Formulario Para Designar Un Representante

Por favor rellene este formulario sólo si quiere elegir a alguien para que le represente en su apelación.

Asegúrese de firmar con su nombre. Se puede solicitar una apelación cuando se le denegó un servicio. Por favor, envíe este formulario por fax o correo postal al número o a la dirección que se indican abajo.

Usted debe informar a su proveedor si lo selecciona para que sea su representante en la apelación.

Nota: Por favor, pida al proveedor que presente una solicitud formal de apelación. Se deben presentar todas las notas médicas para apoyar la solicitud.

A Peach State Health Plan y su Departamento de Apelaciones y Agravios:

Yo, _____ doy mi consentimiento para que

(Nombre del (la) afiliado(a) o del (la) padre/madre/tutor)

_____ actúe como mi representante en la presentación y el procesamiento de una revisión administrativa (apelación).

(Nombre del proveedor u otro representante)

_____

(Firma del (la) afiliado(a) o del (la) padre/madre/tutor)

_____

(Nombre en letra de molde)

_____ _____

(Número de Medicaid del (la) afiliado(a)) **(Fecha)**

ESTE FORMULARIO NO ES UNA SOLICITUD FORMAL DE APELACIÓN. En Peach State Health Plan requerimos una solicitud verbal o por escrito de apelación. Llame a servicios para los afiliados al 1-800-704-1484 para hacer una solicitud verbal de apelación. Consulte la información de contacto que se brinda más abajo para enviar por correo postal o fax su solicitud por escrito de apelación.

Teléfono para la apelación (solicitud verbal):
1-800-704-1484

Número de fax (para las solicitudes por escrito):
1-866-532-8855

Dirección para la apelación:
Peach State Health Plan
Appeals and Grievance Department
1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100
Atlanta, GA 30339

¿Necesita ayuda para entender esto? Si es así, llame a Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484. Si tiene discapacidad auditiva, llame a nuestra línea TDD/TTY al TDD/TTY 1-800-255-0056. Para solicitar esta información en letra grande o para que se la lean por teléfono, por favor comuníquese con Servicios para los Afiliados.

© 2026 Peach State Health Plan. All rights reserved. PSHP_012726_0037