



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.**