

FORMULARIO SOLICITUD DE HISTORIAL DE PAGO

Departamento de Relaciones Profesionales

Información del Proveedor

Nombre del Proveedor: _____

NPI: _____

Teléfono: _____

Nombre de personal autorizado (si aplica): _____

Email: _____

Especificaciones de la solicitud

Fecha de servicio:

Desde: _____ Hasta: _____

Línea de negocio a la cual solicita historial:

_____ Triple S Salud Comercial

_____ Triple S Salud Vital

_____ Triple S Advantage

Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____

Firma del Personal Autorizado (si aplica): _____