FORMULARIO DE APELACIÓN

Puede presentar una apelación de afiliado por teléfono, por fax o por escrito. O puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. Las apelaciones de proveedores deben presentarse por escrito. Envíelas a:

Sunflower Health Plan – Appeals Department
P.O. Box 10287
Van Nuys, CA 91410-0287
Fax 1-888-453-4755
Teléfono (sin costo) 1-877-644-4623
TTY 711

Nombre del (la) afiliado(a): _____

Número de Medicaid: _____

Dirección (número y calle): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número telefónico del (la) afiliado(a): _____

Número de autorización o rastreo: _____

Más información para apoyar la apelación (o adjúntela):

Firma del (la) afiliado(a) o su representante: _____

Relación con el (la) afiliado(a): ☐ Yo ☐ Padre/madre ☐ Tutor/DPOA ☐ Proveedor

Número telefónico diurno: _____ Fecha: _____