

Formulario de quejas/comentarios para miembros de Jackson Care Connect

Sus comentarios son importantes para nosotros. Queremos solucionar este problema para que no vuelva a ocurrir. Gracias por compartir sus inquietudes con nosotros.

Su nombre: _____

Su número telefónico: _____

Nombre del miembro
(si usted no es el miembro): _____

Número de identificación del OHP y/o fecha de nacimiento del miembro: _____

Cuéntenos qué ocurrió. (Use la parte posterior de este formulario si necesita más espacio).

¿Cuándo ocurrió?

¿Quiénes estuvieron involucrados?

Por favor, adjunte cualquier documento que pueda ayudarnos a investigar la queja.

Los ejemplos incluyen: avisos, denegaciones de servicio, facturas médicas o declaraciones de médicos, cartas o correos electrónicos entre el miembro y otros, como el Departamento de Servicios de Salud, la Autoridad de Salud de Oregon o Jackson Care Connect.

¿Qué quiere que pase ahora?

Información del representante autorizado:

Nombre: _____ 18 años o más: Sí No

Organización: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____ Firma _____

Marque aquí si alguien está presentando esto por usted.

Envíe el formulario completado a:

CareOregon Attn: Grievance Coordinator

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

Fax: 503-416-1313

Correo electrónico: customerservice@careoregon.org

Puede obtener esta carta en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 503-416-4100 o TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.