



1080 Jordan Creek Parkway
Suite 100 South
West Des Moines, IA 50266

Formulario de apelación

Usted puede presentar una apelación por teléfono, fax o por escrito. Le pediremos que confirme una solicitud verbal por escrito, a menos que la apelación sea acelerada. Puede llamarnos y completar este formulario o puede escribir una carta que incluya la información que se solicita a continuación. Puede comunicarse con nosotros en:

Iowa Total Care
Appeals Department
1080 Jordan Creek Parkway
Suite 100 South
West Des Moines, IA 50266
Fax 1-833-809-3868
Teléfono (llamada gratuita) 1-833-404-1061
TDD/TTY 711
AppealsGrievances@IowaTotalCare.com

Nombre del afiliado: _____

Núm. de Medicaid: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número telefónico del afiliado: _____

Número de seguimiento (Se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta de negación):

Información adicional para apoyar la apelación, (o adjuntar): Firma del afiliado o representante:

Relación con el afiliado: Usted mismo Padre Tutor Otro

*Si "es otro" explique:

Núm. telefónico diurno: _____ Fecha: _____