

**TRANSMISIÓN DE TRANSACCIONES ELECTRONICAS
REGISTRO DE PARTICIPANTES Y PROVEEDORES**

Número de NPI: TAX ID:

Nombre del Participante/Proveedor: _____

Dirección Física de la Oficina: _____

Teléfonos (indique OFI/FAX/Otro): _____

Persona Contacto de Facturación: _____

Tipo de Solicitud: Nuevo Cambio Cancelación

¿Una compañía de facturación le trabajará sus reclamaciones electrónicamente? Si No

Nombre de la Compañía _____ Teléfono: _____

Programa de Facturación (escoja uno por oficina): _____

AirisPro /Medi2000	InstantMed	Medical Clinics/Practice	SecureClaim
Best2000	LabSoft	Meditrack	SimpelSoft
DentalMax	LAMARS	Med One	TekPro
DentOne	MCPC	OffiMed	TRA
IMClaim	MedCenter	Proclaim / Claim Control Pro	TurboMed
Infomedika	Medical Biller	SAIL	VisualMass

Indique medio de transmission de reclamaciones:

Clearinghouse _____ Triple-S Web Portal: _____

¿Este será su único medio de transmisión a Triple-S?: Si No

Si selecciona No, indique localidad(es) con medio de transmisión adicional:

Indique dónde desea recibir electrónicamente sus Explicaciones de Pago?

Clearinghouse _____ Otro _____

Fecha

Firma del Proveedor Participante