magellan al 1-855-202-0973 (TTY 711).

¿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?

Servicios solicitados	Fechas del servicio	Unidades
		Nombre del proveedor
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 pueden solicitar seguir recibiendo esos servicios mientras esperan una decisión de apelación. Esto se aplica cuando una aprobación vigente aún no ha finalizado, pero los servicios se están deteniendo o reduciendo. 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 la apelación.

Firma de miembro

Nombre de miembro

Fecha

Consentimiento para que un proveedor o representante presente una apelación en su nombre: Si desea permitir que un proveedor o representante presente una apelación en su nombre, debe darle un permiso por escrito. Por favor, díganos quién es esa persona y firme a continuación para concederle permiso para iniciar su solicitud de apelación. Si también desea que facilitemos su información de salud personal (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 si es un menor

Nombre en letra de imprenta del miembro/tutor legal/padre 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** 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)