

If you have trouble reading this notice because the letters are too small or the words are hard to read, please call our office at 1-800-564-5465 and someone will help you. If this notice does not tell you what you asked for, what we decided and why, please call us at 1-800-564-5465. This notice is available in other languages and formats if you need it.

Si usted tiene problemas leyendo éste aviso debido a que las letras son muy pequeñas o las palabras son muy difíciles de leer, por favor llame a nuestra oficina al 800-564-5465 y alguna persona le ayudará. Si éste aviso no le proporciona la información que usted busca o la decisión que tomamos y el por qué, por favor llámenos al número 800-564-5465. Esta comunicación está disponible en otros idiomas y formatos si usted lo necesita.

FORMA PM 5.1.2
[\(Click here for English Version\)](#)

AVISO DE EXTENSIÓN

PARA: [NOMBRE DE LA PERSONA INSCRITA /REPRESENTANTE
LEGAL/DIRECCIÓN]

DE: (Nombre/Dirección de la agencia)
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO/NÚMERO

FECHA:

(Su doctor O nombre del proveedor de servicios –según sea apropiado) han pedido que Magellan Health Services pague por (describa los servicios solicitados y la razón para los servicios en un lenguaje fácil de entender). Usted o -el nombre del proveedor que ha pedido los servicios – si el miembro o el proveedor que ha pedido los servicios han pedido la extensión o Magellan Health Services) sienten que es que es lo mejor para su interés tomarse hasta (14) días más para tomar una decisión. Necesitamos este tiempo para poder obtener más información de (inserte el nombre del proveedor que ha echo la petición). Necesitamos (inserte la información adicional que se necesita, por ejemplo, notas de su doctor que nos dicen si usted ha tomado la droga X anteriormente, o notas de su doctor que nos dicen si usted ha tenido radiografías del pecho. Sea lo más específico posible sobre la información que se necesita para poder ayudar al miembro a obtener los servicios o le brinda la miembro una idea de la información que hace falta que el miembro podría ser capaz de proporcionar)

Nosotros tomaremos una decisión para el (inserte la fecha en que expira la extensión; esta no puede ser más de 14 días a partir de la fecha de la carta de extensión y no puede exceder 28 días de la fecha de petición. Por ejemplo, si usted hace/ envía el Aviso de Extensión el Día 6 del plazo requerido, y usted otorga (14) días adicionales, la decisión debe tomarse para el día veinte (20) de esta petición. El plazo requerido se cuenta desde el día de la carta, lo que representa la fecha de envío por correo). Si no recibimos la información de (insertar el nombre del proveedor que ha hecho la petición) entonces tendremos que negar esta petición.

Si usted no está de acuerdo con que nos tomemos tiempo adicional para tomar una decisión, usted puede presentar una queja. Usted puede hacer esto contactando a Magellan Health Services al 1-800-564-5465 o usted puede mandar una queja por escrito a:

Magellan Health Services of Arizona
ATTN: Complaints Resolution
4801 E. Washington, Suite 100
Phoenix, Arizona 85034

Si usted necesita ayuda para presentar su queja puede contactar al Sistema de Protección y Defensa del Estado, el Centro para Leyes sobre Minusválidos de Arizona al 1-800-922-1447 en Tucson y al 1-800-927-2260 en Phoenix. Las personas con enfermedades mentales serias (SMI por sus siglas en Inglés) pueden contactar a uno de los defensores de la Oficina de Derechos Humanos al 1-602-364-4574 o 1-800-421-2124. Para más información sobre éste aviso, puede comunicarse con la persona cuyo nombre y domicilio aparecen en la parte de arriba de éste documento. También puede consultar su manual para miembro para obtener más información sobre el proceso de autorización de servicio.

Magellan Health Services puede decidir tomar tiempo extra si sentimos que es en su beneficio. Si sentimos que tomar tiempo extra nos ayudará a obtener la información necesaria para tomar una decisión.

Sinceramente,

Magellan Health Services