EYEXAM OF CALIFORNIA SM

SUGGESTION/COMPLAINT FORM
FORMULARIO DE QUEJAS / SUGERENCIAS

INSTRUCCIONES:

Por favor, utilice este formulario para presentar quejas o inconformidades o para brindar sus sugerencias relacionadas con su Plan EYEXAM, sus servicios, personal, oficinas o cualquier otro aspecto de plan que lo afecte como socio.

1. Por favor, escriba a máquina o en letra de molde la información que se le solicita a continuación.

2. Devuelva este formulario por correo a: EYEXAM of California, Inc.
   P.O. Box 2756
   Mission Viejo, CA 92690
   www.eyexamofca.com

3. Recibirá un acuse de recibo por escrito en un lapso de cinco (5) días y, normalmente, emitiremos una respuesta completa dentro de treinta (30) días.

4. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre el proceso de inconformidades, por favor llame a EYEXAM al 1-888-439-3392. El Plan también tiene una línea TDD 1-949-364-1289 para personas con dificultades auditivas.

NOMBRE DEL SOCIO: _____
Apellido Primer nombre Inicial

DIRECCIÓN DEL SOCIO: _____

_____

TELÉFONO DEL SOCIO: _____

_____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO: _____

_____

TIPO DE MEMBRESÍA: Individual ( ) Grupo ( )

Si es de Grupo, nombre del Grupo: _____

Si está completando este formulario en representación de un socio de EYEXAM, por favor proporcione a continuación su nombre, parentesco con el Socio, dirección y teléfono:

Nombre/Parentesco: _____

_____

Dirección: _____

Teléfono: _____

(Ver al dorso)

SUGERENCIA O QUEJA: (Por favor, incluya los detalles de su sugerencia o queja, como la fecha, ubicación y nombres de otras personas involucradas).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del Socio o Representante Fecha

El Departamento de la Administración del Cuidado de la Salud de California es responsable de regular los planes de servicios para el cuidado de la salud. Si tiene alguna inconformidad en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **(888) 439-3392** y emplear el pro- ceso de quejas de su plan antes de llamar al departamento. El Plan también tiene una línea TDD **(949) 364-1289** para personas con dificultades auditivas. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho jurídico posible o indemnización que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una inconformidad relacionada con una emergencia, una inconformidad que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una inconformidad que haya quedado sin solución durante más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para que se le realice una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review o IMR*). Si es elegible para una IMR, el proceso de la IMR realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento recomendados, decisiones de cobertura para un tratamiento experimental o de investigación y controversias de pago por servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento cuenta con un número sin costo **(1-888-466-2219)** y una línea para personas con discapacidad auditiva y del habla **(1-877-688-9891)**. La página Web del departamento **www.dmhc.ca.gov** ofrece formularios completos, formularios de solicitud de IMR y e instrucciones en línea.