

**Hoja de Actualización de Información Demográfica del Proveedor - 2023**

**Productos:** \_\_\_ Premier \_\_\_ PPO \_\_\_ GHP

Nombre \_\_\_\_\_ Licencia \_\_\_\_\_

Especialidad(es), si aplica \_\_\_\_\_ Cantidad de oficinas en las que usted practica la odontología \_\_\_\_\_

Mencione los pueblos en los que usted practica la odontología \_\_\_\_\_

1. Dirección **Física**  
 (Primera oficina) \_\_\_\_\_

Dirección **Postal**  
 (Primera oficina) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Seg. Soc. Corp. \_\_\_\_\_

NPI Individual \_\_\_\_\_ NPI Corp. \_\_\_\_\_

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday

**Comments:** \_\_\_\_\_

2. Dirección **Física**  
 (Segunda oficina) \_\_\_\_\_

Dirección **Postal**  
 (Segunda oficina) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Seg. Soc. Corp. \_\_\_\_\_

NPI Individual \_\_\_\_\_ NPI Corp. \_\_\_\_\_

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday

**Comments:** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

