

俄勒冈州健康计划投诉表

如果您加入了一个协调护理组织（CCO），请先致电您的 CCO，提出任何投诉。

如果您仍对俄勒冈州健康计划（OHP）的服务有投诉，请填写此表并寄给 OHP 客户服务部，PO Box 14015, Salem OR 97309。

您的名字：	您的电话号码：
会员的名字（如您不是会员）：	会员的 OHP ID 号码或出生日期：
发生了什么事？ 什么时候发生的？ 事件涉及的各方？（附上任何文件，如通知、拒绝服务、医生账单等可能有助于我们调查投诉的会员与其他人如 DHS/OHA 或 CCO 之间的通信。）	
您想让我们对此做什么？	
对于有关 OHP 电话服务的投诉，也请告诉我们以下内容： 通话的日期和时间：	
您所拨打的号码（选择一个）： <input type="checkbox"/> 800-699-9075 或 <input type="checkbox"/> 800-273-0557	
您等了多长时间？	谁接了您的电话？
您致电的原因是什么？	
如有需要，请附上其他页。	

通知：如果您不同意对您收到OHP服务的拒绝决定，您将需要填写一份不同的表格。
要了解更多信息，请访问我们在 OHP.Oregon.gov 的投诉和上诉页面（单击“投诉和上诉”）。