



17 de diciembre de 2019

PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD MENONITA VITAL

SOLICITUD DE DOCUMENTOS Y FORMULARIOS PARA PAGO

Estimado(a) proveedor(a):

Actualmente estamos en proceso de configuración y/o actualización de nuestros sistemas para el manejo de pagos. A esos efectos, es importante que complete y nos devuelva la documentación abajo descrita.

1. Forma W-9 (Taxpayer Identification Number and Certification)
2. Forma para depósito directo (EFT Enrollment Form for Provider) que debe ser acompañada de Cheque cancelado (VOID) o Certificación de cuenta bancaria para validación de información.
3. Además, debe suministrar **Relevo de Hacienda vigente para 2020** (si aplica), con el seguro social que corresponda (personal/patronal), así como los NPI atados a este seguro social.

Puede enviar toda la documentación en un solo correo electrónico a la siguiente dirección: provider_vital_ach@planmenonita.com. Si ya envió sus documentos, no es necesario reenviarlos. Para clarificar cualquier duda puede llamarnos al Centro de Servicios al Proveedor al 1-855-297-0140 de lunes a viernes de 7:00AM a 7:00PM o escribirnos al correo antes mencionado.

Agradecemos su atención y colaboración con este asunto.

Cordialmente,

Luis Joel Flores Aponte
Principal Oficial Financiero



EFT ENROLLMENT FORM FOR PROVIDER

PROVIDER INFORMATION

Provider Name	
Address	
City / State / Zip Code	
Contract Name	Email Address
Telephone	Fax Number
Tax ID Number	Provider NPI Number

FINANCIAL INSTITUTION INFORMATION

Nine Digits Routing Transit Number									
Account Number									
Account Name									
Type of Account <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings									
Bank Name					Bank Branch				

I authorize Plan de Salud Menonita to make electronic credits to my accounts in the above specified financial institution.

SUBMISSION INFORMATION

Reason for Submission <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
Authorized Signature	Date (MM/DD/YYYY)

THIS SECTION COMPLETED BY PROVIDER

Authorized Signature	Date (MM/DD/YYYY)
----------------------	-------------------

Plan de Salud Menonita has the right to adjust future payments or debit to the provider's account via ACH if payments previously made are found to be duplicated, in excess of requirements, fraudulent or in error.

Return this completed form to Plan de Salud Menonita via email to: provider_vital_ach@planmenonita.com
Please include a voided check or deposit slip