

MEDICAL EYE SERVICES, INC.
P.O. Box 25209; Santa Ana, CA 92799-5209
Formulario de quejas

Use este formulario para presentar quejas relacionadas con los servicios, el personal, los consultorios de proveedores o cualquier otro aspecto de su plan que refleje que es un participante:

Nombre del empleado _____

(Completar con letra de imprenta) Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Nombre del paciente _____

_____ Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección _____

N.º de id. de empleado o N.º de Seguro Social _____

Número de teléfono _____

Nombre del empleador/grupo _____ Número de póliza _____

Nombre del proveedor/ciudad _____ Fecha del servicio _____

QUEJA: Incluya los detalles que motivaron su queja, nombres de otras personas involucradas, y todos los documentos y recibos relacionados. Si fuera necesario, adjunte más hojas.

Firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

Si completa este formulario en representación del paciente, indique la siguiente información:

Nombre/Relación _____

Dirección _____ N.º de teléfono diurno _____

Si necesita ayuda o tiene preguntas con respecto al proceso de quejas, llame al Departamento de Servicio al Cliente de MES al **1-800-877-6372 ó 714/ 619-4660**. El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención de la salud. Si tiene una queja en contra de su plan, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-877-6372 ó 1-714-619-4660**, y usar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Usar este procedimiento de quejas no deja sin efecto los posibles derechos y recursos legales que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por parte de su plan de salud, o una queja que siga sin resolución durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. Además, puede reunir los requisitos para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas adoptadas por el plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o con fines de investigación, y disputas de pago por servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también dispone de un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas de audición y del habla. El sitio en Internet del departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de quejas, de solicitud de IMR e instrucciones en línea. Si tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe llamar al plan al

1-800-877-6372 y usar el proceso de quejas del plan antes de comunicarse con el departamento. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que no se haya resuelto satisfactoriamente por parte del plan, o una queja que siga sin resolución durante más de 30 días, puede comunicarse con el departamento para obtener asistencia. El proceso de quejas del plan y el proceso de revisión de quejas del departamento se añaden a cualquier otro procedimiento de resolución de conflictos que pueda estar disponible para usted, y su incapacidad para usar estos procesos no impide que use cualquier otra solución prevista por la ley.