



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 se acelere la apelación, sin embargo, esto no es obligatorio para que procesemos su apelación. Nos puede llamar y completar este formulario o puede escribir una carta que incluya la información solicitada abajo. Se puede comunicar con nosotros en:

Sunflower Health Plan
Quality Department
8325 Lenexa Drive, Suite 410
Lenexa, KS 66214
Fax 1-888-453-4755
Teléfono (sin cargo) 1-877-644-4623
TTY 711

Nombre del afiliado: _____

Núm. de Medicaid: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número telefónico del afiliado: _____

Número de seguimiento (en la esquina superior izquierda de la carta de denegación): _____

Información adicional de apoyo a la apelación, (o adjuntar):

Firma del afiliado o representante: _____

Relación con el afiliado: Afiliado Padre/madre Tutor Otro

*Si es "otro" explique:

Núm. Telefónico durante el día: _____ Fecha: _____