



**Cambio de Proveedor
Formulario de Autorización Previa**

- * El formulario debe ser completado en su totalidad o no será aceptado
- * Fecha de efectividad del cambio dependerá en el ciclo actual de la factura
- * Este formulario sólo puede ser firmado por el miembro, el padre / tutor legal, o abogado
- * Las instalaciones y sus representantes no son firmas aceptables en el Formulario de Solicitud de Cambio de proveedor

Nombre del miembro: _____

ID de registro del miembro: _____

Servicio Prestado: _____

Yo _____ **(nombre en letra de imprenta del miembro/padre/madre/tutor)**

por la presente deseo cambiar los servicios que se enlistan arriba y que presta (Nombre en letra de imprenta del proveedor anterior) _____

a (nombre en letra de imprenta del nuevo proveedor) _____

_____ **efectivo**

_____ **(fecha en que el cambio tendrá lugar).**

_____ **Firma del miembro o padre/madre/tutor legal si es menor de edad**

_____ **Fecha con firma del miembro/padre/madre/tutor legal**

_____ **Relación con el miembro**

**** Tenga en cuenta: OHCA 317: 30-3-14 (a) establece que " The Oklahoma Health Care Authority (OHCA) asegura que cualquier persona elegible para SoonerCare, puede obtener servicios de cualquier institución, agencia, farmacia, persona u organización que es contratado con OHCA y que está calificado para realizar los servicios".**