

**OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY
FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS AFILIADOS**

Para nosotros es importante cualquier problema o queja que tenga usted sobre el cuidado de su salud. Con el fin de dar inicio al proceso de apelaciones, usted debe rellenar este formulario y devolverlo a Oklahoma Health Care Authority (OHCA) **en un plazo de veinte (20) días a partir del evento desencadenante**. Si no proporciona toda la información, la OHCA tardará más en dar una respuesta. Todas las preguntas relacionadas con la elegibilidad serán manejadas por el Departamento de Servicios Humanos. Por favor dé un relato explicativo completo del problema que ha encontrado. Incluya los nombres del personal de la OHCA que lo atendió y las fechas en que se produjeron los acontecimientos específicos. Utilice hojas de papel adicionales, si es necesario. Adjunte copias de toda la documentación justificativa que le gustaría que se tuviera en cuenta.

Información del afiliado:

Nombre: _____ N.º ID del afiliado: _____

Dirección de correspondencia: _____

_____	Número	Calle	_____
Ciudad	Estado	Código postal	_____

Número telefónico :(_____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de la acción adversa: _____

Información del representante autorizado (en su caso):

Nombre: _____ N.º de caso: _____

Dirección de correspondencia: _____

_____	Número	Calle	_____
Ciudad	Estado	Código postal	_____

Número telefónico :(_____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Me gustaría presentar una queja sobre la siguiente persona u organización:

Nombre: _____

Lugar: _____
Número Calle

Ciudad Estado Código postal

Número telefónico :(_____) _____

Por favor, cuéntenos acerca de su queja en el siguiente espacio. Sea lo más específico posible y siempre que pueda, indique la fecha o fechas en que se produjo el evento.

[Si necesita más espacio, use otra hoja de papel.]

¿Le ha informado a la persona u organización que usted tiene un problema o una queja?
En caso afirmativo, ¿qué sucedió?

¿Qué le gustaría que la Autoridad de Oklahoma para el Cuidado de la Salud hiciera con 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, OK 73154-0497
Número de fax: 405.530.3444
Número telefónico: 405.522.7217