

FOR EYES VISION PLAN, INC.

**2112 Shattuck Avenue
Berkeley, CA 94704
1-800-454-3937
1-510-843-2597 (传真)**

申诉/投诉表

请用本表来提交投诉和申诉，或向 Eyes Vision Plan 提出有关以下方面的建议：服务、人员、产品、诊所或影响到作为会员的您的任何其他方面。您还可以在任何 For Eyes Vision Plan 地点或通过致电 For Eyes Vision Plan 管理办公室的电话 **1-800-454-3937** 来口头提交申诉、投诉或建议。如果您选择提交书面的申诉、投诉或建议，请打印或工整填写以下的要求信息，并将本表格交回任何 For Eyes Vision Plan 地点，或是邮寄或传真到上面的地址/传真号码。管理办公室和任一 For Eyes Vision Plan 地点的工作人员会协助您填写本表格。如果需要，可向英文能力有限的人士在递交和解决申诉过程中免费提供协助。

For Eyes Vision Plan 会在五 (5) 天内确认收到您的申诉/投诉，并会在申诉/投诉收到日期的三十 (30) 天内书面通知您申诉/投诉的状态或对其的决定。

如果投诉内容急迫严重地威胁到您的健康，包括但不限于剧痛、可能导致死亡、残废或失去身体重要功能，您可以拨打 For Eyes Vision Plan 的上述电话号码，获得对您申诉/投诉的加急审核处理。For Eyes Vision Plan 会在申诉/投诉收到日期的三 (3) 天内向您和加州管理式医疗保健部提供此类投诉的状态或对其决定的书面说明。

会员姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 邮编号码 _____

日间电话 _____ 夜间电话 _____

FOR EYES VISION PLAN 地点 _____

