DHS
Oregon Department of Human Services

Oregon Health Plan
Formulario de queja

Division of Medical Assistance Programs

Llene este formulario si tiene una queja sobre los servicios del Plan de Salud de Oregón.

* Si su queja es sobre los servicios de un Plan de Atención Administrada, envíe este formulario al plan a la dirección que figura en su Formulario de Identificación para Atención Médica.
* Para otras quejas, envíe este formulario a Client Advisory Services Unit; DMAP;

Su nombre:

Su número de teléfono:

Nombre del cliente (si usted no es el cliente):

Nº de Seguro Social o de Identificación de Medicaid del cliente:

¿Qué pasó? ¿Cuándo? ¿Quién estuvo involucrado? (Adjunte documentos tales como avisos, negaciones de servicio, cuentas médicas, etc., que puedan ser útiles en la investigación de su queja.)

¿Qué se debería hacer para resolver el problema?

Adjunte más hojas si es necesario

AVISO: Esto no es un formulario de solicitud de Audiencia Administrativa. Para solicitar una audiencia, pida el formulario DHS 443 en cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos.