



HOJA DE CAMBIO DE PERFIL

INSTRUCCIONES: Esta hoja es para propósito de informar a INSPIRA sobre algún cambio en la contratación actual. Deberá llenar la INFORMACION DEL SOLICITANTE, independientemente de que necesite cambiar la misma o no. Luego solamente deberá llenar la información que quiere cambiar en su perfil, según la sección que corresponda. De lo contrario, deberá marcar N/A en la sección correspondiente. Por ejemplo, para cambiar la información de la póliza de seguro, deberá llenar la información actual del grupo o individuo y la sección que le corresponde a la póliza. En el resto de las secciones debe marcar N/A. Complete una hoja por cada localidad.

Fecha de Solicitud: _____

A. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Contratación actual con INSPIRA:

- Práctica Privada, Afiliación a un Grupo, Grupo o Corporación

Form fields for practice name, specialty, NPI, SS or Tax ID No, contact name, and phone number.

B. RAZON DE LA SOLICITUD

Form section for 'Tipo de Cambio en Solicitado' with a list of reasons and an N/A checkbox.

Afiliación de un proveedor a Corporación o Grupo <input type="checkbox"/> N/A				
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Nombre:		Inicial:	Género:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Especialidad y grado:		NPI:		
Correo Electrónico:		Medicaid ID:		Teléfono:

Información de la nueva Práctica o Afiliación <input type="checkbox"/> N/A			Información de Práctica o Afiliación a Cancelar <input type="checkbox"/> N/A		
<input type="checkbox"/> Cambio de Oficina <input type="checkbox"/> Añadir otra Oficina					
Nombre de la práctica privada o del grupo/corporación			Nombre de la práctica privada o del grupo/corporación		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Oficina 1	Teléfono Oficina 2		Teléfono Oficina 1	Teléfono Oficina 2	
Número de Fax	Correo Electrónico		Número de Fax	Correo Electrónico	
Medicaid ID:			Medicaid ID:		
Gerente de la Oficina			Gerente de la Oficina		
Número telefónico Gerente de la Oficina			Número telefónico Gerente de la Oficina		

Billing Information & Address <input type="checkbox"/> N/A					
Información nueva o adicional:			Información que solicito eliminar:		
TAX ID o SS:			TAX ID o SS:		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Cambio Identificador de Proveedor de Medicaid <input type="checkbox"/> N/A	
Identificador de Proveedor de Medicaid nuevo:	Identificador de Proveedor de Medicaid que solicito eliminar:

National Provider Identifier (NPI) <input type="checkbox"/> N/A	
NPI nuevo:	NPI que solicito eliminar:

Horario de la Nueva Práctica o Afiliación <input type="checkbox"/> N/A						
Hr.	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes	Sábado
AM						
PM						

Cambio en el grado o especialidad <input type="checkbox"/> N/A			
Grado o especialidad previa:		Cambios en el Grado o especialidad:	
Grado		Grado	
Especialidad y/o Sub especialidad		Especialidad y/o Sub especialidad	

Cambio de Seguro de Responsabilidad Profesional y/o Aseguradora ("Impericia") <input type="checkbox"/> N/A			
<input type="checkbox"/> Cambio del número de póliza (con la misma aseguradora)		<input type="checkbox"/> Cambio de Aseguradora (<i>carrier</i>)	
Agencia Aseguradora PASADA:	Núm. De Póliza PASADA:	Periodo de Cobertura PASADO:	Límites de Cubierta PASADA:
Agencia Aseguradora NUEVO:	Núm. De Póliza NUEVO:	Periodo de Cobertura NUEVO:	Límites de Cubierta NUEVO:

Autorización de los Cambios			
Nombre del Proveedor:		Firma del Proveedor:	
			Fecha

Comentarios adicionales:

Enviar al Departamento de Proveedores de INSPIRA para evaluación E-mail: proveedores@inspirapr.com

• Correo postal: PO BOX 9809 Caguas PR 00726-9809

Para uso oficial de INSPIRA			
Oficial de Proveedores:		Firma:	
Para uso oficial del Comité			
Resultado:	<input type="checkbox"/> Aceptado	<input type="checkbox"/> Rechazado	Fecha de Efectividad del Cambio:
Firma Director Médico:			