

## Connect Nevada: Strengthening Youth, Empowering Families

### Formulario de solicitud de apelación

**Fecha de hoy:**

Una apelación es cuando le pide a alguien que revise una decisión que tomó sobre los servicios de su hijo/joven, por ejemplo, si los ha rechazado o reducido. Si no está de acuerdo con lo que Magellan of Nevada decidió sobre los servicios de su hijo/joven, use este formulario de apelación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la primera carta que indica rechazo.

Número de autorización:

Urgencia de la apelación:  Estándar

Tipo de apelación:  Elegibilidad del programa  Necesidad médica  
 Prórroga de apelación de 14 días

Fecha(s) de los servicios que está apelando (fecha de inicio):

(fecha de finalización):

Nombre del proveedor:	Ubicación del servicio:
-----------------------	-------------------------

**Información del niño/joven**

Nombre del niño/joven (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido):

Dirección:

Ciudad:	Estado: Código postal:
---------	------------------------

Número de teléfono (con código de área):	Correo electrónico:
--	---------------------

Padre/madre/tutor (nombre):	Número de teléfono:
-----------------------------	---------------------

**(1) Díganos por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo y (2) por qué está presentando la apelación**

Para que su apelación sea más contundente, incluya pruebas como la carta de rechazo, expedientes médicos, notas del médico, resultados de pruebas y cualquier otro documento que pueda ayudar. Envíe estos documentos con el formulario de apelación.

**Consentimiento para que mi proveedor presente una apelación en mi nombre**

(Complete la sección a continuación y complete el formulario *Formulario de consentimiento de libertad de elección del niño/joven* y envíenoslo)

El niño/joven/padre/tutor legal da consentimiento  escrito  verbal para \_\_\_\_\_ para presentar esta apelación el \_\_\_\_\_.

**Información del representante autorizado**

Puede pedirle a alguien que lo ayude con su apelación, como su proveedor de atención médica. Si decide hacer esto, hágalos saber a continuación y complete el formulario *Formulario de autorización de uso y divulgación*, a continuación, envíenoslo. De esta manera, podemos compartir la misma información de apelación con esa persona y con usted, a menos que nos pida que dejemos de hacerlo.

Nombre del representante autorizado:

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número de teléfono del representante:	Correo electrónico:
Relación con el miembro:	
<b>Usted, el padre/tutor legal/representante autorizado/proveedor del niño/joven, debe firmar este formulario</b>	
Firmado:	Fecha:
<b>Envíe por correo postal, correo electrónico o fax este Formulario de solicitud de apelación, los documentos de respaldo a la apelación, el Formulario de consentimiento del miembro o el Formulario de autorización de uso y divulgación a:</b>	<b>Llame a nuestros asociados de Experiencia del Cliente (De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. PST) si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este Formulario de solicitud de apelación.</b>
Attn: Magellan of Nevada Appeals & Grievances Department P.O. Box 2188 Maryland Heights, Missouri 6304 Correo electrónico: NevadaAppealsGrievances@Magellanhealth.com Fax: 1-888-656-9795	Teléfono: 1-833-396-4310 TTY: 7-1-1 MagellanofNevada.com