

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL_PRMMIS_Final_User_Documentation_PEP_Spanish_Enrollment_Individual_Within_A_Group_Ref_Guide

Guía de Inscripción de Individual Dentro de un Grupo – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)

Material de Adiestramiento – Guía de Referencia

Versión 5.0

gainwell

Historial de Cambio

# Versión	Fecha*	Modificado Por	Descripción
5.0	10/11/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R23/R26
4.0	12/05/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R19-R22
3.0	15/03/2021	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R17/R18
2.0	29/10/2020	Gainwell Technologies	Cambio de marca Gainwell
1.0	15/07/2020	DXC Technology	Entregable Aprobado

*Formato utilizado para las fechas es dd/mm/yyyy.

Contenido

Historial de Cambio	ii
Contenido	iii
Tablas.....	iii
1 Acrónimos.....	1
2 Visión General.....	2
3 Solicitud de Nueva Inscripción.....	3
3.1 Información General	3
3.2 Especialidades.....	12
3.3 Capacidades.....	16
3.4 Organización.....	18
3.5 Asociaciones.....	20
3.6 Acreditaciones	23
3.7 Tipo de Proveedor	32
3.8 Otro.....	35
3.9 Divulgaciones	39
3.10 Verificación de Antecedentes	45
3.11 Archivos Adjuntos	47
3.12 Acuerdo/Enviar	50
4 Notificaciones	56
4.1 Huellas Requeridas	56
4.2 Devuelto al Proveedor	56
4.3 Aprobación de Inscripción	56
4.4 Denegación de Inscripción.....	56

Tablas

Tabla 1 – Acrónimos.....	1
Tabla 2 – Información General.....	3
Tabla 3 – Especialidades.....	12
Tabla 6 – Capacidades.....	16
Tabla 7 – Organización	18
Tabla 8 – Asociaciones	20
Tabla 9 – Acreditaciones	23
Tabla 10 – Tipo de Proveedor	32
Tabla 11 – Otro.....	35

Tabla 12 – Divulgaciones	39
Tabla 13 – Verificación de Antecedentes	45
Tabla 14 – Archivos Adjuntos	47
Tabla 16 – Acuerdo/Enviar	50

1 Acrónimos

La siguiente tabla contiene la lista de abreviaciones utilizadas dentro del texto de este documento. Acrónimos encontrados en imágenes no van a ser utilizados como referencia a menos que el acrónimo sea necesario para completar la acción.

Nota: Esta lista de acrónimos no incluirá toda posible información transaccional relacionada a HIPAA.

Tabla 1 – Acrónimos

Acrónimo	Definición
ACA	Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act)
ADA	Ley sobre estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act)
ATN	Número de Rastreo de Solicitud (Application Tracking Number)
CLIA	Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments)
DEA	Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Agency)
EIN	Número de Identificación de Empleado (Employee Identification Number)
HIPAA	Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico del 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)
ID	Identificador
NPI	Identificador Nacional de Proveedor (National Provider Identifier)
PDF	Formato de Documento Portable (Portable Document Format)
PEP	Portal de Inscripción de Proveedores (Provider Enrollment Portal)
PHI	Información de Salud Protegida (Protected Health Information)
PII	Información de Identificación Personal (Personally Identifiable Information)
PRMMIS	Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico (Puerto Rico Medicaid Management Information System)
PRMP	Programa de Medicaid Puerto Rico (Puerto Rico Medicaid Program)
RTP	Devuelto al Proveedor (Return to Provider)
SSN	Número de Seguro Social (Social Security Number)
URL	Localizador Uniforme de Recursos (Uniform Resource Locator)

2 Visión General

La **Guía de Inscripción de Individual Dentro de un Grupo – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** incluye instrucciones de solicitud de nueva inscripción y notificaciones aplicables a proveedores que desean inscribirse en el Programa de Medicaid Puerto Rico a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP). Para poder completar una solicitud de nueva inscripción para un Individual Dentro de un Grupo, se deben completar todos los pasos requeridos y enviar la solicitud.

Este documento puede ser utilizado en conjunto con sesiones de adiestramiento o como recurso de referencia individual.

Se asume que los participantes de los adiestramientos tienen conocimiento general de navegar el Internet, utilizar computadoras y entendimiento de términos tales como ícono, “desktop”, “folders”, pestañas de internet, navegadores, búsqueda, barra de herramientas, menús, “mouse”, enlaces, opciones para imprimir, y opciones de guardar. Se recomienda que los participantes traigan materiales de tomar nota, tales como herramientas de escritura, libretas, resaltadores o notas adhesivas.

Este documento, igual que otros materiales de adiestramiento de PEP, está disponible en el sistema de gestión de aprendizaje (LMS) de Programa de Medicaid Puerto Rico (PRMP). Puedes encontrarlo haciendo clic en el siguiente enlace: <https://lms.prmis.pr.gov>.

Después de leer la **Guía de Inscripción de Individual Dentro de un Grupo – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)**, los proveedores deben poder completar los siguientes objetivos de aprendizaje en PEP:

- Completar todos los pasos requeridos de una inscripción.
- Enviar una solicitud de nueva inscripción.
- Entender las diferentes notificaciones recibidas del Portal de Inscripción de Proveedores y las respectivas acciones que se deben tomar.

Nota: Este material de adiestramiento contiene información ficticia y no contiene Información Protegida de Salud (PHI) o Información de Identificación Personal (PII).

3 Solicitud de Nueva Inscripción

Luego de completar la página de Registro de Inscripción aparecerá la página de Solicitud de Nueva Inscripción.

Para ver los pasos detallados necesarios para completar la página de Registro de Inscripción, refiérase a la **Sección 2.1 de la Guía de Referencia de Navegación – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)**.

El Tipo de Inscripción de Individual Dentro de un Grupo (conocida en inglés como “Individual Within a Group”) aplica a practicantes que son proveedores de representación. Toda la facturación de los servicios del proveedor es proporcionada por uno o más grupos. El grupo ya debe estar inscrito. Una o más entidades de grupo afiliadas proporcionan toda la facturación de los servicios del proveedor individual.

El proceso de inscripción de Individual Dentro de un Grupo consiste de varios pasos que deben ser completados para finalmente aceptar y enviar una solicitud de inscripción a revisión.

Cada paso se discutirá en las próximas secciones, incluyendo los paneles y los campos que deben ser completados.

3.1 Información General

Referencia Rápida – Información General

Tabla 2 – Información General

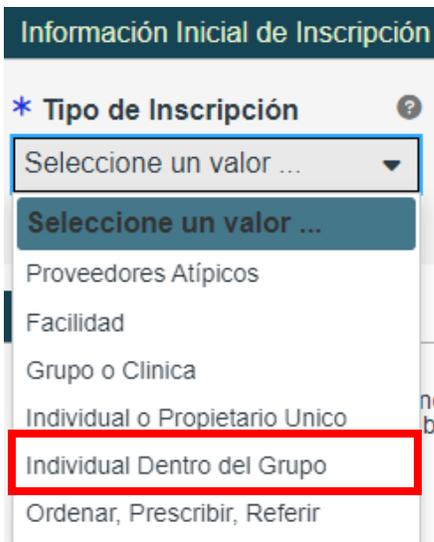
Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Información General, el primer paso en una solicitud de nueva inscripción.			
1	Seleccionar Tipo de Inscripción.	Haga clic en la lista desplegable debajo de Tipo de Inscripción y seleccione Individual Dentro del Grupo.	a. Observará una ventana indicando que una vez se guarde la solicitud no podrá cambiar el Tipo de Inscripción. b. La parte superior de la página muestra los pasos de inscripción requeridos para Individual Dentro de un Grupo, así como también una barra con el progreso de su inscripción.
2	Seleccionar Tipo de Proveedor.	Haga clic en la lista desplegable debajo de Tipo de Proveedor y seleccione el tipo de proveedor relevante.	Observará una ventana indicando que una vez se guarde la solicitud no podrá cambiar el tipo de proveedor.
3	Añadir Fecha Efectiva.	Añada la fecha que desea que su inscripción en PRMP sea efectiva.	Fecha Efectiva es añadida.
4	Añadir información requerida.	Complete el resto de la página de Información General, incluyendo: a. Información de Proveedor y preguntas relacionadas b. Información de Contacto Haga clic en Guardar y Continuar.	Se guarda la página de Información General. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

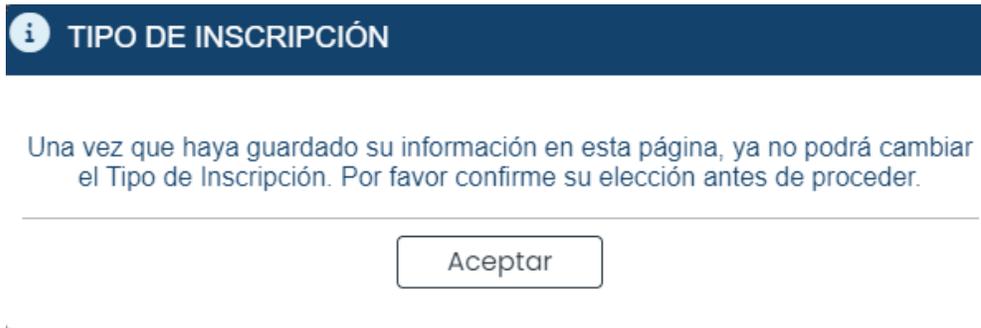
1. Una vez complete el registro de inscripción, la solicitud de nueva inscripción comienza con la página de Información General.



2. En la sección de **Información Inicial de Inscripción**, haga clic en el listado desplegable bajo Tipo de Inscripción y seleccione la opción de **“Individual Dentro del Grupo.”**



- a. Una vez seleccione el Tipo de Inscripción, observará una ventana indicándole que, al guardar la información de esta página, no podrá cambiar el Tipo de Inscripción.



b. Los pasos requeridos para completar una inscripción de Individual Dentro de un Grupo los encontrará en la parte superior de la página. También observará una barra que indica su progreso en la inscripción.



DIFERENTES PASOS DE INSCRIPCIÓN: Los pasos de la parte superior de su pantalla continuarán cambiando durante el proceso de inscripción a medida que se añada más información a la solicitud de inscripción que dicta los próximos pasos requeridos.

El Tipo de Proveedor, especialidades, u otra información relacionada determinarán si los pasos son requeridos, opcionales, o no aplicables.

3. Haga clic en el listado desplegable bajo **Tipo de Proveedor** y seleccione el tipo de proveedor apropiado para el Individual Dentro de un Grupo que está inscribiendo. Los tipos de proveedor mostrados en la lista son para el Tipo de Inscripción de **Individual Dentro de un Grupo**.



TIPO DE PROVEEDOR: El listado desplegable de Tipo de Proveedor es dinámica, se basa en el Tipo de Inscripción seleccionado. De no encontrar su Tipo de Proveedor en esta lista, verifique que haya seleccionado el Tipo de Inscripción correcto.

Una vez seleccione el Tipo de Proveedor, observará una ventana indicándole que, al guardar la información de esta página, no podrá cambiar el Tipo de Proveedor.

TIPO DE PROVEEDOR

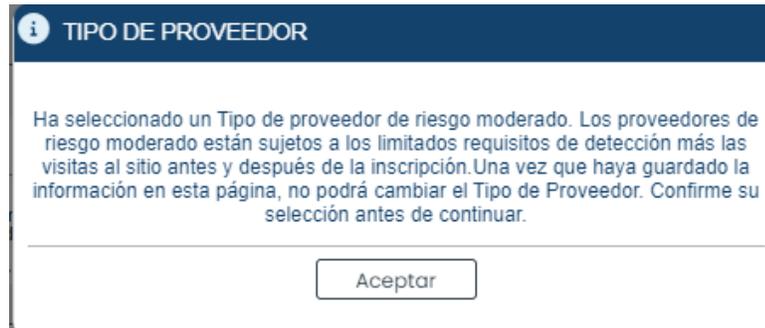
Una vez que haya guardado la información en esta página, no podrá cambiar el Tipo de Proveedor. Confirme su selección antes de continuar.

Aceptar



NIVEL DE RIESGO: Dependiendo del Tipo de Proveedor seleccionado, observará una ventana con el nivel de riesgo del proveedor (limitado, moderado o severo) y los pasos que el proveedor debe realizar adicionales a la inscripción.

Ejemplo de ventana de Tipo de Proveedor con nivel de riesgo:

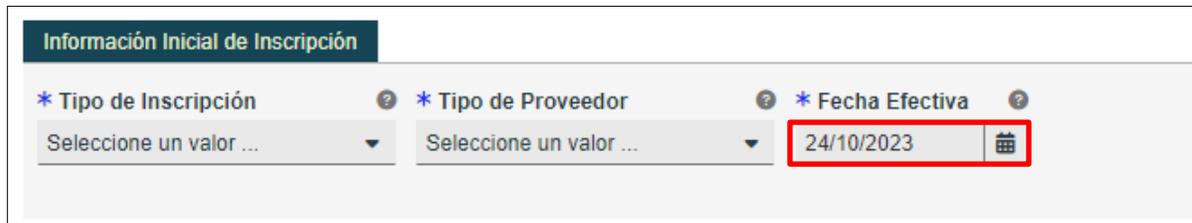


TIPO DE PROVEEDOR

Ha seleccionado un Tipo de proveedor de riesgo moderado. Los proveedores de riesgo moderado están sujetos a los limitados requisitos de detección más las visitas al sitio antes y después de la inscripción. Una vez que haya guardado la información en esta página, no podrá cambiar el Tipo de Proveedor. Confirme su selección antes de continuar.

Aceptar

4. En el campo de **Fecha Efectiva**, seleccione la fecha (o deje la fecha predeterminada) que desea que su inscripción a PRMP sea efectiva una vez aprobada.



Información Inicial de Inscripción

* Tipo de Inscripción	* Tipo de Proveedor	* Fecha Efectiva
Seleccione un valor ...	Seleccione un valor ...	24/10/2023



NOTA: Fechas de inscripción retroactivas solo se considerarán para aprobación si no exceden de 90 días en el pasado.

5. Complete las secciones restantes en la página de Información General.

- a. **Información de Proveedor** – Identifique información del proveedor que esté solicitando inscripción en PRMP.

Para un Individual Dentro de un Grupo, esta sección exhibe campos relacionados al individuo.



NOTA: Caracteres con acentos no serán aceptados en los campos de PEP.

Conteste las preguntas que se observan en la parte inferior de la sección de **Información de Proveedor**. Conteste las preguntas de “¿Está Ud. actualmente inscrito como proveedor?” y “¿Estuvo Ud. inscrito previamente como proveedor?” según el caso apropiado.

i. **Nueva Inscripción:**

- Si usted nunca ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP.

Seleccione **No** en las preguntas de inscripción previa e inscripción actual.

ii. **Inscripción Adicional:**

- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP.

Estos pasos son los más comunes si usted está:

- Añadiendo un nuevo Lugar de Servicio Primario que no fue originalmente incluido en su solicitud de nueva inscripción en PEP. Esto comúnmente ocurre si abre un nuevo lugar de servicio luego de su inscripción inicial.
- O
- Inscribiéndose con un tipo de inscripción diferente.

Debe tener en cuenta que, si se está inscribiendo con más de un tipo de inscripción, **debe esperar a que su primera solicitud de nueva inscripción sea aprobada** antes de enviar su segunda solicitud. Va a necesitar el número de identificación de proveedor que fue generado al aprobarse su primera solicitud para poder completar los siguientes pasos.

Seleccione **Sí** para la pregunta de inscripción actual.

¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?

Sí No

Haga clic en **No** en la ventana de revalidación observada.

¿Estás aquí para la revalidación? Si es así, haga clic en Sí. Se le enviará al menú Reanudar / Revalidar la inscripción donde puede ingresar el Número de Rastreo de la solicitud (ATN) incluido en su notificación de revalidación. El uso de ese número permite prellenado de la solicitud con su información actual.

No Sí

Al hacer esto, se le va a requerir añadir su identificador de proveedor actual en el nuevo campo observado. Este es el identificador de Medicaid (conocido por sus siglas en inglés MCD) que es listado en su carta de Bienvenida y está asociado con su inscripción de PEP previamente aprobada. Si tiene varios lugares de servicio, añada el MCD para cualquiera de los lugares de servicio activos. El MCD que se prefiere es el del lugar de servicio primario que termine en "00".

¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor? Sí No

Identificador de Proveedor Actual

Seleccione **No** para la pregunta de inscripción previa.

¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?

Sí No

iii. **Revalidación (Actualmente activo):**

- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
- Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP,
- Y
- Si usted ha recibido una carta solicitándole que revalide su inscripción.

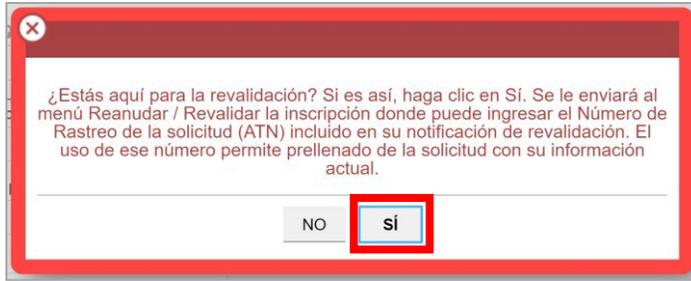
Esta carta va a incluir el ATN de su solicitud de nueva inscripción previamente aprobada; el ATN será utilizado para autocompletar información en su solicitud de revalidación de inscripción.

Seleccione **Sí** para la pregunta de inscripción actual.

¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?

Sí No

Haga clic en **Sí** en la ventana de revalidación observada.



NOTA: Si hace clic en “Sí” en la ventana nueva, será dirigido a la opción de **Reanudar/Revalidar Inscripción**. Esta opción es discutida en la **Sección 2.4 de la Guía de Navegación - Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)**.

iv. **Reinscripción (Actualmente inactivo):**

- Si usted fue anteriormente aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
- Y
- Si usted fue terminado y se encuentra actualmente inactivo en PRMP.

Debe solicitar su reinscripción.

Seleccione **No** para la pregunta de inscripción actual y **Si** para la pregunta de inscripción previa.

Al seleccionar Sí, se le va a requerir añadir su identificador de proveedor anterior en el nuevo campo observado. Este es el identificador de Medicaid (conocido por sus siglas en inglés MCD) que es listado en su carta de Bienvenida y está asociado con su inscripción de PEP previamente aprobada. Si tiene varios lugares de servicio, añada el MCD para cualquiera de los lugares de servicio activos. El MCD que se prefiere es el del lugar de servicio primario que termine en “00”.

Conteste la pregunta restante que pregunta si está inscrito en Medicare.

- b. **Información de Contacto** – Añada la información de contacto de la persona responsable de contestar preguntas relacionadas a la solicitud.

NOTA: Si está usando la opción de autocompletar campos de su navegador (“browser auto-fill settings”), verifique que la información añadida sea correcta.



DIRECCIÓN VÁLIDA: El sistema de PEP validará la dirección añadida en esta sección. Si el sistema encuentra una variación de la dirección, seleccione la dirección actualizada que aparecerá.

Número	Calle	Ciudad	Condado	Estado	País	Código Postal
1675	AVE PONCE DE LEON	SAN JUAN	SAN JUAN	PR	UNITED STATES	00909-1859

Si la dirección no es válida, observará la siguiente ventana:

Tenga en cuenta que las direcciones solo serán validadas por el USPS si siguen el siguiente orden: En la primera línea va el número de edificio o casa seguido por el nombre y o número de calle, y en la segunda línea va la urbanización, barrio o condado.

Ejemplo de dirección válida: 735 Ave Ponce de León Suite 710

Torre Hospital Auxilio Mutuo

San Juan PR 00917-5030

Ejemplo de dirección inválida: Torre Hospital Auxilio Mutuo

735 Ave Ponce de León Suite 710

San Juan PR 00917-5030

Haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Información General.

Información del Contacto

Título * Primer Apellido Segundo Apellido * Nombre Segundo Nombre Sufijo

* Dirección Línea 1 Dirección Línea 2

* Ciudad * Estado * País * Código postal

* Tipo de Teléfono * Número de teléfono Extensión de número ... Número de Fax

* Dirección de Correo Electrónico * Confirmar Dirección de Correo Electrónico

* Comunicación Preferida

Cancelar Guardar y Continuar



NOTA: Si sale de su inscripción antes de enviarla, la información que haya guardado se va a retener y podrá reanudar su solicitud donde la dejó.

Si desea salir de la solicitud sin guardar la información que añadió en la página, haga clic en el botón de Cancelar en la parte inferior izquierda.

* Comunicación Preferida

Seleccione un valor ...

CANCELAR

3.2 Especialidades

Referencia Rápida – Especialidades

Tabla 3 – Especialidades

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Especialidades. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir una o más Especialidades.	a. Para añadir una nueva especialidad, haga clic en Crear Nuevo. Una vez sea guardada, la especialidad se observará en el panel. b. Para editar una especialidad, haga clic en Editar al lado de la especialidad deseada y guarde los cambios.	Especialidades son añadidas.
2	Añadir Taxonomías Adicionales (de ser aplicable).	a. Para añadir una taxonomía, haga clic en Crear Nuevo. Una vez sea guardada, la taxonomía se observará en el panel. b. Para editar una taxonomía, haga clic en Editar al lado de la taxonomía deseada y guarde los cambios. Haga clic en Guardar y Continuar.	Taxonomías Adicionales son añadidas. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

1. Observará la página de Especialidades. El Tipo de Proveedor seleccionado en la página de Información General se observa en la parte superior de la sección de **Especialidades**.

The screenshot shows the 'Especialidades' section of a web application. At the top, there is a header 'Especialidades' with a minus sign. Below it, a message states: 'El tipo de proveedor seleccionado en la página anterior determina las especialidades disponibles. Una especialidad debe ser nombrada como primaria.' Underneath, there is a dropdown menu for 'Tipo de Proveedor' which is currently set to 'Asistente Médico'. To the right of the dropdown is a question mark icon. At the bottom right of the section, there is a button labeled 'Crear Nuevo'. Below the button is a table with the following columns: 'Especialidad', 'Taxonomía', 'Primaria', 'Fecha Efectiva', and 'Editar'.

- a. Para añadir una especialidad, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Especialidades y complete los campos requeridos en la ventana que observará.

This screenshot is identical to the one above, but the 'Crear Nuevo' button is highlighted with a red rectangular box to draw attention to it.

Campos requeridos (*)

Primaria

* Especialidad Seleccione un valor ...

* Taxonomía Seleccione un valor ...

* Fecha Efectiva

Cancelar Guardar

Una vez sea guardada, la especialidad se observará en el panel correspondiente.

Especialidades

El tipo de proveedor seleccionado en la página anterior determina las especialidades disponibles. Una especialidad debe ser nombrada como primaria.

Tipo de Proveedor
Transporte Médico no de Emergencia

Crear Nuevo

Especialidad	Taxonomía	Primaria	Fecha Efectiva	Editar
941-Transporte Médico no de Emergencia	343900000X-Transporte médico no de emergencia (VAN)	x	08/11/2023	



ESPECIALIDAD PRIMARIA REQUERIDA: Su solicitud debe tener una Especialidad Primaria para poder Guardar y Continuar al siguiente paso. Para escoger una especialidad como “primaria”, haga clic en la caja titulada “Primaria” en la ventana correspondiente a esa especialidad.

Primaria

- b. Para editar una especialidad añadida, haga clic en el botón de Editar al lado de la especialidad deseada y guarde los cambios.

Especialidades

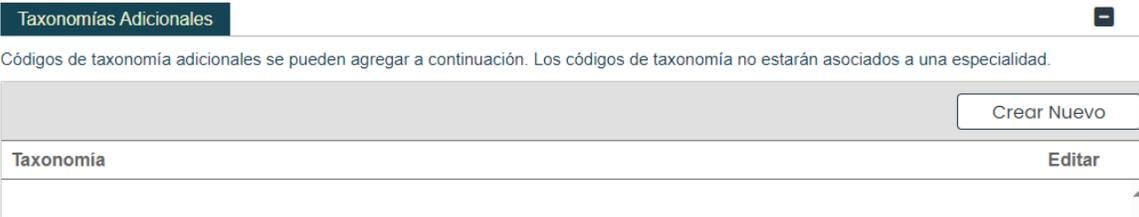
El tipo de proveedor seleccionado en la página anterior determina las especialidades disponibles. Una especialidad debe ser nombrada como primaria.

Tipo de Proveedor
Transporte Médico no de Emergencia

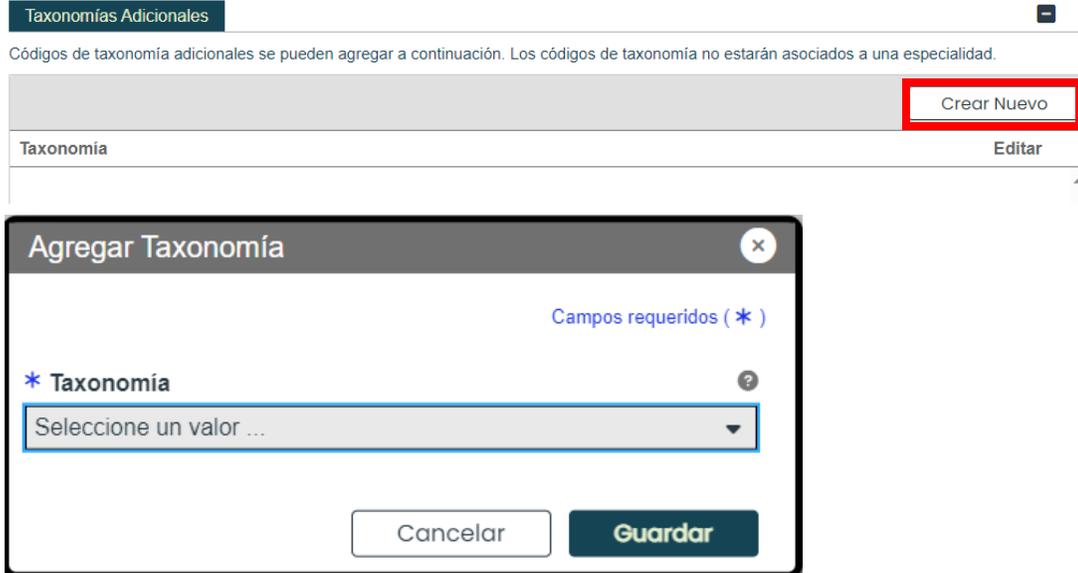
Crear Nuevo

Especialidad	Taxonomía	Primaria	Fecha Efectiva	Editar
941-Transporte Médico no de Emergencia	343900000X-Transporte médico no de emergencia (VAN)	x	08/11/2023	

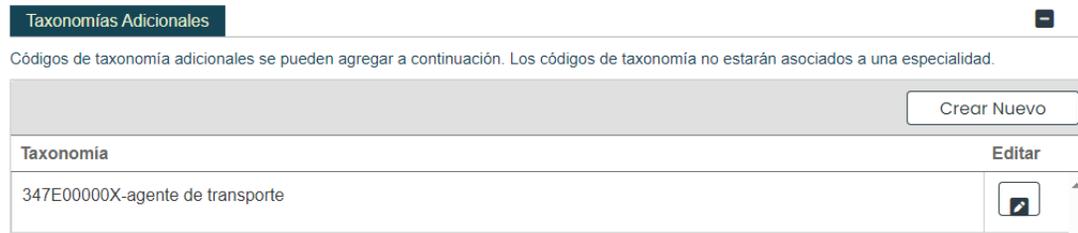
2. Taxonomías relacionadas pueden ser añadidas y editadas en la sección de **Taxonomías Adicionales de la página de Especialidades.**



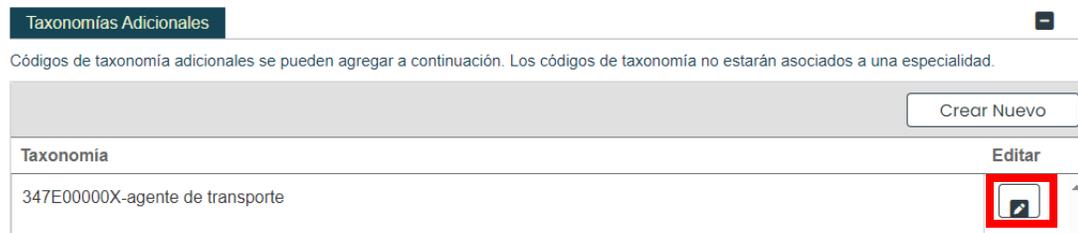
- a. Para añadir una nueva taxonomía, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Taxonomías Adicionales.



Una vez la taxonomía es seleccionada del listado desplegable en la ventana y guardada, la taxonomía se observará en el panel correspondiente.



- b. Para editar una taxonomía, haga clic en Editar al lado de la taxonomía deseada y guarde los cambios.



Haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Especialidades.

Taxonomías Adicionales -

Códigos de taxonomía adicionales se pueden agregar a continuación. Los códigos de taxonomía no estarán asociados a una especialidad.

Taxonomía	Editar
347E00000X-agente de transporte	

3.3 Referencia Rápida – Capacidades

Tabla 4 – Capacidades

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Capacidades. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir información de Capacidades.	<p>a. Para añadir información de capacidades, haga clic en Crear Nuevo y complete los campos requeridos en la ventana nueva mostrada. Una vez la información es guardada, la capacidad se observará en el panel.</p> <p>b. Para editar una capacidad añadida, haga clic en el botón de Editar al lado de la capacidad deseada y guarde los cambios.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar.</p>	<p>Información de capacidades es añadida y guardada.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p>

Pasos Detallados

1. Observará la página de Capacidades. Una capacidad es el conteo máximo de miembros de Medicaid para cada una de las especialidades de un proveedor dentro del municipio y estado.



- a. Para añadir una nueva capacidad, haga clic en **Crear Nuevo** y complete los campos requeridos en la ventana nueva mostrada.



Una vez la información sea guardada, la capacidad se observará en el panel correspondiente.



CAPACIDAD YA MOSTRADA: Algunas inscripciones muestran una capacidad parcialmente completada ya añadida en el panel de Capacidades, basado en la dirección del lugar de servicio y la especialidad. De encontrar esto en su inscripción, debe editar la capacidad añadida para suplir el conteo máximo de miembros de Medicaid.

Vea el próximo paso para instrucciones para editar una capacidad.

- b. Para editar una capacidad añadida, haga clic en el botón de **Editar** al lado de la capacidad deseada y guarde los cambios.

Estado	Condado	Tipo de Renuncia/...	Cantidad máxima ...	Editar
Puerto Rico	San Juan			

- c. Haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Capacidades.

Capacidad

Campos requeridos (*)

Estado	Condado	Tipo de Renuncia/...	Cantidad máxima ...	Editar
Puerto Rico	San Juan		2500	

Cancelar Anterior **Guardar y Continuar**

3.4 Organización

Referencia Rápida – Organización

Tabla 5 – Organización

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Organización. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir Detalles Organizacionales.	a. Complete los campos requeridos y relevantes en la sección de Detalles Organizacionales. Haga clic en Guardar y Continuar.	Se guardan los Detalles Organizacionales. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

1. Observará la página de Organización.
 - a. Complete los campos requeridos y relevantes en la sección de **Detalles Organizacionales**.

Detalles Organizacionales

Si su negocio está afiliado en cadena, la información sobre la compañía u organización debe ser incluida en la información de divulgación.
Si su empresa es operada por una empresa de gestión o arrendada (en su totalidad o en parte) por otra organización, la información sobre la empresa u organización de gestión debe incluirse en la información de divulgación.

* **Tipo de Organización**
Seleccione un valor ...

* **Clasificación Fiscal**
Seleccione un valor ...

Las entidades que hacen negocios en el Estado, a excepción de las asociaciones informales tales como empresas individuales o asociaciones generales, deben registrarse con el Secretario de Estado. Para obtener más información sobre el proceso de registro, visite el sitio web del Secretario de Estado en <https://www.estado.pr.gov/>

Registrado con el Secretario de Estado Fecha de Inicio Negocio

Incorporado Fecha de Incorporación

Cadena Afiliada

Operada por una Compañía de Administración

Corporación de Propiedad Nacional

Corporación Extranjera



DETALLES ORGANIZACIONALES: Los detalles organizacionales añadidos en este paso deben coincidir con la información que divulga al radicar sus planillas.

Si tiene preguntas acerca de la información que debe añadir en este paso, consulte con su contable o especialista de planillas.

- b. Haga clic en **Continuar y Guardar** en la parte inferior derecha para guardar la información de la página de Organización.

Detalles Organizacionales

Si su negocio está afiliado en cadena, la información sobre la compañía u organización debe ser incluida en la información de divulgación.
Si su empresa es operada por una empresa de gestión o arrendada (en su totalidad o en parte) por otra organización, la información sobre la empresa u organización de gestión debe incluirse en la información de divulgación.

* **Tipo de Organización** 
Seleccione un valor ... 

* **Clasificación Fiscal** 
Seleccione un valor ... 

Las entidades que hacen negocios en el Estado, a excepción de las asociaciones informales tales como empresas individuales o asociaciones generales, deben registrarse con el Secretario de Estado. Para obtener más información sobre el proceso de registro, visite el sitio web del Secretario de Estado en <https://www.estado.pr.gov/>

Registrado con el Secretario de Estado  **Fecha de Inicio Negocio** 
 

Incorporado  **Fecha de Incorporación** 
 

Cadena Afiliada 

Operada por una Compañía de Administración 

Corporación de Propiedad Nacional 

Corporación Extranjera 

3.5 Asociaciones

NOTA: La página de Asociaciones se observará basado en el Tipo de Proveedor y especialidad seleccionada en pasos anteriores. Si va a añadir Asociaciones Grupales a su solicitud de inscripción de Individual Dentro de un Grupo, necesitará su ID de Lugar de Proveedor del Programa de Medicaid Puerto Rico (PRMP) o su Identificador Nacional de Proveedor (NPI) para poder completar esta página. De ser necesario, puede ver las instrucciones en la **Sección 2.4** de la **Guía de Navegación – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** para reanudar su inscripción que haya sido comenzada.

Referencia Rápida – Asociaciones

Tabla 6 – Asociaciones

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Asociaciones. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añada asociaciones grupales.	<p>a. Haga clic en Crear Nuevo en la parte superior derecha del panel de Asociaciones de Individuos o de Grupos.</p> <p>b. Escriba el ID de Lugar de Proveedor o NPI de la asociación deseada en la ventana nueva y haga clic en Buscar.</p> <p>c. Haga clic en la asociación deseada de los Resultados de Búsqueda.</p> <p>d. Una vez la información sea guardada, la información de la asociación se observará en el panel.</p> <p>Haga clic en Guardar y Buscar.</p>	<p>Asociaciones son guardadas.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p>

Pasos Detallados

1. Observará la página de Asociaciones. Inscripciones para Individuales Dentro de un Grupo muestran un panel de Asociaciones de Grupo, el cual requiere la asociación a por lo menos un Grupo ya inscrito.

Asociaciones

- a. Para añadir una nueva asociación, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de **Asociación Grupal**.

- b. Escriba el ID de Lugar de Proveedor o NPI de la asociación deseada en la ventana nueva y haga clic en Buscar.



AÑADIR ASOCIACIONES: Asociaciones son limitadas a proveedores ya inscritos en el programa de Medicaid. Si un proveedor no se encuentra con las credenciales de búsqueda entrados, un mensaje de error se observará indicando que el número de proveedor entrado no es válido.

Si el proveedor con el cual se quiere asociar no está inscrito, contacte directamente a ese proveedor.

- c. Seleccione a la asociación deseada de los Resultados de Búsqueda. Esto abrirá una ventana nueva de Nueva Asociación Grupal con la data del grupo seleccionado. Guarde la información una vez termine.

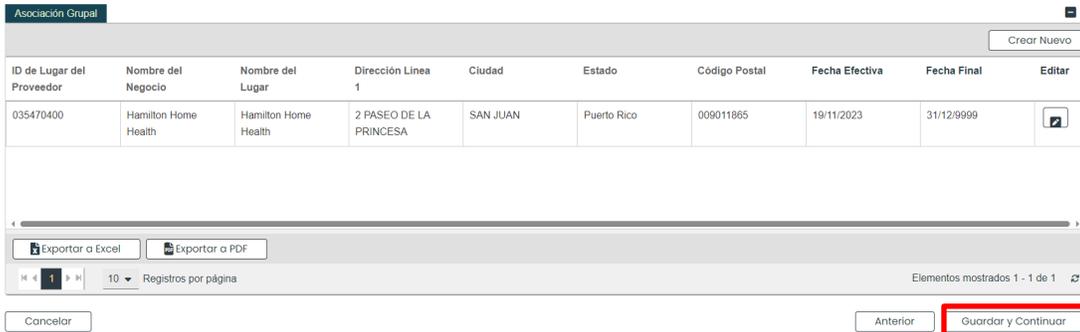
NPI	ID de Lugar	Nombre del Negocio	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
111111112	035470400	Hamilton Home Health	2 PASEO DE LA PRINCESA	SAN JUAN	Puerto Rico	009011865
111111112	035470500	Marstall MDG Inc.	1369 AVE ASHFORD	SAN JUAN	Puerto Rico	009071431
111111112	035558502	Back			Texas	770792678

- d. Una vez guardada, la información de la asociación se observará en el panel y se activan las opciones para Exportar a Excel o Exportar a PDF.



ID de Lugar del Proveedor	Nombre del Negocio	Nombre del Lugar	Dirección Línea 1	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
035470400	Hamilton Home Health	Hamilton Home Health	2 PASEO DE LA PRINCESA	SAN JUAN	Puerto Rico	009011865	19/11/2023	31/12/9999	

- e. Haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Asociaciones.



ID de Lugar del Proveedor	Nombre del Negocio	Nombre del Lugar	Dirección Línea 1	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
035470400	Hamilton Home Health	Hamilton Home Health	2 PASEO DE LA PRINCESA	SAN JUAN	Puerto Rico	009011865	19/11/2023	31/12/9999	

Exportar a Excel Exportar a PDF

10 Registros por página Elementos mostrados 1 - 1 de 1

Cancelar Anterior **Guardar y Continuar**

3.6 Acreditaciones

NOTA: La información recopilada en esta página podrá variar, basado en el tipo de proveedor y especialidad seleccionados en pasos anteriores.

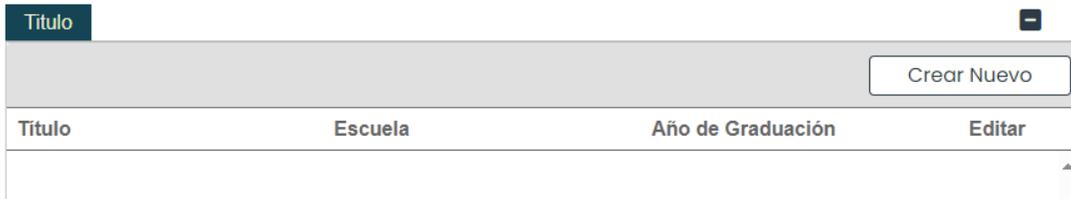
Referencia Rápida – Acreditaciones

Tabla 7 – Acreditaciones

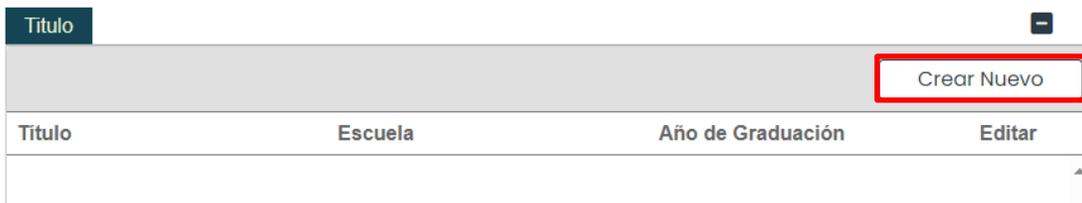
Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Acreditaciones. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir Información de Acreditación.	Complete la información requerida para cualquiera de las siguientes secciones que se presente: a. Título b. Licencia c. Participación de Medicare d. Programa de Medicaid e. DEA f. Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico Haga clic en Guardar y Continuar.	Acreditaciones son añadidas y guardadas. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

- Observará la página de Acreditaciones. La siguiente información de acreditaciones puede ser recopilada para un Individual Dentro de un Grupo:
 - Título** – Requerido para la mayoría de las inscripciones de Individuales Dentro de un Grupo.



Para añadir un nuevo grado, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Grado y complete los campos requeridos en la ventana nueva mostrada. Una vez sea guardada la información, observará el grado en el panel.



Para editar un grado añadido, haga clic en el botón de **Editar** al lado del grado deseado y guarde los cambios.

Título			
Título	Escuela	Año de Graduación	Editar
Doctorado en medicina	Universidad de Alicante	2004	

b. **Licencia** – Añada una licencia en cumplimiento con el mismo estado del lugar de servicio.

Licencia					
Número de Licencia	Estado Emisor	Junta Emisora	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar



INFORMACIÓN DE LICENCIA: En este panel, debe añadir solamente información de licencias médicas que tenga el proveedor siendo inscrito en la solicitud.

Para añadir una nueva licencia, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de licencias y complete los campos requeridos en la ventana mostrada.

Licencia					
Número de Licencia	Estado Emisor	Junta Emisora	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar

Agregar Licencia

Campos requeridos (*)

* Número de Licencia

* Estado de Emisión

* Junta Emisora

* Fecha Efectiva

* Fecha Final

Cancelar Guardar



JUNTA DE EMISIÓN: La información de Junta de Emisión vendrá directamente de la licencia emitida por la Junta, el Estado o la Entidad apropiada.

Una vez sea guardada la información, la licencia se observará en el panel correspondiente.

Para editar una licencia añadida, haga clic en el botón de **Editar** al lado de la licencia deseada y guarde los cambios.

Licencia -

Se requiere al menos un registro. El proveedor no puede guardar y continuar hasta que se añada un registro.

Número de Licencia	Estado Emisor	Junta Emisora	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
65656453535	Puerto Rico	OTHER - otro	19/11/2020	19/11/2026	



AÑADIR VARIAS LICENCIAS: Puede añadir más de una licencia al panel de Licencias de ser necesario.

Repita los pasos anteriores para añadir más licencias.

- c. **Programa de Medicaid** – Indique si está inscrito en programas de Medicaid de otros estados, seleccionando “Sí” o “No”.

Programa de Medicaid -

* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por fa... ?

Sí No

Si selecciona “Sí,” observará un nuevo panel para que indique en qué Programas Estatales de Medicaid está actualmente inscrito.

Programa de Medicaid -

* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por fa... ?

Sí No

[Crear Nuevo](#)

Programa	Estado	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
----------	--------	----------------	-------------	--------

Haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Programa de Medicaid y complete los campos requeridos en la ventana observada.

Programa de Medicaid

* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por fa... ?

Sí No

Crear Nuevo

Programa	Estado	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
----------	--------	----------------	-------------	--------

Agregar Programa de Medicaid

Campos requeridos (*)

* Programa ? * Estado ? * Fecha efectiva ? * Fecha final ?

Seleccione un

Cancelar Guardar

Una vez la información sea guardada, se observará la información de Programas Medicaid en el panel correspondiente.

Para editar un programa de Medicaid añadido, haga clic en el botón de **Editar** al lado del programa deseado y guarde los cambios.

Programa de Medicaid

* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid... ?

Sí No

Crear Nuevo

Programa	Estado	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Ejemplo	Puerto Rico	19/11/2023	19/11/2028	



AÑADIR VARIOS PROGRAMAS: Puede añadir más de un programa al panel de Programas Medicaid de ser necesario.

Repita los pasos anteriores para añadir más programas.

- d. **DEA** – Añada información de su número de Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Agency).



The screenshot shows a web interface for managing DEA licenses. At the top left is a dark blue tab labeled 'DEA'. Below it is a table with the following headers: 'Número DEA', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. The table body is currently empty. In the top right corner of the table area, there is a button labeled 'Crear Nuevo'.

Para añadir una nueva licencia de DEA, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de DEA y complete los campos requeridos en la ventana observada.



This screenshot is identical to the previous one, but the 'Crear Nuevo' button in the top right corner is highlighted with a red rectangular border.



The screenshot shows a modal window titled 'Agregar DEA'. It contains three required input fields: '* Número DEA', '* Fecha Efectiva', and '* Fecha Final'. The 'Número DEA' field is highlighted with a blue border. The 'Fecha Efectiva' and 'Fecha Final' fields include calendar icons. At the bottom of the modal are two buttons: 'Cancelar' and 'Guardar'.

Una vez la información sea guardada, el número se observará en el panel de DEA.

Para editar una entrada en el panel de DEA, haga clic en el botón de **Editar** al lado de la entrada deseada y guarde los cambios.

DEA			
Crear Nuevo			
Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AP5836727	15/11/2020	15/11/2025	

- e. **Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico** – Indique si usted prescribe y/o dispensa sustancias controladas en Puerto Rico, seleccionando “Sí” o “No”.

Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico (antes ASSMCA)

¿Usted prescribe sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

¿Usted dispensa sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

Si selecciona “Sí” para cualquiera de las preguntas, observará un nuevo panel para que agregue su Número de Registro.

Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico (antes ASSMCA)

¿Usted prescribe sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

[Crear Nuevo](#)

Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
--------------------	----------------	-------------	--------

¿Usted dispensa sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

[Crear Nuevo](#)

Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
--------------------	----------------	-------------	--------

Haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel y complete los campos requeridos en la ventana observada.

Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico (antes ASSMCA)

¿Usted prescribe sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

[Crear Nuevo](#)

Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
--------------------	----------------	-------------	--------

Una vez la información sea guardada, el Número de Registro se observará en el panel.

Para editar una entrada en el panel, haga clic en el botón de **Editar** al lado de la entrada deseada y guarde los cambios.

Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico (antes ASSMCA)

¿Usted prescribe sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

Crear Nuevo

Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AB123456	19/11/2023	19/11/2026	



AÑADIR VARIOS NÚMEROS DE REGISTRO: Puede añadir más de un número de registro a los paneles de Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico de ser necesario.

Repita los pasos anteriores para añadir más números de registro.

Una vez todas las acreditaciones sean añadidas, haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Acreditaciones.

¿Usted dispensa sustancias controladas en Puerto Rico?

Sí No

Crear Nuevo

Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AB963214	19/11/2023	19/11/2026	

Cancelar Anterior **Guardar y Continuar**

3.7 Tipo de Proveedor

La página de Tipo de Proveedor se observará si el Tipo de Proveedor y especialidad escogida en pasos anteriores requieren que se añada información adicional a su inscripción. Si esta página no está incluida en su solicitud, puede continuar a la [Sección 3.8 Otro](#) para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

NOTA: La información exhibida en esta página será una combinación de diferentes paneles, basado en el Tipo de Proveedor y especialidad escogida en pasos anteriores.

Referencia Rápida – Tipo de Proveedor

Tabla 8 – Tipo de Proveedor

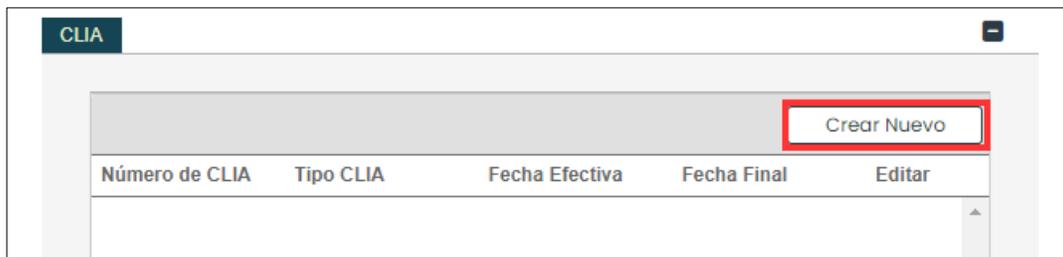
Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Tipo de Proveedor. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir información de Tipo de Proveedor.	Complete la información requerida para los paneles mostrados: a. CLIA b. Médico Colaborador Haga clic en Guardar y Continuar.	Información de Tipo de Proveedor es añadida y guardada. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

1. Observará la página de Tipo de Proveedor. Las siguientes secciones de tipo de proveedor pueden ser mostradas para inscripciones de Individuales Dentro de un Grupo.
 - a. **CLIA (Certified Laboratory Improvement Amendments)** – Requerido para proveedores que cobran servicios de laboratorio.



Para añadir una nueva entrada de Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos (conocido como CLIA por sus siglas en inglés), haga clic en **Crear Nuevo** en el panel de CLIA y complete los campos requeridos en la ventana nueva observada.



Agregar CLIA

Campos requeridos (*)

* Número de CLIA

* Tipo CLIA

Seleccione un valor ...

* Fecha Efectiva

* Fecha Final

Cancelar Guardar

Una vez sea guardada, la información se observará en el panel de CLIA.

Para editar una entrada de CLIA, haga clic en el botón de **Editar** al lado de la entrada deseada y guarde los cambios.

CLIA

Crear Nuevo

Número de CLIA	Tipo CLIA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
1908675309	3 - Acreditacion	01/11/2023	01/11/2033	

- b. **Médico Colaborador** – Observará esta sección si el tipo de proveedor, por reglas estatales de elegibilidad, debe tener un médico supervisor o colaborador.

Complete los campos mostrados en esta sección.

Médico Colaborador

Si se registra a un practicante de enfermería independiente, médico o enfermera partera, el Nombre y NPI del médico colaborador/supervisor debe ser indicado a continuación.

Título

* Apellido

* Nombre

Segundo Nombre

Sufijo

* NPI

Una vez todas las secciones sean completadas, haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Tipo de Proveedor.

Médico Colaborador

Si se registra a un practicante de enfermería independiente, médico o enfermera partera, el Nombre y NPI del médico colaborador/supervisor debe ser indicado a continuación.

Título

* Apellido

* Nombre

Segundo Nombre

Sufijo

* NPI

1265493001

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar



LOCALIZACIÓN DEL BOTÓN DE GUARDAR Y CONTINUAR: El panel o la sección debajo del cual se encuentra el botón de Guardar y Continuar va a variar dependiendo del tipo de proveedor seleccionado.

3.8 Otro

NOTA: La información recopilada en esta página puede variar basado en el tipo de proveedor y especialidad seleccionada en pasos anteriores.

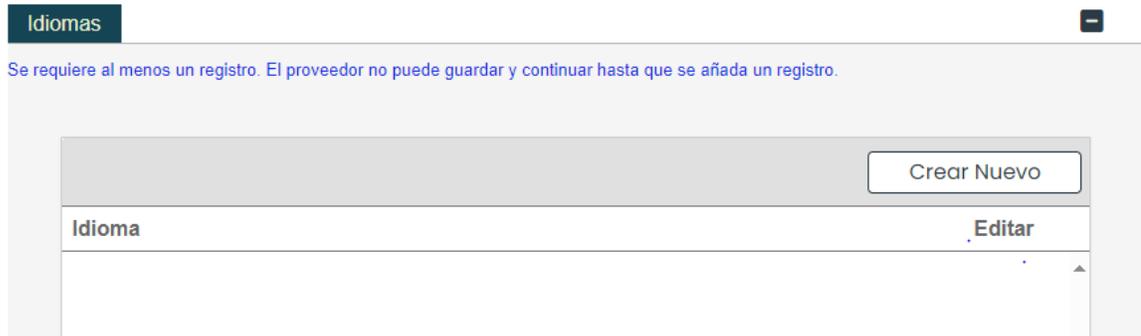
Referencia Rápida – Otro

Tabla 9 – Otro

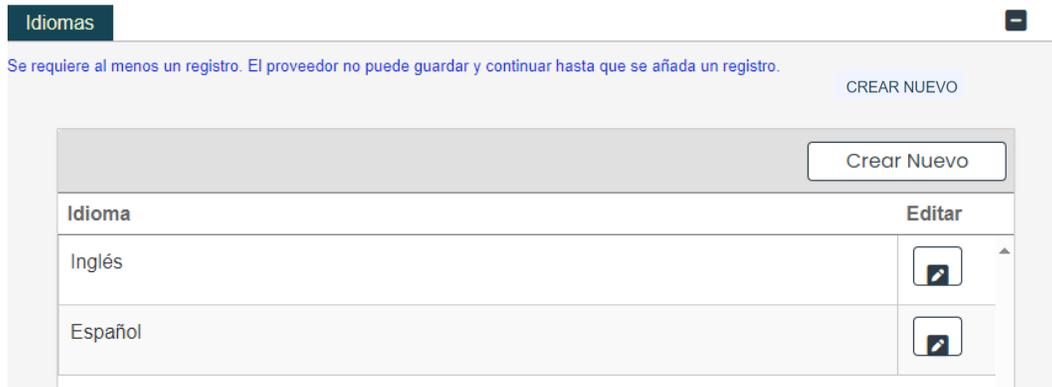
Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Otro. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir Otra información.	Complete la información requerida para los paneles mostrados: a. Idiomas b. Certificaciones c. Información Adicional d. Información de Negligencia Profesional e. Información de Demandas por Negligencia Profesional Haga clic en Guardar y Continuar.	Otra información es añadida y guardada. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

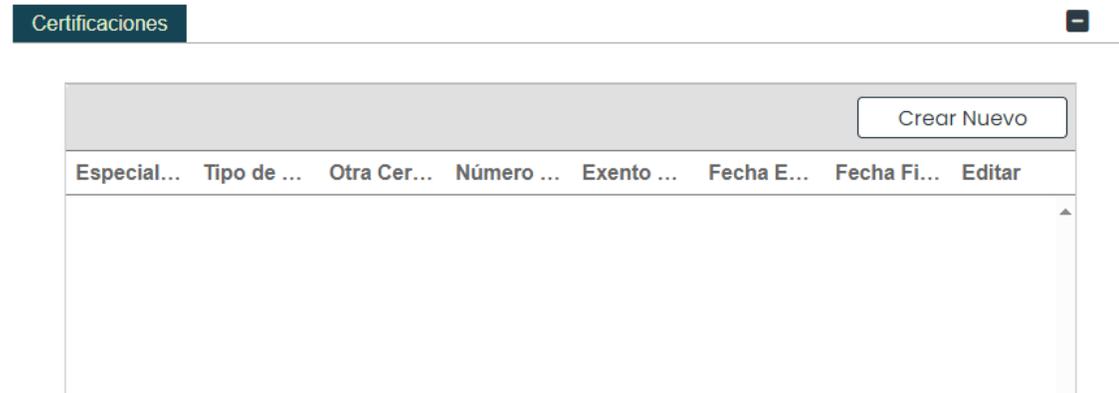
1. Observará la página de Otro. La siguiente información que puede ser recopilada en esta página para inscripciones de Individuales Dentro de un Grupo.
 - a. **Idiomas** – Para añadir un nuevo idioma, haga clic en Crear Nuevo en la parte superior derecha del panel de Idiomas y seleccione el idioma aplicable de la lista desplegable en la ventana nueva mostrada.



Una vez sea guardado, el idioma se observará en el panel correspondiente.



- b. **Certificaciones** – Para añadir una nueva certificación, haga clic en Crear Nuevo en la parte superior derecha del panel de Certificaciones y complete los campos requeridos en la ventana nueva mostrada.



Una vez sea guardada, la información de certificación se observará en el panel correspondiente.

Certificaciones

Crear Nuevo

Especial...	Tipo de ...	Otra Cer...	Número ...	Exento ...	Fecha E...	Fecha Fi...	Editar
941- Transporte Médico no de Emerge...	Other	Ejemplo	123456	x	08/11/20...	08/11/20...	

- c. **Información Adicional** – Escriba el **URL** para la página web de su proveedor. Esta sección es opcional.

Información Adicional

Por favor ingrese la dirección del sitio web del proveedor a continuación. Debe comenzar con "http:" o "https:" seguido de una dirección válida.

URL del sitio web del proveedor

- d. **Información de Negligencia Profesional** – Para añadir nueva información de negligencia profesional, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel y complete los campos requeridos en la ventana nueva observada.

Información de Negligencia Profesional

Se requiere al menos un registro. El proveedor no puede guardar y continuar hasta que se añada un registro.

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

Crear Nuevo

Tipo de ...	Nombre ...	Cantida...	Cantida...	Número ...	Fecha Ef...	Fecha Fi...	Editar
Respons...	Empresa Ejemplo	250000	25000	2863726...	08/11/2023	08/11/2026	

Una vez sea guardada, la información se observará en el panel correspondiente.

Información de Negligencia Profesional

Se requiere al menos un registro. El proveedor no puede guardar y continuar hasta que se añada un registro.

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

Crear Nuevo

Tipo de ...	Nombre ...	Cantida...	Cantida...	Número ...	Fecha Ef...	Fecha Fi...	Editar
Respons...	Empresa Ejemplo	250000	25000	2863726...	08/11/2023	08/11/2026	

- e. **Información de Demandas por Negligencia Profesional** – Seleccione **Sí** o **No** para responder la pregunta sobre demandas actuales y pasadas por negligencia profesional.

Si selecciona **No**, no se le requiere más información.

¿Está actualmente o ha estado involucrado en los últimos 5 años en una demanda por negligencia profesional o una reclamación en la que se trató su atención y tratamiento de un paciente, incluidos los casos o reclamaciones pendientes o descartados resueltos antes o durante el juicio o resueltos para evitar una demanda?

Nota: Ingrese toda la información en este panel, sin embargo, si tiene un alto volumen de casos o reclamos, debe ingresar el caso más reciente en esta sección y proporcionar un documento detallado con una lista de todos los otros casos o reclamos dentro del período de 5 años en la sección de información adicional / archivos adjuntos.

Sí No

Si selecciona **Sí**, observará un panel para recopilar la información de las demandas por negligencia. Para añadir la información, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel y complete los campos requeridos en la ventana nueva observada.

¿Está actualmente o ha estado involucrado en los últimos 5 años en una demanda por negligencia profesional o una reclamación en la que se trató su atención y tratamiento de un paciente, incluidos los casos o reclamaciones pendientes o descartados resueltos antes o durante el juicio o resueltos para evitar una demanda?

Nota: Ingrese toda la información en este panel, sin embargo, si tiene un alto volumen de casos o reclamos, debe ingresar el caso más reciente en esta sección y proporcionar un documento detallado con una lista de todos los otros casos o reclamos dentro del período de 5 años en la sección de información adicional / archivos adjuntos.

Sí No

Nombre del p...	Número de P...	Su estado en ...	El demandant...	Reclamo de e...	Editar

Agregar Información de Negligencia Profesional

Campos requeridos (*)

* Nombre del Paciente/Demandante ?
 Nombre del paciente
 Nombre del demandante

* Nombre del paciente ?
[Campo de texto]

* Su participaci... ? * Fecha del Incid... ? * Su estado en el ... ? * Fecha de reclamo ?
Seleccione un valor [Fecha] Seleccione un valor [Fecha]

* Responsable de... ? * Número de telef... ? * Número de Póliza ? Acusados adicion... ?
[Campo de texto] [Campo de texto] [Campo de texto] [Campo de texto]

* Describe las acusaciones en tu contra ? * Describa la supuesta lesión al paciente ?
[Campo de texto] [Campo de texto]

* El demandante / demandante presentó un... ?
 Sí No

Número de Caso del Tribunal Estatal ? Estado ? Condado ?
[Campo de texto] Seleccione un valor Seleccione un valor

Número de Caso de la Corte Federal ? Distrito ?
[Campo de texto] [Campo de texto]

* Reclamo de estado ?
Seleccione un valor ...

Una vez sea guardada, la información de la demanda se observará en el panel correspondiente.

Una vez se completen todas las secciones requeridas, haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Otro.

Información de Negligencia Profesional



Se requiere al menos un registro. El proveedor no puede guardar y continuar hasta que se añada un registro.

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

Crear Nuevo							
Tipo de ...	Nombre ...	Cantida...	Cantida...	Número ...	Fecha Ef...	Fecha Fi...	Editar
Respons... General Integral	Empresa Ejemplo	250000	25000	2863726...	08/11/2023	08/11/2026	

¿Está actualmente o ha estado involucrado en los últimos 5 años en una demanda por negligencia profesional o una reclamación en la que se trató su atención y tratamiento de un paciente, incluidos los casos o reclamaciones pendientes o descartados resueltos antes o durante el juicio o resueltos para evitar una demanda?

Nota: Ingrese toda la información en este panel, sin embargo, si tiene un alto volumen de casos o reclamos, debe ingresar el caso más reciente en esta sección y proporcionar un documento detallado con una lista de todos los otros casos o reclamos dentro del período de 5 años en la sección de información adicional / archivos adjuntos.

Sí No

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

3.9 Divulgaciones

Referencia Rápida – Divulgaciones

Tabla 10 – Divulgaciones

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Otro. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Completar los formularios de divulgación.	<p>a. Complete los formularios de divulgación haciendo clic en el botón de Crear Nuevo al lado de cada formulario.</p> <p>b. Para editar o eliminar un formulario, haga clic en el nombre del formulario deseado y luego el botón de Editar en la ventana observada.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar una vez todos los formularios sean completados.</p>	<p>Los formularios de divulgación son completados.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p>

Pasos Detallados

1. La página de Divulgaciones exhibe los formularios requeridos para su solicitud de nueva inscripción.

Detalles de Divulgación

DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD

Esta declaración explica el uso y la divulgación de información sobre proveedores y la autoridad y los propósitos para los cuales se pueden solicitar y usar los números de identificación del contribuyente, incluidos los Números de Seguro Social (SSN) y las Fechas de Nacimiento (DOB).

Cualquier información proporcionada en relación con la inscripción del proveedor se utilizará para verificar la elegibilidad para participar como proveedor y para fines de la administración del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP). Esta información también se utilizará para garantizar que no se realizarán pagos a los proveedores que están excluidos de la participación. También se puede proporcionar cualquier información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del DHHS de EE. UU., El Servicio de Impuestos Internos, la Oficina del Fiscal General de Puerto Rico, la Unidad de Control de Fraudes de Medicaid u otras agencias federales, estatales o local, según corresponda.

Proporcionar esta información es obligatoria para poder inscribirse como proveedor con PRMP, de conformidad con la Ley 42 CFR § 455 y CFR § 438. El no enviar la información solicitada puede resultar en una denegación de la inscripción como proveedor o la denegación de la continuidad de la inscripción como proveedor y la desactivación de todos los números de proveedor utilizados por el proveedor para obtener fondos de Medicaid.

PROPIEDAD/CONTROL DE INTERÉS

La ley federal requiere que las personas y entidades con propiedad, control, administración o relación comercial presenten un formulario de divulgación separado para cada entidad o persona afiliada al proveedor. Para obtener más información sobre los requisitos federales de divulgación, consulte la Ley 42 CFR, § 455.100-106, 42 CFR § 455.436 y 42 CFR § 1002.3, y la Ley CFR § 438.602 (b).

Note que su lista de formularios de divulgación puede variar a los siguientes ejemplos, ya que los formularios requeridos se basan en las respuestas provistas a lo largo de su proceso de inscripción. Formularios de divulgación que no apliquen a su inscripción no serán mostrados en su lista.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista.

Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de "No". Si responde "Sí" a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Administración de Empleados	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Transacción de negocios	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>

- a. Para comenzar a completar un formulario de divulgación haga clic en el botón de **Crear Nuevo** al lado del formulario deseado.

Algunos formularios de divulgación permiten que más de un formulario sea completado. El botón de **Crear Nuevo** se mantendrá activado si el formulario puede ser completado nuevamente.

Por ejemplo, si hay más de un dueño con participación mayoritaria, se necesitará un formulario separado para cada dueño. Haga clic en **Crear Nuevo** para completar un formulario adicional para cada dueño con participación mayoritaria.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista.

Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de "No". Si responde "Sí" a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Administración de Empleados	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Transacción de negocios	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>

Los detalles del formulario de divulgación se observarán en una ventana nueva. Complete todos los campos en el formulario.

Ejemplo: Auto Divulgación del Proveedor

Agregar Auto Divulgación del Proveedor

Campos requeridos (*)

Los proveedores deben responder todas las preguntas en este formulario. Para preguntas que no sean aplicables, seleccione una respuesta de "No".

Título Apellido Legal Primer Apellido Segundo Ape... Nombre Segundo No...

Apellido Legal: Last Primer Apellido: Last Segundo Ape...: Segundo No...: First

Sufijo SSN Fecha de Nacimiento

SSN: 898-98-9893

Licencia

* ¿Alguna vez se ha tomado alguna medida contra su licencia o certificación, por parte de algún estado o junta directiva de certificación en los últimos 10 años?

Sí No

* ¿Ha habido cambios en su licencia, registro o certificación en los últimos 10 años?

Sí No



CAMPOS ADICIONALES EN EL FORMULARIO: Si se selecciona "Sí" en cualquier pregunta del formulario, un campo o panel adicional se observará para añadir más información.

Una vez se complete el formulario, haga clic en **Guardar**.

Condenas de Delitos Penales

* ¿Ha sido condenado el proveedor por una ofensa criminal relacionada con su participación en algún programa bajo Medicare, Medicaid o el programa de servicios del Título XX desde el inicio de esos programas?

Si No

* Descripci... * Fecha de ... * Jurisdicci...

Cancelar **Guardar**

Cuando se guarde el formulario, el estado del formulario cambia a “Terminado.”

- b. Para editar o eliminar un formulario de divulgación completado, haga clic en el nombre del formulario deseado.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista.

Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de “No”. Si responde “Si” a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Terminado	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Administración de Empleados	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Transacción de negocios	Nuevo	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>

Observará una ventana nueva que muestra todos los formularios que ha completado para ese tipo de divulgación. Si ha completado más de un formulario, observará varios formularios listados.



Haga clic en el botón de **Editar** al lado del formulario deseado.



El formulario completado se observa en una ventana nueva. Aquí puede editar cualquier campo que había previamente completado.

Editar Auto Divulgación del Proveedor

Campos requeridos (*)
Los proveedores deben responder todas las preguntas en este formulario. Para preguntas que no sean aplicables, seleccione una respuesta de "No".

Título Apellido Legal Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Segundo Nombre
Last Last First

Sufijo SSN Fecha de Nacimiento
569-03-0303

Licencia

* ¿Alguna vez se ha tomado alguna medida contra su licencia o certificación, por parte de algún estado o junta directiva de certificación en los últimos 10 años?
 Sí No

* ¿Ha habido cambios en su licencia, registro o certificación en los últimos 10 años?
 Sí No

Afiliaciones

* ¿Alguna acción ha sido tomada contra sus privilegios médicos o alguna otra asociación, por parte de algún hospital, institución de salud o junta directiva?
 Sí No

* ¿Alguna vez ha retirado voluntariamente sus privilegios en base a alguna acción por parte de un hospital, una institución de salud o una junta directiva?
 Sí No

Eliminar Cancelar **Guardar**

Para guardar la información editada, diríjase a la parte de abajo de la ventana y haga clic en **Guardar** en la parte inferior derecha.

Condenas de Delitos Penales

* ¿Ha sido condenado el proveedor por una ofensa criminal relacionada con su participación en algún programa bajo Medicare, Medicaid o el programa de servicios del Título XX desde el inicio de esos programas?
 Sí No

Eliminar Cancelar **Guardar**

- c. Una vez todos los formularios sean terminados, haga clic en Guardar y Continuar en la parte inferior derecha para guardar la página de Divulgaciones.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista.

Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de "No". Si responde "Sí" a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Terminado	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Divulgación del Subcontratista	Terminado	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Propiedad y Control de Intereses	Terminado	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Administración de Empleados	Terminado	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>
Transacción de negocios	Terminado	<input type="button" value="Crear Nuevo"/>



GUARDAR Y CONTINUAR: Todos los formularios requeridos deben mostrar el estado de "Terminado" para guardar la página de Divulgaciones y continuar al próximo paso de inscripción.

Si hay formularios requeridos incompletos, no se le permitirá continuar al próximo paso.

3.10 Archivos Adjuntos

Referencia Rápida – Archivos Adjuntos

Tabla 12 – Archivos Adjuntos

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Archivos Adjuntos. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Adjuntar archivos a la solicitud.	<p>a. Adjunte los archivos requeridos en la parte superior de la sección haciendo clic en el botón de Crear Nuevo y completando los campos requeridos en la ventana nueva mostrada. Una vez los archivos se adjunten, la información del archivo se observará y el requisito se marca como completado.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar.</p>	Archivos son adjuntados y guardados. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

1. Observará la página de Archivos Adjuntos.

Archivos Adjuntos

Campos requeridos (*)

Tipo de Proveedor Especialidad

Información Adicional

Su tipo de proveedor y especialidad pueden requerir información adicional.

Si se le requiere adjuntar el Formulario de Consentimiento del Proveedor, haga clic [Aquí](#) para descargar el formulario.

Si tiene un alto volumen de casos o reclamaciones por negligencia profesional, proporcione un documento detallado con una lista de los otros casos o reclamaciones dentro del período de 5 años utilizando el tipo de archivo adjunto llamado **lista de demandas o reclamaciones por negligencia profesional**.

Si se trata de un Cambio de Propiedad (CHOW, por sus siglas en inglés), adjunte el contrato de compraventa y una carta que explique que se trata de un CHOW, la cual incluya el NPI y la identificación de Medicaid del propietario anterior, y la fecha de efectividad del cambio de propiedad. Utilice el tipo de archivo adjunto **Cambio de propiedad (CHOW)**.

Si la solicitud de inscripción es de Facilidad, Grupo o proveedor Atípico y se está inscribiendo como empresa con número de identificador de empleador (EIN), no es requerido el formulario de consentimiento. Por favor suba una declaración de que se está inscribiendo como facilidad, grupo o proveedor Atípico y que no es requerido el consentimiento como proveedor individual.

Adjuntos Requeridos

A continuación se muestra la lista de archivos adjuntos necesarios. Envíe toda la documentación requerida para continuar con la inscripción.

Tipo de Archivo Adjunto	Requisito cumplido
Formulario de Consentimiento del Proveedor	NO
Seguro de Responsabilidad Pública	NO
Certificación del Departamento de Transportación y Obras Públicas y de	NO

La sección de **Información Adicional** exhibe la documentación adicional requerida basada en información provista en páginas anteriores de su inscripción.

Ejemplo: Información Adicional

Información Adicional

Su tipo de proveedor y especialidad pueden requerir información adicional.

Si se le requiere adjuntar el Formulario de Consentimiento del Proveedor, haga clic [Aquí](#) para descargar el formulario.

Si tiene un alto volumen de casos o reclamaciones por negligencia profesional, proporcione un documento detallado con una lista de los otros casos o reclamaciones dentro del período de 5 años utilizando el tipo de archivo adjunto llamado **lista de demandas o reclamaciones por negligencia profesional**.

Si se trata de un Cambio de Propiedad (CHOW, por sus siglas en inglés), adjunte el contrato de compraventa y una carta que explique que se trata de un CHOW, la cual incluya el NPI y la identificación de Medicaid del propietario anterior, y la fecha de efectividad del cambio de propiedad. Utilice el tipo de archivo adjunto **Cambio de propiedad (CHOW)**.

Si la solicitud de inscripción es de Facilidad, Grupo o proveedor Atípico y se está inscribiendo como empresa con número de identificador de empleador (EIN), no es requerido el formulario de consentimiento. Por favor suba una declaración de que se está inscribiendo como facilidad, grupo o proveedor Atípico y que no es requerido el consentimiento como proveedor individual.

Archivos requeridos para su tipo de proveedor y especialidad se observarán en la sección de **Adjuntos Requeridos**. La columna de “Requisito cumplido” muestra un “No” si el archivo listado no ha sido adjunto.

Adjuntos Requeridos

A continuación se muestra la lista de archivos adjuntos necesarios. Envíe toda la documentación requerida para continuar con la inscripción.

Tipo de Archivo Adjunto	Requisito cumplido
Formulario de Consentimiento del Proveedor	NO
Seguro de Responsabilidad Pública	NO
Certificación del Departamento de Transportación y Obras Públicas y de la Comisión de Servicio Público para cada unidad	NO

- a. Para adjuntar un archivo, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Detalle de Archivos Adjuntos.

Detalle de Archivos Adjuntos

Crear Nuevo

Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar
No se encontraron registros.			

Complete los campos requeridos en la ventana nueva observada y adjunte el archivo.



TIPOS DE ARCHIVOS ACEPTADOS: *Tipos de archivos actualmente aceptados incluyen .xlsx, .xls, .docx, .doc, .png, .txt, .jpg, .pdf, .gif y .zip.*

Una vez sea guardado, el archivo adjunto se observará en el panel correspondiente.

Detalle de Archivos Adjuntos -

Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar
Sólo electrónico	Formulario Federal W-9	Federal W-9 Form.docx	
Sólo electrónico	Formulario de Consentimiento del Proveedor	Formulario de Consentimiento del Proveedor.docx	
Sólo electrónico	Seguro de Responsabilidad Pública	Seguro de Responsabilidad Publica.docx	

En el panel de Adjuntos Requeridos, la columna de “Requisito cumplido” de un archivo cambia de “No” a “Sí” una vez el archivo sea adjuntado a la solicitud.

Adjuntos Requeridos -

A continuación se muestra la lista de archivos adjuntos necesarios. Envíe toda la documentación requerida para continuar con la inscripción.

Tipo de Archivo Adjunto	Requisito cumplido
Formulario de Consentimiento del Proveedor	Si
Seguro de Responsabilidad Pública	Si
Certificación del Departamento de Transportación y Obras Públicas y de la Comisión de Servicio Público para cada unidad	Si

- b. Haga clic en **Guardar y Continúa** en la parte inferior derecha para guardar la página de Archivos Adjuntos.

Detalle de Archivos Adjuntos -

Crear Nuevo

Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar
Sólo electrónico	Formulario Federal W-9	Federal W-9 Form.docx	
Sólo electrónico	Formulario de Consentimiento del Proveedor	Formulario de Consentimiento del Proveedor.docx	
Sólo electrónico	Seguro de Responsabilidad Pública	Seguro de Responsabilidad Publica.docx	

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

F



GUARDAR Y CONTINUAR: Todos los archivos requeridos deben ser adjuntados antes de poder guardar la página de Archivos Adjuntos y continuar al próximo paso de la solicitud.

3.11 Acuerdo/Enviar

Referencia Rápida – Acuerdo/Enviar

Tabla 13 – Acuerdo/Enviar

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Acuerdo/Enviar. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Aceptar Términos y Condiciones.	Haga clic en Proceder para aceptar los términos y condiciones.	Acuerdo de Proveedor se observará en formato PDF.
2	Aceptar Acuerdo de Proveedor.	Lea el Acuerdo de Proveedor y haga clic en Estoy de Acuerdo.	Observará ventana nueva de confirmación.
3	Confirmar Acuerdo de Proveedor.	En la ventana nueva, haga clic en Sí para confirmar el acuerdo.	Observará la sección de Firma.
4	Completar sección de Firma.	a. Haga clic en la caja de Estoy de Acuerdo y complete los demás campos. b. Haga clic en Solicitar Código de Verificación.	Código de Verificación es enviado por correo electrónico.
5	Añadir Código de Verificación.	Añada el Código de verificación enviado por correo electrónico y haga clic en Enviar.	Observará ventana nueva para confirmar el envío de la inscripción.
6	Confirmar envío de la solicitud de inscripción.	Haga clic en Sí para confirmar el envío.	Notificación de envío de inscripción se recibe por correo electrónico y se observará en pantalla.

Pasos Detallados

1. Observará la página de Acuerdo/Enviar. Este es el paso final para completar y enviar una solicitud de nueva inscripción. Información añadida en pasos anteriores de la inscripción se observará debajo de la sección de **Términos de Acuerdo**.

Acuerdo/Enviar

Campos requeridos (*)

Acceda a las pestañas anteriores para revisar todos los datos que se han ingresado en la solicitud. Se pueden hacer cambios, **excepto por tipo de inscripción y tipo de proveedor**, navegando de regreso a la pantalla apropiada usando las pestañas en la tabla de contenido. Si el tipo de inscripción y/o el tipo de proveedor seleccionado es incorrecto, no envíe la solicitud. Debe completar una nueva solicitud para la inscripción apropiada y/o el tipo de proveedor.

Los términos de la inscripción se indican a continuación. Debe aceptar estos términos para enviar la solicitud de inscripción para su revisión y aprobación. Una vez que los términos son aceptados, y la solicitud ha sido confirmada y presentada, una versión en PDF de la solicitud está disponible para guardar. Si no se aceptan los términos, la solicitud se guardará para regresar más tarde (dentro de los 30 días calendario) para completar y enviar la solicitud. Si no se envía dentro de los 30 días calendario, la solicitud se eliminará y el proceso de solicitud deberá iniciarse desde el principio.

Una vez que se apruebe su solicitud, su información se compartirá con las Organizaciones de Cuidado Coordinado (MCOs)/Organizaciones de Medicare Advantage (MAOs). Tenga en cuenta que la MCO/MAO puede contactarlo, o usted puede comunicarse con la MCO/MAO para buscar contratos con ellos. **Esta inscripción no establece automáticamente un contrato con una MCO/MAO.**

Términos del Acuerdo

Nombre Legal en su ... ?	Nombre del Contacto ?	Correo Electrónico del Contacto ?	Tipo de Ta... ?
Jane Doe	Jane Doe		SSN

Número de... ?	Lugar de Servicio ?
123-45-6778	1675 AVE PONCE DE LEON SAN .

El proveedor arriba mencionado acuerda participar en el Programa Medicaid de Puerto Rico.

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información y declaraciones en esta solicitud y en los documentos que lo acompañan son correctas y verdaderas. Entiendo que el envío de información materialmente incompleta o falsa con esta solicitud de inscripción es causa suficiente para la denegación de inscripción o terminación del Programa Medicaid de Puerto Rico.

Entiendo que, si debo ser aprobado como proveedor de servicios bajo el Programa Medicaid de Puerto Rico, es mi responsabilidad notificar al Programa Medicaid de Puerto Rico sobre cualquier cambio en la información de esta solicitud incluyendo, pero no limitado a la dirección, afiliación con algún;n grupo, cambio de propiedad, número de identificación de tax o NPI.

Entiendo y acepto que, al enviar mi solicitud, el Programa Medicaid de Puerto Rico compartirá mi información con todas las MCO/MAO contratadas.

Proceder

Para aceptar los términos, haga clic en **Proceder** en la parte inferior de la pantalla.

o compartirá mi información con todas las MCO/MAO contratadas.

Proceder

Anterior Terminar mas tarde Enviar

Debajo, observará una nueva sección con un documento PDF.

Formulario

Lea el documento del Acuerdo del Proveedor a continuación

LoadAgreementPdf 1 / 8

Certifico mi firma, bajo pena de perjurio, que soy la persona que solicita, o que estoydebidamente autorizado por la persona que solicita vincular a dicha persona al acuerdodel proveedor y que he leído y entendido el acuerdo del proveedor y los manuales del proveedor.

Estoy de acuerdo



ACUERDO DEL PROVEEDOR: El Acuerdo del Proveedor está disponible tanto en inglés como en español. La primera mitad del documento es el acuerdo en inglés y la segunda mitad es el acuerdo en español.

Imprime o guarde una copia del Acuerdo del Proveedor ahora para sus registros. Una vez complete este paso, no va a poder regresar al Acuerdo del Proveedor.

Lea el Acuerdo del Proveedor contenido en el documento PDF mostrado y haga clic en la caja titulada **Estoy de acuerdo**.

Formulario

Lea el documento del Acuerdo del Proveedor a continuación

Puerto Rico Medicaid Government Health Plan (GHP) Provider Enrollment Agreement

Provider Enrollment Agreement

Certifico mi firma, bajo pena de perjurio, que soy la persona... por la persona que solicita vincular a dicha persona

* Estoy de acuerdo

* Estoy de acuerdo

2. Observará una ventana nueva para confirmar su acuerdo. Haga clic en **Sí**.

i CONFIRMACIÓN DEL ACUERDO

Al hacer clic en "Si", acepta los términos y condiciones del Acuerdo de Proveedor

No Sí

Con esto, se marca la caja de **Estoy de Acuerdo**.

* Estoy de acuerdo

3. Observará la sección de **Firma**.

Firma

El Acuerdo del Proveedor es completamente electrónico. Al marcar la casilla "Acepto" a continuación, reconozco y entiendo que mi firma electrónica es vinculante en la misma medida que mi firma escrita.

* Estoy de acuerdo

Título * Primer Apellido Segundo Apellido... * Nombre Segundo Nombre Sufijo

Comentarios

Haga clic en el botón "Solicitar código de verificación". Se enviará un correo electrónico a la dirección de correo electrónico registrada. Verifique su correo electrónico e ingrese el código inmediatamente antes de salir de la solicitud o de la página Enviar. El código de verificación caducará cuando se cierre la página.

NO NAVEGAR LEJOS DE LA PÁGINA

Una vez que reciba el código en el correo electrónico, ingrese el código de verificación y haga clic en Enviar.

Código de Verificación Fecha de Inscripción 01/11/2023

Firma

El Acuerdo del Proveedor es completamente electrónico. Al marcar la casilla "Acepto" a continuación, reconozco y entiendo que mi firma electrónica es vinculante en la misma medida que mi firma escrita.

* Estoy de acuerdo

Título * Apellido Segundo Apellido * Nombre Segundo Nombre Sufijo

Comentarios

* Verificación de Correo Electrónico * Confirmar Verificación de Correo Electrónico...

- a. Haga clic en la caja de **Estoy de acuerdo** en esta sección y complete los demás campos.

Firma

El Acuerdo del Proveedor es completamente electrónico.
en la misma medida que mi firma escrita.

* Estoy de acuerdo

- b. Haga clic en **Solicitar Código de Verificación**.

Haga clic en el botón "Solicitar código de verificación". Se enviará un correo electrónico a la dirección de correo electrónico registrada. Verifique su correo electrónico e ingrese el código inmediatamente antes de salir de la solicitud o de la página Enviar. El código de verificación caducará cuando se cierre la página.

NO NAVEGAR LEJOS DE LA PÁGINA

Una vez que reciba el código en el correo electrónico, ingrese el código de verificación y haga clic en Enviar.

Solicitar Código de Verificación Código de Verificación Fecha de Inscripción 01/11/2023

El Código de Verificación será enviado a la dirección de correo electrónico confirmado en los campos requeridos anteriores.

i CODIGO DE VERIFICACION POR CORREO ELECTRONICO

Su código de verificación se ha enviado a
Verifique su correo electrónico e
ingrese rápidamente el Código de verificación antes de salir de la aplicación.

Aceptar

Ejemplo de correo electrónico recibido con Código de Verificación:

Nueva Inscripción Código de Verificación



prmp-pep@salud.pr.gov

Estimado Proveedor:

Utilice el siguiente *código de verificación* para el nombre del proveedor Jennifer Lopez

Código de Verificación: JPL0NQNR

Si cierra la ventana de la aplicación de Internet (por ejemplo, Internet Explorer, Chrome u otros navegadores web) o presiona el botón "Terminar más Tarde", este código de verificación ya no será válido. Para solicitar un nuevo código, regrese al menú principal, seleccione "Reanudar la Inscripción" e ingrese su ATN (número de rastreo de solicitud) y contraseña. Presione en la pestaña "Acuerdo/Enviar" en la parte superior de la página y luego presione en el botón "Solicitar Código de Verificación".

Si no solicitó este código de verificación, infórmelo a la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid a la siguiente dirección: prmp-pep@salud.pr.gov.

Si tiene preguntas sobre este aviso o sobre su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora Estándar del Atlántico, de lunes a viernes. También puede enviar su consulta por correo electrónico a prmp-pep@salud.pr.gov.

Cordialmente,

Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid
Programa Medicaid de Puerto Rico



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN VÁLIDO: *Si usted cierra la ventana de internet que contiene su solicitud de inscripción antes de entrar el Código de Verificación que se le envió, ese código deja de ser válido.*

*Si esto le sucede, reanuda su inscripción usando su Número de Rastreo de Solicitud (Application Tracking Number) y su contraseña de inscripción (vea la **Sección 2.4** de la **Guía de Navegación – Portal de Inscripción del Proveedor (PEP)** para los pasos detallados), y solicite un nuevo Código de Verificación.*

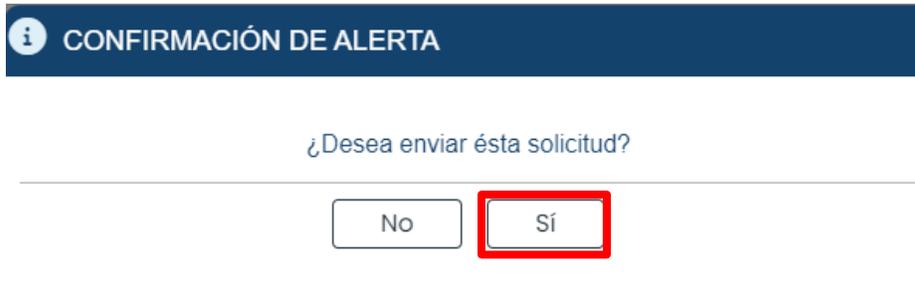
4. Añada el Código de Verificación en el campo correspondiente y haga clic en **Enviar**.



Solicitar Código de Verificación Código de Verificación FLP4QNOM Fecha de Inscripción 01/11/2023

Cancelar Anterior Terminar mas tarde **Enviar**

5. Confirme el envío de su solicitud haciendo clic en **Sí** en la ventana nueva observada.

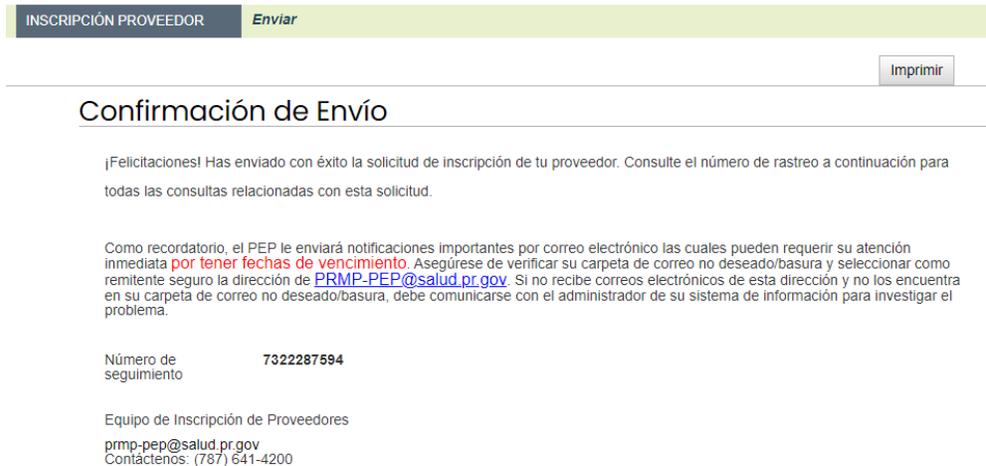


i CONFIRMACIÓN DE ALERTA

¿Desea enviar ésta solicitud?

No **Sí**

Un mensaje confirmando el envío de su solicitud de inscripción se observará en la pantalla.



INSCRIPCIÓN PROVEEDOR **Enviar**

Imprimir

Confirmación de Envío

¡Felicitaciones! Has enviado con éxito la solicitud de inscripción de tu proveedor. Consulte el número de rastreo a continuación para todas las consultas relacionadas con esta solicitud.

Como recordatorio, el PEP le enviará notificaciones importantes por correo electrónico las cuales pueden requerir su atención inmediata **por tener fechas de vencimiento**. Asegúrese de verificar su carpeta de correo no deseado/basura y seleccionar como remitente seguro la dirección de PRMP-PEP@salud.pr.gov. Si no recibe correos electrónicos de esta dirección y no los encuentra en su carpeta de correo no deseado/basura, debe comunicarse con el administrador de su sistema de información para investigar el problema.

Número de seguimiento **7322287594**

Equipo de Inscripción de Proveedores
prmp-pep@salud.pr.gov
Contáctenos: (787) 641-4200

Una notificación se le enviará por correo electrónico confirmando que la solicitud fue enviada exitosamente para su revisión:

Nueva Inscripción Notificación de Completa



prmp-pep@salud.pr.gov

Estimado Proveedor:

Su solicitud de Inscripción de Proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) ha sido recibida. Próximamente, la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid estará evaluando su solicitud de Inscripción. Usted recibirá por correo electrónico una notificación de aprobación, o de ser necesario, instrucciones adicionales para completar el proceso. A continuación, se indica el número de rastreo que se ha asociado con su solicitud de inscripción.

Número de Rastreo de Solicitud: 0069026078

Contraseña: *****

Puede verificar el estatus de su Inscripción accediendo a Estado de Inscripción en el portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés) ingresando su número de Rastreo y Contraseña.

Si tiene preguntas sobre este aviso o sobre su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora Estándar del Atlántico, de lunes a viernes. También puede enviar su consulta por correo electrónico a prmp-pep@salud.pr.gov.

Cordialmente,

Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid
Programa Medicaid de Puerto Rico

4 Notificaciones

A continuación, se discuten los tipos de notificaciones que puede recibir como proveedor luego de enviar su inscripción. Verifique si está recibiendo las notificaciones del PEP en su carpeta de correo no deseado (“junk mail folder”).

4.1 Huellas Requeridas

Usted puede recibir un correo electrónico de Comunicación Segura informándole que su inscripción requiere evaluación adicional. Esto incluye enviar huellas digitales y verificación de antecedentes penales para todo dueño con poder propietario de 5% o más del proveedor siendo inscrito.

Si la evaluación no es completada dentro de los 30 días de recibir el correo electrónico, la inscripción será denegada.

4.2 Devuelto al Proveedor

Usted puede recibir un correo electrónico de Comunicación Segura informándole que su solicitud necesita ser corregida. Este correo electrónico incluirá las áreas de su inscripción que requieren de su atención. Debe acceder a su aplicación a través del PEP (usando el Número de Rastreo de la Solicitud y su contraseña de inscripción creada durante el registro de su inscripción), haga las actualizaciones necesarias y reenvíe la solicitud.

4.3 Aprobación de Inscripción

Usted recibirá una carta de Bienvenida cuando se apruebe su inscripción. Para proveedores que se inscriben por primera vez, su carta de Bienvenida incluye su número de proveedor y otra información importante sobre su participación en el programa. Usted recibirá una notificación por correo electrónico que tiene una carta de Bienvenida para leer y descargar en formato PDF en la página de Comunicación Segura para Proveedores.

4.4 Denegación de Inscripción

Usted recibirá comunicación escrita a través de un correo electrónico de Comunicación Segura si su solicitud de inscripción ha sido denegada. Esta notificación incluye las razones por las cuales su inscripción fue denegada e información sobre derechos de apelación.