

CareOregon 會員投訴/意見回饋表



您的會饋意見對我們十分重要。我們希望能夠解決此問題，以預防此問題再次發生。感謝您與我們分享。

您的姓名：_____

您的電話號碼：_____

會員姓名
(如果您不是會員本人)：_____

會員的 OHP 會員卡號碼和/或出生日期：_____

請告知我們事發經過。(如果您需要更多空間，請使用本表格的背面。)

該事件是什麼時候發生的？

有哪些人士涉及其中？

請附上可能可協助我們調查投訴的任何文件。

例子包括：通知、服務拒絕函、醫生帳單或明細、會員與其他人（例如衛生服務部、俄勒岡州衛生監管機關或 CareOregon）之間的通信或電子郵件。

您希望我們現在如何處理？

授權代表資訊：

姓名：_____年滿 18 歲以上：是 否

組織：_____ 電子郵件：_____

通訊地址：_____

電話號碼：_____ 簽名 _____

如有其他人代您提出此投訴，請勾選此處。

請將填妥的表格提交至：

CareOregon Attn: Grievance Coordinator

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

傳真：503-416-1313

電子郵件：customerservice@careoregon.org

您可以獲得這封信的其他語言版本、大字版、盲文版或您喜歡的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 503-416-4100 或聽障專線 711。我們接受傳譯電話。