

Favor completar la información requerida en cada sección en letra de molde

Sección 1: INFORMACION GENERAL		
Apellidos	Nombre	Inicial
Especialidad		NPI

Sección 2: INFORMACION DEMOGRAFICA - Favor incluir la información actualizada de todas las oficinas en las que brinda servicio y que están contratadas con FHC. Incluir hoja adicional si fuera necesario.

Oficina 1			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Acepta pacientes nuevos de MCS Classicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Teléfono de oficina	Otro teléfono	Fax de la oficina	Correo electrónico

Horario de oficina - Favor incluir horario de servicio de cada una de sus oficinas. Incluir hoja adicional si fuera necesario.

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Oficina 2			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Acepta pacientes nuevos de MCS Classicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Teléfono de oficina	Otro teléfono	Fax de la oficina	Correo electrónico

Horario de oficina - Favor incluir horario de servicio de cada una de sus oficinas. Incluir hoja adicional si fuera necesario.

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Firma del Proveedor	Fecha
---------------------	-------

• Fax: 787-294-1933 • E-mail: providerspr@uhsinc.com
 Correo postal: FHCHS of Puerto Rico, Depto. De Proveedores, 17 Calle 2 Suite 520, Guaynabo, PR 00968-1750

PARA USO EXCLUSIVO DE FHC		
Nombre Representante de FHC	Firma de Representante de FHC	Fecha