



# Formulario de Cambio de Médico de Cabecera (PMP) de MDwise

N.º de Hospital Miembro: \_\_\_\_\_

(únicamente para miembros de MDwise Hoosier Healthwise)

**PARE:** Si **NO se trata de un miembro de MDwise**, solicítele al paciente que se comunique con Hoosier Healthwise al **1-800-889-9949** para realizar el cambio de PMP. **NO PUEDE** utilizar este formulario.

Su Institución/Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Teléfono del miembro: \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer nombre)

Número RID (debe estar activo): \_\_\_\_\_ PMP actual: \_\_\_\_\_

### Información sobre el nuevo PMP:

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer nombre)

N.º del prestador      N.º de grupo      Código de localidad

### Motivo por el cual solicita el cambio de PMP:

- Asignación automática (no desea el PMP asignado)
- Atención de calidad insatisfactoria (utilice "otro" para explicar)
- PMP asignado erróneamente
- Ubicación inconveniente (30 millas/30 minutos de distancia)
- Mudanza del miembro (a otra ciudad o área)
- Otro: \_\_\_\_\_

### Autorización del miembro/tutor legal:

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del miembro/tutor      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en IMPRENTA del miembro/tutor      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado      Fecha  
(LETRA CLARA DE IMPRENTA)

**ENVÍE EL FORMULARIO POR FAX AL: (317) 829-5530 ó 1-877-822-7190**

**\*NOTA:** Los miembros de MDwise recibirán una carta de Hoosier Healthwise donde se le confirmará la fecha de vigencia de esta Solicitud de Cambio de PMP/Proveedor. Hasta la recepción de dicha confirmación, los miembros deberán seguir contactándose con su PMP actual en relación con sus necesidades médicas.

**PREGUNTAS: (317) 630-2831 ó 1-800-356-1204**