

# Formulario de Reclamo/Queja

Puede presentar un reclamo o una queja ante InterCommunity Health Network Coordinated Care Organization (IHN-CCO) completando este formulario. Envíe el formulario completo al Equipo de quejas, al: Grievance Team, PO Box 1310, Corvallis OR 97339. También puede llamar al Servicio al Cliente al **541-768-4550** o al **800-832-4580**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **800-735-2900**. Se puede comunicar con el Servicio al Cliente de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Incluya cualquier documento como avisos, denegaciones de servicio, facturas del médico, etc. Incluya todas las comunicaciones del miembro y otros como OHA, médicos, IHN-CCO, etc. Esto podría ayudarnos a investigar la queja.

Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel o la parte posterior de este formulario.

**Primer nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_  
(persona que rellena el formulario) (persona que rellena el formulario)

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Identificación del miembro:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo del miembro:** \_\_\_\_\_  
(si es diferente de la persona que rellena el formulario)

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Qué pasó?**

**¿Cuándo sucedió?**

**¿Quién estuvo involucrado?**

**¿Qué quiere que haga la IHN-CCO al respecto?**

Puede obtener este documento en otro idioma, otro formato o en letra grande o pedir un intérprete sin costo alguno para usted. Llámenos al 800-832-4580 (TTY 800-735-2900) para pedir una copia de este documento o un intérprete.