

FOR EYES VISION PLAN, INC.

2112 Shattuck Avenue

Berkeley, CA 94704

1-800-454-3937

1-510-843-2597 (Fax)

FORMULARIO DE AGRAVIO / QUEJA

Sírvase usar este formulario para presentar quejas y agravios o para presentar sugerencias para For Eyes Vision Plan sobre sus servicios, personal, productos, oficinas o cualquier otro aspecto de For Eyes Vision Plan que le afecta a usted como un miembro. También puede presentar agravios, quejas o sugerencias verbalmente en cualquiera de las ubicaciones de For Eyes Vision Plan o puede llamar a la oficina administrativa de For Eyes Vision Plan al **1-800-454-3937**. Si opta por presentar un agravio, queja o sugerencia por escrito, se le agradece que escriba o imprima la información solicitada a continuación y envíe este formulario a cualquier ubicación de For Eyes Vision Plan o por correo o fax a la dirección o número de fax anteriormente mencionado. El personal en la oficina administrativa y en cada ubicación de For Eyes Vision Plan estará disponible para ayudarle a completar este formulario. Si es necesario, para las personas con dominio limitado del inglés se encuentra disponible sin costo la ayuda para la entrega y determinación de agravios.

For Eyes Vision Plan confirmará haber recibido su agravio / queja en un plazo de cinco (5) días y le notificará del estado o determinación de su agravio / queja por escrito en un plazo de treinta (30) días de la fecha en que For Eyes Vision Plan recibió el agravio / queja.

Si la queja incluye una amenaza grave e inminente a su salud, incluso pero sin estar limitado a dolor grave, posible pérdida de vida, extremidad o funcionamiento corporal principal, podría llamar a For Eyes Vision Plan al número anteriormente mencionado para obtener una revisión acelerada de su agravio / queja. For Eyes Vision Plan le notificará a usted y al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) mediante una declaración escrita de la resolución o estado de dicha queja en un plazo de tres (3) días de haber recibido el agravio / queja.

NOMBRE DEL MIEMBRO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ **CÓDIGO POSTAL** _____

TELÉFONO DURANTE EL DÍA _____

TELÉFONO EN LA NOCHE _____

UBICACIÓN DE FOR EYES VISION PLAN _____

