

- Solicitud de adición al panel
- Anulación de restricción de edad
- Cambio de PMP

\*Imprima de forma que sea legible.  
\*Envíe por fax el formulario al 877-822-7190 o al 317-829-5530.  
\*Espere entre 5 y 10 días hábiles para que se complete el proceso.  
\*Los cambios de PMP a un sistema de entrega diferente entran en vigencia el 1.º del mes.

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de ID de Medicaid (RID): \_\_\_\_\_ N.º de SSN \_\_\_\_\_

Nombre del miembro (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Estado del miembro: IN Código postal del miembro: \_\_\_\_\_

Miembro (o firma del padre/la madre/el tutor):  
\_\_\_\_\_

**Como PMP, acepto agregar/quitar al miembro de Medicaid previamente mencionado a mi panel.**

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Provider Número de NPI del proveedor: \_\_\_\_\_

Ubicación del proveedor: \_\_\_\_\_

Provider State: IN Código postal del proveedor: \_\_\_\_\_

N.º de grupo del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

N.º de contacto: \_\_\_\_\_