

REPRESENTANTE DE APELACIONES

Permita que alguien ayude con su apelación

Puede hacer que alguien más actúe en su nombre en una apelación. La persona que liste abajo será aceptada como su representante. No podemos hablar con alguien que actúe en su nombre hasta que recibamos este formulario.

Yo, _____, quiero que la persona siguiente actúe por mí en mi apelación. Entiendo que se puede dar a mi representante mi información médica personal relacionada con mi apelación.

Núm. de Medicaid del afiliado: _____

Nombre del representante: _____

Dirección del representante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del representante: _____

Descripción breve de la apelación para la cual el representante para apelaciones actuará en su nombre:

Firma del afiliado (o del tutor legal): _____ Fecha: _____

*Relación con el afiliado: Afiliado Padre/madre Tutor legal _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

*Relación con el afiliado: Afiliado Padre/madre Tutor legal Otro: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Appeals
 P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-877-401-8170



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.