

Connect Nevada: Strengthening Youth, Empowering Families

Formulario de solicitud de apelación

Fecha de hoy:		
<p>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.</p>		
Número de autorización:		
Urgencia de la apelación: <input type="checkbox"/> Estándar Tipo de apelación: <input type="checkbox"/> Elegibilidad del programa <input type="checkbox"/> Necesidad médica <input type="checkbox"/> 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:
<p style="text-align: center;">(1) Díganos por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo y (2) por qué está presentando la apelación</p> <p>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.</p>		
Consentimiento para que mi proveedor presente una apelación en mi nombre (Complete la sección a continuación y complete el formulario <i>Formulario de consentimiento de libertad de elección del niño/joven</i> y envíenoslo)		
El niño/joven/padre/tutor legal da consentimiento <input type="checkbox"/> escrito <input type="checkbox"/> 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, háganoslo saber a continuación y complete el formulario <i>Formulario de autorización de uso y divulgación</i> , 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:	
Usted, el padre/tutor legal/representante autorizado/proveedor del niño/joven, debe firmar este formulario	
Firmado:	Fecha:
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:	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.
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 MagellanoofNevada.com