



PacificSource Community Solutions
PO Box 5729, Bend, OR 97708-5729
800-431-4135, TTY: 711. We accept all relay calls.
PacificSource.com/Medicaid

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es sin costo. Llame al 800-431-4135 o por TTY al 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. You can also request an interpreter. This help is free. Call 800-431-4135 or TTY: 711. We accept all relay calls.

Formulario de Queja

Utilice este formulario para presentar una queja en relación con sus cuidados de salud. Esto incluye cualquier aspecto de sus cuidados, incluyendo:

- Consultas con su proveedor (por ejemplo: problemas para programar una cita)
- Calidad de sus cuidados (por ejemplo: diagnósticos erróneos)
- Calidad del servicio (por ejemplo: el personal no atiende sus necesidades)

No utilice este formulario si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado y desea solicitar una revisión de la decisión.

Incluya cualquier documento importante. También puede incluir páginas adicionales si necesita más espacio. **Nota:** Es posible que compartamos la información sobre su queja con los proveedores o personas que usted indique a continuación para investigar o resolver su queja.

Nombre (Primer nombre, apellido):	Número de ID del Miembro:
¿Contra quién desea presentar una queja?	
<input type="checkbox"/> Proveedor: _____	
<input type="checkbox"/> Miembro del personal: _____	
<input type="checkbox"/> Plan: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

- **1 de octubre al 31 de enero:** 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (zona horaria local), los siete días de la semana.
- **1 de febrero al 30 de septiembre:** 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (zona horaria local), de lunes a viernes.