



How to make a complaint

Write us at P.O. Box 42683, Olympia, WA 98504-2683, or call us at 1-800-660-9840. If you call, note when you called, the person you talked to, and what was said.

Appeal instructions

If you disagree with a Basic Health decision, you may send us a written appeal. It must be received within 30 days of the date of the decision or you will lose your right to appeal. Send your appeal to Basic Health, P.O. Box 42690, Olympia, WA 98504-2690. We will notify you of our decision within 60 days of receipt of your appeal.

To be considered, your appeal must include:

- Your name, address, daytime phone number, and BH I.D. number.
- Your signature.
- What you are appealing, and why you are appealing.
- Proof or evidence that helps explain why the decision should be changed.

Tell us if you need an interpreter or assistance due to a disability. You may ask to explain in person or by phone.



Cómo presentar una queja

Envíenos una carta a P.O. Box 42683, Olympia, WA 98504-2683, o llámenos al 1-800-321-0291. Si usted llama, tome nota de cuándo habló, la persona con quien habló y de lo que se dijo.

Instrucciones de apelación

Si usted no está de acuerdo con una decisión de Basic Health, puede enviarnos una apelación por escrito. Debe recibirse antes de pasados los 30 días desde la fecha de la decisión, de lo contrario usted perderá el derecho a apelar. Envíe su apelación a Basic Health, P.O. Box 42690, Olympia, WA 98504-2690. Nosotros le informaremos nuestra decisión antes de cumplidos los 60 días desde la recepción de su apelación.

Para que su apelación sea considerada, ésta debe incluir:

- Su nombre, domicilio, número telefónico diurno, y número de suscriptor de BH.
- Su firma.
- Lo que está apelando y por qué lo está apelando.
- Prueba o evidencia que ayuda a explicar por qué se debe cambiar la decisión.

Háganos saber si necesita un intérprete o asistencia por discapacidad. Usted puede solicitar explicarlo personalmente o por teléfono.