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

上訴申請表

如果您希望以書面形式提出上訴*，您可以使用此表格。您也可以寫一封信函，其中包含以下要求的資料，或者您可以透過電話、傳真、電子郵件或親自前往提出上訴。

如果您想透過電話提出上訴，請致電 1-877-687-1197 或 TTY 1-877-941-9238 聯絡我們。

如需提交書面上訴，請將填妥的表格或您的信函郵寄、發送電子郵件或傳真至：

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

傳真：1-855-218-0589　　電子郵件：Tac_WAAppealDept@Centene.com

會員姓名：_____

會員 Ambetter ID：_____

街道地址：_____

城市，州，郵政區號：

會員電話號碼：_____

您上訴什麼？_____

_____

支持上訴的其他資料（或附上副本）：

_____

_____

會員或代理人簽名：_____

若非會員，關係為：

日間電話號碼：_____日期：_____

***您必須在拒絕之日起一百八十 (180) 個曆日內提出上訴。**