1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Formulario de solicitud de apelación del estado de Washington de Coordinated Care Corporation

Si es miembro de Ambetter from Coordinated Care en el estado de Washington y desea presentar una apelación por escrito, puede utilizar este formulario. Además, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. Puede presentar una apelación por correo, teléfono, fax, correo electrónico o en persona. Debe presentar su apelación dentro de los 180 días a partir de la fecha de la carta de denegación.

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

Para presentar una apelación por escrito, envíe el formulario completo o su carta a la siguiente dirección:

Ambetter from Coordinated Care
Pharmacy Appeal Department
PO Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
Fax para apelaciones de Retail Pharmacy: 1-888-865-6531
Fax para apelaciones de Medpharm: 1-844-235-5091

Nombre del miembro: _____

ID de Ambetter del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono del miembro: _____

¿Qué apela? _____

Número de seguimiento (si está disponible, se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta de denegación): _____

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

_____

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Este formulario es exclusivamente para los miembros de Ambetter from Coordinated Care en el estado de Washington. Si reside en otro estado, visite el sitio web local de Ambetter para encontrar el formulario correcto.