



**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

Fax form to: 503-581-8192

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