AMERICA'S BEST VISION PLAN

Please complete this form for filing grievances or for making suggestions relating to your America's Best Vision Plan, its services, personnel, offices, or any other aspect of the Plan that affects you as an enrollee. Please attach additional sheets if necessary.

Print or type in black ink.

Member's Name: _____ Date: _____

Address: _____

Telephone Number: _____ Store Number / Location: _____

Please describe the facts of your grievance: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Signature

You may return this form by mail or in person to:

America's Best Vision Plan
Attn.: Grievance Administrator
1202 Monte Vista Avenue, Suite 17
Upland, CA 91786

Fax: 866-698-7773

America's Best Vision Plan will acknowledge receipt of this complaint by sending a written notice of receipt to you within five days of the receipt of this complaint.

If you need assistance or have questions regarding the grievance process, please call America's Best Vision Plan at **1-800-841-2790**. The hearing and speech impaired may use the California Relay Service's toll free telephone number (**1-800-735-2929**) (TTY) to contact FirstSight.

---

*IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information (in your language), first call your health plan's phone number at **1-800-841-2790**. Someone who speaks your language can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at **1-888-466-2219**.*

*The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-800-841-2790** and use your health plan's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health care plan or a grievance that remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatment that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical*

*services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's internet website **http://www.dmhc.ca.gov** has complaint forms, IMR application forms and instructions on-line.*

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan's phone number at 1-800-841-2790 . Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un interprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un interprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-800-841-2790 . Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

重要提示: 您與您的醫生或保健計畫交談時，可獲得免費口譯服務。如欲請翻譯員提供口譯，或欲查詢中文書面資料，請先致電您的保健計畫，電話號碼: 1-800-841-2790 。講粵語或國語人士將爲您提供協助。
如需更多協助，請致電 HMO 協助中心 1-888-466-2219。 (Cantonese or Mandarin)

هام: يمكن الحصول على خدمات مترجم مجاناً للتحدث مع طبيبك أو الخطة الصحية، للحصول على مترجم أو طلب معلومات مكتوبة باللغة العربية أولا اتصل برقم الهاتف الخاص بالخطة الصحية 1-800-841-2790 ، وسيساعدك شخص يتحدث باللغة العربية، وإذا كنت بحاجةٍ إلى مزيد من المساعدة، فاتصل بمركز مساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որեւէ վճարի: Թարգմանիչ ունենալու կամ հայերենով գրավոր տեղեկության մասին հարցնելու համար նախ զանգահարե՛ք առողջապահական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-800-841-2790 : Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարե՛ք Առողջապահական Օժանդակության Կազմակերպության Օգնության Կենտրոն՝ 1-888-466-2219: (Armenian)

សំខាន់: លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដើម្បីនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ។ ដើម្បី ទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬសួរអំពីព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាខ្មែរ សូមលោកអ្នកទូរស័ព្ទទៅកាន់ផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នក តាមរយៈលេខ 1-800-841-2790 ជាមុនសិន ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយលោកអ្នកបាន ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់អង្គការថែរក្សាសុខភាព (HMO) តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219 ។ (Khmer)

مهم: شما می توانید برای گفتگو با پزشک تان یا طرح بهداشتی بطور رایگان یک مترجم را بدست بیاورید. بمنظور کسب یک مترجم یا تقاضا درباره اطلاعات کتبی بزبان فارسی، اول به این شماره تلفن 1-800-841-2790 به طرح بهداشتی ای زنگ بزنید. کسی که بفارسی حرف می زند می تواند بشما کمک بکند. اگر شما احتیاج به کمک بیشتری دارید، به این شمارهٔ مرکز کمک HMO 1-888-466-2219 تماس بگیرید. (Farsi)

TSEEM CEEB: Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav nug txog tej ntaub ntawv sau ua lus Hmoob, xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-800-841-2790 . Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

중요: 의사나 건강 플랜에 이야기할 때 무료로 통역사를 이용할 수 있습니다. 통역사를 이용하거나 한국어로 된 서면 정보에 관해 문의하려면 먼저 건강 플랜 1-800-841-2790 로 전화하십시오. 한국어 구사자가 도와 드릴 수 있습니다. 더 도움이 필요하면 HMO 헬프 센터 1-888-466-2219로 전화하십시오. (Korean)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດຫາໃຫ້ແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການລົມກັບທ່ານໝໍ ຫລື ແຜນສຸຂະພາບ. ເພື່ອຫາຜູ້ແປພາສາ ຫລື ຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາສາລາວ, ກ່ອນອື່ນໝົດໂທຫາເບີໂທຂອງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ໝາຍເລກ 1-800-841-2790 . ຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາລາວຈະຊ່ວຍເຈົ້າໄດ້. ຖ້າຫາກເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມເຕີມໃຫ້ໂທຫາສູນຊ່ວຍເຫລືອ HMO ທີ່ໝາຍເລກ 1-888-466-2219. (Lao)

ВАЖНО: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить переводчика или спросить о наличии печатных материалов на русском языке, позвоните в свой страховой план по телефону 1-800-841-2790 . Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону 1-888-466-2219. (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-800-841-2790 . Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa 1-888-466-2219. (Tagalog)

CHÚ Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể nhận được dịch vụ thông dịch miễn phí khi khám tại bác sĩ hoặc khi liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để nhận được dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt, trước tiên hãy gọi số điện thoại chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số 1-800-841-2790 . Sẽ có người nói được tiếng Việt để giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, hãy gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)