

SOLICITUD DE CONFIGURACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE CUENTA

Nambro dal Drav	roodor				EL PROVEEDOR				
Nombre del Proveedor					Nombre del Grupo				
Tax ID		NPI		E	ETIN		NP	' [
Dirección Postal:					Dirección física:				
Ciudad Estado			Código Po	ostal	Ciudad	Estado		Código Postal	
E-mail					Teléfono	Fax			
				INFORMACIÓ	N ADICIONAL				
			☐ Aña	dir proveedor		Tax ID Biller:			
Configurar "Biller"				inar proveedor		Tax ID biller.			
				•					
Configuración Grupo Médico o Proveedor (es)			☐ Cue	uenta individual					
			☐ Cue	nta virtual		☐ Tax			
			☐ Elim	inar proveedor		Nota: Grupos favor completar segunda hoja.			
			☐ Cue	nta Grupal Orgar	nización				
Configuración User y Password Secure Track			Elimir	nar		☐ User:			
			Añad	ir					
		J	Camb	oiar "password"					
				nistrador					
Configuración User Secure Claim			_	nistrador		Nombre y apellidos usuario			
			Factu	etaria(o)	, ,				
			Otro:	ilauoi					
	П v-	ı							
Biller		Yo, a realizar la facturación de mis reclamaciones de servicios de salud electrónicamente.							
	ia iactaración de mis reciamaciónes de servicios de salud electronicamente.								
Grupo	☐ El Grupo, autoriza a que los médicos mencionados en este								
Стиро	documento pueden ser incluidos en la cuenta								
					IZACIÓN				
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									
			lo este formu	ulario de acuerdo a l	las necesidades de	e mi organiz		on nacaigna. Tara que asi	
				Envíe por fax al	<u>1-866-597-0277</u>	<u>'. </u>		T	
Nombre: Firma:				Firma:				Fecha:	
								7 00.70.	
Comentarios:									
Dooibide no:					Foobs				
Recibido por: Procesado por:					Fecha: Fecha:				
Digitalizado por:					Fecha:				



Solicitud de Configuración

Si usted es un Grupo Médico, por favor complete en el siguiente documento los médicos que pertenecen a su entidad. Escriba en letra de molde el nombre del médico, número de licencia o UPIN (el que aplique y número de NPI.

Nombre de médico	Número de licencia o UPIN (identifique el número)	Número de NPI