



Iowa Department of Health and Human Services  
**Representante autorizado para apelaciones  
de cuidado administrado**  
**(Authorized Representative for Managed Care Appeals)**

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 Human Services, Appeals Section, 1305 E Walnut Street 5<sup>th</sup> 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 de la firma
--	-------------------

**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.

Amerigroup Iowa Inc Grievances and Appeals Department 4800 Westown Pkwy Ste 200 West Des Moines, IA 50266	Iowa Total Care Grievances and Appeals Department 1080 Jordan Creek Pkwy, Ste 100S West Des Moines, IA 50266 FAX: (833) 847-3026	Molina Healthcare Appeals and Grievances PO Box 93010 Des Moines, IA 50393
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 <sup>th</sup> Floor Des Moines, IA 50319 FAX: (515) 564-4044 Correo electrónico: <a href="mailto:appeals@dhs.state.ia.us">appeals@dhs.state.ia.us</a>