

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DEL CLIENTE DE FAMIS / MEDICAID DE VIRGINIA

Para presentar su apelación en línea a través del portal del Sistema de Gestión de Información de Apelaciones (AIMS, por sus siglas en inglés) visite <https://www.dmas.virginia.gov/appeals>.

**Para enviar vía correo electrónico, o correo postal, rellene este formulario por completo incluyendo por qué está apelando o escriba una carta con la misma información. Incluya una copia de la notificación escrita que usted está apelando.**

### Indicaciones de firma:

Si la solicitud de apelación es para **alguien que está física o mentalmente incapacitado** para firmar un documento, explíquenos claramente porque está física o mentalmente incapacitado para firmar. También déjenos saber si, a su leal saber y entender, conoce la existencia de algún tutor.

Si la solicitud de apelación es para **alguien que ha fallecido**, provea una prueba por escrito de que usted puede representarle. Si usted no tiene una prueba por escrito, explique claramente su relación con el difunto y porque usted está apelando en su representación. También déjenos saber si, a su mejor leal saber y entender, existe algún albacea o administrador de los bienes.

Un padre o tutor legal es quien debe presentar las solicitudes de apelación para un **menor de edad**. Si usted está presentando una apelación como tutor legal de un menor, incluya evidencia de su tutela.

Las **organizaciones** necesitan tener documentación escrita del apelante autorizándoles a apelar en su representación. Si el apelante ha fallecido, provea autorización de un albacea o administrador de bienes.

En algunos casos nosotros podríamos requerir una carta poder, una declaración escrita del apelante u otra información adicional.

### Tiempo límite para presentar una apelación:

El tiempo límite para presentar una apelación está en la notificación escrita de la agencia. En la mayoría de los casos es de 30 días.

Si usted está presentando su apelación tarde, la División de Apelaciones de DMAS podría otorgar una extensión del tiempo límite si es debido a una causa justificada (como es definido por ley). Hay un cuestionario de causa justificada en la página 4 donde usted puede proveer información sobre porque su apelación se presentó tarde. Un funcionario de audiencia de DMAS evaluará su respuesta y va a determinar si la presentación tardía de su apelación fue debido a una causa justificada.

### Nota: Para apelaciones a las Organizaciones de Atención Administrada (MCO) existen tres grandes diferencias:

- 1) Tiene que apelar primero con la MCO
- 2) Tiene 120 días para presentar su apelación con DMAS una vez que haya recibido la decisión final de la MCO
- 3) Por reglamento no existe causa justificada para presentar tarde una apelación.

### Formas para pedir una apelación:

- 1) **Electrónicamente.** En línea en <https://www.dmas.virginia.gov/appeals> o por correo electrónico a [appeals@dmas.virginia.gov](mailto:appeals@dmas.virginia.gov)
- 2) **Por fax.** Envíe por fax su solicitud de apelación a DMAS al **(804) 452-5454**
- 3) **Por correo postal o en persona.** Envíe o traiga su solicitud de apelación a: Appeals Division, Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219
- 4) **Por teléfono.** Llame a DMAS al **(804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120)**

**IMPORTANTE: Adjunte todos los documentos que le gustaría que la División de Apelaciones considere. Cualquier documento que envíe con su solicitud de apelación se considerará al tomar una decisión.**

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DEL CLIENTE DE FAMIS / MEDICAID DE VIRGINIA

Puede presentar su apelación en línea a través del portal del Sistema de Gestión de Información de Apelaciones (AIMS, por sus siglas en inglés) visitando <https://www.dmas.virginia.gov/appeals>

Apellido del apelante de Medicaid/FAMIS		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	Sufijo (Sr., Jr., II, III)
Dirección – Calle o PO Box		Departamento	Ciudad	Estado y Código Postal	Fecha de nacimiento
Número de afiliado de Medicaid:	Número de cliente:	Número de teléfono principal con código de área		Número de teléfono alternativo con código de área	
Idioma hablado preferido	Idioma escrito preferido	¿Necesita un intérprete? Sí      No		Correo electrónico	
¿Necesita adaptaciones razonables por discapacidad? Explique		¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?  Correo electrónico      Correspondencia		¿Ha presentado ya una apelación por la misma causa? (p. ej. por fax o correo)? Sí      No	
¿Es usted un esposo (a) en la comunidad apelando la determinación de los ingresos o recursos de su esposo (a)?      Sí      No					
¿Recibió una notificación por escrito de la agencia?      Sí      No Nombre de la agencia      Teléfono Fecha de la notificación      Trabajador Social				<b>Incluya una copia de la notificación escrita que usted está apelando.</b>	
<b>Organización de Atención Administrada (MCO)</b> ¿Está usted apelando una decisión de una MCO?      Sí      No En caso afirmativo, usted debe apelar primero con la MCO. Si usted está en desacuerdo con la decisión final de la MCO, usted puede apelar esa decisión con DMAS.					
<b>La agencia (seleccione todo lo que aplique):</b> Negó mi solicitud o canceló mi cobertura para:      Medicaid      FAMIS Rechazó aceptar mi solicitud para:      Medicaid      FAMIS No determinó mi elegibilidad dentro del tiempo límite de:      Medicaid      FAMIS Solicitó el reembolso de beneficios pagados por servicios médicos recibidos previamente. Me declaró sin discapacidad. Tomó otra acción que afectó mi recepción de Medicaid, FAMIS u otros servicios médicos. Negó servicios médicos o la autorización para servicios médicos. Nombre el servicio: Negó o canceló servicios de exención. Nombre y servicio de exención: Me transfirió o me dio de alta de un centro de enfermería. Nombre del centro y número de teléfono:					
Escriba una declaración breve acerca de las razones por las que usted está solicitando una apelación. Adjunte una hoja adicional si requiere de más espacio.					
<b>*Información importante si está solicitando la continuidad de la cobertura*</b> Si la decisión final de la apelación apoya la acción de la agencia, es posible que usted deba reembolsar a DMAS todos los servicios recibidos durante el proceso de apelación. Por esta razón, usted podría preferir no continuar recibiendo la cobertura.				<b>Continuidad de Cobertura</b> Si usted tenía Medicaid antes de que sus beneficios fueran cancelados, ¿desea continuar con la cobertura, si usted califica, durante el proceso de apelación? Sí      No	
<b>Representante Autorizado</b> ¿Será el apelante representado por otro individuo u organización durante el proceso de apelación? En caso afirmativo, complete y devuelva el formulario de representante autorizado de la página 3 de esta solicitud de apelación.      Sí      No					
Firma del apelante*				Fecha	

\* Ver las indicaciones para firmar en la página 1

# APELACIÓN DE FAMIS / MEDICAID DE VIRGINIA

## FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

**Usted puede utilizar este formulario para nombrar a un individuo u organización para que actúe como su representante autorizado.**

Entiendo que:

- Puedo representarme a mí mismo
- Esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho de negarme a firmarla o cancelarla en cualquier momento
- Esta autorización expirará automáticamente cuando mi apelación de Asistencia Médica se cierre
- Mi firma no exenta mi obligación financiera si la apelación se decide en favor de la agencia
- Mi representante autorizado tiene acceso a toda la información médica protegida relacionada con mi apelación y yo estoy de acuerdo en que esta información pueda ser compartida con otras personas relacionadas con esta apelación.

### Información del apelante (díganos de usted)

Nombre del apelante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número de afiliado de Medicaid: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información del representante autorizado (díganos sobre quien le gustaría que le represente)

Nombre del representante autorizado u organización \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación del representante autorizado con el apelante: \_\_\_\_\_

Idioma escrito preferido (cartas serán enviadas en este idioma)                      Inglés                      Español

Dirección del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Firma del apelante / Padre o tutor del menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para organizaciones:** El apelante debe dar autorización por escrito para actuar en su representación. Para apelantes fallecidos, proveer documentación del albacea o administrador de los bienes nombrándole como representante autorizada. Esto es obligatorio para presentar la apelación.

### Si usted está presentando una apelación en representación de un apelante incapaz de firmar

Bajo mi leal saber y entender, ¿tiene el apelante un tutor legal?                      Sí                      No

Si el apelante está física o mentalmente incapacitado para firmar, explique porque: \_\_\_\_\_

¿Ha fallecido el apelante?                      Sí                      No                      Bajo mi leal saber y entender, el apelante no tiene un albacea o administrador de sus bienes                      Inicial \_\_\_\_\_                      Su relación con el difunto: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

División de Apelaciones de DMAS				
Correo electrónico	Fax	Teléfono	Correo Postal	AIMS Portal
<a href="mailto:appeals@dmas.virginia.gov">appeals@dmas.virginia.gov</a>	(804) 452-5454	804-371-8488	DMAS Appeals Division 600 E. Broad Street Richmond, VA 23219	<a href="https://www.dmas.virginia.gov/appeals">https://www.dmas.virginia.gov/appeals</a>

## APELACIÓN DE FAMIS / MEDICAID DE VIRGINIA

### CUESTIONARIO DE CAUSA JUSTIFICADA PARA APELACIONES (QUE NO SON CON UNA MCO)



**Sólo para aplicaciones tardías.** Complete este formulario si está presentando una solicitud de apelación 30 días después de haber recibido la notificación escrita de la agencia. Por reglamento, no hay causa justificada para las apelaciones tardías con una MCO que tienen una fecha límite más larga para presentar la solicitud de 120 días.

#### Información del apelante

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número de afiliado de Medicaid: \_\_\_\_\_ Teléfono con código de área: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

1. ¿Recibió una notificación por escrito de la agencia?  Sí  No
2. ¿En qué fecha recibió la notificación por escrito? \_\_\_\_\_
3. Si no recibió una notificación por escrito, ¿cómo supo de la negación o cancelación?  
\_\_\_\_\_
4. ¿En qué fecha supo de la negación o cancelación de la cobertura? \_\_\_\_\_
5. ¿Ha tenido problemas recibiendo correspondencia?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Ha cambiado su dirección?  Sí  No Fecha del cambio: \_\_\_\_\_
7. ¿Informó a la agencia sobre su cambio de dirección?  Sí  No Fecha en la que informó: \_\_\_\_\_
8. ¿Por qué está usted apelando? \_\_\_\_\_
9. ¿Contactó a la agencia en relación a la negación o cancelación?  Sí  No Fecha de contacto: \_\_\_\_\_
10. ¿Se le impidió presentar una apelación?  Sí  No ¿Cómo se le impidió? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Presentó una apelación con otra agencia o con su organización de cuidados administrados (MCO) respecto a la negación o cancelación?  Sí  No Fecha en que se presentó la apelación: \_\_\_\_\_
12. Escriba el nombre de la agencia con la que usted presentó su apelación: \_\_\_\_\_

Nombre

Fecha

Firma

#### División de Apelaciones de DMAS

Correo electrónico	Fax	Teléfono	Correo Postal	AIMS Portal
<a href="mailto:appeals@dmas.virginia.gov">appeals@dmas.virginia.gov</a>	(804) 452-5454	804-371-8488	DMAS Appeals Division 600 E. Broad Street Richmond, VA 23219	<a href="https://www.dmas.virginia.gov/appeals">https://www.dmas.virginia.gov/appeals</a>