
**Triple S Puerto Rico- Medicare Advantage (973MA)
Assertus
Enrollment Instructions – ERA ONLY**

- ✓ **BEFORE enrolling, you MUST have a Practice Insight EDI customer account # with billing provider record added.** Please contact your EDI solutions reseller to confirm your EDI account setup.

CHOOSE ONE METHOD- to submit to Practice Insight

- A. Enrollment Manager:** PI Support Vendors can submit request directly into Enrollment Manager Tool.
- B. Email:** enrollment@practiceinsight.net

ERA (835) - New or Change

1. Assertus Provider Enrollment – Transmission Authorization (1 page)

Complete this form using the billing provider's information.

Put ✓ to indicate billing as a ***Solo Practitioner*** or ***Group Practice***

If billing as group, be sure to enter the group data such as group name, group NPI #.
See bottom of the page- Authorized Signature and Date required.

2. INMEDIATA Solicitud De Configuracion Y/O Modificacion De Cuenta (1 page)

Complete the form by entering information for Individual Provider or Group Provider.

See bottom of the page—Authorized Signer's Name (Nombre), Signature (Firma). Date (Fecha) required.

ALLOW 2-4 WEEKS FOR PROCESSING

*If you do not begin receive confirmation within 20 days after this request
has been submitted, contact your support vendor for assistance.*

*Practice Insight Resellers or Support Vendors may contact Practice Insight Enrollment
Department direct to check on status of enrollment.*



Provider Enrollment - Transmission Authorization

Delegate Transmission Site		Site Account Number		NPI	
Provider Name		Phone () - Ext.		Fax () -	
Type <input type="checkbox"/> Solo Practitioner <input type="checkbox"/> Group Practice		Email			
Street Address		Postal Address <input type="checkbox"/> Same as Street Address			
		PR -		PR -	
Notes:					
<p>Authorization</p> <p>Hereby, I certify that I'm an authorized representative for the reported NPI on this form and authorize ASSERTUS, Inc. for the interchange of related health care transactions thru the Delegate Transmission Site reported on this form.</p>					
Billing Provider Authorized Signature		Date:	ASSERTUS Authorized Signature		Date:



**SOLICITUD DE CONFIGURACION
Y/O MODIFICACION DE CUENTA**

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR					
Nombre del Proveedor			Nombre del Grupo		
Tax ID	NPI		ETIN	NPI	
Dirección Postal:			Dirección física:		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
E-mail			Teléfono	Fax	

INFORMACIÓN ADICIONAL			
Configurar "Biller"	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Añadir proveedor <input type="checkbox"/> Eliminar proveedor	Tax ID Biller: 135
Configuración Grupo Médico o Proveedor (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta individual <input type="checkbox"/> Cuenta virtual <input type="checkbox"/> Eliminar proveedor <input type="checkbox"/> Cuenta Grupal Organización	<input type="checkbox"/> Tax ID: <i>Nota: Grupos favor completar segunda hoja.</i>
Configuración User y Password Secure Track	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Cambiar "password" <input type="checkbox"/> Administrador	<input type="checkbox"/> User:
Configuración User Secure Claim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Secretaria(o) <input type="checkbox"/> Facturador <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Nombre y apellidos usuario
Billar	<input type="checkbox"/> Yo, _____, autorizo a _____ a realizar la facturación de mis reclamaciones de servicios de salud electrónicamente.		
Grupo	<input type="checkbox"/> El Grupo _____, autoriza a que los médicos mencionados en este documento pueden ser incluidos en la cuenta		

AUTORIZACIÓN

Nota: Este documento debe contener el nombre en letra de molde del doctor (a), licenciado u organización encargado de la cuenta. Toda la información presentada en este formulario es necesaria para transmitir electrónicamente y es información fidedigna. Para que así conste, estoy de acuerdo y he completado este formulario de acuerdo a las necesidades de mi organización.

Envíe por fax al 1-866-597-0277.

Nombre:	Firma:	Fecha:
---------	--------	--------

Comentarios:

Recibido por:	Fecha:
Procesado por:	Fecha:
Digitalizado por:	Fecha: