



SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA TELEFÓNICA

Por favor, complete la información que se le solicita y envíela a Oklahoma Health Care Authority **a más tardar diez días** antes de la audiencia 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 de teléfono: 405-522-7217. **Si un formulario no es recibido a tiempo, la solicitud podría ser denegada. Sólo se le notificará si su solicitud es denegada.**

**Información del Miembro**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Número de ID del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección postal del miembro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Indique aquí el por qué necesita una audiencia telefónica:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro/ Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OHCA USE ONLY ( USO EXCLUSIVAMENTE PARA OHCA )**

Date Received: \_\_\_\_\_

Forward to Attorney: \_\_\_\_\_

Forward to ALJ: \_\_\_\_\_

Member Contacted: \_\_\_\_\_



**ADDRESS**

4345 N. Lincoln Blvd.  
Oklahoma City, OK 73105



**WEBSITES**

okhca.org  
mysoonerca.org



**PHONE**

Admin: 405-522-7300  
Helpline: 800-987-7767