



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

## 上訴申請表 Coordinated Care Corporation

如果您希望以書面提出上訴\*，您可以使用此表格。您也可以寫一封信，其中包含以下要求的資訊，或者您可以透過電話、傳真、電子郵件或親自提出上訴。

如果您希望透過電話提出上訴，請致電 1-877-687-1197 或 TTY 711。

若要以書面提出上訴，請將填妥的表格或信件郵寄、透過電子郵件或傳真至：

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保戶

姓名： \_\_\_\_\_

保戶 Ambetter ID： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

城市，州，郵遞區號：保 \_\_\_\_\_

戶電話號碼： \_\_\_\_\_

您上訴的內容是什麼？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

支持上訴或申訴的任何其他資訊（或隨附副本）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

保戶或代表簽名： \_\_\_\_\_

日間電話號碼： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**\*您必須在拒絕函發出之日起一百八十 (180) 個日曆日內提出上訴。**