



FROM |  coordinated care.

1145 Broadway, Suite 700  
Tacoma, WA 98402

## BIỂU MẪU YÊU CẦU KHÁNG CÁO Coordinated Care Corporation

Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng cáo\* bằng văn bản, quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này. Quý vị cũng có thể viết thư chứa thông tin theo yêu cầu dưới đây hoặc quý vị có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, fax, email hoặc trực tiếp.

Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-877-687-1197 hoặc TTY 711.

Để nộp đơn kháng cáo bằng văn bản, hãy gửi biểu mẫu đã điền thông tin hoặc thư của quý vị qua đường bưu điện, email hoặc fax tới:

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

Fax: 1-855-218-0589

E-Mail: [Tac\\_WAAppealDept@Centene.com](mailto:Tac_WAAppealDept@Centene.com)

Tên Hội Viên: \_\_\_\_\_

ID Ambetter của Hội Viên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Đường Phố: \_\_\_\_\_

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại của Hội Viên: \_\_\_\_\_

Quý vị đang kháng cáo về vấn đề gì? \_\_\_\_\_

Thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng cáo (hoặc đính kèm các bản sao):

Chữ Ký của Hội Viên hoặc Người Đại Diện: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**\*Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày theo lịch kể từ ngày nhận được quyết định từ chối.**