

Representante Autorizado para Quejas Formales de Cuidado Administrado

Complete este formulario para designar a una persona, organización o proveedor para que actúe en su nombre durante el proceso de queja formal. 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. **Tanto el miembro como su representante autorizado deben firmar este formulario.** 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 miembro

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)		
Proporcione una breve explicación del asunto que motiva la presentación de la queja formal		

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Autorizo a mi representante autorizado a actuar en mi nombre durante mi queja formal y a tener acceso a toda la información médica protegida relacionada con mi queja formal. También acepto que es posible que se revele esta información a otras personas relacionadas con esta queja formal.
- 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.
- Esta autorización caduca automáticamente cuando finalice el proceso de queja formal 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 la entidad correspondiente que se indica a continuación.

Firma del miembro o del padre/madre/tutor, si el miembro es menor de edad	Fecha de firma
---	----------------

Información del representante del miembro
--

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

Al firmar este formulario, el representante autorizado entiende que:

Como condición para actuar como representante autorizado, acepto cumplir con las leyes estatales y federales pertinentes a conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

NOTA IMPORTANTE: Este formulario no es válido para apelantes que se encuentren mentalmente imposibilitados para firmar. Si el miembro 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 queja formal.

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

Información de contacto del plan de cuidado administrado:

Wellpoint Iowa, Inc. Grievances and Appeals Department 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: 262-387-3704 Correo electrónico: cgateam1@dentaquest.com