

## Solicitud Cheque Sustituto - Finanzas

Línea de Negocio	
_____ TS Salud (Comercial)	_____ TSA (Advantage)
_____ FEP	_____ USVI
_____ PSG	_____ Otros
Acción Requerida	
_____ CK. Sustituto	_____ Stop Payment (Banco)
_____ Cambio de Dirección*	*Para cambio de dirección debe llenar la hoja correspondiente, mostrar evidencia de la solicitud y referir el cambio a configuración
Información Asegurado / Proveedor	
NPI / HPI: _____	Provider ID: _____
Fecha emisión Ck a Sustituir: _____	Núm. Ck. a Sustituir: _____
Cantidad: _____	
Nombre: _____	
Dirección 1: _____	
Dirección 2: _____	
Ciudad: _____	Estado / País: _____
Zip Code: _____	
Para Uso del Departamento de Finanzas	
_____ 6 meses ó 1 año	_____ Cuenta en GL
_____ Cuenta de Banco	_____ Otros
Preparado: _____	Fecha: _____
Autorizado: _____	Fecha: _____