



Por favor, explique por qué cree que tiene derecho a una excepción de terapia escalonada conformidad con 63 Okla. Stat. § 7310. [Si necesita más espacio, use otra hoja de papel.]

¿Está solicitando una audiencia probatoria en su apelación o preferiría que el juez administrativo tome una decisión basada en las presentaciones por escrito??

_____ Audiencia probatoria

_____ Decisión basada en las presentaciones por escrito

Firma del Miembro

Fecha

Por favor envíe este formulario electrónicamente a:

Oklahoma Health Care Authority
Grievance Docket Clerk
P.O. Drawer 18497
Oklahoma City, OK 73154-0497

Número de fax: 405-530-7258
Número de Teléfono: 405-522-7217
Correo Electrónico :
steptherapy@okhca.org