

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR					
Nombre del Proveedor			Nombre del Grupo		
Tax ID	NPI		ETIN	NPI	
Dirección Postal:			Dirección física:		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
E-mail			Teléfono	Fax	

INFORMACIÓN ADICIONAL			
Configurar "Biller"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Añadir proveedor <input type="checkbox"/> Eliminar proveedor	Tax ID Biller:
Configuración Grupo Médico o Proveedor (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta individual <input type="checkbox"/> Cuenta virtual <input type="checkbox"/> Eliminar proveedor <input type="checkbox"/> Cuenta Grupal Organización	<input type="checkbox"/> Tax ID: <i>Nota: Grupos favor completar segunda hoja.</i>
Configuración User y Password Secure Track	<input type="checkbox"/>	Eliminar Añadir Cambiar "password" Administrador	<input type="checkbox"/> User:
Configuración User Secure Claim	<input type="checkbox"/>	Administrador Secretaria(o) Facturador Otro:	Nombre y apellidos usuario
Biller	<input type="checkbox"/> Yo, _____, autorizo a _____ a realizar la facturación de mis reclamaciones de servicios de salud electrónicamente.		
Grupo	<input type="checkbox"/> El Grupo _____, autoriza a que los médicos mencionados en este documento pueden ser incluidos en la cuenta		

AUTORIZACIÓN

Nota: Este documento debe contener el nombre en letra de molde del doctor (a), licenciado u organización encargado de la cuenta. Toda la información presentada en este formulario es necesaria para transmitir electrónicamente y es información fidedigna. Para que así conste, estoy de acuerdo y he completado este formulario de acuerdo a las necesidades de mi organización.

Envíe por fax al 1-866-597-0277.

Nombre:	Firma:	Fecha:
Comentarios:		

Recibido por:	Fecha:
Procesado por:	Fecha:
Digitalizado por:	Fecha:

