



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

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIONES

Si desea presentar una apelación* por escrito, puede utilizar este formulario. También puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación, o puede presentar una apelación por teléfono, fax o correo electrónico, o en persona.

Si desea presentar una apelación por teléfono, llámenos al 1-877-687-1197 o al 711 (TTY).

Para presentar la apelación por escrito, envíe por correo postal, fax o correo electrónico el formulario completo o su carta a la siguiente dirección:

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

Fax: 1-855-218-0589
 Correo electrónico: Tac_WAAppealDept@Centene.com

Nombre del miembro: _____

ID de Ambetter del miembro: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono del miembro: : _____

¿A qué apela? _____

Información adicional para respaldar la apelación (o adjunte copias):

Firma del miembro o su representante: _____

N.º de teléfono durante el día: _____ Fecha: _____

*** Debe presentar la apelación dentro de los ciento ochenta (180) días calendario posteriores a la fecha de la denegación.**