FROM coordinated care
1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402

MẪU YÊU CẦU KHÁNG CÁO

Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng cáo* bằng văn bản, quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này. Quý vị cũng có thể viết thư bao gồm thông tin được yêu cầu bên dưới hoặc quý vị có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, fax, email hoặc trực tiếp.

Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-877-687-1197 hoặc TTY 1-877-941-9238.

Để nộp đơn kháng cáo bằng văn bản, hãy gửi thư, gửi email hoặc fax mẫu đơn đã hoàn thành hoặc thư của quý vị tới:

Coordinated Care Corporation
Appeals Department
1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402

Fax: 1-855-218-0589 E-Mail: Tac_WAAppealDept@Centene.com

Tên Hội viên: _____

Số ID Ambetter của Hội viên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố/Tiểu bang/Zip:

Số điện thoại của Hội viên: _____

Quý vị đang kháng cáo cho điều gì? _____

_____

Thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng cáo (hoặc đính kèm):

_____

_____

Chữ ký của Hội viên hoặc Người đại diện: _____

Mối quan hệ nếu không phải là Hội viên:

Số điện thoại Liên hệ Ban ngày #: _____Ngày: _____

***Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày theo lịch từ ngày nhận được thư từ chối.**