

Formulario de Quejas del Plan de Salud de Oregon

Si usted está inscrito/a en una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés), por favor, primero llame a su CCO si tiene alguna queja.

Si continúa teniendo una queja sobre los servicios del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés), llene este formulario y envíelo a OHP Client Services, PO Box 14015, Salem OR 97309.

Su nombre:	Su número de teléfono:
Nombre del miembro <i>(si usted no es el miembro)</i> :	Número de identificación de Medicaid o fecha de nacimiento del miembro:
¿Qué ocurrió? ¿Cuándo ocurrió? ¿Quiénes participaron? <i>(Adjunte cualquier documento, como avisos, denegación de servicios, facturas médicas, etc., que podría ayudarnos a investigar su queja).</i>	
¿Qué es lo que desea que hagamos para resolver la situación?	
Adjunte páginas adicionales, si es necesario.	

AVISO: Si usted no está de acuerdo con una denegación de servicios del OHP que haya recibido, necesitará un formulario diferente. Para obtener más información, visite nuestra página de Quejas y apelaciones en www.oregon.gov/OHA/healthplan/pages/complaints-appeals.aspx.