



Solicitud de autorización del especialista como el proveedor de atención primaria (SCP)

Requisitos: este formulario debe ser completado por el especialista de Horizon NJ Health que desea actuar como el proveedor de atención primaria (PCP) y por el miembro de Horizon NJ Health. El formulario completado debe enviarse por fax a Horizon NJ Health, a la atención de: Utilization Management al **1-609-583-3014**, dentro de siete días hábiles.

Fecha de solicitud: _____

Para ser completado por el SCP:

Nombre del SCP:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Número de identificación del proveedor de Horizon NJ Health:

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Para ser completado por el miembro de Horizon NJ Health:

Nombre del miembro:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Nro. de identificación del miembro: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Dpto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Cambiar mi PCP por _____ (nombre del especialista).

Entiendo que el especialista mencionado anteriormente será responsable de la coordinación de mis necesidades de atención médica, excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del especialista: _____

Iniciales del miembro: _____



Solicitud de autorización del especialista como el proveedor de atención primaria (SCP)

Firmas requeridas

Al firmar y fechar este formulario, tanto el especialista como el miembro, o el personal autorizado de Horizon NJ Health, acuerdan que el especialista actuará como el PCP del miembro.

Firma del especialista: _____ Fecha: _____

Firma de miembro _____ Fecha: _____

Firma del personal de Horizon NJ Health autorizado: _____

Fecha: _____

Horizon NJ Health cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, género, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, identidad de género, sexo, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las decisiones relativas a la inscripción y a los beneficios.

Spanish (Español): Para solicitar ayuda en español, llame al **1-800-682-9090** (TTY 711).

Chino (中文) : 如需中文協助, 請致電 **1-800-682-9090** (TTY 711)。

ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-682-9090** (TTY 711). Este documento también está disponible en otros idiomas, así como en otros formatos, como caracteres grandes y Braille.