



DEPARTAMENTO DE
SALUD



Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL_PRMMIS_Final_User_Documentation_PEP_Spanish_Navigation_Ref_Guide

Guía de Navegación – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)

Fase Dos - Documentación Final de Usuario

Material de Adiestramiento – Guía de Referencia

Versión 2.0

Historial de Cambio

# Versión	Fecha*	Modificado por	Descripción
2.0	12/05/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R19-R22
1.0	15/07/2020	DXC Technology	Entregable Aprobado

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

Contenidos

Historial de Cambio.....	2
Contenidos	Error! Bookmark not defined.
1 Acrónimos	1
2 Visión General.....	2
2.1 Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción.....	3
Referencia Rápida – Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción.....	3
2.2 Administrar la Contraseña.....	11
Referencia Rápida – Administrar la Contraseña.....	11
2.3 Administrar Correo Electrónico	16
Referencia Rápida – Administrar Correo Electrónico	16
2.4 Cancelar una Inscripción.....	21
Referencia Rápida – Cancelar una Inscripción.....	21
2.5 Reanudar.....	23
Quick Reference – Reanudar la Inscripción	23
2.6 Revalidar una Inscripción.....	26
Referencia Rápida – Reanudar/Revalidar una Inscripción	26
2.7 Estado de Inscripción.....	34
Referencia Rápida – Estado de Inscripción.....	34
3 Visión General de los Pasos de Inscripción.....	36
3.1 Diagrama de Flujo del Proceso de Inscripción	36
3.2 Descripción de los Pasos de Inscripción	37

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

Acrónimos	Definición
ATN	Número de Rastreo de la Solicitud (Application Tracking Number)
CLIA	Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos (Certified Laboratory Improvement Amendments)
DEA	Drug Enforcement Administration
DXC	DXC Technology
EIN	Número Identificador de Empleado (Employee ID Number)
HIPAA	Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)
NPI	Identificador Nacional de Proveedor (National Provider ID)
OTP	Contraseña de Un Solo Uso (One Time Password)
PEP	Portal de Inscripción de Proveedores (Provider Enrollment Portal)
PHI	Información Protegida de Salud (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)
SSN	Número de Seguro Social (Social Security Number)
URL	Localizador Uniforme de Recursos (Uniform Resource Locator)

2 Visión General

La Guía de Navegación – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) incluye información de navegación general del sistema y de las solicitudes de nueva inscripción aplicables a los proveedores. La navegación general del sistema incluye utilización de los menús del portal y manejo las contraseñas de solicitud. Solicitudes de nueva inscripción incluye el proceso de registro para una nueva inscripción, reanudación y revalidación de inscripciones, verificación del estado de una inscripción y cancelar una inscripción parcialmente completada.

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 navegación del Internet, utilización de computadoras y entendimiento de términos tales como ícono, “desktop”, “folders”, pestañas de internet, navegadores, búsqueda, barra de herramientas, menús, “mouse”, enlaces, opciones para imprimir, and 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 Navegación de PEP, los proveedores deben poder completar los siguientes objetivos de aprendizaje en PEP:

- Navegar por los menús de inscripción de proveedores
- Administrar la contraseña de una inscripción
- Registrarse para una nueva inscripción
- Reanudar o revalidar una inscripción
- Verificar el estado de una inscripción
- Cancelar una inscripción parcialmente completada
- Entender los pasos generales del proceso de inscripción

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

2.1 Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción

Debe registrarse antes de comenzar una solicitud de nueva inscripción en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP). Esto le permite añadir credenciales que usará para reanudar su solicitud de inscripción y verificar su estado de inscripción.

Referencia Rápida – Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción

Tabla 2 – Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Abra un navegador de internet (conocida en inglés como “browser”) y vaya al Localizador Uniforme de Recursos (conocida por sus siglas en inglés URL) para el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) de Puerto Rico: https://pr.hppcloud.com			
1	Comenzar una nueva inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Nueva Inscripción.	Observará la página de Bienvenida.
2	Comenzar el proceso de inscripción.	Complete la Lista de verificación previa de inscripción, luego Haga clic en Iniciar en la parte superior derecha de la sección de Bienvenida.	Observará la página de Registro.
3	Completar el registro de inscripción.	Complete la página de Registro.	Requisitos para registrarse para una nueva inscripción han sido completados.
4	Enviar registro de inscripción.	Haga clic en Registrar.	a. Observará una ventana nueva con el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN). b. Detalles de su registro y de su solicitud son enviados a la dirección de correo electrónico registrada.
5	Mostrar una nueva solicitud de inscripción.	Haga clic en OK en la ventana observada.	Observará una nueva solicitud de inscripción. Siga los pasos requeridos de acuerdo con su Tipo de Inscripción, los cuales se encuentran en la Guía de Inscripción de PEP que le corresponda.

Pasos Detallados

1. Abra un navegador de internet (conocido en inglés como “browser”) compatible de la siguiente lista y escriba el URL para el PEP. Si ha visitado el PEP anteriormente y lo tiene marcado como su favorito en su navegador, seleccione el PEP en la lista de favoritos de su navegador.

Navegadores de internet compatibles con PEP incluyen:

- Microsoft Internet Explorer (versión 7.0 o posterior)
- Google Chrome (versión 70.0.3538 o posterior)
- Microsoft Edge (versión 41.16299.15 o posterior)
- Mozilla Firefox (versión 2.0 o posterior)

Una vez se encuentre en la página de Inicio del PEP, haga clic en el botón de **Menú** y del listado desplegable de **Inscripción Proveedor** seleccione **Nueva Inscripción**.

mié. abr. 19, 8:12 a. m. Idioma: Español ▼

PRMP | Contáctenos | Iniciar Sesión

Inicio

Para iniciar una **NUEVA** solicitud, presione [Aquí](#). 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.

Para **REANUDAR/REVALIDAR** una solicitud, presione [Aquí](#).

Para verificar el **ESTATUS** de una solicitud enviada, presione [Aquí](#).

Si ya está inscrito como proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) y desea acceder a la página Web de Comunicación Segura para Proveedores (**PSC**), presione [Aquí](#).

[Presione Aquí para obtener Instrucciones Adicionales en la página Web de PRMP.](#)

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 ("Junk Mail") 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.

Inscripción Proveedor

- Nueva Inscripción**
- Reanudar/Revalidar la inscripción
- Estado de Inscripción
- Administrar Contraseña
- Administrar correo electrónico
- Cancelar inscripción



NOTA: El registro de su inscripción se hace a través de la opción de **Menú**, no a través del enlace de **Registro**.

mié. abr. 19, 8:12 a. m. Español

PRMP Contáctenos Iniciar Sesión

MENÚ Inicio

Para iniciar una **NUEVA** solicitud, presione [Aquí](#). Si desea solicitar un Cambio de Propiedad (CHOW, por sus siglas en inglés), adjunte el contrato de compraventa y una carta que indique 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.

Para **REANUDAR/REVALIDAR** una solicitud, presione [Aquí](#).

Para verificar el **ESTATUS** de una solicitud enviada, presione [Aquí](#).

Si ya está inscrito como proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) y desea acceder a la página Web de Comunicación Segura para Proveedores (**PSC**), presione [Aquí](#).

[Presione Aquí para obtener Instrucciones Adicionales en la página Web de PRMP.](#)

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 ("Junk Mail") 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.

Adicionalmente, no iniciará una sesión en el Portal de Inscripción de Proveedores en ningún momento. Por tal razón, no usará la opción de **Iniciar Sesión** observada en la parte superior de la página de Inicio.

dom. abr. 23, 2:53 p. m. Español

PRMP Contáctenos Iniciar Sesión

MENÚ Inicio

El enlace de **Registro** y la opción de **Iniciar Sesión** son solamente para usuarios internos del PEP.

2. Observará la página de Bienvenido.

Bienvenido

Bienvenido al Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP)

Para iniciar una NUEVA inscripción, haga clic en el botón "Iniciar" en la esquina inferior derecha para comenzar el proceso de Inscripción.

La inscripción se guardará automáticamente cada vez que haga clic en "Continuar".

Para REANUDAR/REVALIDAR una inscripción, haga clic [Aquí](#)

Los miembros del grupo (individuos dentro de un grupo) solo necesitan estar inscritos una vez y pueden afiliarse a múltiples grupos inscritos. Todos los archivos adjuntos deben estar completos, legibles y actuales. Asegúrese de conservar copias de cualquier documentación de respaldo para sus registros.

Se le notificará por correo electrónico si su solicitud de inscripción no pudo ser procesada porque está incompleta o por que la información está incorrecta.

Para obtener una lista de credenciales y documentos necesarios para completar su solicitud de inscripción, complete los campos requeridos a continuación y haga clic en el botón "Generar Pre-Lista de Verificación"

Recursos Adicionales:

Para preguntas Frecuentes de Inscripción General (FAQs) haga clic [Aquí](#).

Para obtener orientación adicional, revise las Guías de Referencia de PEP y los cursos de Adiestramiento Basado en Computadora (CBT) [Aquí](#)

Para preguntas relacionadas con 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. Usted también puede enviar su pregunta por correo electrónico a prmp-pep@salud.pr.gov.

INICIAR

Lista de verificación previa de inscripción

Seleccione los siguientes parámetros para generar una lista de verificación con las credenciales y los documentos necesarios para completar una solicitud de inscripción. Todas las credenciales que se proporcionan en la aplicación deben ser actuales. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que se devuelva su solicitud.

Tipo de inscripción	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>	Tipo de Proveedor	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>
Especialidad	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>	Tipo de Tax ID	<input type="radio"/> EIN <input type="radio"/> SSN
¿Está Ud inscrito en Medicare?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

LIMPIAR **GENERAR PRE-LISTA DE VERIFICACIÓN**

Complete los campos de la sección de la **Lista** de verificación previa a la inscripción y haga clic en **Generar Pre-Lista de Verificación**. Esto va a generar una lista con los documentos y acreditaciones requeridas para su inscripción, basado en su Tipo de Inscripción y Proveedor.



NOTA: Este paso es *opcional*. Puede comenzar su solicitud de inscripción sin una Pre-Lista.

Lista de verificación previa de inscripción

Seleccione los siguientes parámetros para generar una lista de verificación con las credenciales y los documentos necesarios para completar una solicitud de inscripción. Todas las credenciales que se proporcionan en la aplicación deben ser actuales. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que se devuelva su solicitud.

Tipo de inscripción	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>	Tipo de Proveedor	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>
Especialidad	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>	Tipo de Identificación del Impuesto	<input type="radio"/> EIN <input type="radio"/> SSN
¿Está Ud inscrito en Medicare?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Se aceptarán pacientes en los siguientes programas:	<input type="text" value="Seleccione un valor ..."/>

LIMPIAR **GENERAR PRE-LISTA DE VERIFICACIÓN**

Ejemplo de una Pre-Lista:

The screenshot shows a web interface for 'Healthcare Solutions Modular Payer System'. At the top left is a logo. The main heading is 'Healthcare Solutions Modular Payer System'. Below this is a section titled 'Lista de verificación previa a la inscripción'. Underneath, there is a 'Criterios' section with a table of registration criteria. The table has two columns: 'Tipo de inscripción' and 'Tipo de proveedor'. The first row shows 'Facilidad' and 'Ambulancia'. The second row shows 'Tipo de especialidad' with the value '263-Categoría III - Ambulancia - Sala de Emergencia Rodante' and 'Tipo de identificación fiscal' with radio buttons for 'EIN' (selected) and 'SSN'. Below the table is a question '¿Está inscrito en Medicare?' with radio buttons for 'Si' and 'No' (selected). The 'Resultados' section contains a paragraph of text and a bulleted list of requirements: 'Licencia se requieren detalles.', 'Idiomas se requieren detalles.', 'Información de Negligencia Profesional se requieren detalles.', and 'Cargo de la inscripción se requieren detalles.'. Below this is a sub-section 'Adjuntos requeridos:' with a bulleted list: 'Formulario Federal W-9 se requieren detalles.', 'Licencia se requieren detalles.', and 'Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil se requieren detalles.'.

Tipo de inscripción	Tipo de proveedor
Facilidad	Ambulancia
Tipo de especialidad 263-Categoría III - Ambulancia - Sala de Emergencia Rodante	Tipo de identificación fiscal <input checked="" type="radio"/> EIN <input type="radio"/> SSN

¿Está inscrito en Medicare?
 Si No

Resultados

A continuación encontrará las credenciales y los documentos necesarios para completar la solicitud de inscripción. Los requisitos pueden variar dependiendo de cualquier otro criterio que pueda ingresar durante la solicitud de inscripción. Todas las credenciales mencionadas aquí que se proporcionan en la aplicación deben estar actualizadas. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que su solicitud sea devuelta.

- Licencia se requieren detalles.
- Idiomas se requieren detalles.
- Información de Negligencia Profesional se requieren detalles.
- Cargo de la inscripción se requieren detalles.

Adjuntos requeridos:

- Formulario Federal W-9 se requieren detalles.
- Licencia se requieren detalles.
- Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil se requieren detalles.

Cuando esté listo para comenzar el proceso de registro de inscripción, haga clic en **Iniciar** en la sección de **Bienvenido**.

Bienvenido

Bienvenido al Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP)

Para iniciar una NUEVA inscripción, haga clic en el botón "Iniciar" en la esquina inferior derecha para comenzar el proceso de Inscripción.
La inscripción se guardará automáticamente cada vez que haga clic en "Continuar".

Para REANUDAR/REVALIDAR una inscripción, haga clic [Aquí](#).

Los miembros del grupo (individuos dentro de un grupo) solo necesitan estar inscritos una vez y pueden afiliarse a múltiples grupos inscritos. Todos los archivos adjuntos deben estar completos, legibles y actuales. Asegúrese de conservar copias de cualquier documentación de respaldo para sus registros.

Se le notificará por correo electrónico si su solicitud de inscripción no pudo ser procesada porque está incompleta o por que la información esta incorrecta.

Para obtener una lista de credenciales y documentos necesarios para completar su solicitud de inscripción, complete los campos requeridos a continuación y haga clic en el botón "Generar Pre-Lista de Verificación"

Recursos Adicionales:

Para preguntas Frecuentes de Inscripción General (FAQs) haga clic [Aquí](#).

Para obtener orientación adicional, revise las Guías de Referencia de PEP y los cursos de Adiestramiento Basado en Computadora.

Para preguntas relacionadas con su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción al Proveedor (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora estándar del Atlántico, de lunes a viernes. Usted también puede enviar su pregunta por correo electrónico a prmp-pep@salud.pr.gov

INICIAR (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora estándar del Atlántico, de lunes a viernes. Usted también puede enviar su pregunta por correo electrónico a prmp-pep@salud.pr.gov

INICIAR

3. Observará la página de Registro. Este paso es requerido antes de iniciar una solicitud de nueva inscripción. Añada la siguiente información en los campos correspondientes:
 - a. **Correo Electrónico** – El Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) será enviada al correo electrónico registrado, en adición a cualquier comunicación durante la inscripción.
 - b. **Contraseña** – Cree una nueva contraseña. Esta será utilizada, en conjunto con el ATN enviado por correo electrónico, para reanudar esta solicitud de inscripción si no se envía inmediatamente.

Nota: Las contraseñas deben tener entre 8 y 20 caracteres e incluir como mínimo una letra minúscula, una letra mayúscula y un dígito numérico.
 - c. **Referencia de Proveedor** – Este campo es opcional. Se utiliza para añadir información de referencia interna para ayudarlo a identificar la solicitud de inscripción. Información añadida en este campo no puede excederse de 100 caracteres.

Registro

Campos requeridos (*)

Regístrese a continuación para que se le asigne un Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) único. Se enviará una confirmación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada en su registro con su ATN. Asegúrese de guardar su contraseña. Si no envía su inscripción de inmediato, puede usar este número de rastreo y contraseña para reanudar su solicitud de inscripción más adelante.

Nota: Es importante que agregue prmp-pep@salud.pr.gov como un remitente seguro en las opciones de la carpeta de correo no deseado (Junk Mail).

* Correo Electrónico ? * Confirmar Dirección de Correo El... ?

* Contraseña ? * Confirmar Contraseña ?

Referencia del Proveedor ?

ANTERIOR **REGISTRAR**

4. Una vez toda la información requerida ha sido añadida en los campos correspondientes, haga clic en **Registrar** en la parte inferior derecha.

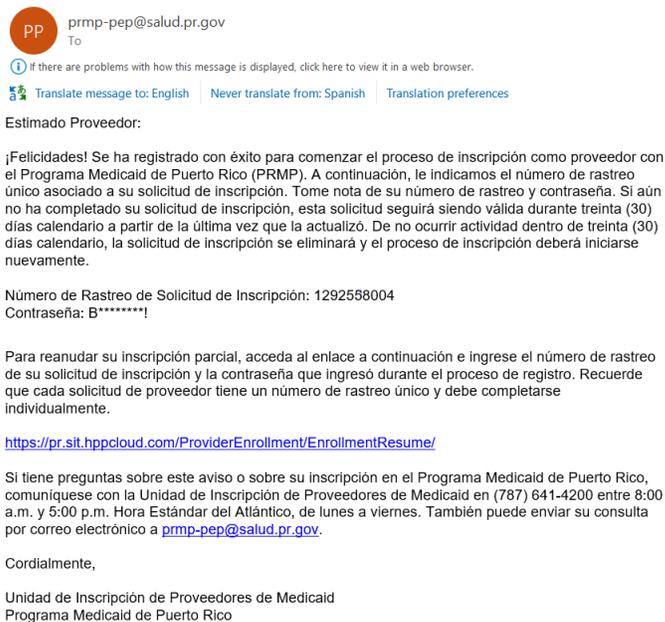
The screenshot shows a registration form titled "Registro". It includes fields for "Correo Electrónico", "Confirmar Dirección de Correo El...", "Contraseña", "Confirmar Contraseña", and "Referencia del Proveedor". Each field has a question mark icon. At the bottom right, there is a dark blue "REGISTRAR" button. A red arrow points to this button, and a red box highlights a smaller "REGISTRAR" button to its right.

Observará una ventana nueva con el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) de su solicitud de nueva inscripción y le informa que este número también será enviado por correo electrónico.



El correo electrónico enviado por el sistema contiene el ATN, una pista de su contraseña (el primer y último carácter) y la Referencia de Proveedor, si se incluyó en el registro.

Nueva Inscripción Notificación de Registro



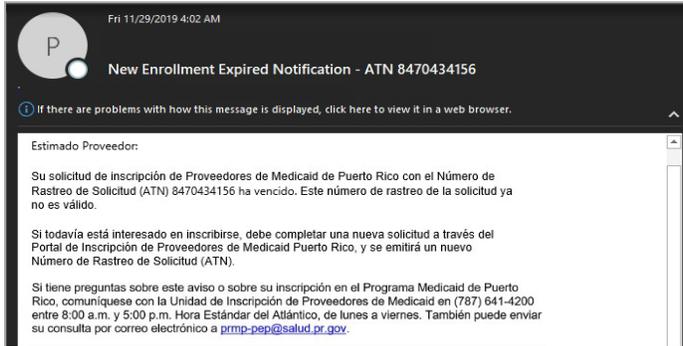


NÚMERO DE RASTREO DE SOLICITUD: Mantenga su ATN guardado en un lugar seguro donde podrás encontrarlo. Va a utilizar este número para reanudar su inscripción y registrarse en el sitio web de Comunicaciones Seguras.

Asegúrese de verificar si el correo electrónico de registro fue enviado a su carpeta de correo no deseada (en inglés, “junk mail folder”).

Si no toma acción con su solicitud en un periodo de 30 días, su solicitud se expirará. Recibirá la notificación de que su solicitud se expiró a través de la dirección de correo electrónico registrada.

Ejemplo de notificación de una solicitud de nueva inscripción expirada:



- Haga clic en **Aceptar** en la ventana observada para comenzar el proceso de inscripción.



Observará una solicitud de nueva inscripción, con el ATN de la inscripción mostrado en la parte superior de la pantalla.

Número de Rastreo: 1292558004 ?

Información Requerida Campos requeridos (*)

Información Inicial de Inscripción

* Tipo de Inscripción ?	* Tipo de Proveedor ?	* Fecha Efe... ?
Seleccione un valor ...	Seleccione un valor ...	23/04/2023



PASOS DE INSCRIPCIÓN: La **Sección 3** de esta Guía contiene una visión general de todos los posibles pasos de inscripción. Aguante la tecla de CTRL y haga clic [AQUÍ](#) para ir a la **Sección 3**.

Para ver los pasos del proceso de inscripción en más detalle, incluyendo imágenes de cada página de la solicitud y los requisitos específicos para su Tipo de Inscripción y Proveedor, refiérase a la **Guía de Inscripción – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** de su Tipo de Inscripción.

2.2 Administrar la Contraseña

En la sección de **Administrar la Contraseña de PEP**, tiene la opción de restablecer la contraseña de su solicitud.

Referencia Rápida – Administrar la Contraseña

Tabla 3 – Administrar la Contraseña

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Restablecer Contraseña.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, luego Administrar Contraseña.	Observará la página de Restablecer Contraseña.
2	Añadir credenciales para restablecer contraseña.	Añada su ATN, contraseña actual y la nueva contraseña en los campos correspondientes.	Los requisitos para restablecer contraseña son cumplidos.
3	Restablecer contraseña.	Haga clic en Enviar para guardar la nueva contraseña.	a) Contraseña se restablece. b) Un correo electrónico se envía a la dirección de correo electrónico registrada, reconociendo el restablecimiento de contraseña.

Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, seleccione **Administrar Contraseña**.



Programa Medicaid de Puerto Rico

Portal de Inscripción de Proveedores



2. Observará la página de Restablecer la contraseña. Añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN), su contraseña existente y su nueva contraseña en los campos correspondientes.

prmp-ppp@salud.pr.gov'. There are two input fields: '* Número de Rastreo' and '* Introduzca su contrase...'. Below the fields is a link '¿Olvidó su contraseña?'. At the bottom, there are two buttons: 'LIMPIAR' and 'GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD'."/>

Cambiar la contraseña

Campos requeridos (*)

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores prmp-ppp@salud.pr.gov

* Número de Rastreo

* Introduzca su contrase...

¿Olvidó su contraseña?

LIMPIAR

GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD

Añada el Código de Autenticación

AUTENTICACION

Campos requeridos (*)

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

* Código de Autenticación

Enviar un código nuevo

CANCELAR

ENVIAR

Añada y confirme la nueva contraseña

Cambiar la contraseña

Campos requeridos (*)

* Nueva contraseña

* Confirmar nueva contr...

LIMPIAR

ENVIAR



CONTRASEÑA DE INSCRIPCIÓN: Si no se acuerda de la contraseña que creó cuando registró su solicitud de nueva inscripción, verifique el correo electrónico enviado por el sistema que contiene su ATN. Este correo electrónico contiene una pista de su contraseña (primer y último carácter, y el largo de la contraseña).

Nueva Inscripción Restablecer Contraseña



prmp-pep@salud.pr.gov
To

[i](#) If there are problems with how this message is displayed, click here to view it in a web browser.

[Translate message to: English](#) | [Never translate from: Spanish](#) | [Translation preferences](#)

Estimado Proveedor:

Ha restablecido con éxito la contraseña de su solicitud de inscripción de proveedor para el número de rastreo. Su número de rastreo y la nueva contraseña asociada a su solicitud de inscripción se enumeran a continuación.

Número de Rastreo de Solicitud: 1292558004
Contraseña: B*****!

Para reanudar su inscripción parcial, acceda al enlace a continuación e ingrese el número de rastreo de su solicitud de inscripción y la contraseña nueva.

Reanude su inscripción en
<https://pr.sit.hppcloud.com/ProviderEnrollment/EnrollmentResume/>

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

De no encontrar su ATN, contacte a un miembro del Equipo de Proveedores a través de un correo electrónico o llame al centro de apoyo.



*Si la pista no es suficiente para acordarle de su contraseña, Haga clic en el enlace de **¿Olvidó su contraseña?** localizado en la parte inferior de la sección.*

[Home](#) **MENU** **Inscripción Proveedor** **Administrar Contraseña**

Cambiar la contraseña Campos requeridos (*)

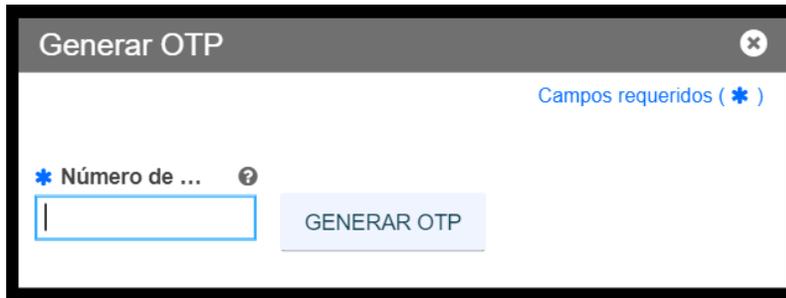
Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma.
Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores prmp-pep@salud.pr.gov

* Número de Rastreo ?

* Introduzca su contrase... ?

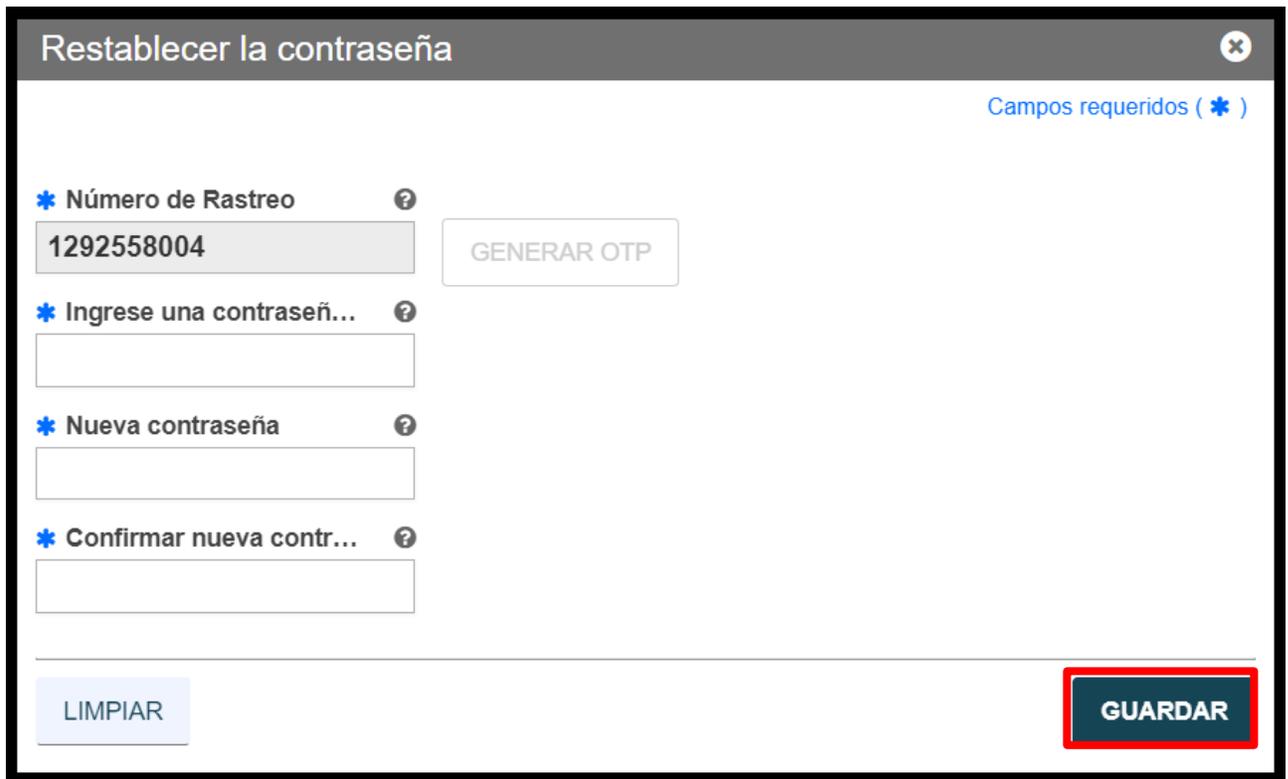
¿Olvidó su contraseña?

Añada su ATN en la ventana nueva para generar una Contraseña de Un Solo Uso (conocida como OTP por sus siglas en inglés).



The screenshot shows a window titled "Generar OTP" with a close button in the top right corner. Below the title bar, there is a link that says "Campos requeridos (*)". The main content area contains a label "* Número de ..." with a question mark icon to its right. Below this label is a text input field. To the right of the input field is a button labeled "GENERAR OTP".

3. Haga clic en **GUARDAR** en la parte inferior derecha para guardar la nueva contraseña.



The screenshot shows a window titled "Restablecer la contraseña" with a close button in the top right corner. Below the title bar, there is a link that says "Campos requeridos (*)". The form contains four required fields, each with a question mark icon: "* Número de Rastreo" (containing the value "1292558004"), "* Ingrese una contraseñ...", "* Nueva contraseña", and "* Confirmar nueva contr...". To the right of the first field is a button labeled "GENERAR OTP". At the bottom of the form, there are two buttons: "LIMPIAR" on the left and "GUARDAR" on the right. The "GUARDAR" button is highlighted with a red border.

Una vez la nueva contraseña es enviada:

- a. Se restablece la contraseña de la solicitud de inscripción.



The screenshot shows a confirmation message in a blue-bordered box. At the top left is an information icon (i) followed by the title "Cambiar la contraseña". The main text in the center reads "Tu Contraseña ha sido cambiada de manera exitosa." Below the text is a horizontal line, and at the bottom center is a button labeled "ACEPTAR".

- b. Se envía un correo electrónico a la dirección de correo electrónico registrada, reconociendo el restablecimiento de la contraseña.

Nueva Inscripción Restablecer Contraseña



prmp-pep@salud.pr.gov
To

 if there are problems with how this message is displayed, click here to view it in a web browser.

 [Translate message to: English](#) | [Never translate from: Spanish](#) | [Translation preferences](#)

Estimado Proveedor:

Ha restablecido con éxito la contraseña de su solicitud de inscripción de proveedor para el número de rastreo. Su número de rastreo y la nueva contraseña asociada a su solicitud de inscripción se enumeran a continuación.

Número de Rastreo de Solicitud: 1292558004
Contraseña: B*****!

Para reanudar su inscripción parcial, acceda al enlace a continuación e ingrese el número de rastreo de su solicitud de inscripción y la contraseña nueva.

Reanude su inscripción en
<https://pr.sit.hppcloud.com/ProviderEnrollment/EnrollmentResume/>

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

2.3 Administrar Correo Electrónico

En la sección **Administrar correo electrónico** del PEP, tiene la opción de cambiar su correo electrónico de registro en cualquier momento antes o después de enviar la solicitud de inscripción del PEP.

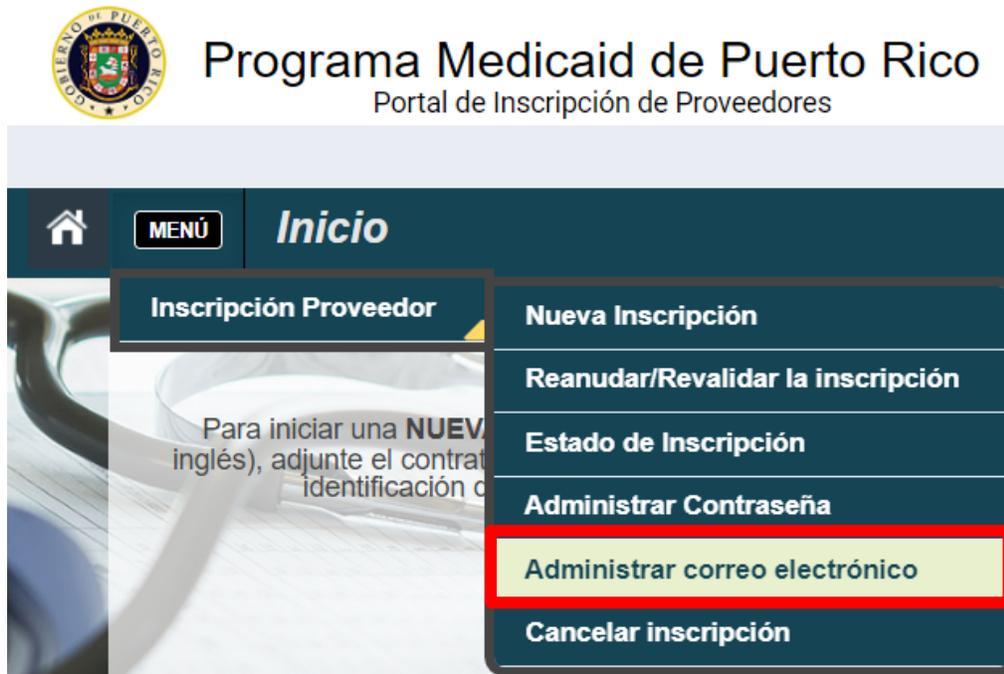
Referencia Rápida – Administrar Correo Electrónico

Tabla 4 – Administrar Correo Electrónico

Step	Task	Action	Result
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Administrar correo electrónico.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, luego Administrar correo electrónico.	Observará la página de Cambiar correo electrónico.
2	Añadir credenciales para restablecer correo electrónico de inscripción.	Añada su ATN y contraseña en los campos correspondientes a) Añada pasos para Facilidades y Grupos b) Añada pasos para Individuales	Los requisitos para cambiar correo electrónico son cumplidos.
3	Restablecer correo electrónico de inscripción.	Haga clic en Enviar para guardar el nuevo correo electrónico de inscripción.	correo electrónico se restablece.

Pasos Detallados

1. Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, luego **Administrar correo electrónico**.



- Añada su **ATN** y **Contraseña** en los campos correspondientes, luego haga clic en **PRÓXIMO** para cambiar su correo electrónico de inscripción

lun. abr. 24, 8:52 a. m.



Programa Medicaid de Puerto Rico

Portal de Inscripción de Proveedores

PRMP | Contáctenos



MENÚ

Inscripción Proveedor



Administrar correo electrónico

Cambiar correo electrónico

Campos requeridos (*)

Ingrese el número de rastreo de la solicitud y la contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedor para actualizar su dirección de correo electrónico. Nota: La dirección de correo electrónico puede ser cambiada en cualquier momento mientras completa o después de enviar la solicitud.

Si olvidó su contraseña, haga clic en encasillado de verificación "Olvidé mi contraseña" para continuar sin su contraseña.

* Número de Rastreo



* Contraseña



Olvidé mi contraseña



CANCELAR

PRÓXIMO

- a) Para inscripciones de Facilidades o Grupos que han olvidado la contraseña de inicio de sesión, haga clic en la casilla de verificación **Olvidé mi contraseña**.

Cambiar correo electrónico

Campos requeridos (*)

Ingrese el número de rastreo de la solicitud y la contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedor para actualizar su dirección de correo electrónico. Nota: La dirección de correo electrónico puede ser cambiada en cualquier momento mientras completa o después de enviar la solicitud.

Si olvidó su contraseña, haga clic en encasillado de verificación "Olvidé mi contraseña" para continuar sin su contraseña.

* Número de Rastreo ?

* Contraseña ?

Olvidé mi contraseña ?

CANCELAR PRÓXIMO

Luego ingrese el **Nombre del Negocio** y los **últimos 4 dígitos de la identificación fiscal** y luego haga clic en **PRÓXIMO**.



Programa Medicaid de Puerto Rico
Portal de Inscripción de Proveedores

mié. may. 3, 7:38 a. m

PRMP | Contáctenos:

Home MENÚ **Inscripción Proveedor** Administrar correo electrónico

Cambiar correo electrónico

Campos requeridos (*)

* Nombre del Negocio ?

* Número de identificación fiscal (últimos 4 dígitos) ?

LIMPIAR ANTERIOR PRÓXIMO

- b) Para las inscripciones de Individuales o Propietario Único que han olvidado la contraseña de inicio de sesión, haga clic en la casilla de verificación **Olvidé mi contraseña** y luego en **PRÓXIMO**.

Cambiar correo electrónico

Campos requeridos (*)

Ingrese el número de rastreo de la solicitud y la contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedor para actualizar su dirección de correo electrónico. Nota: La dirección de correo electrónico puede ser cambiada en cualquier momento mientras completa o después de enviar la solicitud.

Si olvidó su contraseña, haga clic en encasillado de verificación "Olvidé mi contraseña" para continuar sin su contraseña.

* Número de Rastreo ?

* Contraseña ?

Olvidé mi contraseña ?

CANCELAR PRÓXIMO

Luego ingrese **los últimos 4 dígitos de su SSN y fecha de nacimiento** y luego haga clic en **PRÓXIMO**.

jue. may. 4, 6:54 a. m.



Programa Medicaid de Puerto Rico
Portal de Inscripción de Proveedores

PRMP | Contáctenos

Home MENÚ Inscripción Proveedor Administar correo electrónico

Cambiar correo electrónico

Campos requeridos (*)

* SSN (Ultimos 4 dígitos) ?

* Fecha de Nacimiento ?

LIMPIAR ANTERIOR PRÓXIMO

Haga clic en **Enviar** para guardar el nuevo correo electrónico de inscripción.

jue. may. 4, 6:59 a. m.



Programa Medicaid de Puerto Rico
Portal de Inscripción de Proveedores

PRMP | Contáctenos

HOME MENÚ **Inscripción Proveedor** ▾ **Administrar correo electrónico**

Cambiar correo electrónico Campos requeridos (*)

* Nuevo Email ?

* confirme nuevo correo electrónico ?

LIMPIAR CANCELAR **ENVIAR**

Una vez el nuevo correo electrónico es enviado:
Aparecerá un mensaje de confirmación de que su correo electrónico se ha cambiado con éxito.

Success

Su correo electrónico se ha cambiado correctamente

ACEPTAR

2.4 Cancelar una Inscripción

Puede cancelar una solicitud de inscripción que esté parcialmente completada a través del Menú de PEP. Esto le permite comenzar una nueva solicitud para su proveedor si la que había comenzado a completar contiene un error, tal como un Tipo de Inscripción o Proveedor incorrecto que no puede modificar.

Referencia Rápida – Cancelar una Inscripción

Tabla 5 – Cancelar una Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Estado de Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Cancelar inscripción.	Se muestra la página de Cancelar inscripción.
2	Añadir credenciales de inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN) y contraseña de inscripción, luego haga clic en Enviar.	Se cancela la inscripción señalada.

Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, haga clic en **Cancelar inscripción**.



2. Observará la página de Cancelar inscripción. Añada el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) y la contraseña creada durante el registro de su inscripción en los campos correspondientes.

Cancelar inscripción Campos requeridos (*)

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedores para cancelar sus inscripciones no enviadas.
Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores pmp-pep@salud.pr.gov

* Número de Rastreo ?

* Contraseña ?

[¿Olvidó su contraseña?](#)

CANCELAR ENVIAR



¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?: Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción que sea olvidada, aguante la tecla CTRL y haga clic en [AQUÍ](#).

Una vez todos los campos requeridos hayan sido completados, haga clic en **Enviar**.

Cancelar inscripción Campos requeridos (*)

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedores para cancelar sus inscripciones no enviadas.
Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores pmp-pep@salud.pr.gov

* Número de Rastreo ?

* Contraseña ?

[¿Olvidó su contraseña?](#)

CANCELAR ENVIAR

Se confirmará la cancelación de su inscripción en la próxima página.

Cancelar confirmación de inscripción

¿Seguro que quieres cancelar tu inscripción?

NO SI

Aparecerá su mensaje de confirmación de cancelación de inscripción

Cancelar inscripción

Su solicitud de inscripción se canceló con éxito.

ACEPTAR

2.5 Reanudar

La opción de Reanudar/Revalidar le permite completar una solicitud que aún no ha sido enviada, editar una solicitud devuelta

You may Resume a partially completed enrollment application through the PEP Menu. This allows you to continue the enrollment process for a partially completed application. The Resume option allows you to complete an application that has not yet been submitted, or edit a returned application,

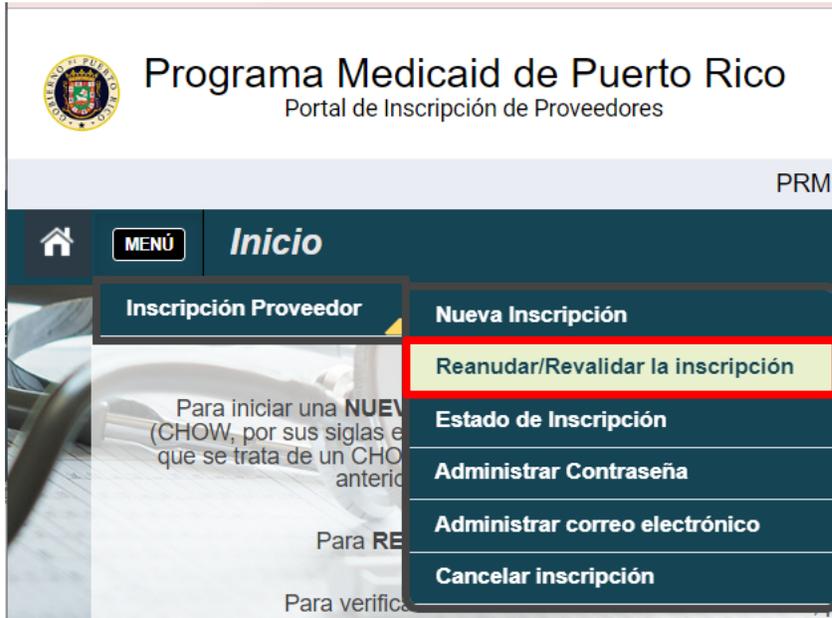
Quick Reference – Reanudar la Inscripción

Table 6 – Reanudar la Inscripción

Step	Task	Action	Result
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Reanudar/Revalidar la Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Reanudar/Revalidar la inscripción.	Observará la página de Reanudar/Revalidar la inscripción.
2	Añadir las credenciales de la inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud y su contraseña de inscripción.	Las credenciales para reanudar/revalidar la inscripción son añadidas.
3	Enviar las credenciales para Reanudar/Revalidar la inscripción.	Haga clic en Reanudar en la parte inferior de la página.	Se observará la solicitud correspondiente. Reanudar inscripción: se observará la inscripción para poder continuar.

Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, haga clic en **Reanudar/Revalidar la Inscripción**.



- En los campos indicados, añada su **Número de Rastreo** de Solicitud (ATN) y la **contraseña** creada durante el registro de su inscripción. Haga clic en **GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD**

Reanudar/Revalidar la inscripción

Campos requeridos (*)

Ingrese su número de rastreo y contraseña asignados para reanudar / revalidar la inscripción.

* **Número de Rastreo** ?

* **Contraseña** ?

[¿Olvidó su contraseña?](#)



CONTRASEÑA DE INSCRIPCIÓN OLVIDADA: Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción olvidada, mantenga presionado el botón CTRL y haga clic [AQUI](#). Si está reanudando una solicitud de inscripción: Aparece la solicitud parcialmente completada, comenzando con el último paso que completó. Puede continuar completando la solicitud.

Haga clic en **ACEPTAR** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.

AUTENTICACION

Se ha enviado un nuevo código de autenticación a la dirección de correo electrónico registrada para esta cuenta.

Añada el Código de Autenticación.

AUTENTICACION

Campos requeridos (*)

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

* **Código de Autenticación** ?

[Enviar un código nuevo](#)

La confirmación de su solicitud de inscripción se mostrará en la página siguiente. Reanude inscripción.

HOME MENÚ **Inscripción Proveedor** ▾ **Especialidades** Imprimir ?

Paso 2: Especialidades - Número de Rastreo: 6378990698 ?

PASO 2 DE 11

PROGRESO [Progress bar with 11 steps, step 2 highlighted]

1 Información General 2 **Especialidades** 3 Lugar de Servicio 4 Direcciones
5 Organización 6 Acreditaciones 7 Tipo de Proveedor 8 Otro
9 Divulgaciones 10 Archivos Adjuntos 11 Acuerdo / Enviar

CANCELAR ANTERIOR **GUARDAR Y CONTINUAR**

Especialidades Campos requeridos (*)



PASOS DE INSCRIPCIÓN 3 de esta Guía de referencia contiene una descripción general de todos los pasos de inscripción. Mantenga presionado el botón CTRL y haga clic en [AQUI](#) para ver la **Sección 3**.

Para ver los pasos del proceso de inscripción con mayor detalle, incluidas imágenes de cada paso y requisitos para su inscripción específica y tipo de proveedor, consulte la Guía de referencia de pasos de inscripción del Portal de inscripción de proveedores (PEP) para su tipo de inscripción.

NOTA: La información de Medicare ya no se recopila y el Panel de Medicare ya no se mostrará

2.6 Revalidar una Inscripción

La opción de Reanudar/Revalidar le permite completar una solicitud que aún no ha sido enviada, editar una solicitud devuelta o comenzar el proceso de revalidación de una inscripción.

A todo proveedor se le requiere revalidación por lo menos cada 3 años. Recibirá una notificación por correo electrónico informándole que debe revalidar su inscripción, junto a las credenciales que utilizará para acceder al PEP para revalidar su inscripción.

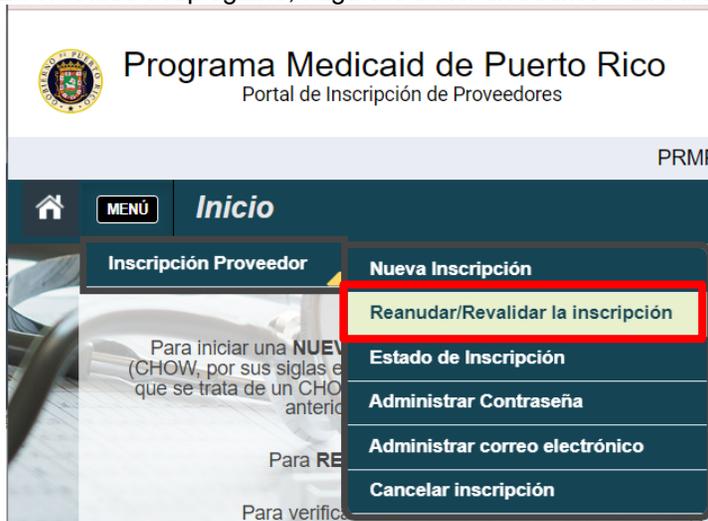
Referencia Rápida – Reanudar/Revalidar una Inscripción

Tabla 5 – Reanudar/Revalidar una Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Accede Revalidación ATN y contraseña temporal desde PSC	Añada la ATN de revalidación y la contraseña temporal de PSC en la opción de menú 'Mensajes'	Las credenciales para reanudar/revalidar la inscripción son
2	Acceder a la página de Reanudar/Revalidar la Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Reanudar/Revalidar la inscripción.	Observará la página de Reanudar/Revalidar la inscripción.
3	Añadir las credenciales de la inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud y su contraseña de inscripción.	Las credenciales para reanudar/revalidar la inscripción son añadidas.
4	Enviar las credenciales para Reanudar/Revalidar la inscripción.	Haga clic en Reanudar en la parte inferior de la página.	Se observará la solicitud correspondiente. Revalidar inscripción: se observará una nueva solicitud de revalidación.

Pasos Detallados

1. Access Revalidation ATN and temporary password from PSC under 'Messages' menu option:
2. En el listado desplegable, haga clic en **Reanudar/Revalidar la inscripción**.



- Añada una sección sobre el mensaje de error que se muestra a un proveedor terminado o si ya no se puede acceder al ATN.

Puerto Rico Medicaid Program
Provider Enrollment Portal

Provider Enrollment Resume/Revalidate Enrollment

Resolve the following form field errors and try again.

- The enrollment with tracking number 0984615885 can no longer be changed. Please check Enrollment Status for more information regarding this application.

Resume/Revalidate Enrollment

Enter your assigned Tracking Number and Password in order to resume/revalidate enrollment.

* Tracking Number
0984615885

* Password

Forgot Password?

CANCEL

- Añada una sección sobre el mensaje de error que se muestra a un proveedor caducado o si ya no se puede acceder a la ATN.

Puerto Rico Medicaid Program
Provider Enrollment Portal

Provider Enrollment Resume/Revalidate Enrollment

Resolve the following form field errors and try again.

- The enrollment with tracking number 1180813349 can no longer be changed as it has expired.

Resume/Revalidate Enrollment

Enter your assigned Tracking Number and Password in order to resume/revalidate enrollment.

* Tracking Number
1180813349

* Password

Forgot Password?

CANCEL

5. Todos los proveedores por defecto tendrán que hacer este paso la primera vez, acceden a su aplicación de revalidación.

Inscripción Proveedor Administrar Contraseña

Cambiar la contraseña

Campos requeridos (*)

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma.
Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores prmp-pep@salud.pr.gov

* Número de Rastreo
|

* Introduzca su contrase...
|

¿Olvidó su contraseña?

LIMPIAR GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD



FORGOT ENROLLMENT PASSWORD: To view the steps discussed in **Section 2.2** for a forgotten enrollment password, hold CTRL button and click [HERE](#).

6. En los campos indicados, añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN) y la contraseña creada durante el registro de su inscripción. Si es una revalidación, un ATN y una contraseña serán provistos en su notificación de revalidación. Haga clic en **GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD**.

Reanudar/Revalidar la inscripción

Campos requeridos (*)

Ingrese su número de rastreo y contraseña asignados para reanudar / revalidar la inscripción.

* Número de Rastreo ?

* Contraseña ?

[¿Olvidó su contraseña?](#)



¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?: Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción que sea olvidada, aguante la tecla CTRL y haga clic en [AQUÍ](#).

Haga clic en **ACEPTAR** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.

AUTENTICACION

Se ha enviado un nuevo código de autenticación a la dirección de correo electrónico registrada para esta cuenta.

Añada el Código de Autenticación.

AUTENTICACION

Campos requeridos (*)

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

* Código de Autenticación ?

[Enviar un código nuevo](#)



NOTE: After clicking the Generate Authentication Code button, you will have to complete a two-factor authorization process to continue to the next page.

A new page displays the relevant enrollment application.

Imprimir

Paso 2: Especialidades - Número de Rastreo: 6378990698

PASO 2 DE 11

PROGRESO

1 Información General	2 Especialidades	3 Lugar de Servicio	4 Direcciones
5 Organización	6 Acreditaciones	7 Tipo de Proveedor	8 Otro
9 Divulgaciones	10 Archivos Adjuntos	11 Acuerdo / Enviar	

CANCELAR ANTERIOR **GUARDAR Y CONTINUAR**

Especialidades

[Campos requeridos \(*\)](#)

a. Si va a **revalidar una inscripción**: Observará la nueva solicitud de revalidación.

Las páginas de la solicitud son prellenadas con la siguiente información recopilada de la(s) inscripción(es) previa(s):

- Información General (paneles de Información Inicial de Inscripción e Información de Proveedores)
- Especialidades
- Direcciones (incluyendo Horas de Operación)
- Organización
- Asociaciones
- Acreditaciones
- Tipo de Proveedor
- Otro

La solicitud también muestra campos en gris que son llenadas con información de la solicitud previa.

Información Inicial de Inscripción	
* Tipo de Inscripción	* Tipo de Proveedor
Facilidad	Hospital General

NOTA: Estos campos son solo de lectura y no pueden ser modificados durante el proceso de revalidación. Si la modificación de estos campos es necesaria, contacte a servicio al cliente.

Campos de solo lectura pueden incluir:

- Tipo de inscripción
- Tipo de proveedor
- Fecha de nacimiento (de ser aplicable)
- Identificador Nacional de Proveedor o NPI
- Número de seguro social o SSN (de ser aplicable)
- Número Identificador de Empleado o EIN (de ser aplicable)
- Nombre legal
- Nombre de impuesto

Puede actualizar cualquier campo que no esté en gris (es decir, campos en blanco).

Repase cada página de la solicitud antes de enviarla para asegurar que todas las preguntas hayan sido contestadas y que cualquier información incorrecta haya sido actualizada.

b. Divulgaciones de inscripción de revalidación:

Cuando llegue a la página de Divulgación, verá los siguientes Formularios de divulgación en la columna Formulario de divulgación. La columna Estado mostrará la palabra **Nuevo**. Este es **un botón**, y el usuario debe hacer clic en él para finalizar la divulgación.

- Autodivulgación del proveedor
- Divulgación del subcontratista
- Propiedad e interés de control
- Gestión de Empleados
- Transacción de Negocios

La información de divulgación no se rellena previamente durante la revalidación y tendría que introducirse de nuevo durante la revalidación en PEP.

A continuación se muestra un ejemplo para ingresar información en la Divulgación de intereses de propiedad y control::

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 realicen 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 DHS 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 lógicas, 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.

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	CREAR NUEVO
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	CREAR NUEVO
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	CREAR NUEVO
Administración de Empleados	Nuevo	CREAR NUEVO
Transacción de Negocios	Nuevo	CREAR NUEVO

CANCELAR ANTERIOR GUARDAR Y CONTINUAR

El subpanel Ver propiedad e interés de control se mostrará después de hacer clic en el botón Crear nuevo.

Agregar Propiedad y Control de Intereses

Una persona con un interés de propiedad o control significa una persona o corporación que tiene una participación directa o indirecta de un total de 5% o más en el proveedor, es un oficial o director de un proveedor organizado como una corporación o sin fines de lucro, o es un Socio en un proveedor organizado como una asociación.

Los proveedores deben completar un formulario para cada propietario o interés de control. Si ninguna persona cumple con los criterios, seleccione "No".

* ¿Existe alguna entidad (individuo o corporación) que posea o controle una participación en la entidad divulgada como se ha descrito anteriormente?

Sí No

* 1. ¿Es esta entidad un individuo o una corporación?

Individuo Corporación

* Porcentaje de Interés

Título

* Apellido(s) en su Tax ID/SSN

* Primer Apellido

Al hacer clic en el botón **CREAR NUEVO**, el panel se abrirá para el formulario de Interés de propiedad y control, ingresará toda la información requerida y hará clic en guardar. Todas las divulgaciones deberán completarse para pasar al siguiente paso de la solicitud.

Agregar Propiedad y Control de Intereses

Una persona con un interés de propiedad o control significa una persona o corporación que tiene una participación directa o indirecta de un total de 5% o más en el proveedor, es un oficial o director de un proveedor organizado como una corporación o sin fines de lucro, o es un Socio en un proveedor organizado como una asociación.

Los proveedores deben completar un formulario para cada propietario o interés de control. Si ninguna persona cumple con los criterios, seleccione "No".

* ¿Existe alguna entidad (individuo o corporación) que posea o controle una participación en la entidad divulgada como se ha descrito anteriormente?

Si No

* 1. ¿Es esta entidad un individuo o una corporación?

Individuo Corporación

* Porcentaje de Interés

Título * Apellido(s) en su Tax ID/SSN * Primer Apellido * Segundo Apellido

* Nombre * Segundo Nombre * Sufijo * SSN * Fecha de Nacimiento

* Dirección Línea1 * Dirección Línea 2

* Ciudad * Estado * País * Código Postal

* Dirección de Correo Electrónico * Confirmar Dirección de Correo Electrónico

La divulgación para el interés de propiedad y control se marcará como completa y puede continuar con la inscripción.

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).

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	Nuevo	CREAR NUEVO
Divulgación del Subcontratista	Completado	CREAR NUEVO
Propiedad y Control de Intereses	Terminado	CREAR NUEVO

Una vez que se complete cada sección, todas las divulgaciones se marcarán como completas. Podrá agregar archivos adjuntos y luego enviar la solicitud. Una vez que se envía, se envía un correo electrónico con esta información.

También puede ir a la opción de menú de estado de inscripción e ingresar el ATN y la contraseña para ver el estado de la inscripción de revalidación.



2.7 Estado de Inscripción

Una vez la solicitud de nueva inscripción haya sido enviada, puede verificar el estado de su solicitud a través del PEP.

Referencia Rápida – Estado de Inscripción

Tabla 6 – Estado de Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Estado de Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Estado de Inscripción.	Se muestra la página de Estado de Inscripción.
2	Añadir credenciales de inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN) y contraseña de inscripción, luego Haga clic en Enviar.	Se muestra el estado actual de su inscripción.

Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, haga clic en **Estado de Inscripción**.



2. Observará la página de Estado de Inscripción. Añada el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) y la contraseña creada durante el registro de su inscripción en los campos correspondientes. Haga clic en **GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD**

The image shows the 'Estado de inscripción' form. It includes a header with the title and a link for 'Campos requeridos (*)'. The main text asks the user to enter their tracking number and password to verify their status. Below this are two input fields: 'Número de Rastreo' and 'Contraseña', both marked as required. At the bottom, there is a '¿Olvidó su contraseña?' link, a 'CANCELAR' button, and a 'GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD' button (highlighted with a red box).



¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción que sea olvidada, aguante la tecla CTRL y haga clic en [AQUÍ](#).

Haga clic en **ACEPTAR** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.

AUTENTICACION

Se ha enviado un nuevo código de autenticación a la dirección de correo electrónico registrada para esta cuenta.

ACEPTAR

Añada el Código de Autenticación.

AUTENTICACION

Campos requeridos (*)

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

* Código de Autenticación

Enviar un código nuevo

CANCELAR **ENVIAR**

Una vez todos los campos requeridos hayan sido completados, El estado de su inscripción se observará en la página.

Estado de inscripción

Este es el estatus actual de su solicitud de inscripción. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores prmp-pep@salud.pr.gov

Número de Rastreo
1292558004

Tipo de Aplicación
Nueva Inscripción

Estado
Expirada

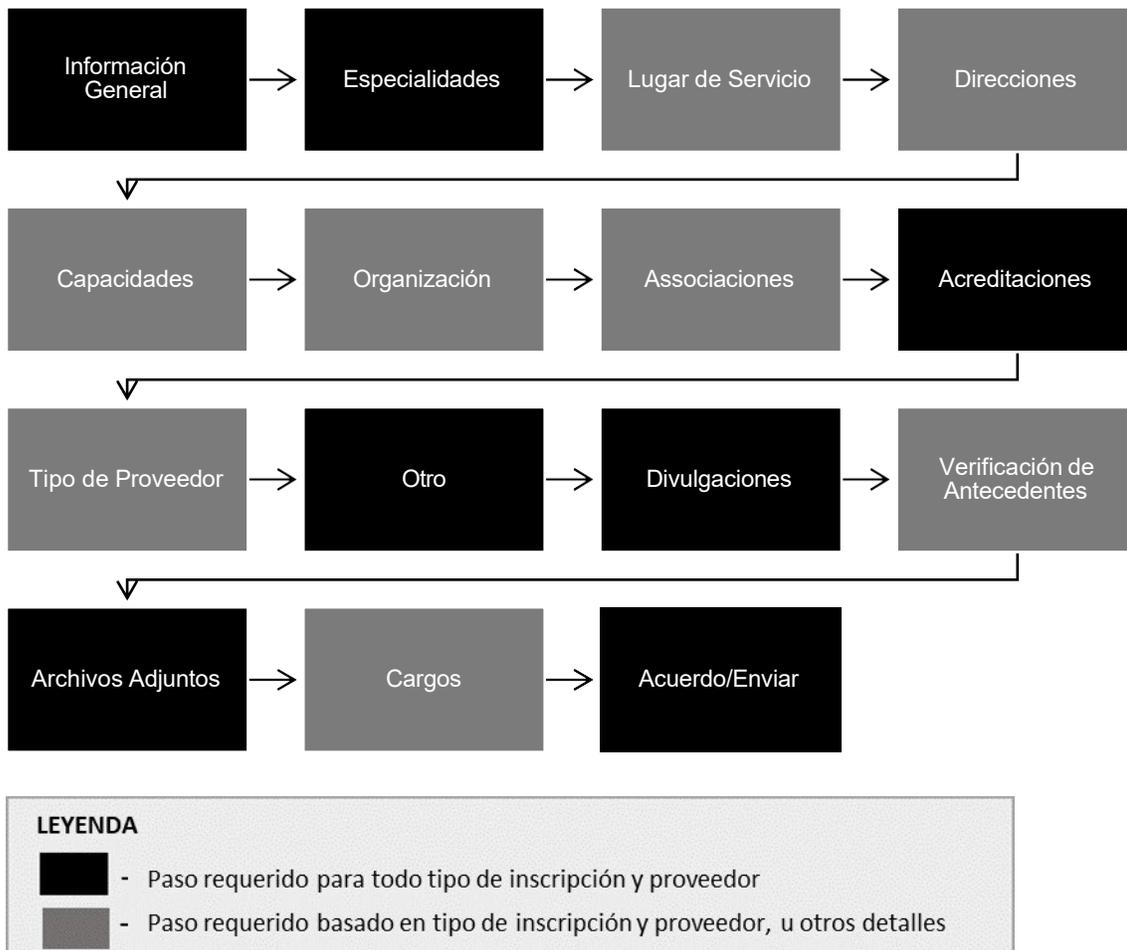
Fecha de Estado
23/04/2023

3 Visión General de los Pasos de Inscripción

El proceso de inscripción en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) tiene varios pasos que debe completar para poder enviar su solicitud de nueva inscripción. En las siguientes secciones se encuentra un diagrama de flujo donde se observan los pasos generales de inscripción en orden cronológico como pudieran aparecer en una inscripción, seguido por una descripción general de cada paso.

NOTA: Para ver los pasos de inscripción de manera más detallada, incluyendo imágenes de cada página y los requerimientos específicos para su Tipo de Inscripción y Proveedor, puede referirse a la Guía de Inscripción - Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) de su Tipo de Inscripción.

3.1 Diagrama de Flujo del Proceso de Inscripción



3.2 Descripción de los Pasos de Inscripción

1. **Información General** – Seleccione su Tipo de Inscripción y Proveedor, y añada información general correspondiente a su inscripción. Información añadida en este paso incluye información del proveedor, información general de acreditaciones, información de contacto y dirección.
2. **Especialidades** – Añada especialidades y taxonomías para el Tipo de Proveedor seleccionado en el paso de Información Requerida.
3. **Lugar de Servicio** – De ser aplicable, añada la dirección del lugar del servicio y toda información relacionada a esa dirección (número de teléfono, horas de operación, información de dirección de servicio, etc.).
4. **Direcciones** – De ser aplicable, añada tipos de direcciones adicionales a la dirección del lugar de servicio. Ejemplos incluyen Dirección de envío y Dirección de pago.
5. **Capacidades** – Añada detalles adicionales relacionadas a su especialidad, si es determinado ser requerido por el Tipo de Proveedor y especialidad seleccionada en pasos anteriores.
6. **Organización** – De ser aplicable, añada detalles organizacionales tales como tipo de organización y clasificaciones de impuesto.
7. **Asociaciones** – De ser aplicable, indique asociaciones a individuos o grupos para su Tipo de Inscripción. Este paso tiende a ser opcional y es limitado a añadir asociaciones con proveedores que ya están inscritos.
8. **Acreditaciones** – Añada toda licenciatura e información de participación de Medicare. Acreditaciones pueden incluir grado, licencias, número de DEA y participación de Medicaid y Medicare.
9. **Tipo de Proveedor** – De ser aplicable, añada las credenciales requeridas para su Tipo de Proveedor. Esto puede incluir CLIA, Información de Cama, Nivel de Cuidado Materno, Información de Fianza de Garantía, y Médico Colaborador.
10. **Otro** – Añada otras credenciales requeridas. Esto puede incluir Idiomas, Certificaciones, Acreditaciones de Instituciones, Información Adicional e Información de Negligencia Profesional.
11. **Divulgaciones** – Complete las divulgaciones mostradas, las cuales pueden incluir Auto Divulgación del Proveedor, Divulgación del Subcontratista, Propiedad y Control de Intereses, Administración de Empleados, y Transacción de Negocios.
12. **Verificación de Antecedentes** – Vea requisitos adicionales para proveedores de alto riesgo.
13. **Archivos Adjuntos** – Añada la documentación de apoyo requerida para su Tipo de Inscripción.
14. **Cargos** – De ser aplicable, conteste las preguntas relacionadas a los cargos de la solicitud y pague el monto final de cargos.
15. **Acuerdo/Enviar** – Acepte los términos y condiciones contenidos dentro del Acuerdo de Proveedor y repase la información mostrada en la página. Una vez se haya completado, obtenga un Código de verificación y envíe su solicitud.