



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

Washington State 申訴申請表
Coordinated Care Corporation

若您為 Coordinated Care 旗下 Ambetter 的 Washington State 會員，並希望以書面方式提出申訴*，您可使用此表格。您亦可以撰寫一封信函，內容需包含以下所要求的資訊，或您可透過電話、傳真、電子郵件或親自提出申訴。

若您希望透過電話提出申訴，請撥打 1-877-687-1197 或 TTY 711。

若以書面方式提出申訴，請將填妥的表格或您的信函郵寄、傳真或電郵至以下地址：

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

傳真：1-855-218-0589

電子郵件：Tac_WAAppealDept@Centene.com

會員姓名：_____

會員 Ambetter ID：_____

街道地址：_____

城市、州別、郵遞區號：_____

會員電話號碼：_____

您欲申訴之內容？_____

提出申訴之補充資訊（或附上影本）：

會員或代理人簽名：_____

日間聯絡電話：_____ 日期：_____

***您必須於遭拒後一百八十 (180) 個日曆天內提出申訴。** 此表格專為 Washington State Coordinated Care 旗下 Ambetter 會員所設計。若您來自其他州別，請造訪您當地的 Ambetter 網站以取得正確的表格。