

Бланк для подачи жалобы для участников программы льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР)

Если вы получаете услуги от организации координированного обслуживания (ССО), пожалуйста, сначала обратитесь туда с любыми имеющимися у вас жалобами.

Если у вас по-прежнему будут жалобы в отношении обслуживания по программе льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР), заполните данный бланк и вышлите его по адресу: ОНР Client Services, PO Box 14015, Salem OR 97309.

Ваше имя и фамилия:	Ваш номер телефона:
Имя и фамилия участника программы (если вы не являетесь таковым):	Идентиф. номер участника программы Medicaid или дата рождения:
Что произошло? Когда это произошло? Кто был вовлечен в происшествие? (приложите любые документы, которые могут помочь нам в рассмотрении вашей жалобы, например, уведомления, письма об отказе в оказании услуг, счета за медицинское обслуживание и т.д.)	
Какие действия мы должны предпринять, чтобы исправить сложившуюся ситуацию?	
При необходимости приложите дополнительные страницы.	

Примечание: Если вы не согласны с отказом в предоставлении услуг по программе ОНР, вам необходимо заполнить другую форму. Чтобы получить дополнительную информацию, посетите страницу для подачи жалобы и апелляции по адресу: www.oregon.gov/OHA/healthplan/pages/complaints-appeals.aspx