

Formulario de queja y apelación



| | | | |
|--|---------------------|------------------------|---------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA | | N.º DE TELÉFONO | |
| DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NOMBRE DEL MIEMBRO | NOMBRE DEL PACIENTE | N.º DE ID. DEL MIEMBRO | |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE PARTICIPÓ | DIRECCIÓN | N.º DE TELÉFONO | |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE PARTICIPÓ | DIRECCIÓN | N.º DE TELÉFONO | |
| FECHAS DE ATENCIÓN | | | |

Escriba su queja o apelación en el espacio de abajo y en la parte de atrás de esta página. Adjunte más páginas si es necesario. Puede incluir cualquier documento, como una explicación de los beneficios (EOB), correspondencia o facturas, que nos ayude a investigar su queja o apelación. Firme y feche este formulario.

Certifico que la información de arriba es precisa y está completa hasta donde yo sé.

| | |
|------------|-------|
| FIRMA X | FECHA |
|------------|-------|

¿Está listo? Envíe el formulario por correo a OHSU Health Services, Attn: Appeal Unit, P.O. Box 40384, Portland, OR 97240, o por fax al 503-412-4003.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con un representante de atención al cliente llamando al 844-827-6572.