

IMPORTANTE: si no puedes leer esta carta en inglés o español, puedes llamar al 1-844-393-6297 y pedir ayuda para completarla, o solicitar que esta carta se traduzca a tu idioma sin costo alguno para ti.

Nombre del miembro (apellido) (Nombre)	Fecha de nacimiento: Mes Día Año	Fecha de entrada en vigencia de la inscripción: Mes Día Año
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)
(Código postal)	Teléfono (Hogar)	(Trabajo)
N.º de identificación del miembro		Nombre de la persona que completa el formulario/relación, si no es el miembro
(Teléfono durante el día)		Nombre del optometrista u oftalmólogo
Grupo médico/clínica		¿Dónde ocurrió el problema? (Nombre de la clínica)
Fecha del incidente: Mes Día Año		Hora del incidente:
¿Directorio inexacto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Dirección correcta: ¿quién estuvo involucrado además de tí? (Da los nombres del personal involucrado si es posible.)		Número de teléfono:
¿Quién estuvo involucrado además de tí? (Da los nombres del personal involucrado si es posible.)		
Envía por correo este formulario completo a:	EyeMax Vision Plan, Inc. Attn: Grievance Dept. P.O. Box 14227 Orange, CA 92863	

El departamento de Atención de Salud Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tienes una queja formal contra tu plan de salud, primero debes llamar por teléfono a tu plan de salud al **1-844-393-6297** y usar el proceso de queja formal de tu plan de salud antes de comunicarte con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para ti. Si necesitas ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que tu plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puedes llamar al departamento para solicitar asistencia. También puedes ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si eres elegible para la IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web de Internet del Departamento <http://www.dmhc.ca.gov> tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de la IMR e instrucciones en línea.

El reclamo se recibió por:	Fax <input type="checkbox"/>	Firma del miembro (opcional) Fecha ENTIENDO QUE EL PLAN SE COMUNICARÁ CONMIGO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS PARA DARME UN INFORME SOBRE SU INVESTIGACIÓN O LA ACCIÓN QUE TOMARÁN
Fecha de recepción:	Correo postal <input type="checkbox"/>	
Hora de recepción:	Teléfono <input type="checkbox"/>	
	En línea <input type="checkbox"/>	

Formulario de

DESCRIBE LO QUE SUCEDIÓ: (Describe lo que sucedió lo más específicamente posible. Incluye la secuencia de eventos y cómo te afectó el problema).

ACCIÓN SOLICITADA: (¿qué te gustaría que se hiciera con respecto a este problema?).

(Solo para uso oficial)

RESULTADO/Resolución:

Reconocimiento enviado dentro de los (5) días: D Sí D No enviado por: _____

El miembro fue reconocido verbalmente y notificado del proceso de apelación de 72 horas: (complete solo si la apelación es acelerada) D Sí D No

La queja forma se recibió por: _____

Fecha de recepción: _____