



### **FORMULARIO DE APELACIÓN PARA TERAPIA ESCALONADA**

Para apelar la denegación de una solicitud de excepción de terapia escalonada, por favor, complete y envíe este formulario al secretario de expediente, Oficina de Audiencias y Apelaciones de OHCA, dentro de los 30 días de la fecha del aviso de denegación. Este formulario debe enviarse electrónicamente, ya sea por correo electrónico (a [steptherapy@okhca.org](mailto:steptherapy@okhca.org)) o por fax (405-530-7258). Si no tiene acceso a una computadora o máquina de fax, por favor, llame al 405-522-7217 para obtener instrucciones sobre cómo presentar su apelación.

**Si no completa y devuelve este formulario dentro de los 30 días, puede resultar en una desestimación o denegación de su apelación.**

Por favor, proporcione toda la información solicitada, incluyendo una copia completa del formulario de solicitud de excepción de terapia escalonada que usted y su proveedor presentaron a la Facultad de Farmacia de la Universidad de Oklahoma / Asesores de gestión de Farmacia, así como la carta de denegación que ha recibido.

#### **I. Información del Miembro**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_

Dirección postal del Miembro: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de excepción de terapia escalonada denegada : \_\_\_\_\_

Tutor legal del Miembro (si aplica): \_\_\_\_\_ Teléfono del Tutor legal: \_\_\_\_\_

#### **II. Información del Representante autorizado (si lo hay)**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_ para actuar como mi representante en relación con esta apelación. Autorizo a mi representante para presentar pruebas, para obtener información sobre mi apelación y para recibir notificaciones en relación con mi apelación. Entiendo que mi información médica personal (PHI pos sus siglas en inglés) puede ser divulgada a mi Representante. Por lo tanto, he firmado la Autorización adjunta para permitir la divulgación de esta información. Mi Representante acepta que él / ella estará disponible para representarme en la fecha y hora de la audiencia de apelación establecida por Oklahoma Health Care Authority. No tengo un tutor legal designado, o mi tutor legal designado consiente esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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](mailto:steptherapy@okhca.org)