

# Formulario de queja y apelación



NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA		N.º DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO
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.