



ကနဦး ဆေးကုသမှုအာမခံ (PMP) ပြောင်းလဲခြင်း တောင်းဆိုလွှာ

အာမခံ/ စီစဉ်ပေးသူ အမည်- _____

Tax ID#: _____ NPI: _____

လိပ်စာ- _____

ဖုန်းနံပါတ်- _____

ဖက်စ် # - _____

အသင်းဝင် အချက်အလက်-

အသင်းဝင်အမည် (ဖြည့်ရန်လို) _____

အသင်းဝင် ID နံပါတ် သို့မဟုတ် DOB (ဖြည့်ရန်လို)- _____

ယခု ကနဦးဆေးကုသမှုအာမခံ (PMP) သို့ပြောင်းသည့် အခြားသော မိသားစုဝင်များ-

အသင်းဝင်အမည်- _____ MID သို့မဟုတ် DOB- _____

အသင်းဝင်အမည်- _____ MID သို့မဟုတ် DOB- _____

အသင်းဝင်အမည်- _____ MID သို့မဟုတ် DOB- _____

ပြောင်းရသည့် အကြောင်းအရင်း (ဖြည့်ရန်လို)-

- အသင်းဝင်၏ စိတ်သဘောအရ
- ယခုဆရာဝန်၏ လက်ရှိလူနာ သို့မဟုတ် လက်ရှိလူနာ၏ မိသားစုဝင်
- စာရင်းထဲထည့်ခြင်း - ယခုလူနာကို ကျွန်ုပ်၏စာရင်းထဲ ထည့်လိုပါသည်။

အပြောင်းအလဲလုပ်ဆောင်မှုအတွက် လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို ဖြည့်ရပါမည်။ ပြောင်းလဲမှု ပြီးမြောက်သည်အထိ အသင်းဝင်များသည် သူတို့တောင်းဆိုထားသော PMP ဖြင့် ကုသခွင့်ရှိပါသည်။ တောင်းဆိုမှုများအားလုံးကို လက်ခံရရှိသည်မှ အလုပ်လုပ်ရက် 5 ရက်အတွင်း လုပ်ဆောင်ပါမည်။

အသင်းဝင်/ အသင်းဝင်ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်- _____

နေ့စွဲ- _____

PMP တစ်ဦးအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် အထက်ပါ Hoosier Healthwise/ HIP အသင်းဝင်ကို ကျွန်ုပ်၏စာရင်းထဲ ထည့်လိုပါသည်။



စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ (ဝန်ထမ်း) လက်မှတ်-_____

နေ့စွဲ-_____

MDwise ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖက်စ်ပို့လိုပါက 1-877-822-7190 သို့ ပို့ပါ။

Mdwise မှ အသုံးပြုသည်မှာ -

- PMP ပြောင်းလဲမှု ပြီးမြောက်ခြင်း။
- မဆောင်ရွက်ခြင်း - အသင်းဝင်သည် လက်ရှိတွင် MDwise တွင် ပါဝင်မနေခြင်း။
- မဆောင်ရွက်ခြင်း - စောင့်ရှောက်မှုပေးသူသည် MDwise ၏ PMP မဟုတ်ခြင်း။စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ စာရင်းသွင်းပုံစံ ရယူရန် www.mdwise.org သို့ သွားပါ