



FROM |  **coordinated care.**
 1145 Broadway, Suite 700
 Tacoma, WA 98402

上诉申请表

如果您希望以书面形式提交上诉*，可以使用此表。您也可以写信，在信中提供以下所需的信息，或者通过电话、传真、电子邮件或当面提出上诉。

如果您想通过电话提出上诉，请拨打 1-877-687-1197 或 TTY 711。

如需以书面形式提交上诉，请将填妥的表格或信函邮寄、电邮或传真至：

Coordinated Care of Washington, Inc.
 Appeals Department
 1145 Broadway, Suite 700
 Tacoma, WA 98402

传真：1-855-218-0589

电子邮件：Tac_WAAppealDept@Centene.com

会员姓名： _____

会员 Ambetter ID 号： _____

街道地址： _____

城市，州，邮编： _____

会员电话号码： _____

您上诉的内容什么？ _____

请提供支持上诉的其他信息（或随附副本）：

会员或代表签名： _____

白天电话号码： _____ 日期： _____

***您必须在拒绝函发出之日起一百八十 (180) 个日历日内提出上诉。**