



**MEMBER APPEAL/GRIEVANCE FORM**  
**FORMA DE APELACIÓN/QUEJA PARA MIEMBROS**

ID # (El número de identificación de su tarjeta médica): \_\_\_\_\_

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

Social Security Number (Número de Seguro Social): \_\_\_\_\_

Date of complaint /appeal (Fecha de queja o apelación): \_\_\_\_\_

Name of the person you spoke to (El nombre de la persona con cual usted habló): \_\_\_\_\_

Specify if you would like your benefits to stay the same during appeals process. (Especifique si usted quisiera que sus beneficios permanezcan igual durante el proceso de las súplicas.) Yes (si)  No (no)

Type of complaint/appeal (Tipo de queja o apelación):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Discussion (Discusión):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature (Firma): \_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_

**Mail to: 2995 Ryan Drive SE, Suite 200  
Salem, OR 97301**

**Email form to: [appeals@mvipa.org](mailto:appeals@mvipa.org)**

**Fax form to: 503-581-8192**

**Phone number to call for questions: 503-587-5157 or toll free 866-864-5566**