



FORMULARIO DE NOMINACIÓN DEL PROVEEDOR

Si tiene un proveedor del que desea buscar tratamiento y no tiene un contrato con NX Health Network, complete y envíe lo siguiente:

Especialidad en Proveedor Médico

Acupuntura	Doctor en Medicina	Oftalmólogo
Medicina Aeroespacial	Masajista	Podiatra
Quiropráctico	Partera	Asistente Médico
Dietético	Proveedor Naturopático	Fisioterapeuta
Homeopático	Enfermera	Psicólogo
Practicante de Enfermería	Terapeuta Respiratorio	Ginecólogo (OB-GYN)
Trabajador social	Terapeuta Ocupacional	Logopeda / Audiólogo
Trabajador Social Clínico Licenciado		Terapeuta Matrimonial y Familiar con Licencia
Consejero Matrimonial, Familiar y de Niños		Otros (especificar)

Información del Proveedor Médico

Nombre Completo del Proveedor

Dirección del Proveedor

Ciudad

Estado:

Código Postal

Número de Teléfono del Proveedor

Subscriber Information

Tu Nombre Completo

Su Número de Teléfono

Tu Correo Electrónico

Su Número de Identificación

Tu Fecha de Nacimiento

Su Número de Plan y Nombre de la Compañía

**Envíe el Formulario de Nominación de Proveedor completo a:
information@NXHealthNetwork.com o simplemente envíelo por correo a**

**NX Health Network
23048 N 15th Ave
Phoenix, AZ 85027**