



Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa
**Representante autorizado para apelaciones de
atención médica administrada**

Este formulario debe ser completado por el miembro de Medicaid o por su padre/madre, si este es menor de edad. Complete este formulario para nombrar a una persona, una organización o un proveedor que le represente durante el proceso de apelación. Tanto el miembro como el representante autorizado deben firmar este formulario. En su lugar, se puede presentar documentación legal, como una orden judicial en la que se establezca la tutela legal o un poder notarial, para nombrar 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/de la madre, si el apelante es menor de edad (menor de 18 años)		
Breve explicación de lo que se apela		

Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente:

- La presente autorización se realiza a petición mía. Tengo derecho a negarme a firmar este formulario, ya que es estrictamente voluntario.
- Mi firma en este documento no supone la renuncia a mi derecho a representarme a mí mismo.
- Mi firma no constituye una exención a mi obligación financiera en caso de que la apelación se decida 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 de salud protegida con respecto a mi apelación y acepto que esta información se pueda divulgar a otras personas en relación con esta apelación.
- Esta autorización vence automáticamente al final del proceso de apelación o si revoco este permiso por escrito. Puedo revocar esta autorización enviando una solicitud por escrito, ya sea por correo postal o fax, a la siguiente dirección: Department of Health and Human Services, Appeals Section, 1305 E Walnut Street 5th Floor, Des Moines, IA 50319. Fax: (515) 564-4044.

Firma del apelante o del padre/de la madre, si este es menor de edad	Fecha de la firma
--	-------------------

Información del representante del apelante

Nombre y apellido del representante autorizado		
Nombre comercial de la organización o 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 comprende lo siguiente:

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

Si el apelante está físicamente incapacitado para firmar, yo, el representante autorizado, certifico que (el apelante) _____ está físicamente incapacitado 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 los apelantes con discapacidad mental que les impida firmar. Si la persona que apela tiene una discapacidad mental que le impide firmar este formulario, la persona que actúa en su nombre debe presentar prueba legal de su tutela junto con la apelación.

Envíe el formulario a su organización de atención médica administrada o al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la dirección que figura a continuación.

Amerigroup Iowa Inc Grievances and Appeals Department 4800 Westown Pkwy Ste 200 West Des Moines, IA 50266		Iowa Total Care Member Services 1080 Jordan Creek Pkwy, Ste 100S West Des Moines, IA 50266 Fax: (833) 847-3026
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@dhs.state.ia.us