

Member Grievance Form – CA Member Only

Please direct members to file their grievance with the Health Plan identified on their identification card. The member will complete this form and submit it to us. If you have questions, please reach out to Customer Service at **844-336-2724** Monday – Friday, 8 a.m. – 5 p.m. local time.

Member Information

Member name: _____ Subscriber or Dependent (*circle one*)

Member ID #: _____ Date of birth: _____

Address: _____

Daytime phone #: _____ Other phone #: _____

Name of person completing form
& relationship to member (if other than member): _____

Date of incident: _____ Provider name: _____

Describe the nature of the grievance (attach additional sheets, if necessary)

Please mail or hand-deliver this completed form to:

UnitedHealthcare | March Vision Care
Quality Management Department
6601 Center Drive West, Suite 200
Los Angeles, CA 90045

For California Members only:

IMPORTANT NOTICE: The California Department of Managed Health Care (DMHC) 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 **844-336-2724** 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 Plan, or a grievance that has 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 treatments 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 (**888-HMO-2219**) and a **TDD line (877-688-9891)** for the hearing and speech impaired. The Department's Internet website <http://www.hmohelp.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

English

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can help you. You may also be able to get this letter written in your preferred language. For free help, please reach out to us at **844-336-2724** Monday – Friday, 8 a.m. – 5 p.m. local time.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta carta escrita en su propio idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al (844) 336-2724

Para miembros en California solamente:

AVISO IMPORTANTE: El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) es responsable de regular los planes de atención médica. Si tiene una queja contra su plan médico, lo primero que debe hacer es llamar a su plan al **844-336-2724** y usar el proceso de quejas de este plan antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas no anula ninguno de los derechos o recursos legales que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, con una queja que su plan médico no ha resuelto satisfactoriamente, o con una queja que ya lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para que se haga una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) de su caso. Si es elegible para una IMR, el proceso de la misma consiste en una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto, o de las decisiones sobre la cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o bajo investigación, así como de disputas sobre los pagos de servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también tiene un número telefónico sin costo (**888-HMO-2219**) y una línea **TDD (aparato de telecomunicaciones para personas con problemas auditivos) (877-688-9891)** para aquellos con problemas auditivos y de habla. El sitio web del Departamento en internet, <http://www.hmohelp.ca.gov> contiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

English

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can help you. You may also be able to get this letter written in your preferred language. For free help, please reach out to us at **844-336-2724** Monday – Friday, 8 a.m. – 5 p.m. local time.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta carta escrita en su propio idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al **844-336-2724**.