



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

BIỂU 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 chứa thông tin theo yêu cầu dưới đây 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 711.

Để nộp đơn kháng cáo bằng văn bản, hãy gửi biểu mẫu đã điền thông tin hoặc thư của quý vị qua đường bưu điện, email hoặc fax tới:

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

Fax: 1-855-218-0589

E-Mail: Tac_WAAppealDept@Centene.com

Tên Hội Viên: _____

ID Ambetter của Hội Viên: _____

Địa Chỉ Đường Phố: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip: _____

Số Điện Thoại của Hội Viên: _____

Quý vị đang kháng cáo về vấn đề gì? _____

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

Chữ Ký của Hội Viên hoặc Người Đại Diện: _____

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 kể từ ngày nhận được quyết định từ chối.**