EYEXAM OF CALIFORNIA SM

SUGGESTION/COMPLAINT FORM
建议/投诉表

说明：

请使用本表正式提出您的投诉或不满，或者对 EYEXAM 计划及其服务、人员、办事处或影响您作为计划会员的任何其它方面提出建议。

1. 请键入或打印以下所要求的信息。

2. 请将本表邮寄至：EYEXAM of California, Inc.
   P.O. Box 2756
   Mission Viejo, CA 92690
   www.eyexamofca.com

3. 您会在五 (5) 日之内收到一份书面的接收函，并且我们通常会在三十 (30) 日内给予完整答复。

4. 如果您在投诉流程方面需要协助或咨询，请致电 EYEXAM，电话号码 1-888-439-3392。该计划还为听障人士提供有 TDD 专线 1-949-364-1289。

会员姓名：_____
姓　　名　　首字母缩写

会员地址：_____

_____

会员电话号码：_____

_____

团体身份号码：_____

_____

会员类别：　　个人 (　)　　团体 (　)

如果是团体，团体名称：_____

如果您是代表 EYEXAM 会员填写此表格，请在下面提供您的姓名、与该会员的关系、地址和电话号码：

姓名/关系：_____

_____

地址：_____

电话号码：_____

建议或投诉：（请提供您提出建议或投诉的详细原因，包括日期、地点及其他有关人员的姓名。）

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

会员或代表签名　　日期

加利福尼亚州保健管理局负责规管卫生保健服务计划。如果您想要投诉您的卫生保健计划，应在联系该署之前，先致电 **(888) 439-3392** 联系您参加的卫生保健计划，并使用您所在保健计划的投诉程序。该计划还为听障人士提供有 TDD 专线 **(949) 364-1289**。使用该投诉程序并不妨碍您可能享有的任何潜在的法律权利或救济。如果您的投诉涉及某个紧急情况而需要帮助，或者您的投诉没有得到保健计划的如意解决，或者您的投诉超过 30 日仍未能得到解决，您可致电该署寻求帮助。您也可能有资格获得独立医疗评估 (IMR)。如果您有资格获得 IMR，IMR 程序将公正地评估：该保健计划作出的有关某项建议性服务或治疗之医学必要性的医疗决定、有关试验性或研究性治疗的保险范围的决定、以及有关急诊室或紧急医疗服务的费用纠纷。该管理局设有一个免费电话 **(1-888-HMO-2219)**，以及一个供听力和语言障碍人士使用的 TDD 专线 **(1-877-688-9891)**。管理局的网站 **http://www.homehelp.ca.gov** 提供投诉表、IMR 申请表和在线说明。