



Representante Autorizado para Apelaciones de Atención Administrada

Este formulario deberá ser completado por el afiliado de Medicaid o por sus padres, si el afiliado es menor de edad. Complete este formulario para nombrar a una persona, organización o proveedor para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. El afiliado y el representante autorizado deben firmar este formulario. Se puede presentar documentación legal, como una orden judicial que establezca la tutela 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, si el apelante es menor de edad (menor de 18 años de edad)		
Breve explicación de lo que se está apelando		

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Esta autorización es a petición mía. Tengo el derecho de negarme a firmar este formulario y que es estrictamente voluntario.
- Mi firma no significa que renuncio a mi derecho a representarme a mí mismo.
- Mi firma no me exonera de mi obligación financiera en caso de que la apelación se decida a favor del Departamento.
- Autorizo a mi Representante Autorizado para que actúe en mi nombre durante mi apelación y para que tenga acceso a toda la información de salud protegida con respecto a mi apelación y acepto que esta información pueda ser divulgada a otras personas en relación con esta apelación.
- Esta autorización vence automáticamente al final del proceso de apelación o si revoco esta autorización por escrito. Puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito por correo o fax al: Department of Human Services, Appeals Section (Departamento de Servicios Humanos, Sección de Apelaciones), 1305 E Walnut Street 5th Floor, Des Moines, IA 50319 Fax: (515) 564-4044.

Firma del apelante, o del padre si el apelante es menor de edad	Fecha de la firma
---	-------------------

Información del Representante del Apelante

Nombre y Apellido del Representante Autorizado

Nombre de la Organización o del Negocio 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 en relación con los conflictos de interés y la confidencialidad de la información.

Si el apelante no puede firmar físicamente, yo, el Representante Autorizado, certifico que (el apelante) _____ es físicamente incapaz de 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 estén mentalmente incapacitados para firmar. Si el apelante está mentalmente incapacitado para firmar este formulario, la persona que actúe en su nombre debe presentar una prueba legal de tutela junto con la apelación.

Envíe el formulario a su organización de atención administrada o al Departamento de Servicios Humanos a la siguiente dirección.

Amerigroup Iowa Inc Grievances and Appeals Department 4800 Westown Pkwy Ste 200 West Des Moines, IA 50266		Iowa Total Care Grievance and Appeals Team 1080 Jordan Creek Pkwy Ste 100 S West Des Moines, IA 50266
Delta Dental of Iowa Attn: DWP Appeals and Complaints PO Box 94040 Johnston, IA 50131-9040	MCNA Dental Attn: Grievances and Appeals Department 200 West Cypress Creek Road, Suite 500 Fort Lauderdale, FL 33309	Department of Human Services Appeals Section 1305 E Walnut St 5 th Floor Des Moines, IA 50319 FAX: (515) 564-4044 Email: appeals@dhs.state.ia.us