1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Formulario de solicitud de apelaciones

Coordinated Care of Washington, Inc. está comprometido con usted. Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a la atención que usted o su proveedor crean que necesita, puede presentar una apelación.

Si desea presentar una apelación por escrito, puede completar 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 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación.

Si desea presentar una apelación por teléfono, llámenos al 1-877-644-4613 o al 711 (TTY).

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

Coordinated Care of Washington, Inc.
Attn: Pharmacy Appeal Department
PO Box 31398
Tampa, FL 33631-3398
Fax: <<1-888-865-6531/1-844-235-5091>>

Si desea que otra persona le ayude con esta apelación, debe completar el formulario de representante autorizado disponible en nuestro sitio web: **Presentar una apelación | Recursos de Medicaid | Coordinated Care**

Nombre del miembro: _____

Nro. de miembro de Medicaid: _____

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: _____