

نموذج شكوى خطة أوريغون الصحية

إذا كنت مسجلاً في منظمة رعاية منسقة (CCO)، فيرجى الاتصال بمنظمة CCO أولاً بشأن أي شكوى لديك.

إذا كان لا يزال لديك شكوى بشأن خدمات خطة أوريغون الصحية (OHP)، فاملأ هذا النموذج وأرسله إلى OHP Client Services, PO Box 14015, Salem OR 97309.

اسمك:	رقم هاتفك:
اسم العضو (إذا لم تكن أنت العضو):	رقم هوية العضو الخاص بخطة أوريغون الصحية أو تاريخ ميلاده:
<p>ماذا حدث؟ متى حدث ذلك؟ من كان له صلة بالأمر؟ (أرفق أي مستندات مثل الإخطارات، ورفض الخدمة، وفواتير الطبيب، وما إلى ذلك، والمراسلات بين العضو والجهات الأخرى مثل إدارة الخدمات البشرية (DHS) / هيئة صحة أوريغون (OHA) أو منظمة CCO والتي قد تساعدنا في التحقيق في الشكوى.)</p>	
<p>ماذا تريد منا أن نفعل حيال ذلك؟</p>	
<p>للشكاوى المتعلقة بخدمة الهاتف لدى خطة أوريغون الصحية، أخبرنا أيضاً بما يلي: يوم ووقت المكالمات:</p>	
<p>الرقم الذي اتصلت به (اختر واحداً): <input type="checkbox"/> 800-699-9075 أو <input type="checkbox"/> 800-273-0557</p>	
كم من الوقت انتظرت؟	من الذي رد على مكالمتك؟
<p>ما سبب اتصالك؟</p>	
<p>أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.</p>	

ملاحظة: إذا كنت لا توافق على رفض تلقي خدمات خطة أوريغون الصحية، فستحتاج إلى نموذج مختلف. لمعرفة المزيد، تفضل بزيارة صفحة الشكاوى والطعون على الموقع الإلكتروني OHP.Oregon.gov (انقر فوق "Complaints and Appeals").