

Đơn Khiếu nại của Chương trình Y tế Oregon

Nếu quý vị đang tham gia vào một tổ chức chăm sóc phối hợp (Coordinated care organization, hoặc CCO), vui lòng gọi cho CCO của quý vị trước khi có bất kỳ khiếu nại nào.

Nếu quý vị vẫn còn có khiếu nại về dịch vụ của Chương Trình Y Tế Oregon (Oregon Health Plan, hoặc OHP), hãy điền mẫu đơn này và gửi nó cho OHP Client Services, PO Box 14015, Salem, OR 97309.

Tên của quý vị:

Số điện thoại của quý vị:

Tên thành viên (nếu quý vị không phải là thành viên):

Số Medicaid ID hoặc Ngày sinh của thành viên:

Việc gì đã xảy ra? Việc này xảy ra khi nào? Việc này liên quan đến ai? (Đính kèm các tài liệu như thư thông báo, thư từ chối dịch vụ, hóa đơn bác sĩ, v.v, mà có thể giúp chúng tôi điều tra khiếu nại của quý vị.)

Quý vị muốn chúng tôi làm gì để khắc phục việc này?

Đính kèm các trang bổ sung, nếu cần.

GHI CHÚ: Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định từ chối mà quý vị nhận được cho các dịch vụ OHP, quý vị sẽ cần một mẫu đơn khác. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang Khiếu nại và Kháng cáo (Complaints and Appeal) tại www.oregon.gov/OHA/healthplan/pages/complaints-appeals.aspx.