

Formulario De Queja

Si quiere presentar una queja, primero llame a su CCO para informarle. Si quiere presentar una queja por escrito, puede escribir una carta o completar este formulario y enviarlo a Umpqua Health Alliance (UHA) a 3031 NE Stephens St, Roseburg, OR 97470. Si aún tiene una queja sobre los servicios de Oregon Health Plan (OHP), deberá completar el formulario (de OHP) OHP 3001 y enviarlo al departamento de Atención al Cliente de OHP a PO Box 14015, Salem, OR 97309.

Información para miembros de Umpqua Health Alliance

Su nombre: _____

Su número de teléfono: _____

Nombre del miembro (si usted no es el miembro): _____

Número de identificación de OHP o fecha de nacimiento del miembro: _____

¿Qué sucedió? ¿Cuándo sucedió? ¿Quién estuvo involucrado?

(Adjunte cualquier documento, como avisos, denegaciones de servicios, facturas del médico o mensajes entre el miembro y otras personas, como el DHS, la OHA o la CCO, que pueda ayudarnos a investigar la queja).

Narración:

¿Qué quiere que hagamos al respecto?

Narración:

Oregon Health Plan / Medicaid

Language Access

LANGUAGE SERVICES

Alternative Languages

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. You can get help from a certified or qualified health care interpreter. Call 888-788-9821 or TTY #711#. We accept relay calls.



SERVICIOS DE IDIOMAS

Idiomas Alternativos

Usted puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en el formato que prefiera. Puede obtener ayuda de un intérprete certificado o calificado en atención de salud. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 541-229-4852 o TTY #711#. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.



Learn More

[umpquahealth.com/
language-access/](http://umpquahealth.com/language-access/)