

Instrucciones: Favor incluir información actualizada de la(s) oficina(s) en la(s) que brinda servicio y que está(n) contratada(s) con FHC. Complete una hoja por cada oficina en la que brinda servicios.

Sección 1: Información General											
Nombre del Proveedor (Si es un Individuo)											<input type="checkbox"/> N/A
Apellidos (ambos):						Nombre:			Inicial:		
Especialidad:						NPI:					
Indique tipo de contratación si es un Individuo (marque solo una según la oficina que informa en esta hoja)											
<input type="checkbox"/> Práctica Independiente <input type="checkbox"/> Afiliado(a) a una corporación o grupo											
Nombre de la práctica (oficina) según contratada con FHC											
Nombre del Proveedor (Si es una corporación o grupo)											<input type="checkbox"/> N/A
Especialidad:						NPI:					
Sección 2: Información de la Localidad (complete una hoja por cada oficina en la que brinda servicios)											
Dirección postal											
Dirección:											
Ciudad:						PR	Código de área:				
Dirección física y contactos											
Dirección:											
Ciudad:						PR	Código de área:				
Teléfono para citas (1):						Teléfono para citas (2):					
Teléfono personal o alternativo (fuera de horas laborables) REQUERIDO:											
Fax:						E-mail:					
Sección 3: Práctica Operacional											
Favor contestar <u>Sí</u> o <u>No</u> a cada pregunta								Sí		No	
¿Atiende pacientes en esta oficina?											
¿Atiende asegurados de MCS Classicare en esta oficina?											
¿Acepta nuevos pacientes de MCS Classicare en esta oficina?											
¿Ofrece servicios de visitas al hogar?											
Sección 4: Horario de oficina											
Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

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

Enviar al Departamento de Proveedores a: • Fax: **787-294-1933** • E-mail: providerspr@uhsinc.com • Correo postal:

FHCHS of Puerto Rico | Att: Departamento 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	