ambetter. FROM sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

Formulario de Solicitud para Presentar una Queja o Apelación

Si desea presentar una queja o apelación, complete este formulario. Si no desea completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. Puede enviarnos el formulario completado o la carta por fax al 866-534-5972 o por correo a postal a la siguiente dirección:

Ambetter from Sunshine Health
Appeals Department
PO Box 459087
Fort Lauderdale FL 33345-9087

Nombre del miembro: _____

N.º de ID de Ambetter from Sunshine Health del miembro: _____

Dirección: _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono durante el día del miembro: _____

Número de referencia que se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta de Aviso de Acción: _____ .

Proporcione cualquier información adicional para respaldar la apelación o queja. Si hay un archivo adjunto, indíquelo a continuación: _____

_____

_____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Puede indicar que quiere que otra persona actúe en su nombre. Esto incluye a su médico. Si lo hace, debe comunicárselo a esa persona y esta debe aceptar actuar en su nombre. Si desea tener un representante autorizado, escriba su nombre en letra de imprenta a continuación.

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el miembro: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Recuerde: Debe presentar una apelación en un plazo de 180 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de Aviso de Acción. Debe presentar una reclamación en un plazo de 365 días calendario a partir del suceso.

© 2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.