



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

**Washington State 申诉申请表**  
**Coordinated Care Corporation**

若您为 Coordinated Care 旗下 Ambetter 的 Washington State 会员，并希望以书面方式提出申诉\*，您可使用此表格。您亦可以撰写一封信函，内容需包含以下所要求的信息，或您可通过电话、传真、电子邮件或亲自提出申诉。

若您希望通过电话提出申诉，请拨打 1-877-687-1197 或 TTY 711。

若以书面方式提出申诉，请将填妥的表格或您的信函邮寄、传真或电邮至以下地址：

Ambetter from Coordinated Care  
Appeals Department  
1145 Broadway, Suite 700  
Tacoma, WA 98402

传真：1-855-218-0589

电子邮件：Tac\_WAAppealDept@Centene.com

会员姓名：\_\_\_\_\_

会员 Ambetter ID：\_\_\_\_\_

街道地址：\_\_\_\_\_

市州邮编：\_\_\_\_\_

会员电话号码：\_\_\_\_\_

您申诉的事由是什么？\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

提出申诉之补充信息（或附上副本）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

会员或代理人签名：\_\_\_\_\_

日间联系电话：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**\*您必须于遭拒后一百八十 (180) 个日历天内提出申诉。** 此表格专为 Washington State Coordinated Care 旗下 Ambetter 会员所设计。若您来自其他州别，请访问您当地的 Ambetter 网站以取得正确的表格。