



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

上訴申請表

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

如果您希望透過電話提出上訴，請致電 1-877-687-1197 或 TTY 711。

若要以書面提出上訴，請將填妥的表格或信件郵寄、透過電子郵件或傳真至：

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

傳真：1-855-218-0589

電子郵件：Tac_WAAppealDept@Centene.com

保戶姓名：_____

保戶 Ambetter ID：_____

街道地址：_____

城市，州，郵遞區號：_____

保戶電話號碼：_____

您上訴的內容是什麼？_____

支持上訴或申訴的任何其他資訊（或隨附副本）：

保戶或代表簽名：_____

日間電話號碼：_____ 日期：_____

*您必須在拒絕函發出之日起一百八十 (180) 個日曆日內提出上訴。