

تعتبر ملاحظتك مهمة بالنسبة لنا، إننا نرغب بتصحيح المسألة كي لا تطرأ مجدداً. نشكرك على إعلامنا بذلك.

اسمك: _____

رقم هاتفك: _____

اسم العضو (إن لم تكن أنت العضو): _____

الرقم التعريفي في خطة أوريغون الصحية للعضو و/أو تاريخ الولادة: _____

يرجى إخبارنا بنا حدث. (إذا كنت بحاجة للمزيد من المجال، استخدم الجزء الخلفي من هذه الاستمارة)

متى حدث ذلك؟ _____

من كان مشتركاً فيه؟ _____

يرجى إدراج أية مستندات يمكن أن تساعدنا في هذه الشكوى. وتشمل أمثلة ذلك: الإشعارات، أو خطابات رفض الخدمة، أو فواتير وكشوفات الأطباء، أو الخطابات أو الرسائل الإلكترونية بين العضو والآخرين، مثل إدارة الخدمات الصحية أو هيئة أوريغون الصحية أو كير أوريغون. ما الذي ترغب بأن يحصل الآن؟

معلومات الشخص المخول: _____

الاسم: _____ عمره 18 أو أكبر: نعم كلا

المنظمة: _____ البريد الإلكتروني: _____

العنوان البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ التوقيع _____

تحقق فيما إذا كان هنالك شخص آخر يقدم هذه الاستمارة نيابة عنك.

أرسل الاستمارة المكتملة إلى:

CareOregon Attn: Grievance Coordinator

SW Fifth Ave Portland, OR 97204 315

فاكس: 503-416-1313

البريد الإلكتروني: customerservice@careoregon.org

يمكنكم الحصول على هذه الرسالة بلغات أخرى، أو بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو أية صيغة تفضلونها. كما بإمكانك طلب حضور مترجم. إن هذه المساعدة مجانية. اتصل بالرقم 503-416-4100 أو 711 للمبرقة الكاتبة TTY. نستقبل المكالمات المحولة.