



1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402

Formulario de solicitud de apelación

Si desea presentar una apelación* por escrito, puede utilizar este formulario. También puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación o puede presentar una apelación por teléfono, fax o en persona.

Si desea presentar una apelación por teléfono, llámenos al 1-877-644-4613 o TDD/TTY 1-866-862-9380. Para presentar una apelación por escrito, envíe su carta o el formulario completado por correo o fax, a:

Coordinated Care
A/A: Member Services Department
1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402
Fax: 1-866-270-4489

Nombre del miembro: _____

Número de Medicaid del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número telefónico del miembro: _____

¿Qué está apelando? _____

Número de rastreo (si aplica, se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta de rechazo):

Información adicional que respalde el reclamo, apelación, preocupación o recomendación (o adjunte):

Firma del miembro o representante: _____

Número de teléfono durante el día: _____ Fecha: _____

***Debe presentar la apelación en los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha de la carta de rechazo.**