

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN

Si no está de acuerdo con la decisión que Magellan Complete Care of Virginia (MCC of VA) ha tomado en una solicitud de servicio o un problema de pago, usted tiene el derecho de apelar. También puede presentar una apelación ante la División de Apelaciones del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS), pero primero debe presentar una apelación ante MCC of VA. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de servicio o decisión de pago para apelar. Después de 60 días calendario, es demasiado tarde para apelar la decisión. Si solicita una apelación llamándonos por teléfono, también debe enviarnos su solicitud por escrito en un plazo de 10 días. A continuación se muestra un formulario para ayudarle a hacer su solicitud de apelación por escrito. Puede proporcionárnoslo en persona o por escrito a:

Attn: Appeals Specialist
Fax: (866) 325-9157 o bien
Dirección: MCC of VA
3829 Gaskins Rd.
Richmond, VA 23233

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a Servicios al Miembro al 1-800-424-4524 (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, de lunes a viernes.

Nombre del miembro:	
Id. del miembro:	Fecha de nacimiento:
Fecha del servicio:	Proveedor:
Número de teléfono del contacto preferido:	
Servicio(s) apelado(s):	
¿Solicita la continuación del beneficio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tenga en cuenta que si se confirma la decisión adversa original, usted podría ser responsable de pagar la atención recibida durante el proceso de apelación. MCC of VA debe recibir la solicitud de continuación de beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir de la denegación/reducción inicial o en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de finalización del servicio.	
Motivo de la apelación: <hr/> <hr/>	
Envíe cualquier información adicional que quisiera que consideremos al tomar una decisión sobre su apelación.	