

PROVEEDOR DE BUPA FORMATO DE PAGO DIRECTO



Estimado Proveedor: Tenga en cuenta que los datos suministrados a continuación son necesarios para proporcionar información precisa a los clientes de Bupa y facilitar su acceso a los servicios ofrecidos por su institución.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROVEEDOR

Número de Identificación oficial del proveedor			
Nombre del Proveedor			
Dirección		Ciudad	
Estado/Región/Provincia		País	Zip Code
Número de teléfono		Número de fax	
Sitio web		Correo Electrónico	

Si el proveedor está presente en más de una ubicación, sírvase indicar detalles de otras sucursales:

Nombre de Sucursal	Ciudad	Correo Electrónico	Número de teléfono

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Departamento	Nombre de contacto	Correo Electrónico	Número de teléfono
Admisiones y Notificaciones			
Departamento de Finanzas y Facturación			
Comercial			
Clínico / Médico			
Otro:			

El completar y firmar este documento indica que el Proveedor está dispuesto a aceptar a los asegurados de BUPA bajo la modalidad de facturación/pago directo por los servicios médicos aprobados mediante carta de garantía de pago (GOP) emitida por Bupa a través de su propia representación local en su país o a través de USA Medical Services (USAMED).

Proveedor (Representante autorizado)

--	--	--

Nombre

Cargo

Firma

Fecha		
-------	--	--