

Заполните данный бланк, если Вы имеете жалобы на обслуживание по Программе медицинской страховки штата Орегон (Oregon Health Plan, OHP).

- * Если Вы недовольны качеством услуг, предоставляемых по Программе управляемого медицинского обеспечения (Managed Care Plan), вышлите данный бланк по адресу, указанному на Вашем Идентификационном бланке медицинского обслуживания (Medical Care Identification Form).
- * По другим вопросам высылайте данный бланк по адресу: Client Advisory Services Unit; DMAP; 500 Summer St. NE E44; Salem, OR 97301-1079.

Ваше имя:

Ваш номер телефона:

Имя клиента (если Вы не являетесь клиентом):

№ соц. обеспечения клиента
или идент.номер Medicaid:

Что произошло? Когда это произошло? Кто участвовал в этом событии? (Приложите любые документы, такие как уведомления, отказы в обслуживании, счета врачей и т.п., которые могут помочь в рассмотрении Вашей жалобы).

Что необходимо сделать для решения проблемы?

При необходимости, приложите дополнительные листы

УВЕДОМЛЕНИЕ: данный документ не является Бланком заявления на административное слушание (Administrative Hearing request form). Для подачи заявления на проведение слушания, получите бланк DHS 443 в любом отделении Министерства социальных служб (DHS).