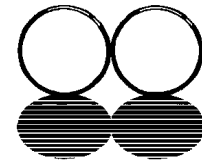


**Vision Plan of America**  
**Formulario de Queja para miembros**



Recibido por (Iniciales): \_\_\_\_\_

Hora y Fecha Recibida: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:		NÚMERO DE MEMBRECIA:	FECHA DE VISITA:
NOMBRE DEL MIEMBRO (SI ES DIFERENTE AL NOMBRE DEL PACIENTE):		TIPO DE PLAN:	FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE DEL GRUPO/NUMERO DEL GRUPO:			
NUMERO DE TELEFONO DE CASA:		NÚMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO:	
DIRECCION (NUMERO, CALLE, # DE APT)		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PROVEEDOR:			NÚMERO DE LOCACIÓN
TELEFONO DEL PROVEEDOR:			TIPO DE QUEJA:

**DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FECHA EN QUE SE ENVIÓ LA PRIMERA CARTA: _____	<b><u>TIPO DE QUEJA</u></b>		
<b><u>RESULTADO:</u></b>	1 QUEJA DEL PROVEEDOR	6 FINANCIAL	11 DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS
FECHA DE RESOLUCIÓN: _____	2 CALIDAD DE ASISTENCIA	7 QUEJA DEL PLAN	12 GRATIFICACIÓN
	3 COMUNICACIÓN EN LA OFICINA	8 COMUNICACIÓN	13 ASISTENCIA DE LENGUAJES
	4 SERVICIO	9 ELEGIBILIDAD	14 OTRO
	5 ACCESO	10 REGISTRO	_____

**Conclusión:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja de su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud **800-400-4VPA (4872)** y utilizar el proceso de queja de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizando este procedimiento de quejas no prohíbe ninguna solución o potenciales derechos legales que pueden estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja que implica una emergencia, o una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o que ha permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Departamento de asistencia. También usted puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para el IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones medicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio propuesto o tratamiento, la decisión de cobertura para los tratamientos que son experimentales o de investigación en litigios de naturaleza y pago por servicios médicos de emergencias o urgencia. El Departamento también tiene un número telefónico **gratuito (1-888-HMO-2219)** y una Línea **TDD (1-877-688-9891)** para problemas de la audición y el habla. El sitio en Internet es <http://www.hmohelp.ca.gov> del Departamento tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Por favor, llene el formulario y mándelo por fax al número 213-384-0084 o envíela por correo a:

**Vision Plan of América**  
**3255 Wilshire Blvd., Suite 1610**  
**Los Angeles, CA 90010**