

**OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY
FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS DE MIEMBROS**

Cualquier problema o queja que pueda tener respecto a su atención médica es importante para nosotros. Para poder iniciar el proceso de apelación, deberá diligenciar este formulario y devolverlo a la Oklahoma Health Care Authority **dentro de un periodo de veinte días del evento que desencadenó el suceso**. El no proporcionar toda la información ocasionará una respuesta más lenta por parte de la OHCA. Cualquier pregunta sobre elegibilidad deberá ser manejada por el Departamento de Servicios Humanos. Por favor, proporcione una explicación descriptiva del problema que haya encontrado. Incluya los nombres del personal de la OHCA con los que ha tratado y las fechas en que ocurrieron los eventos específicos. Utilice hojas adicionales si es necesario. Adjunte copias de cualquier documentación de respaldo que usted desee que se sea tomada en cuenta.

Información del miembro:

Nombre: _____ No. del caso _____

Dirección de correo: _____
 NÚMERO CALLE

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número telefónico: () _____

Fecha de la acción desfavorable: _____

Información del representante autorizado (si es el caso):

Nombre: _____

Dirección de correo: _____
 NÚMERO CALLE

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número telefónico: () _____

Quisiera presentar una queja sobre el siguiente individuo u organización:

Nombre: _____

Ubicación: _____
 Número Calle

 Ciudad Estado Código postal

Número telefónico: () _____

Por favor, cuéntenos sobre su queja en el espacio abajo. Sea lo más específico posible, proporcione la(s) fecha(s) en que ocurrió el evento.

(Si necesita más espacio, utilice otra hoja)

¿Le ha informado al individuo u organización que usted tiene un problema o queja?
Si es así, ¿qué sucedió?

¿Qué desea que haga la Oklahoma Health Care Authority respecto a este problema?

FIRMA

FECHA

POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO A: Oklahoma Health Care Authority
Grievance Docket Clerk
Legal Division
P.O. Drawer 18497
Oklahoma City, Oklahoma 73154-0497

**El número de fax de la OHCA es (405) 530-3444
El número telefónico de la oficina del actuario de litigios de la OHCA es
(405) 522-7217**