

Representante Autorizado para Apelaciones de Atención Administrada

Este formulario debe ser completado por el miembro de Medicaid o uno de sus padres en caso de que el miembro sea menor de edad. Complete este formulario para designar a una persona, organización o proveedor para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. Este formulario debe ser firmado por el miembro y el representante autorizado. En lugar de este formulario, puede presentar documentación legal, como una orden judicial en la que se establezca la tutoría legal o un poder notarial, para designar a un representante.

Información del apelante

Nombre y apellido		Fecha de nacimiento
Número de caso	Número de identificación de Medicaid	Número de teléfono
Nombre del padre/madre si el apelante es menor (menos de 18 años)		
Breve explicación del asunto que se apela		

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Esta autorización se entrega conforme a mi solicitud. Tengo derecho a no firmar este formulario, esto es estrictamente voluntario.
- Firmar este documento no implica renunciar a mi derecho a representarme yo mismo.
- Firmar este documento no implica renunciar a mis responsabilidades financieras si la apelación se resuelve a favor del Departamento.
- Autorizo a mi representante autorizado a actuar en mi nombre durante mi apelación y a tener acceso a toda la información médica protegida relacionada con mi apelación, también acepto que esta información puede ser divulgada a otras personas relacionadas con esta apelación.
- Esta autorización caduca automáticamente cuando finalice el proceso de apelación o si revoco este permiso por escrito. Puedo revocar esta autorización mediante el envío de una solicitud por escrito por correo postal o fax a:

Iowa Department of Health and Human Services, Appeals Bureau
 321 E. 12th Street, 4th Floor
 Des Moines, IA 50319
 Fax: (515) 564-4044

Firma del apelante o de uno de los progenitores, si el apelante es menor de edad	Fecha de firma
--	----------------

Información del representante del apelante

Nombre y apellido del representante autorizado		
Organización o nombre comercial del proveedor		
Dirección postal del representante		
Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el representante	Número de teléfono del representante	

Al firmar este formulario, el representante autorizado entiende que:
 Como condición para servir como representante autorizado, acepto cumplir con las leyes estatales y federales pertinentes a conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

En caso de que el apelante no pueda firmar físicamente, yo, el Representante Autorizado, certifico que el apelante se encuentra _____ físicamente imposibilitado para firmar este formulario. Describa la incapacidad física que afecta al apelante.

Firma del representante autorizado	Fecha de firma
------------------------------------	----------------

NOTA: Este formulario no es válido para apelantes que se encuentren mentalmente imposibilitados para firmar. Si el apelante se encuentra mentalmente imposibilitado para firmar este formulario, la persona que actúe en su nombre debe presentar una prueba válida de la tutela legal junto con la apelación.

Envíe el formulario a su organización de cuidado administrado o al Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) a la siguiente dirección.

Wellpoint Iowa, Inc. Grievances and Appeals Department 4800 Westown Pkwy, Ste 200 West Des Moines, IA 50266	Iowa Total Care Grievances and Appeals Department 1080 Jordan Creek Pkwy, 400S West Des Moines, IA 50266 FAX: (833) 809-3868	Molina Healthcare Appeals and Grievances PO Box 93010 Des Moines, IA 50393
Delta Dental of Iowa Attn: DWP Appeals and Complaints PO Box 9040 Johnston, IA 50131-9040	MCNA Dental Attn: Grievances and Appeals Department 200 West Cypress Creek Road, Suite 500 Fort Lauderdale, FL 33309	Department of Health and Human Services Appeals Section 1305 E Walnut St 5 th Floor Des Moines, IA 50319 FAX: (515) 564-4044 Correo electrónico: appeals@hhs.iowa.gov