



Estimado proveedor:

Le agradecemos su interés en participar en nuestra red de proveedores.

Como primer paso usted debe completar la siguiente forma en todas sus partes. Debe ser específico en su petición para evitar retrasos en su solicitud y agilizar el procesamiento de la misma.

Además, esta forma puede ser utilizada para solicitar cambios en su contratación actual con nosotros. De igual manera debe ser específico en su solicitud para un procesamiento ágil.

La solicitud junto a sus credenciales y documentos necesarios deben ser enviados a la dirección de correo electrónico: providerrequest@mso-pr.com. La misma será evaluada en los siguientes 14 días, y recibirá una notificación con la determinación y los pasos a seguir, de ser aprobada.

De necesitar información adicional llame a Servicios al Proveedor al [1-866-676-6060](tel:1-866-676-6060) (libre de cargos) de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Departamento de Contrataciones
MSO of Puerto Rico



Provider Network Participation Request Form

The information contained here is privileged and confidential.

This document must be completed in all its parts, in the boxes that do not apply please write N/A.

Provider Name		Billing Name	
Rendering NPI		Billing NPI	
Specialty		Tax Id	
Email:			

Medicare Advantage				Plan de Salud del Gobierno	
MMM	PMC	First+Plus		MMM Multi Health Northeast Region	MMM Multi Health Southeast Region

For Primary Care Physicians (PCP) contract, please include the IPA or/and PMG Name and any Intetion Letter, if apply.

IPA Name		PMG Name	

IPA Administrator Signature	PMG Administrator Signature
------------------------------------	------------------------------------

Contract Request Type							
<input type="checkbox"/> Corporate Contract	<input type="checkbox"/> Individual Contract	<input type="checkbox"/> Group Contract	<input type="checkbox"/> Contract Termination	<input type="checkbox"/> Add to Group	<input type="checkbox"/> Add Specialty	<input type="checkbox"/> Add Service	<input type="checkbox"/> Demographic Change
<input type="checkbox"/> Rate Change	<input type="checkbox"/> Service Change	<input type="checkbox"/> Specialty Change	<input type="checkbox"/> Vendor Change	<i>Explain:</i>		<input type="checkbox"/> Other	

Primary Location address	Address :		Billing address	Address :	
	Phone:			Phone:	
	Fax:			Fax:	

Hospital Privileges	Hospital Name						
----------------------------	----------------------	--	--	--	--	--	--

Bussines Hours	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
-----------------------	--------	---------	-----------	----------	--------	----------	--------

Additional Comments:

Applicant Signature	Date
---------------------	------

Please remit filled form to email at providerrequest@mso-pr.com