

Representante autorizado para apelaciones de cuidado administrado

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 o poder notarial, que establezca la tutela legal.

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 caducará automáticamente cuando finalice el proceso de apelación o si la revoco por escrito. Puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito vía correo postal o fax a: 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 padres, si el apelante es menor de edad	Fecha
--	-------

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 la 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 Human Services a la dirección que figura a continuación.

Wellpoint Iowa, Inc. Grievances and Appeals PO Box 62429 Virginia Beach, VA 23466-2429 FAX: (844) 400-3465	Iowa Total Care Grievances and Appeals Department 1080 Jordan Creek Pkwy, Ste 400S West Des Moines, IA 50266 FAX: (833) 809-3868	Molina Healthcare Appeals and Grievances PO Box 93010 Des Moines, IA 50393 FAX: (833) 832-1922
Delta Dental of Iowa Attn: DWP Appeals and Complaints PO Box 9040 Johnston, IA 50131-9040 FAX: (888) 264-0195	DentaQuest Attn: Complaints, Grievances & Appeals P.O. Box 8206 Des Moines, IA 50301 FAX: 262-387-3734 Email: cgateam1@dentaquest.com	Department of Health and Human Services Appeals Bureau 321 E. 12 th Street 4 th Floor Des Moines, IA 50319 FAX: (515) 564-4044 Email: appeals@hhs.iowa.gov