



**Formulario de solicitud de cambio de Proveedor para ser completado por el Miembro /
Representanta Legalmente Autorizado (LAR)**

Nombre del Miembro _____

Número de Identificación _____

Fecha de Nacimiento _____

Describa Brevemente los servicios actuales y el proveedor de servicios:

Ultima fecha de los servicios recibidos por el proveedor actual: _____

Número de visitas (unidades) usados por el proveedor actual (si lo sabe) _____

Doy consentimiento (liste Nuevo proveedor) _____

Para someter una autorización clinica previa para prestar los servicios previamente autorizados.

Firma del Miembro (Representante Autorizado, si es aplicable)

Fecha:

Este formulario de consentimiento de cambio de proveedor debe estar firmado por el miembro (o un representante autorizado) para procesar una solicitud de cambio de proveedor para los servicios actualmente autorizados. Una vez que se haya firmado, por favor haga que su proveedor envíe este formulario por fax o correo a:

Cook Children's Health Plan
Attn: Care Management Utilization Management Department
PO Box 2488
Fort Worth, TX 76113-2488
Número de Telefono Gratuito: 1-800-862-2247 o 682-885-2252
Número de Fax: 682-885-8402

801 Seventh Avenue Box 2488
Fort Worth, Texas 76113-2488
682-885-2247