

DEPARTAMENTO DE  
**SALUD**



---

# Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL\_PRMMIS\_Final\_User\_Documentation\_PEP\_Enrollment\_Facility\_Ref\_Guide

## Guía de Inscripción de Facilidades – 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	08/01/2024	Gainwell Technologies	Actualizaciones de CR 23-971
4.0	10/11/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R23/R26
3.2	03/14/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R19/R22
3.1	22/10/2021	Gainwell Technologies	Logotipo actualizado por CR 21-672
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

## Contenido

Acrónimos .....	1
2	Visión General.....2
3	Solicitud de Nueva Inscripción.....3
3.1	Información General.....3
3.2	Especialidades.....12
3.3	Lugar de Servicio.....16
3.4	Direcciones.....24
3.5	Organización.....28
3.6	Asociaciones.....30
3.7	Acreditaciones.....33
3.8	Tipo de Proveedor.....39
3.9	Otro.....43
3.10	Divulgaciones.....49
3.11	Archivos Adjuntos.....55
3.12	Cargos.....59
3.13	Acuerdo/Enviar.....62
4	Notificaciones.....70

## Tablas

Tabla 1 – Acrónimos .....	1
Tabla 3 – Especialidades.....	12
Tabla 4 – Lugar de Servicio.....	16
Tabla 5 – Direcciones.....	24
Tabla 7 – Organización.....	28
Tabla 8 – Asociaciones.....	30
Tabla 9 – Acreditaciones.....	33
Tabla 10 – Tipo de Proveedor.....	39
Table 11 – Otro.....	43
Tabla 12 – Divulgaciones.....	49
Tabla 14 – Archivos Adjuntos.....	55
Tabla 15 – Cargos.....	59
Tabla 16 – Acuerdo/Enviar.....	62

## 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 (Certified Laboratory Improvement Amendments)
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
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
LMS	Sistema de Gestión de Aprendizaje (Learning Management System)
MCD	Identificador de Medicaid (Medicaid ID)
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 Facilidades – 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 una facilidad, 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 Facilidades – 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 Facilidad (conocida en inglés como “Facility Enrollment Type”) aplica a facilidades que proveen servicios médicos y envían reclamaciones/encuentros a Medicaid.

El proceso de inscripción de Facilidad 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 Facilidad.	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 Facilidades, 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: c. Información de Proveedor y preguntas relacionadas d. Información de Contacto e. 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.

Programa Medicaid de Puerto Rico  
PORTAL DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES

INSCRIPCIÓN PROVEEDOR Información General

Número de seguimiento: 0242959392 ?

Información Requerida

Información Inicial de Inscripción

\* Tipo de Inscripción \* Tipo de Proveedor \* Fecha Efectiva

Seleccione un valor ... Seleccione un valor ... 24/10/2023

2. En la sección de Información Inicial de Inscripción, haga clic en el listado desplegable bajo Tipo de Inscripción y seleccione la opción de “Facilidad.”

Información Inicial de Inscripción

\* Tipo de Inscripción

Seleccione un valor ...

Seleccione un valor ...

Proveedores Atípicos

**Facilidad**

Grupo o Clínica

Individual o Propietario Unico

Individual Dentro del Grupo

Ordenar, Prescribir, Referir

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

TIPO DE INSCRIPCIÓN

Una vez que haya guardado su información en esta página, ya no podrá cambiar el Tipo de Inscripción. Por favor confirme su elección antes de proceder.

Aceptar

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

PROGRESO

1 Información General	2 Especialidades	3 Ubicación del servicio	4 Direcciones	5 Organización	6 Asociaciones
7 Acreditaciones	8 Tipo de Proveedor	9 Otro	10 Divulgaciones	11 Verificación de Antecedentes	12 Archivos Adjuntos
13 Acuerdo / Enviar					



**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 **la Facilidad** que está inscribiendo. Los tipos de proveedor mostrados en la lista son para el Tipo de Inscripción de **Facilidad**.

\* Tipo de Proveedor

Seleccione un valor ...

Seleccione un valor ...

- Facilidad de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados
- Ambulancia
- Centro de Diálisis
- Centro de Discapacidades del



**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

- 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

Seleccione un valor ...

\* Tipo de Proveedor

Seleccione un valor ...

\* Fecha Efectiva

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 y preguntas relacionadas** – Identifique información del proveedor que esté solicitando inscripción en PRMP.

Para una Facilidad, esta sección exhibe campos relacionados al negocio.



**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.
    - 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.

¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?

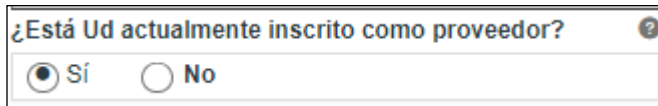
☐ Sí ☒ No

### 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.

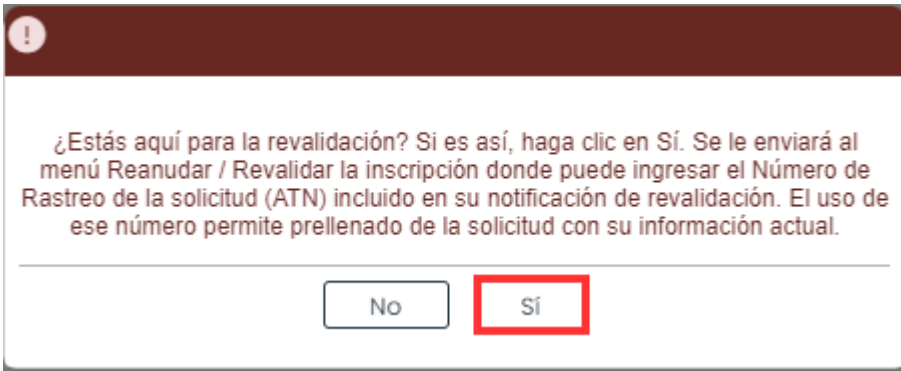
Seleccione **Sí** para la pregunta de inscripción actual.



¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?

☒ Sí ☐ No

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



¿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**



**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 **Sí** para la pregunta de inscripción previa.



¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?

☐ Sí ☒ No

¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?

☒ Sí ☐ No

\* Identificador de proveedor anterior

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.

¿Está Ud inscrito en Medicare?

☐ Sí ☒ No

**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.

**Información del Contacto**

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

\* Dirección Línea 1 \* Dirección Línea 2 \*

\* Ciudad \* Estado \* País \* Código postal \*

\* Tipo de Teléf... \* Número de te... \* Extensión de n... \* Número de Fax \*

Dirección de Correo Electrónico \* Confirmar Dirección de Correo Electrónico \*

\* Comunicación Preferida \*



**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.

Búsqueda de Dirección

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:

Confirmación de Dirección

La Dirección no es válida. ¿Quieres continuar?

NO SI

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*

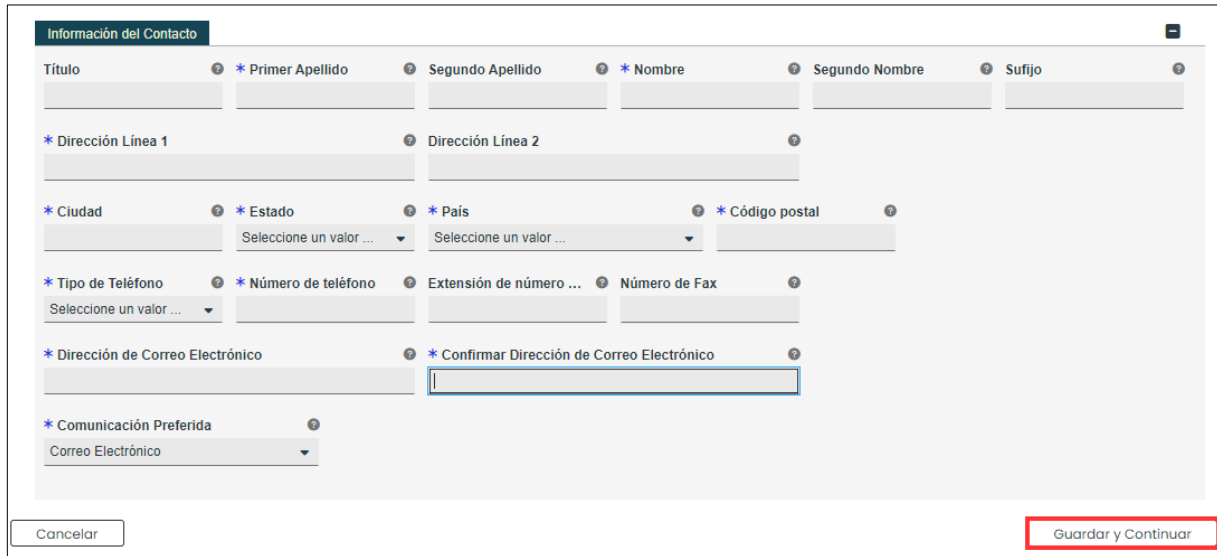
*San Juan PR 00917-5030*

*Ejemplo de dirección inválida: Torre Hospital Auxilio Mutuo*

*735 Ave Ponce de León Suite 710*

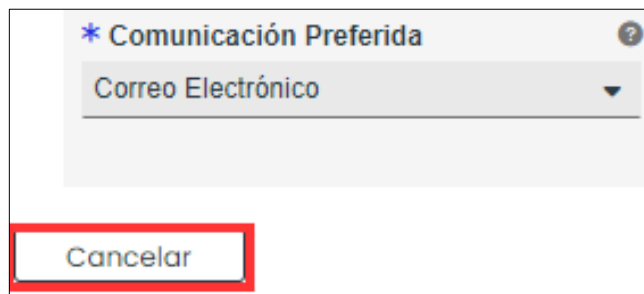
*San Juan PR 00917-5030*

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



**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.



## 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. Start from Specialties page.			
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' page. At the top, there's a header 'Especialidades'. 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.' Below this, there's a dropdown menu for 'Tipo de Proveedor' with 'Hospital' selected. To the right of the dropdown is a 'Crear Nuevo' button. Below the dropdown, there's a table with 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 previous one, but the 'Crear Nuevo' button is highlighted with a red rectangle to indicate where the user should click to add a new specialty.

Agregar Especialidad

Campos requeridos ( \* )

☐ Primaria

\* Especialidad

Selecione un valor ...

\* Taxonomía

Selecione 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				
<div>Crear Nuevo</div>				
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

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

Especialidad	Taxonomía	Primaria	Fecha Efectiva	Editar
901-Hospital General	282E00000X-Hospital de cuidado a largo plazo	x	24/10/2023	

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



Taxonomías Adicionales

Crear Nuevo

Taxonomía	Editar

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

Taxonomías Adicionales

Crear Nuevo

Taxonomía	Editar

Agregar Taxonomía

Campos requeridos ( \* )

\* Taxonomía

Seleccione un valor ...

Cancelar

Guardar

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

Taxonomías Adicionales

Crear Nuevo


Taxonomía	Editar
2865M2000X-Hospital General Militar de Cuidado Intensivo	

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

Taxonomías Adicionales

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

Crear Nuevo

Taxonomía	Editar
2865M2000X-Hospital General Militar de Cuidado Intensivo	

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


Especialidades

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

Tipo de Proveedor

Hospital


Crear Nuevo

Especialidad	Taxonomía	Primaria	Fecha Efectiva	Editar
901-Hospital General	282E00000X-Hospital de cuidado a largo plazo	x	24/10/2023	

Taxonomías Adicionales

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

Crear Nuevo

Taxonomía	Editar
2865C1500X-Salud de la comunidad	

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

### 3.3 Lugar de Servicio

#### Referencia Rápida – Lugar de Servicio

Tabla 4 – Lugar de Servicio

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Lugar de Servicio. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior			
1	Añadir Lugar de Servicio.	<p>a. Para añadir un lugar de servicio, haga clic en Crear Nuevo y complete los campos requeridos en la ventana nueva.</p> <p>b. Haga clic en Guardar para añadir esta información.</p> <p>c. Para editar un lugar de servicio, haga clic en el botón de Editar al lado del lugar deseado y guarde los cambios.</p> <p>d. Haga clic en Guardar y Continuar.</p>	Se guarda la página de Lugar de Servicio. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

#### Pasos Detallados

1. Observará la página de Lugar de Servicio.

##### Lugar de Servicio

Campos requeridos ( \* )

Lugar de Servicio

Crear Nuevo

Nombre del L...	Dirección Lin...	Dirección Lin...	Ciudad	Estado	Primaria	Editar

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

- a. Para añadir un lugar de servicio, haga clic en Crear Nuevo y complete los campos requeridos en la ventana nueva:

Lugar de Servicio

Crear Nuevo

Nombre del Lu...	Dirección Line...	Dirección Line...	Ciudad	Estado	Primaria	Editar

**Nombre de Lugar de Servicio e Información de Contacto** – Complete los campos requeridos.

Agregar Lugar de Servicio

Campos requeridos ( \* )

☐ Primaria

Por favor complete todos los campos requeridos bajo la dirección de Lugar de Servicio. Esto le permitirá copiar la dirección a los otros tipos de dirección. Tenga en cuenta que las direcciones copiadas no se pueden editar.

\* Nombre del Lugar

Información del Contacto

\* Primer Apellido

Segundo Apellido

\* Nombre

Segundo Nombre

Sufijo

\* Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

\* Ciudad

\* Estado

\* Código postal

Código de Local...

Condado

\* País

Correo Electrónico

Confirmar Dirección de Correo Electrónico



**LUGAR DE SERVICIO PRIMARIO:** Un lugar de servicio primario es requerido para poder Guardar y Continuar al próximo paso de inscripción.

Haga clic en la caja de “**Primaria**” cuando añadas un nuevo lugar de servicio para marcarlo como su lugar primario.

Agregar Lugar de Servicio

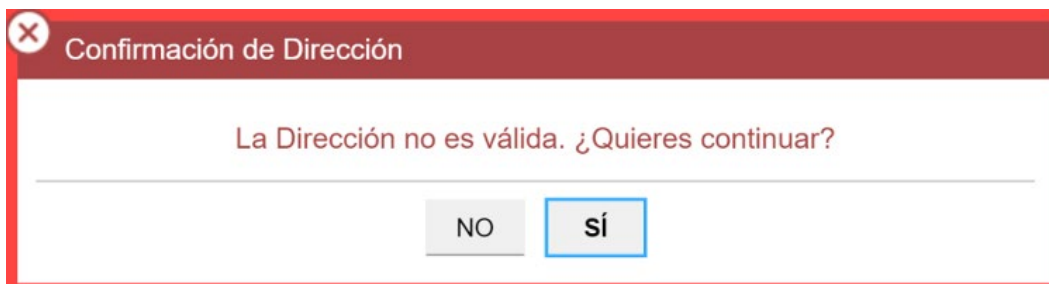
☐ Primaria



**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 en la ventana.

Búsqueda de Dirección						
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:



**Confirmación de Dirección**

La Dirección no es válida. ¿Quieres continuar?

NO SÍ

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

### **Número de Teléfono** - Añada un número de teléfono de su lugar de servicio.

Para añadir un número de teléfono, haga clic en **Crear Nuevo** y complete los campos requeridos en la ventana que aparece.

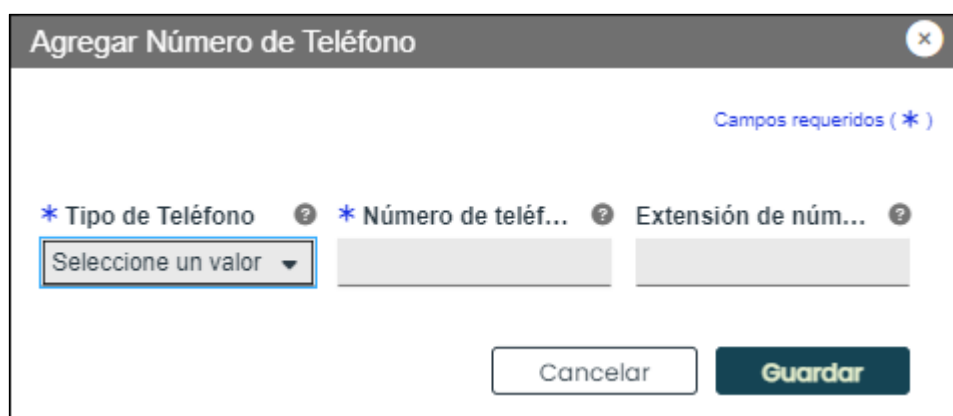


**Número de Teléfono**

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
------------------	--------------------	-----------	--------



**Agregar Número de Teléfono**

Campos requeridos (\*)

\* Tipo de Teléfono ? \* Número de telef... ? Extensión de núm... ?

Seleccione un valor

Cancelar Guardar

Una vez la información es guardada, el número de teléfono se observará en el panel correspondiente.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
Fax	787-771-7927		

Para editar un número de teléfono para el lugar de servicio, haga clic en el botón de **Editar** al lado del número de teléfono deseado y guarde los cambios.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
Fax	787-771-7927		

**Horario de Operación** - Añada el horario de operación de su lugar de servicio. Haga clic en la caja de **Horario de Operación**.

Por favor ingrese las horas de operación de su lugar de servicio

\* ☐ Horario de Operación ?

\* ¿El lugar de servicio cumple con la Ley ADA? ?

☐ Si
 ☒ No

\* ¿Está el lugar de servicio accesible al transporte públi... ?

☐ Si
 ☒ No

\* ¿Cuáles son los arreglos después de la hora? ?

Tipo de Teléf... ? Número de teléfono de e... ? Extensión ?

Seleccione un ▼

En el panel nuevo que aparece de Horario de Operación, añada las horas de operación haciendo clic en Crear Nuevo y completando los campos requeridos en la ventana que aparece.

Por favor ingrese las horas de operación de su lugar de servicio

\* ☒ **Horario de Operación** ?

Horario de Operación

Crear Nuevo

Día	Hora Inicial	Hora Final	Editar

Agregar Horario de Operación

Campos requeridos ( \* )

\* Día ?

Seleccione un valor ...

\* Hora Inicial ?

Seleccione un valor ...

\* Hora Final ?

Seleccione un valor ...

Cancelar

Guardar

Una vez se guarde la información, las horas de operación se observarán en el panel correspondiente.

\* ☒ **Horario de Operación** ?

Horario de Operación


Crear Nuevo

Día	Hora Inicial	Hora Final	Editar
Todos los Días	24 horas		

Para editar las horas de operación, haga clic en el botón de **Editar** al lado de las horas deseadas y guarde los cambios.

Horario de Operación

Crear Nuevo

Día	Hora Inicial	Hora Final	Editar
Todos los Días	24 horas		

Conteste las preguntas relacionadas a las horas de su lugar de servicio, ya sea seleccionando o añadiendo la contestación adecuada.

\* ¿El lugar de servicio cumple con la Ley ADA? ?

☐ Si ☒ No

\* ¿Está el lugar de servicio accesible al transporte públi... ?

☐ Si ☒ No

\* ¿Cuáles son los arreglos después de la hora? ?

Tipo de Teléf... ? Número de teléfono de e... ? Extensión ?

Seleccione un ▼

**Información de la Dirección de Servicio** - Complete los campos en la sección de **Información de la Dirección de Servicio**.

### Información de la Dirección del Servicio

☐ Aceptando Nuevos Pacientes con Necesidades Especiales ?

☐ Restricciones de edad ?

\* Aceptando nuevos pacientes ?

Seleccione un valor ... ▼

\* Género preferido del paciente ?

Seleccione un valor ... ▼

Cancelar **Guardar**



- b. Cuando complete todas las secciones de la ventana, haga clic en **Guardar** en la parte inferior de la ventana.

### Información de la Dirección del Servicio

☒ Aceptando Nuevos Pacientes con Necesidades Especiales

☐ Restricciones de edad

\* Aceptando nuevos pacientes

Aceptando Nuevos Pacientes

\* Género preferido del paciente

Sin Preferencias

Cancelar

Guardar

Una vez la información es guardada, el lugar de servicio se observará en el panel.

### Lugar de Servicio

Campos requeridos ( \* )

Nombre del Lugar	Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad	Estado	Primaria	Editar
Hospital principal	715 AVE PONCE DE LEON STOP 37.5		SAN JUAN	Puerto Rico	x	

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar



**MÚLTIPLES LUGARES DE SERVICIO:** Basado en el Tipo de Proveedor seleccionado en su solicitud, es posible que pueda añadir más de un lugar de servicio.

Si el botón de Crear Nuevo está desactivado luego de añadir un lugar de servicio, quiere decir que solo un lugar de servicio es permitido en su solicitud.

Siga los pasos anteriores para añadir múltiples lugares de servicio a su solicitud, de ser aplicable.

Los múltiples lugares de servicio que son añadidos deben tener el mismo Nombre, Tipo de Proveedor, Identificador de Impuestos, NPI y Especialidad Primaria, y adicionalmente la misma información en campos relacionados a estas secciones. Las direcciones de estos lugares deben ser diferentes.

- c. Para editar un lugar de servicio, haga clic en el botón de Editar al lado del lugar deseado y guarde los cambios.

Lugar de Servicio						
Nombre del Lugar	Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad	Estado	Primaria	Editar
Hospital principal	715 AVE PONCE DE LEON STOP 37.5		SAN JUAN	Puerto Rico	x	

- d. Haga clic en **Guardar y Continuar** en la parte inferior derecha para guardar la página de Lugar de Servicio.

Lugar de Servicio
Campos requeridos (\*)

Lugar de Servicio						
Nombre del Lugar	Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad	Estado	Primaria	Editar
Hospital principal	715 AVE PONCE DE LEON STOP 37.5		SAN JUAN	Puerto Rico	x	

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

### 3.4 Direcciones

#### Referencia Rápida – Direcciones

Tabla 5 – Direcciones

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Direcciones. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anteriortart.			
1	Añadir Direcciones a la solicitud de inscripción.	Complete los campos requeridos en los tipos de dirección mostrados.	Direcciones son añadidas a la solicitud de inscripción.
2	Añadir un Número de Teléfono a cada tipo de Dirección.	a. Haga clic en Crear Nuevo para añadir por lo menos un número de teléfono. b. Para editar un número de teléfono añadido, haga clic en el botón de Editar al lado del número deseado y guarde los cambios. c. Haga clic en Guardar y Continuar.	Un número de teléfono es añadido a cada tipo de dirección. Se guarda la información de las Direcciones. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

#### Pasos Detallados

1. Observará la página de Direcciones. Complete los campos requeridos que se observarán debajo de cada sección de dirección:

*Ejemplo: Dirección de Pagar A*

Pagar A

Puede ingresar la información de la dirección de pago sólo cuando haya completado todos los campos necesarios para la dirección de lugar de servicio.

☐ Igual que Lugar de Servicio

\* Nombre del Lugar

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

\* Primer Ape...

Segundo Ape...

\* Nombre

Segundo No...

Sufijo

Nombre del A...

\* Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

\* Ciudad

\* Estado

\* Código pos...

\* País

☐ Igual que Lugar de Servicio

Correo Electrónico

Confirmar Dirección de Correo Ele...



**DIRECCIÓN IGUAL AL LUGAR DE SERVICIO:** Si las direcciones que serán añadidas en esta sección son iguales a la dirección añadida como lugar de servicio primario, haga clic en la caja de “Igual que Lugar de Servicio” en la parte superior de cada sección de dirección. Esto automáticamente llena los campos de dirección con la misma información añadida en la dirección del lugar de servicio primario.

☐ Igual que Lugar de Servicio

Para algunos tipos de dirección, podrá ver un listado desplegable en la parte superior de la sección titulada “Igual que”. El listado desplegable incluirá todos los tipos de dirección que ha añadido hasta este punto (ejemplo: Lugar de Servicio, Pagar A, etc.). Esto automáticamente completará los campos de la sección con la misma información previamente añadida en el tipo de dirección escogido.

Igual que

select

Seleccione un valor ...

Seleccione un valor ...

Lugar de Servicio

Pagar A

Añada números de teléfono a la página de Direcciones de su solicitud.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar

- Para añadir un número de teléfono, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel y complete los campos requeridos en la ventana nueva.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar

Agregar Número de Teléfono

Campos requeridos ( \* )

\* Tipo de Teléfono ?

\* Número de telé... ?

Extensión de nú... ?

Seleccione un valor

Cancelar

Guardar

Una vez la información es guardada, el número de teléfono se observará en el panel correspondiente.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
Celular	787-565-7564		

- b. Para editar un número de teléfono añadido, haga clic en el botón de Editar y guarde los cambios.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
Celular	787-565-7564		



Como las Direcciones en el paso anterior, los números de teléfono añadidos al lugar de servicio primario pueden ser añadidos a esta sección haciendo clic en la caja de “Igual que Lugar de Servicio” cerca del panel de Número de Teléfono.

☐ Igual que Lugar de Servicio ?

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

**Número de Teléfono**

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

Crear Nuevo

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
Celular	787-565-7564		

Cancelar Anterior **Guardar y Continuar**

### 3.5 Organización

#### Referencia Rápida – Organización

Tabla 7 – 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. b. 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**.

Organización
Campos requeridos ( \* )

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 ?

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar



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

Los detalles organizacionales añadidos en este paso deben coincidir con la información que divulga al radicar sus 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

Selecione un valor ...

\* Clasificación Fiscal

Selecione 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

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar



### 3.6 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 Individuales a su solicitud de inscripción de Facilidad, 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.

Si la página de Asociaciones no se exhibe en su solicitud de inscripción, no es requerida para su tipo de proveedor. Puede continuar a la Sección 3.8 Acreditaciones para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

### Referencia Rápida – Asociaciones

**Tabla 8 – 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 Individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Haga clic en Crear Nuevo en la parte superior derecha del panel de Asociaciones de Individuos o de Grupos.</li> <li>b. Escriba el ID de Lugar de Proveedor o NPI de la asociación deseada en la ventana nueva y haga clic en Buscar</li> <li>c. Haga clic en la asociación deseada de los Resultados de Búsqueda.</li> <li>d. Una vez la información sea guardada, la información de la asociación se observará en el panel.</li> <li>e. Haga clic en Guardar y Buscar.</li> </ul>	<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 **Facilidades** muestran un panel de Asociación **Individual**, el cual permite a las Facilidades asociarse con OPRs ya inscritas.

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

- 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 Individual con la data del individuo seleccionado. Guarde la información una vez termine.

The screenshot shows a window titled "Agregar Asociación Individual". It has a section "Criterios de Búsqueda" with a "Search By" dropdown set to "ID de ubicación del servicio" and a text input "ID de Lugar del Proveedor" containing "12". There are "Cancelar", "Limpiar", and "Buscar" buttons. Below is a "Resultados de la Búsqueda" table with columns: NPI, ID de Lugar del Proveedor, Primer Apellido, and Nombre. The table lists five entries (Aqua, Blue, Cornflower, Denim, Ecu). At the bottom, there are pagination controls showing "10" records per page and a "Cancelar" button.

NPI	ID de Lugar del Proveedor	Primer Apellido	Nombre
	1234565673001	Aqua	A
3534937297	1234666695001	Blue	B
4966811331	1234677795001	Cornflower	C
	1234688895001	Denim	D
	1239326815001	Ecu	E

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

The screenshot shows a panel titled "Asociaciones". It has a tab "Asociación Individual" and a "Crear Nuevo" button. Below is a table with columns: ID de Lugar del Proveedor, Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Fecha Efectiva, Fecha Final, and Editar. The table contains one entry for "Aqua Adams Dr." with dates "01/01/2024" and "31/12/2029". At the bottom, there are "Exportar a Excel" and "Exportar a PDF" buttons, pagination controls, and "Anterior" and "Guardar y Continuar" buttons.

ID de Lugar del Proveedor	Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
3534937297	Aqua	Adams	Dr.	01/01/2024	31/12/2029	

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

This screenshot is identical to the previous one, but the "Guardar y Continuar" button at the bottom right is highlighted with a red rectangle.

### 3.7 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 9 – 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.	<p>Complete la información requerida para cualquiera de las siguientes secciones que se presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Licencia</li> <li>b. Participación de Medicare</li> <li>c. DEA</li> <li>d. Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico</li> </ul> <p>Haga clic en Guardar y Continúa.</p>	<p>Acreditaciones son añadidas y guardadas. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p>

#### Pasos Detallados

1. Observará la página de Acreditaciones. La siguiente información de acreditaciones puede ser recopilada para una Facilidad:
  - a. **Licencia** – Añada una licencia en cumplimiento con el mismo estado del lugar de servicio.



**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.

Agregar Licencia

Campos requeridos ( \* )

\* Número de Licencia

\* Estado de Emisión

\* Junta Emisora

\* Fecha Efectiva

\* Fecha Final

Seleccione un valor ...

Seleccione un valor ...

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.					
					Crear Nuevo
Número de Licencia	Estado Emisor	Junta Emisora	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
1234567890	Puerto Rico	OTHER - otro	27/10/2023	27/10/2028	



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

Repita los pasos anteriores para añadir más licencias.

- b. **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 favor indique qué estados.

☐ 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 favor indique qué estados.

☒ 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 favor indique qué estados.

☒ 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

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? Si es así, por favor indique qué estados.

☒ Sí ☐ No

Crear Nuevo

Programa	Estado	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Ejemplo	Puerto Rico	08/11/2023	08/11/2026	



**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.

- c. DEA – Añada información de su número de Administración para el Control de Drogas (DEA).

DEA

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

Crear Nuevo

Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
------------	----------------	-------------	--------

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.

DEA

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

Crear Nuevo

Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
------------	----------------	-------------	--------

Agregar DEA

Campos requeridos ( \* )

\* Número DEA ? \* Fecha Efectiva ? \* Fecha Final ?

Cancelar 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

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

Crear Nuevo

Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AD0865937	27/10/2023	27/10/2033	

- d. **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

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

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



Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico

Campos requeridos ( \* )

\* Número de re... ?

\* Fecha efectiva ?

\* Fecha final ?

Cancelar

Guardar

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	27/10/2023	27/10/2028	



**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.

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	27/10/2023	27/10/2028	

¿Usted dispensa sustancias controladas en Puerto Rico?

☐ Sí
 ☒ No

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

### 3.8 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 3.10 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 10 – 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. Información de Cama c. Nivel de Cuidado Materno 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 Facilidades.
  - a. **CLIA (Certified Laboratory Improvement Amendments)** - Requerido para proveedores que cobran servicios de laboratorio.

The screenshot shows the 'Tipo de Proveedor' page. At the top, there's a header 'Tipo de Proveedor'. Below it, there's a sub-header 'CLIA'. To the right of the sub-header, there's a legend 'Campos requeridos (\*)'. Below the sub-header, there's a table with the following columns: 'Número de CLIA', 'Tipo CLIA', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. A 'Crear Nuevo' button is located in the top right corner of the table area.

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.

The screenshot shows the 'Tipo de Proveedor' interface. At the top, there's a tab labeled 'CLIA'. Below the tab, there's a table with columns: 'Número de CLIA', 'Tipo CLIA', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. A 'Crear Nuevo' button is highlighted with a red box in the top right corner of the table area. The text 'Campos requeridos ( \* )' is visible in the top right corner.

The screenshot shows the 'Agregar CLIA' modal form. It has a title bar with a close button. Below the title bar, there's a text 'Campos requeridos ( \* )'. The form contains four required fields: '\* Número de CLIA' (text input), '\* Tipo CLIA' (dropdown menu with 'Seleccione un valor ...'), '\* Fecha Efectiva' (date picker), and '\* Fecha Final' (date picker). At the bottom right, there are 'Cancelar' and 'Guardar' buttons.

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.

The screenshot shows the 'Tipo de Proveedor' interface with the 'CLIA' tab selected. The table below has columns: 'Número de CLIA', 'Tipo CLIA', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. The first row contains the following data: '19O8675309', '3 - Acreditacion', '01/11/2023', '01/11/2033', and an 'Editar' button highlighted with a red box. The 'Crear Nuevo' button is also visible in the top right corner.

- b. **Información de Cama** - Se requiere que los Hospitales y Centros de custodia añadan información de su tipo y número de camas.

Para añadir nueva información de cama, haga clic en **Crear Nuevo** en el panel de Información de Cama y complete los campos requeridos en la ventana nueva.

Información de Camas

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

Crear Nuevo

Tipo de Cama	Número de Camas	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar

Agregar Información de Cama

Campos requeridos ( \* )

\* Tipo de Cama

\* Número de Camas

\* Fecha Efectiva

\* Fecha Final

Seleccione un valor ...

Cancelar

Guardar

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

Para editar información añadida, haga clic en el botón de Editar y guarde los cambio.

Información de Camas

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

Crear Nuevo

Tipo de Cama	Número de Camas	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Camas de centros de cuidados intermedios	120	01/11/2023	01/11/2033	

c. **Nivel de Atención Materna** - Requerido para proveedores de Centros de Parto.

Level of Maternal Care

Create New

Level Of Maternal Care	Effective Date	End Date	Edit

Para añadir un nuevo nivel, haga clic en Crear Nuevo en el panel de Nivel de Atención Materna y complete los campos requeridos en la ventana nueva.

Nivel de Atención Materna

Crear Nuevo

Nivel de Atención Materna	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar

**Agregar Nivel de Atención Materna**

Campos requeridos ( \* )

\* Nivel de Atención Materna ? \* Fecha Efectiva ? \* Fecha Final ?

Seleccione un valor ...


Cancelar Guardar

Una vez sea guardada, la información se observará en el panel de Nivel de Atención Materna.

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

**Nivel de Atención Materna**


Crear Nuevo

Nivel de Atención Materna	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Atención de Especialidad	01/11/2023	01/11/9999	

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.

**Nivel de Atención Materna**

Crear Nuevo

Nivel de Atención Materna	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Atención de Especialidad	01/11/2023	01/11/9999	

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.

### 3.9 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

Table 11 – 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.	<p>Complete la información requerida para los paneles mostrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Idiomas</li> <li>b. Certificaciones</li> <li>c. Acreditación de Instalaciones</li> <li>d. Información Adicional</li> <li>e. Información de Negligencia Profesional</li> <li>f. Información de Demandas por Negligencia Profesional</li> </ul> <p>Haga clic en Guardar y Continúa.</p>	<p>Otra información es añadida y guardada.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p>

#### Pasos Detallados

1. Observará la página de Otro. La siguiente información que puede ser recopilada en esta página para inscripciones de Facilidades.
  - 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.

The screenshot shows the 'Otro' page with a header 'Otro' and a sub-header 'Idiomas'. Below the sub-header, there is a message: 'Se requiere al menos un registro. El proveedor no puede guardar y continuar hasta que se añada un registro.' At the bottom right of the 'Idiomas' section, there is a button labeled 'Crear Nuevo' which is highlighted with a red rectangle. Below this button is a table with one row and one column labeled 'Idioma'.

The screenshot shows a modal window titled 'Nuevo Idioma'. It contains a form with a required field labeled '\* Idioma' with a dropdown menu. The dropdown menu is open, showing the text 'Seleccione un valor'. At the bottom of the modal, there are two buttons: 'Cancelar' and 'Guardar'.

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 observada.

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

- c. **Acreditaciones de instalaciones** - Seleccione la respuesta (**Sí, No, Pendiente**) que refleje la acreditación actual de su instalación.

**Sin Acreditación:** Seleccione **No** y no se le requiere más información.

Acreditaciones de instalaciones

¿Está acreditada su instalación?

☐ Sí ☒ No ☐ Pendiente

**Acreditación Activa:** Seleccione **Sí**.

Acreditaciones de instalaciones

¿Está acreditada su instalación?

☒ Sí ☐ No ☐ Pendiente

Observará un panel de Acreditaciones de instalaciones debajo de la pregunta contestada. Para añadir una acreditación, haga clic en **Crear Nuevo** y complete los campos requeridos en la ventana nueva mostrada.

Acreditaciones de instalaciones

¿Está acreditada su instalación?

☒ Sí ☐ No ☐ Pendiente

Organización de Acreditación	Fecha de caducidad	
		Crear Nuevo

Agregar Acreditación de Instalación

Campos requeridos ( \* )

\* Organización de Acreditación ?

Seleccione un valor ...

\* Fecha de caducidad ?

Cancelar Guardar

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

Acreditaciones de instalaciones

¿Está acreditada su instalación?

☒ Sí ☐ No ☐ Pendiente

Organización de Acreditación	Fecha de caducidad	
Asociación Americana para la Acreditación de Instalaciones de Cirugía Ambulatoria	01/11/2223	Editar



**Acreditación Pendiente:** Seleccione **Pendiente**. Seleccione **Sí** o **No** para responder a la nueva pregunta que observará con respecto a si la encuesta ha sido programada.

**Acreditaciones de instalaciones**

¿Está acreditada su instalación?

☐ Sí ☐ No ☒ Pendiente

¿La encuesta ha sido programada?

☐ Sí ☒ No

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

Si selecciona **Sí**, añada la fecha de la encuesta en el nuevo campo mostrado.

**Acreditaciones de instalaciones**

¿Está acreditada su instalación?

☐ Sí ☐ No ☒ Pendiente

¿La encuesta ha sido programada?

☒ Sí ☐ No

\* Fecha de la encuesta ?

30/11/2023

- d. **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 ?

- e. **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

Tipo de Portador	Nombre del Portador	Cantidad de Cobert...	Cantidad de Cobert...	Número de Póliza	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
							Crear Nuevo

Agregar Información del Portador de Negligencia

Campos requeridos ( \* )

\* Tipo de Portador

?

Seleccione un valor ...

\* Nombre del Portador

?

\* Número de Póliza

?

\* Cantidad de Cobertura Agregada

?

\* Cantidad de Cobertura por Incidente

?

\* Fecha Efectiva

?

\* Fecha Final

?

Cancelar

Guardar

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 Portador	Nombre del Portador	Cantidad de Cobert...	Cantidad de Cobert...	Número de Póliza	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Responsabilidad General Integral	Seguro Triple M	1000000	10000	387645326	01/11/2023	01/11/2026	

- f. **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?

☐ 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?

☒ Sí
 ☐ No

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 periodo de 5 años en la sección de información adicional / archivos adjuntos.

Crear Nuevo

Nombre del paciente	Número de Póliza	Su estado en el caso	El demandante / demand...	Reclamo de estado	Editar
---------------------	------------------	----------------------	---------------------------	-------------------	--------

## Guía de Inscripción de Facilidades – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)

Agregar Información de Negligencia Profesional

Campos requeridos (\*)

\* Nombre del Paciente/Demandante

☒ Nombre del paciente
☐ Nombre del demandante

\* Nombre del paciente

\* Su participación en el caso

Seleccione un valor ...

\* Fecha del Incidente

\* Su estado en el caso

Seleccione un valor ...

\* Fecha de reclamo

\* Responsable de responsabili...

\* Número de teléfono del trans...

\* Número de Póliza

\* Acusados adicionales

\* Describe las acusaciones en tu contra

\* Describe la supuesta lesión al paciente

\* El demandante / demandante presentó una demanda en el tribunal

☒ Sí
☐ No

Número de Caso del Tribunal Estatal

Estado

Seleccione un valor ...

Condado

Seleccione un valor ...

Número de Caso de la Corte Federal

Distrito

\* Reclamo de estado

Seleccione un valor ...

Cancelar

Guardar

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 Portador	Nombre del Portador	Cantidad de Cobertu...	Cantidad de Cobertu...	Número de Póliza	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Responsabilidad General Integral	Seguro Triple M	10000000	100000	387645326	01/11/2023	01/11/2026	

¿Faltó actualmente o ha estado involucrado en los últimos 5 años en una demanda por negligencia profesional o...? Nota: Ingrese toda la información en este panel, sin embargo, si tiene un alto volumen de casos o reclamos, debe una reclamación en la que se basó su atención y tratamiento de un paciente, incluidos los casos o reclamaciones ingresar el caso más reciente en esta sección y proporcionar un documento detallado con una lista de todos los otros pacientes o descartados resultados antes o durante el juicio o resultado para evitar una demanda?

☐ Sí
☒ No

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

### 3.10 Divulgaciones

#### Referencia Rápida – Divulgaciones

Tabla 12 – 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Complete los formularios de divulgación haciendo clic en el botón de Crear Nuevo al lado de cada formulario.</li> <li>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.</li> <li>c. Haga clic en Guardar y Continuar una vez todos los formularios sean completados.</li> </ul>	<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	<button>Crear Nuevo</button>
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>
Administración de Empleados	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>
Transacción de negocios	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

- 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	<button>Crear Nuevo</button>
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>
Administración de Empleados	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>
Transacción de negocios	Nuevo	<button>Crear Nuevo</button>

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar

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".

Nombre Legal en su Tax I...

EIN

HOSPITAL ESPANOL

01-2345678

Licencia

\* ¿Alguna vez ha sido tomada alguna medida contra su licencia o certificación, por parte de algún estado o junta 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



**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?

☐ Sí
 ☒ No

Eliminar

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 “Sí” a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Terminado	<a href="#">Crear Nuevo</a>
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	<a href="#">Crear Nuevo</a>
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	<a href="#">Crear Nuevo</a>
Administración de Empleados	Nuevo	<a href="#">Crear Nuevo</a>
Transacción de negocios	Nuevo	<a href="#">Crear Nuevo</a>

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.

**Ver Auto Divulgación del Proveedor**

Nombre de Divulgación	Editar
HOSPITAL ESPANOL	

[Cerrar](#)

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

**Ver Auto Divulgación del Proveedor**

Nombre de Divulgación	Editar
HOSPITAL ESPANOL	

[Cerrar](#)





Si quiere eliminar el formulario, diríjase a la parte de abajo de la ventana y haga clic en **Eliminar** en la parte inferior izquierda.

**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

\* Descripción del D... \* Fecha de Convicc... \* Jurisdicción

**Eliminar** **Cancelar** **Guardar**

Observará una ventana nueva para confirmar si quiere eliminar el formulario. Haga clic en **Sí**.

**CONFIRMAR ELIMINACIÓN**

¿Esta seguro de que quiere eliminar este registro?

**No** **Sí**

El formulario ahora es eliminado de su solicitud.

Tenga en cuenta que si elimina el único formulario que completó para ese tipo de divulgación, el estado se cambiará de “Terminado” a “Nuevo.”

- 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	<b>Crear Nuevo</b>
Divulgación del Subcontratista	Terminado	<b>Crear Nuevo</b>
Propiedad y Control de Intereses	Terminado	<b>Crear Nuevo</b>
Administración de Empleados	Terminado	<b>Crear Nuevo</b>
Transacción de negocios	Terminado	<b>Crear Nuevo</b>

**Cancelar** **Anterior** **Guardar y Continuar**



**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.*

### 3.11 Archivos Adjuntos

#### Referencia Rápida – Archivos Adjuntos

Tabla 14 – 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>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>a. Haga clic en Guardar y Continúa.</p>	<p>Archivos son adjuntados y guardados.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p>

#### Pasos Detallados

1. Observará la página de Archivos Adjuntos.

Archivos Adjuntos

Campos requeridos ( \* )

Tipo de Proveedor

Hospital

Especialidad

Hospital General

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)**.

Puede proporcionar una copia de una de las siguientes acreditaciones en lugar de la carta de certificación de CMS: Asociación Americana de Osteopatía (AOA), Programa de Acreditación de Facilidades de Salud (HFAP), La Comisión Conjunta (JC) o Det Norske Veritas (DNV) Certificaciones de estatus reconocidas y consideradas por CMS.

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
Carta de Certificación CMS	NO
Certificación DEA	NO
Licencia de Hospital	NO
Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	NO

Detalle de Archivos Adjuntos

Crear Nuevo

Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar

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)**.

Puede proporcionar una copia de una de las siguientes acreditaciones en lugar de la carta de certificación de CMS: Asociación Americana de Osteopatía (AOA), Programa de Acreditación de Facilidades de Salud (HFAP), La Comisión Conjunta (JC) o Det Norske Veritas (DNV) Certificaciones de estatus reconocidas y consideradas por CMS.

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
Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	NO
Formulario Federal W-9	Si
Certificado de CLIA	Si
Certificado de Registro de Sustancias Controladas para Prescribir (Puerto Rico)	NO

- 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

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

**Agregar Archivo Adjunto**

Campos requeridos ( \* )

\* Método de Tr... ? \* Tipo de Archivo Adjunto ?

Seleccione un ... Seleccione un valor ...

**Cargar Archivo** ?

Seleccionar archivo...

Cancelar Guardar



**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			
			Crear Nuevo
Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar
Sólo electrónico	Formulario Federal W-9	Documento adjunto de muestra.pdf	
Sólo electrónico	Certificado de CLIA	Documento adjunto de muestra.pdf	
Sólo electrónico	Certificación de la junta médica: Evidencia de la	Documento adjunto de muestra.pdf	




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
Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	Si
Formulario Federal W-9	Si
Certificado de CLIA	Si
Certificado de Registro de Sustancias Controladas para Prescribir (Puerto Rico)	Si

- 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	Documento adjunto de muestra.pdf	
Sólo electrónico	Certificado de CLIA	Documento adjunto de muestra.pdf	
Sólo electrónico	Certificación de la junta médica: Evidencia de la	Documento adjunto de muestra.pdf	

Cancelar

Anterior

Guardar y Continuar



**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.

### 3.12 Cargos

Si se le requiere pagar un cargo para aplicar para una inscripción de PRMP, la página de Cargos estará disponible en su inscripción.

Si la página de Cargos no está disponible en su inscripción, no es requerido para su Tipo de Proveedor. Si este es su caso, vaya a la Sección 3.15 Acuerdo/Enviar para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

### Referencia Rápida – Cargos

Tabla 15 – Cargos

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Cargos. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Divulgar y pagar Cargos Adicionales.	a. Complete los campos mostrados en la sección de Cargos. b. Observe el monto final. c. Haga clic en Guardar y Continúa.	Sus respuestas a las preguntas de cargos y el monto final son guardadas. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

### Pasos Detallados

1. Observará la página de Cargos.

### Cargo de la Inscripción

Campos requeridos ( \* )

**Importante Cuota de Revalidación:** Si usted pagó cuota de revalidación para otra ubicación de servicio en Puerto Rico, responda “Si” a la pregunta 2 a continuación para solicitar exención de cuota para esta ubicación de servicio. (Las cuotas pagadas a otras ubicaciones de servicio durante revalidación solo aplican a los tipos de proveedor Centro de Infusión / Agencia, Centro de Visión / Óptica, y Suplidor de Prótesis y Ortesis, Suplidor de Implantes bajo el mismo NPI.)

La Ley del Affordable Care Act requiere que ciertos proveedores remitan un cargo de inscripción. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecen la cantidad del cargo anualmente. Este cargo se evalúa en la inscripción inicial, las revalidaciones y el cambio de propiedad, según sea necesario, y se evalúa en su totalidad para cada solicitud presentada al Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP).

**\*Actualización de pago efectivo el 1 de enero 2023\***

De conformidad con la Ley 42 CFR § 455.420 y 455.460, los programas estatales de Medicaid deben cobrar un cargo de la inscripción para las solicitudes de nuevos proveedores, revalidaciones y reinscripciones/reactivaciones debido a la terminación por cualquier motivo. El cargo de la inscripción está destinado a cubrir el costo de la evaluación del proveedor del Programa Medicaid. Los siguientes proveedores están exentos del cargo de la inscripción.

- Proveedores individuales o profesionales no médicos
- Proveedores que están inscritos con Medicare
- Proveedores que pagaron el cargo de la inscripción a Medicare u otro plan estatal de Medicaid

El cargo de la inscripción para 2023 es de \$688.00. Se requiere un cheque de administrador bancario (cheque de caja) o un giro postal para pagar el cargo. Se debe incluir la siguiente información junto con el pago:

- Nombre del proveedor como se muestra en la solicitud
- Identificador Nacional del Proveedor (NPI)\*
- Número de Rastreo de la Solicitud del Proveedor (ATN)

El cheque de gerente o giro postal debe emitirse a nombre del: Secretario de Hacienda

Envíe el cheque de administrador bancario (cheque de caja) o giro postal a:

Programa Medicaid de Puerto Rico  
Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid  
PO Box 70184  
San Juan, PR 00936-8184

- a. Lea la información mostrada en la sección de **Cargo de la Inscripción** y conteste las preguntas relacionadas a los cargos.

**PREGUNTAS SOBRE EL CARGO DE LA INSCRIPCIÓN**

Si la ubicación de servicio está inscrito en Medicare no se requiere un pago de la cuota.

1. ¿Está el lugar de servicio inscrito en Medicare?

☐ Sí ☐ No

Si la ubicación del servicio ha pagado una cuota de solicitud a otro programa de Medicaid no se requiere un pago de la cuota.

Las cuotas pagadas a otras ubicaciones de servicio durante revalidación solo aplican a los tipos de proveedor Centro de Infusión / Agencia, Centro de Visión / Óptica, Suplidor de Prótesis y Ortesis, y Suplidor de Implantes bajo el mismo NPI.

2. ¿Se ha realizado el pago de la solicitud del lugar de Servicio al programa de Medicaid de otro estado o se ha pagado durante la solicitud de revalidación para otro lugar de servicio en Puerto Rico?

☐ Sí ☐ No

Si usted ha recibido una renuncia de los programas mencionados a continuación no se requiere un pago de la cuota.

3. ¿Ha recibido una exención del cargo de la inscripción de Medicare o del programa Medicaid de otro estado debido a dificultades financieras?

☐ Sí ☐ No

Si usted está solicitando una renuncia por dificultades financieras, por favor envíe una carta explicando las dificultades financieras, junto con su solicitud de inscripción, incluyendo la prueba de incapacidad de pago y una lista de todos los intentos realizados para aumentar la cuota requerida de fuentes externas, tales como una negación del préstamo.

4. ¿Está solicitando una renuncia del cargo de la inscripción debido a las dificultades financieras?

☐ Sí ☐ No

Cargo de solicitud de inscripción

Monto total adeudado Sin cargo

Si usted contesta “Si” a la primera pregunta sobre la tarifa de solicitud, aparecerá una pregunta de seguimiento.

**PREGUNTAS SOBRE EL CARGO DE LA INSCRIPCIÓN**

Si la ubicación de servicio está inscrito en Medicare no se requiere un pago de la cuota.

1. ¿Está el lugar de servicio inscrito en Medicare?

☒ Sí ☐ No

**\* Fecha de inscripción**

Si usted contesta “Si” a la segunda pregunta sobre la tarifa de solicitud, aparecerá una pregunta de seguimiento.

Si la ubicación del servicio ha pagado una cuota de solicitud a otro programa de Medicaid no se requiere un pago de la cuota.

Las cuotas pagadas a otras ubicaciones de servicio durante revalidación solo aplican a los tipos de proveedor Centro de Infusión / Agencia, Centro de Visión / Óptica, Suplidor de Prótesis y Ortesis, y Suplidor de Implantes bajo el mismo NPI.

2. ¿Se ha realizado el pago de la solicitud del lugar de Servicio al programa de Medicaid de otro estado o se ha pagado durante la solicitud de revalidación para otro lugar de servicio en Puerto Rico?

☒ Sí ☐ No

**\* Estado** **\* Fecha de pago**

Seleccione un valor ...



- b. El monto a pagar se observará en la parte inferior de la página cuando se contesten todas las preguntas.

Si usted ha recibido una renuncia de los programas mencionados a continuación no se requiere un pago de la cuota.

3. ¿Ha recibido una exención del cargo de la inscripción de Medicare o del programa Medicaid ... ?

☐ Sí ☒ No

Si usted está solicitando una renuncia por dificultades financieras, por favor envíe una carta explicando las dificultades financieras, junto con su solicitud de inscripción, incluyendo la prueba de incapacidad de pago y una lista de todos los intentos realizados para aumentar la cuota requerida de fuentes externas, tales como una negación del préstamo.

4. ¿Está solicitando una renuncia del cargo de la inscripción debido a las dificultades financier... ?

☐ Sí ☒ No

Cargo de solicitud de inscripción \$XXX.XX

**Monto total adeudado \$XXX.XX**



**MONTO A PAGAR:** Si observa un mensaje de “Sin Cargo” al lado de “Monto a pagar,” no se le requiere pagar un cargo para su inscripción.

Si observa una cantidad a pagar, las instrucciones para pagar el cargo se encuentran en la parte superior de la página de Cargos. Esto incluye el método de pago aceptado, la dirección a la cual enviará su pago y la información que tiene que incluir junto a su pago.

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

Si usted ha recibido una renuncia de los programas mencionados a continuación no se requiere un pago de la cuota.

3. ¿Ha recibido una exención del cargo de la inscripción de Medicare o del programa Medicaid ... ?

☐ Sí ☒ No

Si usted está solicitando una renuncia por dificultades financieras, por favor envíe una carta explicando las dificultades financieras, junto con su solicitud de inscripción, incluyendo la prueba de incapacidad de pago y una lista de todos los intentos realizados para aumentar la cuota requerida de fuentes externas, tales como una negación del préstamo.

4. ¿Está solicitando una renuncia del cargo de la inscripción debido a las dificultades financier... ?

☐ Sí ☒ No

Cargo de solicitud de inscripción \$XXX.XX

Monto total adeudado \$XXX.XX



### 3.13 Acuerdo/Enviar

#### Referencia Rápida – Acuerdo/Enviar

Tabla 16 – 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.	Confirmation pop-up window displays.
3	Confirmar Acuerdo de Proveedor.	En la ventana nueva, haga clic en Sí para confirmar el acuerdo.	Observará ventana nueva de confirmación.
4	Complete Signature section.	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 Tax ID/S...	Nombre del Contacto	Correo Electrónico del Contacto
HOSPITAL ESPANOL		

NPI	Tipo de Tax ID	Número de Tax ID	Lugar de Servicio
1265493001	EIN	01-2345678	

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 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

Cancelar

Anterior

Terminar mas tarde

Enviar

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

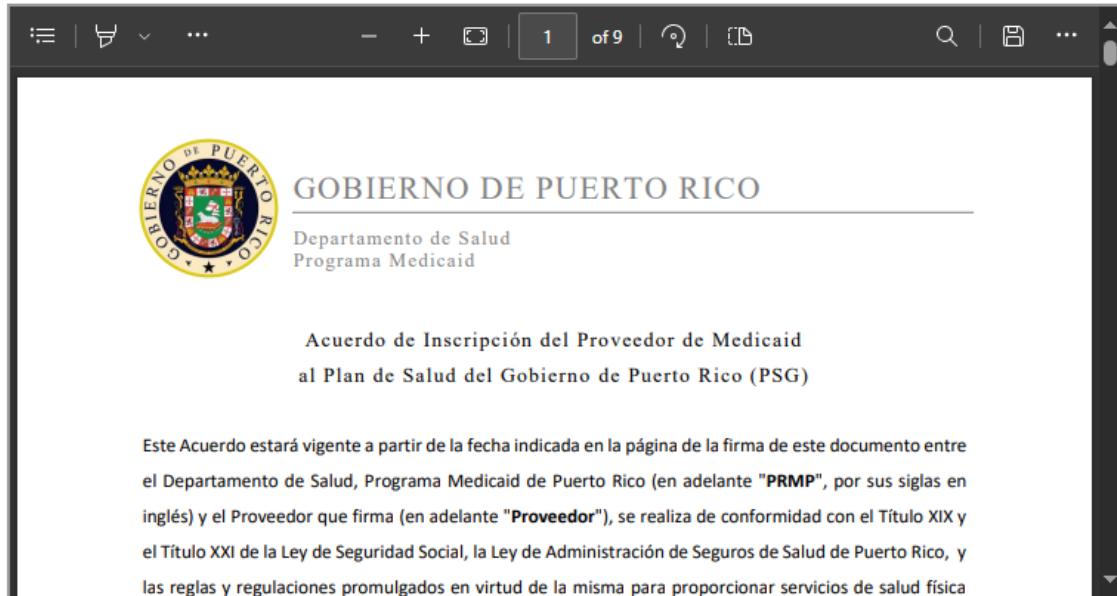
Enviar

1. Debajo, observará una nueva sección con un documento PDF.

Formulario



Lea el documento del Acuerdo del Proveedor a continuación



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

Campos requeridos ( \* )  
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 de Proveedor contenido en el documento PDF mostrado y haga clic en la caja titulada Estoy de acuerdo.

Form

Please read the Provider Agreement document below.

LoadAgreementPdf

1 / 8 121%

 GOVERNMENT OF PUERTO RICO  
Department of Health  
Medicaid Program


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

I certify my signature, under penalty of perjury that I am the individual applying, or I am duly authorized by the individual applying to bind such person to the provider agreement and that I have read and understood the provider agreement & provider manuals.

Required Fields ( \* )  
I Accept ☒

Cancel Previous Finish Later Submit

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

 CONFIRMACIÓN DEL ACUERDO

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

No **Sí**

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

Campos requeridos ( \* )  
Estoy de acuerdo  
**Sí**

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 Apelli... 
 \* 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.

Solicitar Código de Verificación

Código de Verificación

Fecha de Inscripción  
 01/11/2023

Cancelar

Anterior

Terminar mas tarde

Enviar

- 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.

<b>Solicitar Código de Verificación</b>	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.

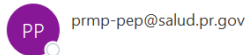
**CODIGO DE VERIFICACION POR CORREO ELECTRONICO**

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



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](mailto: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](mailto: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 (ATN) 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.

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

The screenshot shows a form with a button 'Solicitar Código de Verificación' on the left. To its right, the 'Código de Verificación' field contains 'FLP4QNOM' and is highlighted with a red box. Further right, the 'Fecha de Inscripción' is '01/11/2023'. At the bottom, there are four buttons: 'Cancelar', 'Anterior', 'Terminar mas tarde', and 'Enviar', with 'Enviar' highlighted by a red box.

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

The screenshot shows a dialog box titled 'CONFIRMACIÓN DE ALERTA' with an information icon. It asks '¿Desea enviar ésta solicitud?'. Below the question are two buttons: 'No' and 'Sí', with 'Sí' highlighted by a red box.

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

The screenshot shows a confirmation message titled 'Confirmación de Envío' under the 'INSCRIPCIÓN PROVEEDOR' header. It states: '¡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.' Below this, it provides a tracking number: 'Número de seguimiento 0242959392'. At the bottom, it lists contact information: 'Equipo de Inscripción de Proveedores', 'pmp-pep@salud.pr.gov', and 'Contáctenos: (787) 641-4200'. There are 'Enviar' and 'Imprimir' buttons at the top right.

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](mailto: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.