



## Formulario de solicitud de cambio de proveedor médico primario (PMP)

Nombre del proveedor o centro: \_\_\_\_\_

N.º de id. del impuesto: \_\_\_\_\_

Identificador de proveedor nacional (NPI): \_\_\_\_\_

Dirección del sitio: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de fax: \_\_\_\_\_

Información del miembro:

Nombre del miembro: (obligatorio) \_\_\_\_\_

Número de id. del miembro (MID) O fecha de nacimiento (DOB), (obligatorio): \_\_\_\_\_

Otros familiares para trasladar a este PMP:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ MID o DOB: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ MID o DOB: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ MID o DOB: \_\_\_\_\_

Motivo del cambio (obligatorio):

- Preferencia del miembro.
- Paciente actual de este médico o familiar de un paciente actual.
- Modificación del panel: este es un paciente al que me gustaría agregar a mi panel.

Los campos obligatorios deben completarse para que se procese el cambio. Los miembros pueden continuar con su tratamiento con el PMP solicitado hasta que se efectúe el cambio. Todas las solicitudes se procesarán en un lapso de cinco días hábiles a partir de su recepción.

Firma del miembro o representante del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Como PMP, acepto agregar al miembro antes mencionado de Hoosier Healthwise o de Healthy Indiana Plan (HIP) a mi panel.

Firma del proveedor (miembro del personal): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Las solicitudes de fax deben enviarse al departamento del servicio de atención al cliente, al 1-877-822-7190.

#### Solo para uso de MDwise:

- Cambio de PMP efectuado.
- No procesado: el miembro no se encuentra activo actualmente en MDwise.
- No procesado: el proveedor no es un PMP de MDwise.  
Visite [www.mdwise.org](http://www.mdwise.org) para completar el formulario de inscripción de proveedores.