

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	
<p>"El Departamento de Atención Administrada de la Salud es responsable por regular planes de cuidado y servicio médico. Si usted tiene una queja en contra de su plan, usted debe presentar primero un reclamo ante su plan médico al 1-844-393-6297 antes de presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. Utilizar este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho legal o remedios potenciales que pueden estar disponibles para usted. Si usted necesita ayuda con una queja que implica una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja que no ha sido resuelta en más de 30 días, usted puede llamar al departamento para obtener asistencia. Usted puede también ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud relacionado con la necesidad médica de un servicio propuesto o el tratamiento, decisiones de cobertura para los tratamientos que son experimentales o de naturaleza investigativa y disputas por el pago de servicios de emergencia o servicios médicos urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (1-888-466-2219) y una línea de TDD (1-877-688-9891) para personas con impedimentos de habla y oído. El sitio web de internet del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de queja, aplicaciones para una IMR, e instrucciones en línea."</p>		
El reclamo se recibió por:	Fax <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> En línea <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:		
Hora de recepción:		

Formulario de queja

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: Sí No enviado por: _____

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

La queja forma se recibió por: _____

Fecha de recepción: _____