



Autorización para Depósito Directo *Authorization for Direct Deposit*

Nombre del Proveedor / Provider Name:
Dirección Postal / Mailing Address:
Número de Teléfono / Telephone Number:

Número de Seguro Social o Tax ID / Social Security or Tax ID Number:	National Provider Identifier (NPI) Number:
Nombre de Compañía / Company Name:	Seguro Social Patronal / Company ID Number:
MMM Healthcare, LLC (MMM)	66-0588600
MMM Multihealth, LLC (MMM Multihealth)	66-0653763
MSO of Puerto Rico, LLC (MSO)	66-0719637

Autorizo a MSO, MMM y/o MMM Multihealth a acreditar mi pago de reclamaciones a la cuenta bancaria que se indica a continuación.

I authorize MSO, MMM and/or MMM Multihealth to credit my claim payment to the bank account stated below.

Nombre de Institución Financiera / Name of Financial Institution:
Número de Ruta / Routing Number:
Número de Cuenta / Account Number:
<input type="checkbox"/> Ahorros / Savings
<input type="checkbox"/> Cheque / Checking

Esta autorización prevalecerá hasta tanto MSO, MMM o MMM Multihealth haya recibido una notificación escrita de mi parte, para dar de baja el servicio de Depósito Directo. Entiendo que debo enviar la notificación para cancelar el servicio con 30 días de antelación a la fecha de efectividad.

This authorization will remain in effect until MSO, MMM or MMM Multihealth receives a written notification canceling the Direct Deposit service. I understand that I shall send my direct deposit's cancellation request 30 days in advance of the desired effective date.

Firma del Proveedor / Provider Signature

Fecha / Date

* Nota/Note: De tener cuenta de cheques, favor de incluir un cheque "void". / *If the direct deposit goes to a checking account, please include a void check.*