

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL_PRMMIS_Final_User_Documentation_PEP_Spanish_Enrollment_Group_Ref_Guide

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

Fase Dos - Documentación Final de Usuario

Material de Adiestramiento – Guía de Referencia

Versión 4.0

Historial de Cambio

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

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

Contenido

| | |
|---|-----|
| Historial de Cambio | ii |
| Contenido | iii |
| Tablas..... | iii |
| 1 Acrónimos..... | 1 |
| 2 Visión General | 2 |
| 3 Solicitud de Nueva Inscripción..... | 3 |
| 3.1 Información General | 3 |
| 3.2 Especialidades..... | 11 |
| 3.3 Lugar de Servicio..... | 16 |
| 3.4 Direcciones | 25 |
| 3.5 Capacidades..... | 30 |
| 3.6 Organización..... | 33 |
| 3.7 Asociaciones..... | 34 |
| 3.8 Acreditaciones | 38 |
| 3.9 Tipo de Proveedor | 46 |
| 3.10 Otro..... | 47 |
| 3.11 Divulgaciones | 52 |
| 3.12 Verificación de Antecedentes | 58 |
| 3.13 Archivos Adjuntos | 59 |
| 3.14 Cargos | 62 |
| 3.15 Acuerdo/Enviar | 65 |
| 4 Notificaciones | 71 |
| 4.1 Huellas Requeridas | 71 |
| 4.2 Devuelto al Proveedor | 71 |
| 4.3 Aprobación de Inscripción | 71 |
| 4.4 Denegación de Inscripción..... | 71 |

Tablas

| | |
|-------------------------------------|----|
| Tabla 1 – Acrónimos..... | 1 |
| Tabla 2 – Información General | 3 |
| Tabla 3 – Especialidades..... | 11 |
| Tabla 4 – Lugar de Servicio..... | 16 |
| Tabla 5 – Direcciones..... | 25 |
| Tabla 6 – Capacidades..... | 30 |

Guía de Inscripción de Grupos – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)
Material de Adiestramiento – Guía de Referencia

| | |
|---|----|
| Tabla 7 – Organización | 33 |
| Tabla 8 – Asociaciones | 34 |
| Tabla 9 – Acreditaciones | 38 |
| Tabla 10 – Tipo de Proveedor | 46 |
| Tabla 11 – Otro..... | 47 |
| Tabla 12 – Divulgaciones | 52 |
| Tabla 13 – Verificación de Antecedentes | 58 |
| Tabla 14 – Archivos Adjuntos..... | 59 |
| Tabla 15 – Cargos | 62 |
| Tabla 16 – Acuerdo/Enviar | 65 |

1 Acrónimos

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

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

Tabla 1 – Acrónimos

| Acrónimo | Definición |
|----------|--|
| ACA | Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) |
| ADA | Ley sobre estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act) |
| ATN | Número de Rastreo de Solicitud (Application Tracking Number) |
| 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 |
| IRS | Servicios de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) |
| LMS | El 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 Grupos – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** incluye instrucciones de solicitud de nueva inscripción y notificaciones aplicables a proveedores que desean inscribirse en el Programa de Medicaid Puerto Rico a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP). Para poder completar una solicitud de nueva inscripción para un Grupo, se deben completar todos los pasos requeridos y enviar la solicitud.

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

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

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

Después de leer la **Guía de Inscripción de Grupos – 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 Personalmente Identificable (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 Grupo (conocida en inglés como “Group Enrollment Type”) consiste en dos o más profesionales de la salud que practican su profesión en un lugar común (compartan o no instalaciones comunes, personal de apoyo común o equipo en común). Todo pago hecho se reporta a los Servicios de Impuestos Internos (conocido como IRS por sus siglas en inglés) en contra del Número de Identificación de Empleado (conocido como EIN por sus siglas en inglés) del grupo.

El proceso de inscripción de Grupo consiste en 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 Grupo o Clínica. | <ul style="list-style-type: none"> 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 Grupos, 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: <ul style="list-style-type: none"> a. Información de Proveedor y preguntas relacionadas b. Información de Contacto Haga clic en Guardar y Continuar. | Se guarda la página de Información General. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible. |

Pasos Detallados

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

dom. abr. 23, 6:40 p. m.

Programa Medicaid de Puerto Rico
Portal de Inscripción de Proveedores

PRMP Contáctenos

Imprimir ?

Número de Rastreo: 0069026078 ?

Información Requerida

Campos requeridos (*)

Información Inicial de Inscripción

- * Tipo de Inscripción
Seleccione un valor ...
- * Tipo de Proveedor
Seleccione un valor ...
- * Fecha Efectiva
23/04/2023

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

* 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, 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 Grupo los encontrará en la parte superior de la página. También observará una barra que indica su progreso en la inscripción.



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

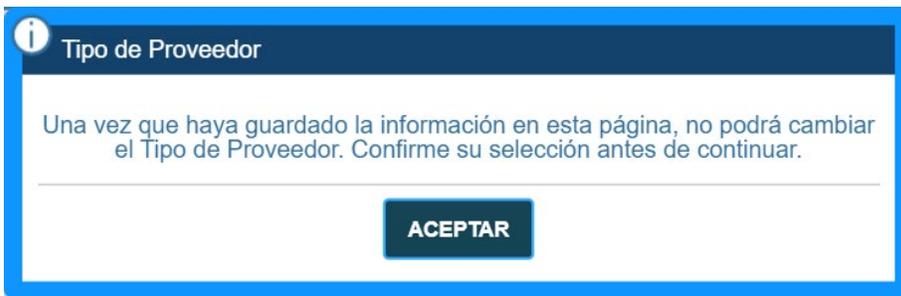
El Tipo de Proveedor, especialidades, u otra información relacionada determinarán si los pasos son requeridos, opcionales, o no aplicables.

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



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

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





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 alto riesgo. Los proveedores de alto riesgo están sujetos a los requisitos limitados y moderados de detección de riesgos, además de las verificaciones de antecedentes penales de los propietarios. Una vez que haya guardado la información en esta página, no podrá cambiar el Tipo de Proveedor. Confirme su selección antes de continuar.

ACEPTAR

3. 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 Requerida

Campos requeridos (4)

Información Inicial de Inscripción

* Tipo de Inscripción ? Seleccione un valor ...

* Tipo de Proveedor ? Seleccione un valor ...

* Fecha Efectiva ? 29/10/2019



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

4. 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 un Grupo, esta sección exhibe campos relacionados al negocio.

Información de Proveedor

El nombre del proveedor debe ser el nombre actual en impuestos, corporación u otros documentos legales. El nombre legal y el Número de Identificación Fiscal Federal (TIN) del proveedor deben coincidir con la información en el Formulario W-9 para negocios y los registros del Servicio de Impuestos Internos para individuos.

* Nombre Legal ? Nombre de Impuesto ? Nombre usado para hacer negoci... ? * NPI ?

* EIN ?

* Lenguaje de comunicación pre... ?



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.



¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?

Sí No

¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?

Sí No

ii. **Inscripción Adicional:**

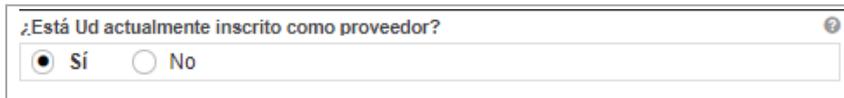
- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
- Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP.

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.

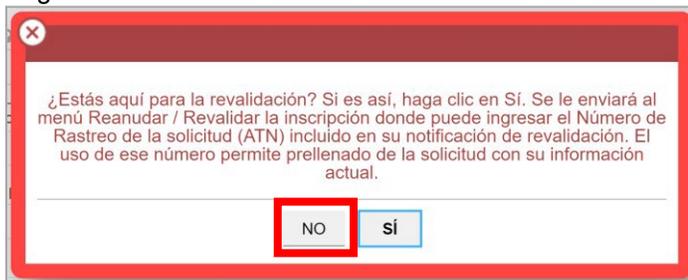
Seleccione **Sí** para la pregunta de inscripción actual.



¿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.

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? | * Identificador de Proveedor Actual |
| <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |

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

| |
|--|
| ¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor? |
| <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No |

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

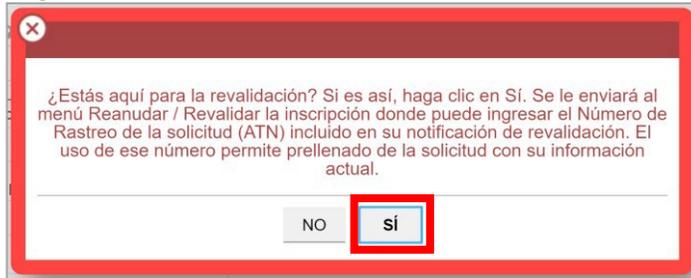
- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
- Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP,
- Y
- Si usted ha recibido una carta solicitándole que revalide su inscripción.

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? |
| <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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? | * Identificador de proveedor anterior |
| <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No | |
| ¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor? | |
| <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |

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”.

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

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

Información del Contacto

Título * Primer Apellido Segundo Apellido * Nombre Segundo Nombre Sufijo

* Dirección Línea 1 Dirección Línea 2

* Ciudad * Estado * País * Código postal

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

Dirección de Correo Electrónico Confirmar Dirección de Correo Electrónico

* Comunicación Preferida

CANCELAR GUARDAR Y CONTINUAR

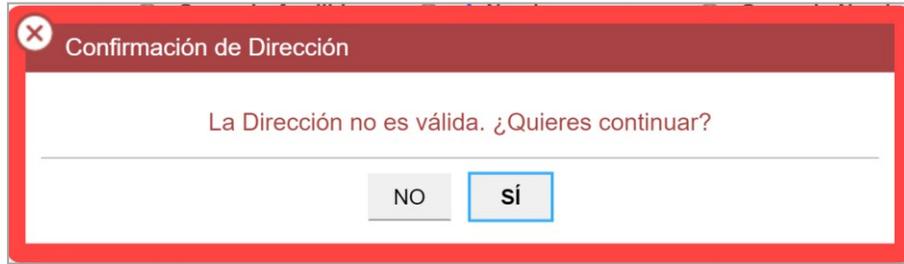


DIRECCIÓN VÁLIDA: El sistema de PEP validará la dirección añadida en esta sección. Si el sistema encuentra una variación de la dirección, seleccione la dirección actualizada que aparecerá.

Búsqueda de Dirección

| Calle | Ciudad | Condado | Estado | País | Código Postal |
|-------------|-----------|-----------|--------|---------------|---------------|
| PO BOX 1675 | AGUADILLA | AGUADILLA | PR | UNITED STATES | 00605-1675 |

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



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

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

Torre Hospital Auxilio Mutuo

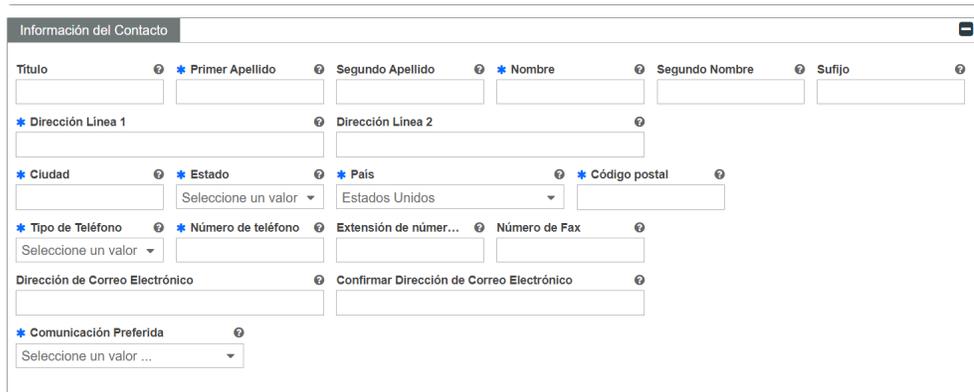
San Juan PR 00917-5030

Ejemplo de dirección inválida: Torre Hospital Auxilio Mutuo

735 Ave Ponce de León Suite 710

San Juan PR 00917-5030

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



CANCELAR

GUARDAR Y CONTINUAR



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

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



3.2 Especialidades

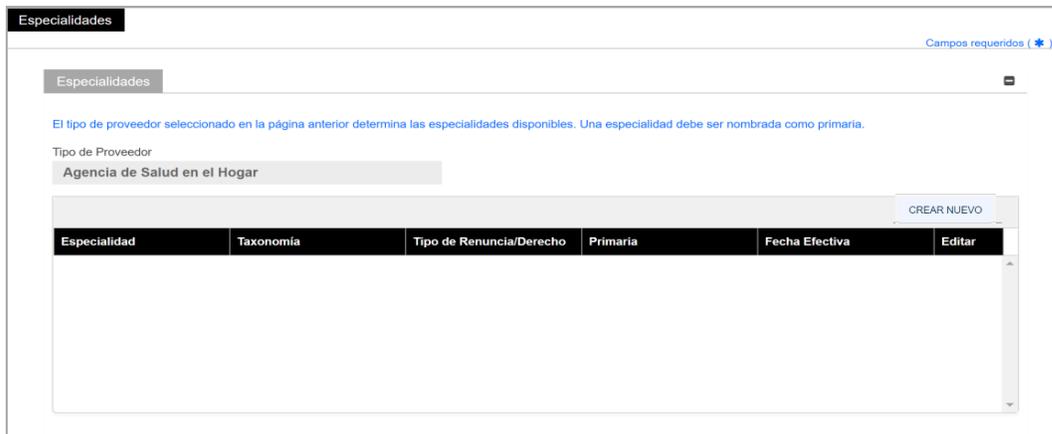
Referencia Rápida – Especialidades

Tabla 3 – Especialidades

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

Pasos Detallados

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



- 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.



Agregar Especialidad

Campos requeridos (*)

Primaria

* Especialidad
Seleccione un valor ...

* Taxonomía
Seleccione un valor ...

* Fecha Efectiva

CANCELAR GUARDAR

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

CREAR NUEVO

| Especialidad | Taxonomía | Tipo de Renuncia/Derecho | Primaria | Fecha Efectiva | Editar |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|----------|----------------|--------|
| 965-Agencia de Salud en el Hogar | 251E00000X-Salud en el hogar | | x | 29/10/2019 | |



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

Primaria

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

CREAR NUEVO

| Especialidad | Taxonomía | Tipo de Renuncia/Derecho | Primaria | Fecha Efectiva | Editar |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|----------|----------------|--------|
| 965-Agencia de Salud en el Hogar | 251E00000X-Salud en el hogar | | x | 29/10/2019 | |

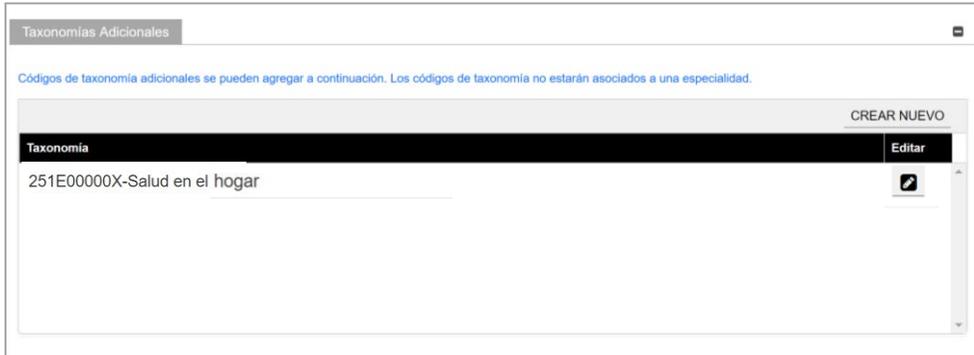
2. Taxonomías relacionadas pueden ser añadidas y editadas en la sección de **Taxonomías Adicionales de la página de Especialidades.**



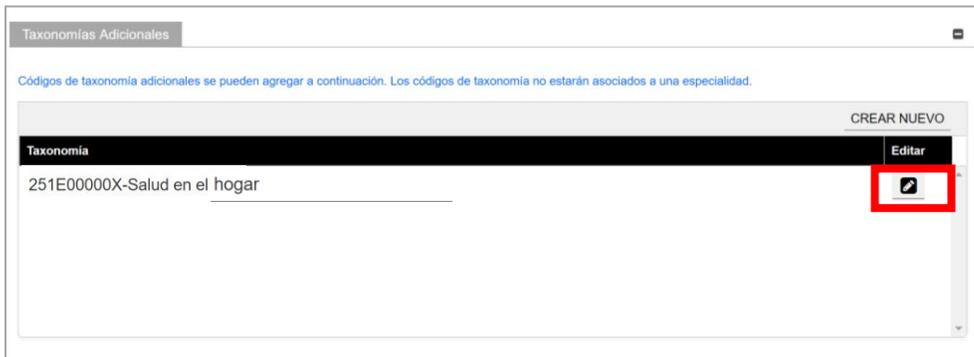
- a. Para añadir una nueva taxonomía, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Taxonomías Adicionales.



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



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



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



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. | a. Para añadir un lugar de servicio, haga clic en Crear Nuevo y complete los campos requeridos en la ventana nueva. b. Haga clic en Guardar para añadir esta información. c. Para editar un lugar de servicio, haga clic en el botón de Editar al lado del lugar deseado y guarde los cambios. Haga clic en Guardar y Continuar. | 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.

The screenshot shows the 'Lugar de Servicio' interface. At the top left, the title 'Lugar de Servicio' is displayed. To the right, there is a blue link that says 'Campos requeridos (*)'. Below this, there is a 'CREAR NUEVO' button. Underneath the button is a table with the following columns: 'Nombre...', 'Direcció...', 'Direcció...', 'Ciudad', 'Estado', 'Primaria', and 'Editar'. The table is currently empty. At the bottom of the page, there are three buttons: 'CANCELAR', 'ANTERIOR', and '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 Campos requeridos (*)

CREAR NUEVO

| Nombre... | Direcció... | Direcció... | Ciudad | Estado | Primaria | Editar |
|-----------|-------------|-------------|--------|--------|----------|--------|
| | | | | | | |

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

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

* Apellido ? Segundo Apellido ? * Nombre ? Segundo No... ? Sufijo ?

* Dirección Línea 1 ? Dirección Línea 2 ? * País ? * Estado ?

* Ciudad ? Condado ? * Código Po... ? Código de Localiz...

Correo Electrónico ? Confirmar Dirección de Correo Elec... ?



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.

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.



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.

| Calle | Ciudad | Condado | Estado | País | Código Postal |
|-------------|-----------|-----------|--------|---------------|---------------|
| PO BOX 1675 | AGUADILLA | AGUADILLA | PR | UNITED STATES | 00605-1675 |

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

Confirmación de Dirección

La Dirección no es válida. ¿Quieres continuar?

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.

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** 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 teléfono ? Extensión de número ... ?

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 |
|------------------|--------------------|-----------|--------|
| Trabajo | 735-227-4675 | | |

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 |
| Trabajo | 735-227-4675 | |  |

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 transport... ?
 Si No

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

Tipo de Tel... ? Número de teléfono ... ? Extensión ?
Selección

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 |
| | | | |

Formulario de "Agregar Horario de Operación" con los siguientes campos:

- Día:** Selector con el texto "Seleccione un valor ...".
- Hora Inicial:** Selector con el texto "Seleccione un valor ...".
- Hora Final:** Selector con el texto "Seleccione un valor ...".

Botones: CANCELAR y GUARDAR.

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

| 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 transport... ?
 Si No

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

Tipo de Tel... ? Número de teléfono ... ? Extensión ?
Selección

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 ?
Seleccione un valor ...

* Género preferido del paciente ?
Seleccione un valor ...

CANCELAR **GUARDAR**

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

The screenshot shows a web interface titled "Lugar de Servicio". At the top right is a "CREAR NUEVO" button. Below it is a table with the following columns: "Nombre del Lugar", "Dirección Línea 1", "Dirección Línea 2", "Ciudad", "Estado", "Primaria", and "Editar". The table contains one row with the following data: "Centro ABC", "605 AVE INDUSTRIAL", "", "ISABELA", "Puerto Rico", "x", and an edit icon. At the bottom of the panel are three buttons: "CANCELAR", "ANTERIOR", and "GUARDAR Y CONTINUAR".

| Nombre del Lugar | Dirección Línea 1 | Dirección Línea 2 | Ciudad | Estado | Primaria | Editar |
|------------------|--------------------|-------------------|---------|-------------|----------|--------|
| Centro ABC | 605 AVE INDUSTRIAL | | ISABELA | Puerto Rico | x | |



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.

This screenshot is identical to the one above, but the "Editar" button in the table row is highlighted with a red rectangular box.

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

Lugar de Servicio ☰

[CREAR NUEVO](#)

| Nombre del Lugar | Dirección Línea 1 | Dirección Línea 2 | Ciudad | Estado | Primaria | Editar |
|------------------|--------------------|-------------------|---------|-------------|----------|---|
| Centro ABC | 605 AVE INDUSTRIAL | | ISABELA | 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 anterior. | | | |
| 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. | <p>a. Haga clic en Crear Nuevo para añadir por lo menos un número de teléfono.</p> <p>b. Para editar un número de teléfono añadido, haga clic en el botón de Editar al lado del número deseado y guarde los cambios.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar.</p> | <p>Un número de teléfono es añadido a cada tipo de dirección. Se guarda la información de las Direcciones.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p> |

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

Pagara 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

* Apellido Segundo Apellido * Nombre Segundo Nombre Sufijo Nombre del Agente de ...

* Dirección Línea 1 Dirección Línea 2

* Ciudad * Estado * País * Código Postal

Igual que Lugar de Servicio

Correo Electrónico Confirmar Dirección de Correo Electrónico

Ejemplo: Dirección de Enviar A



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.

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.

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

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

- a. 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.

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

Campos requeridos (*)

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

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 |
|------------------|--------------------|-----------|--------|
| Trabajo | 787-555-7564 | | |

- 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 |
|------------------|--------------------|-----------|--------|
| Trabajo | 787-555-7564 | | |



NOTA: Cómo 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 |
|------------------|--------------------|-----------|--------|
| Trabajo | 787-555-7564 | | |

CANCELAR ANTERIOR **GUARDAR Y CONTINUAR**

3.5 Capacidades

La página de Capacidades se observará si el Tipo de Proveedor y la especialidad seleccionada en pasos anteriores requiere que se le añada información de capacidad. Si esta página no está disponible en su solicitud, puede continuar a la [Sección 3.6 Organización](#) para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

Referencia Rápida – Capacidades

Tabla 6 – Capacidades

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

Pasos Detallados

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



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

| Estado | Condado | Tipo de Renuncia/Derecho | Cantidad máxima de miembros de Medicaid | Editar |
|-------------|-------------------|--------------------------|---|--------|
| Puerto Rico | Isabela Municipio | | | |

Campos requeridos (*)

* Estado ? * Condado ? * Cantidad máxima de miembros de... ?

Seleccione un valor ... Seleccione un valor ...

CANCELAR GUARDAR

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



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

Vea el próximo paso para instrucciones para editar una capacidad.

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

| Estado | Condado | Tipo de Renuncia/Derecho | Cantidad máxima de miembros de Medicaid | Editar |
|-------------|-------------------|--------------------------|---|--------|
| Puerto Rico | Isabela Municipio | | | |

Campos requeridos (*)

* Estado ? * Condado ? * Cantidad máxima de miembros de... ?

Puerto Rico Isabela Municipio

ELIMINAR CANCELAR GUARDAR

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

Capacidad por Especialidad

007 - Medicina de Emergencia

CREAR NUEVO

| Estado | Condado | Tipo de Renuncia/Derecho | Cantidad máxima de miembros de Medicaid | Editar |
|-------------|-------------------|--------------------------|---|--------|
| Puerto Rico | Isabela Municipio | | 5000 | |

GUARDAR Y CONTINUAR

GUARDAR Y CONTINUAR

3.6 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. 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

Detalles Organizacionales

Si su negocio es cadena afiliada, la información sobre la compañía u organización debe ser incluida en la información de divulgación.
Si su negocio es operado por una compañía administrativa o arrendada (en su totalidad o en una parte) por otra organización, la información sobre la compañía u organización administrativa debe ser incluida en la información de divulgación.

* Tipo de Organización
Seleccione un valor ...

* Clasificación Fiscal
Seleccione un valor ...

Entidades haciendo negocio en el Estado, excepto para asociaciones informales como son empresas con propietario único o asociaciones generales, deben ser registradas con el Secretario de Estado. Para mas información sobre el proceso de registro, por favor visite el sitio web de la Secretaria de Estado <https://www.estado.pr.gov/>

Registrado con el Secretario de Estado

Incorporado

Cadena Afiliada

Operada por una Compañía de Administración

Corporación de Propiedad Nacional

Corporación Extranjera

Fecha de Inicio Negocio

Fecha de Incorporación

CANCELAR



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

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

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

Organización Campos requeridos (1)

Detalles Organizacionales

Si su negocio es cadena afiliada, la información sobre la compañía u organización debe ser incluida en la información de divulgación.
Si su negocio es operado por una compañía administrativa o arrendada (en su totalidad o en una parte) por otra organización, la información sobre la compañía u organización administrativa debe ser incluida en la información de divulgación.

• Tipo de Organización

• Clasificación Fiscal

Entidades haciendo negocio en el Estado, excepto para asociaciones informales como son empresas con propietario único o asociaciones generales, deben ser registradas con el Secretario de Estado. Para más información sobre el proceso de registro, por favor visite el sitio web de la Secretaría de Estado <https://www.estado.pr.gov/>

Registrado con el Secretario de Estado

Incorporado

Cadena Afiliada

Operada por una Compañía de Administración

Corporación de Propiedad Nacional

Corporación Extranjera

CANCELAR

3.7 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 nueva inscripción de Grupo, necesitará su ID de Lugar de Proveedor del Programa de Medicaid Puerto Rico (PRMP) o su Identificador Nacional de Proveedor (NPI) para poder completar esta página. De ser necesario, puede ver las instrucciones en la **Sección 2.4** de la **Guía de Navegación – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** para reanudar su inscripción que haya sido comenzada.

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.

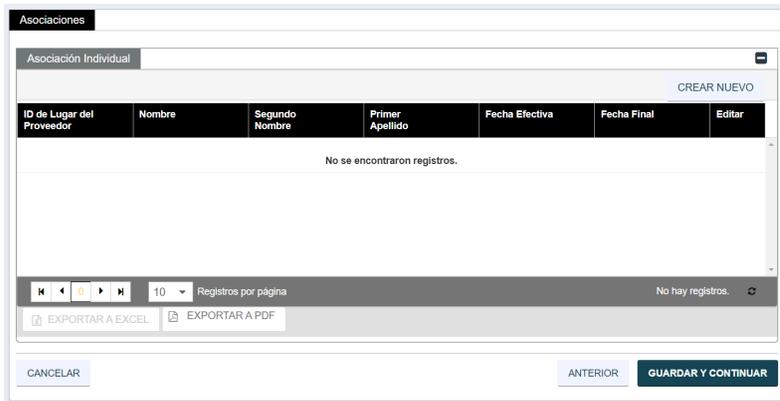
Referencia Rápida – Asociaciones

Tabla 8 – Asociaciones

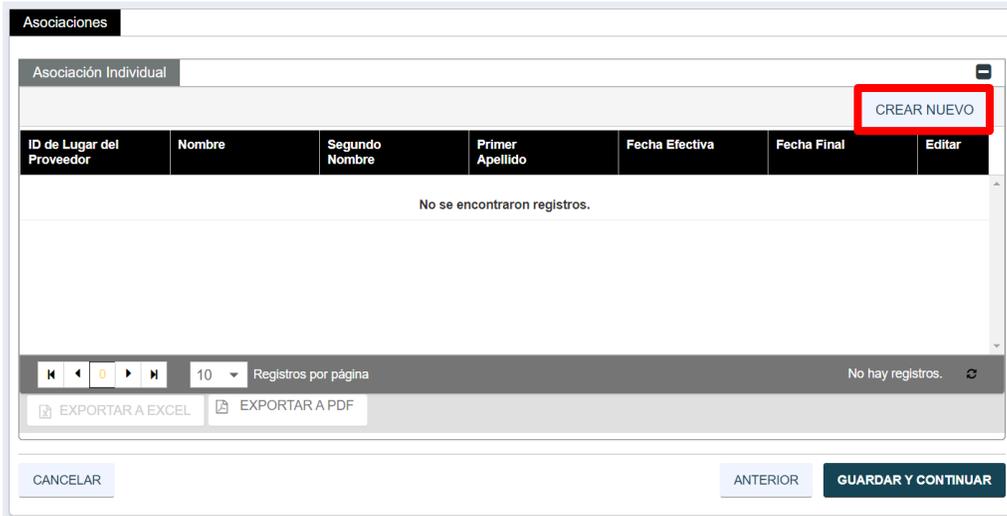
| Paso | Tarea | Acción | Resultado |
|---|--|---|---|
| Comience en la página de Asociaciones. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior. | | | |
| 1 | Añada asociaciones de Individuo o Grupo. | <ul style="list-style-type: none"> a. Haga clic en Crear 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. c. Haga clic en la asociación deseada de los Resultados de Búsqueda. d. Una vez la información sea guardada, la información de la asociación se observará en el panel. <p>Haga clic en Guardar y Buscar.</p> | <p>Asociaciones son guardadas.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p> |

Pasos Detallados

1. Observará la página de Asociaciones. Inscripciones para Grupos muestran un panel de Asociaciones Individuales, el cual permite a Grupos asociarse con Individuos ya inscritos.

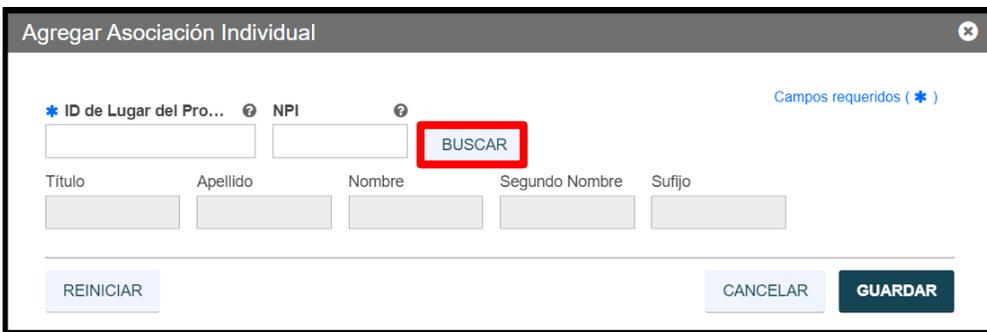


- a. Para añadir una nueva asociación, haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel de Asociaciones Individuales.



The screenshot shows a web interface for managing associations. At the top, there's a tab labeled 'Asociación Individual' and a 'CREAR NUEVO' button highlighted in red. Below is a table with the following columns: 'ID de Lugar del Proveedor', 'Nombre', 'Segundo Nombre', 'Primer Apellido', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. The table is currently empty, displaying the message 'No se encontraron registros.' At the bottom, there are navigation buttons: 'CANCELAR', 'ANTERIOR', and 'GUARDAR Y CONTINUAR'. There are also options to 'EXPORTAR A EXCEL' and 'EXPORTAR A PDF'.

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



The screenshot shows a form titled 'Agregar Asociación Individual'. It has two input fields for 'ID de Lugar del Pro...' and 'NPI', both marked as required. A 'BUSCAR' button is highlighted in red. Below these are five more input fields: 'Título', 'Apellido', 'Nombre', 'Segundo Nombre', and 'Sufijo'. At the bottom, there are buttons for 'REINICIAR', 'CANCELAR', and 'GUARDAR'. A note on the right says 'Campos requeridos (*)'.



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 the 'Criterios de Búsqueda' (Search Criteria) window. It has a 'Search By' dropdown menu set to 'NPI' and a text input field containing '111111112'. Below the input are three buttons: 'CANCELAR', 'LIMPIAR', and 'BUSCAR'. Below this is the 'Resultados de la Búsqueda' (Search Results) window, which displays a table with two rows of results. The table has columns for 'NPI', 'ID de Lugar del Proveedor', 'Primer Apellido', and 'Nombre'. The first row shows NPI 111111112, ID 035558507, and name George Strait. The second row shows NPI 111111112, ID 039279400, and name Charles Leclerc. At the bottom of the results window, there are navigation controls, a 'Registros por página' (Records per page) dropdown set to 10, and a '1-2 de 2 Registros' (1-2 of 2 Records) indicator. A 'CANCELAR' button is located at the bottom right of the results window.

| NPI | ID de Lugar del Proveedor | Primer Apellido | Nombre |
|-----------|---------------------------|-----------------|---------|
| 111111112 | 035558507 | Strait | George |
| 111111112 | 039279400 | Leclerc | Charles |

- 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 the 'Asociación Individual' (Individual Association) window. It features a 'CREAR NUEVO' (CREATE NEW) button at the top right. 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 row with the following data: ID 039279400, Name Charles, Second Name (empty), First Lastname Leclerc, Effective Date 01/05/2023, and Final Date 31/12/9999. Below the table are navigation controls, a 'Registros por página' (Records per page) dropdown set to 10, and an 'Elementos mostrados 1 - 1 de 1' (Elements shown 1 - 1 of 1) indicator. At the bottom left, there are two buttons: 'EXPORTAR A EXCEL' and 'EXPORTAR A PDF'. At the bottom right, there are three buttons: 'CANCELAR', 'ANTERIOR', and 'GUARDAR Y CONTINUAR'.

| ID de Lugar del Proveedor | Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|---------------------------|---------|----------------|-----------------|----------------|-------------|--------|
| 039279400 | Charles | | Leclerc | 01/05/2023 | 31/12/9999 | |

- 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, showing the 'Asociación Individual' window. The 'GUARDAR Y CONTINUAR' button at the bottom right is highlighted with a red rectangular box.

3.8 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. | Complete la información requerida para cualquiera de las siguientes secciones que se presente: a. Licencia b. Participación de Medicare c. Programa de Medicaid d. DEA e. Certificado de Registro de Sustancias Controladas de Puerto Rico Haga clic en Guardar y Continuar. | Acreditaciones son añadidas y guardadas. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible. |

Pasos Detallados

1. Observará la página de Acreditaciones. La siguiente información de acreditaciones puede ser recopilada para un Grupo:
 - 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.



The image shows a form titled 'Agregar Licencia'. It contains several input fields, each with a blue asterisk indicating it is required: 'Número de Licencia', 'Estado de ...', 'Junta Emisora', 'Fecha Efec...', and 'Fecha Final'. The 'Estado de ...' field is a dropdown menu with 'Seleccione' as the current selection. There are also date pickers for the 'Fecha Efec...' and 'Fecha Final' fields. At the bottom right, there are two buttons: 'CANCELAR' and '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.

The image shows the 'Licencia' panel with a table containing one row of data. The 'Editar' button in the last column of the row is highlighted with a red box. The table has columns for 'Número de Licencia', 'Estado Emisor', 'Junta Emisora', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. The data row contains: '65656453535', 'Puerto Rico', 'Ejemplo', '11/11/2019', and '11/11/2099'.



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

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

CREAR NUEVO

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

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

CREAR NUEVO

CREAR NUEVO

Agregar Programa de Medicaid

Campos requeridos (*)

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

| Seleccione un | | |

CANCELAR GUARDAR

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

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

Programa de Medicaid

* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por favor indique qué estados.

Sí No

CREAR NUEVO

| Programa | Estado | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|----------|-------------|----------------|-------------|---|
| Ejemplo | Puerto Rico | 12/11/2019 | 12/11/2099 |  |



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 (Drug Enforcement Agency).

DEA

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

CREAR NUEVO

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

CREAR NUEVO

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

CREAR NUEVO

| Número DEA | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|------------|----------------|-------------|--------|
| AP5836727 | 14/10/2019 | 14/10/2099 | |

- 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 |
|--------------------|----------------|-------------|--------|
|--------------------|----------------|-------------|--------|

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



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.



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)

¿Unidad prescribe sustancias controladas en Puerto Rico?
 Sí No

| Número de registro | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|--------------------|----------------|-------------|--------|
| AB123456 | 01/01/2000 | 01/01/2222 | |

¿Unidad dispensa sustancias controladas en Puerto Rico?
 Sí No

| Número de registro | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|--------------------|----------------|-------------|--------|
| AB963214 | 01/01/2000 | 01/01/2222 | |

CANCELAR GUARDAR Y CONTINUAR GUARDAR Y CONTINUAR

3.9 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. Información de Fianza de Garantía 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 Grupos.
 - a. **Información de Fianza de Garantía** – Esta sección se exhibe a las Agencias de Salud en el Hogar. Se les requiere a estas agencias que añadan información de sus fianzas de garantía de Medicaid.

Complete los campos mostrados en esta sección.

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.



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.

3.10 Otro

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

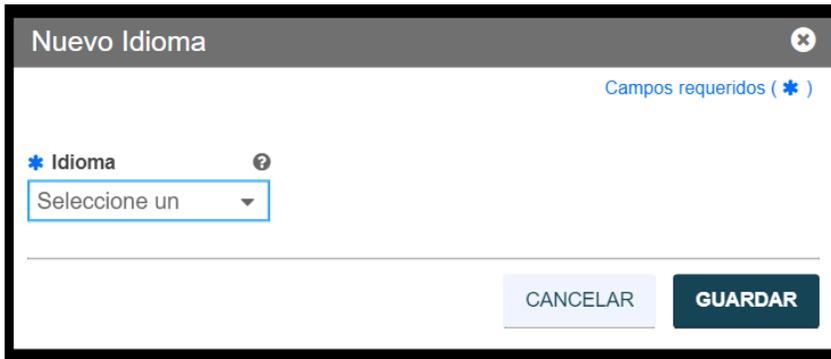
Referencia Rápida – Otro

Tabla 11 – Otro

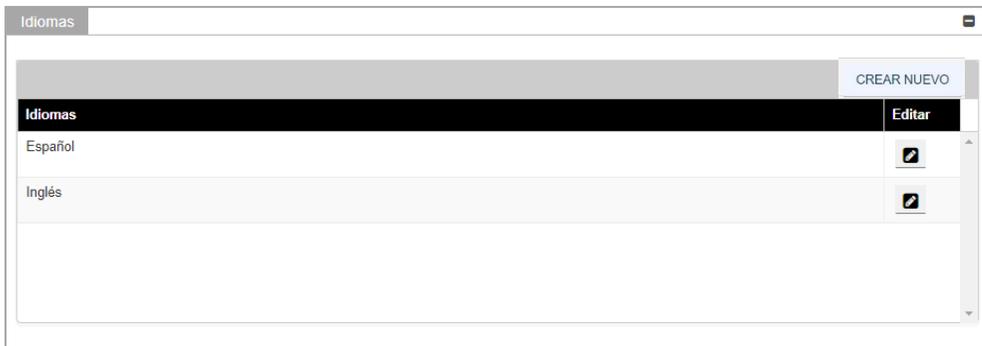
| Paso | Tarea | Acción | Resultado |
|---|--------------------------|---|--|
| Comience en la página de Otro. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior. | | | |
| 1 | Añadir Otra información. | Complete la información requerida para los paneles mostrados: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

Pasos Detallados

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



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



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



The screenshot shows a modal window titled 'Nueva Certificación'. It contains several input fields: a checkbox for 'Exento de Acreditación', dropdown menus for 'Especialidad' and 'Tipo de certificado', a text field for 'Otra Certificación', and date pickers for 'Fecha Efectiva' and 'Fecha Final'. The 'Fecha Efectiva' and 'Fecha Final' fields are marked with an asterisk (*). At the bottom right, there are two buttons: 'CANCELAR' and 'GUARDAR'.

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

The screenshot shows the 'Certificaciones' panel with a table containing one row of data. The table has columns for 'Especialidad', 'Tipo de Certificado', 'Otra Certificación', 'Número de Certifica...', 'Exento de Acreditac...', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. A 'CREAR NUEVO' button is visible at the top right of the panel.

| Especialidad | Tipo de Certificado | Otra Certificación | Número de Certifica... | Exento de Acreditac... | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|---------------------------|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------|----------------|-------------|--------|
| 844-Obstetra y Ginecólogo | Otro | Ejemplo | | | 12/11/2019 | 12/11/2099 | |

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

The screenshot shows a form titled 'Información Adicional'. It contains a blue instruction: 'Por favor ingrese la dirección del sitio web del proveedor a continuación. Debe comenzar con "http:" o "https:" seguido de una dirección válida.' Below this is a text input field labeled 'URL del sitio web del proveedor' with a question mark icon to its right.

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

Información de Negligencia Profesional

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

| Tipo de Portador | Nombre del Portador | Cantidad de Cobertur... | Cantidad de Cobertur... | Número de Póliza | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|----------------|-------------|--------|
|------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|----------------|-------------|--------|

CREAR NUEVO

CREAR NUEVO

Agregar Información del Portador de Negligencia

Campos requeridos (*)

* Tipo de Portador * Nombre del Portador * Número de Póliza

Seleccione un valor ...

* 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

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

CREAR NUEVO

| Tipo de Portador | Nombre del Portador | Cantidad de Cobertur... | Cantidad de Cobertur... | Número de Póliza | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|----------------|-------------|--------|
| Responsabilidad Profesional | Empresa Ejemplo | 250000 | 25000 | 2863726382 | 01/05/2023 | 01/05/2099 | |

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

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

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

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 / demandante pre... | Reclamo de estado | Editar |
|---------------------|------------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------|--------|
| | | | | | |

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

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 * Fecha del Incidente * Su estado en el caso * 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 Condado

Número de Caso de la Corte Federal Distrito

* Reclamo de estado

CANCELAR **GUARDAR**

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

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

CREAR NUEVO

| Tipo de Portador | Nombre del Portador | Cantidad de Cobertur... | Cantidad de Cobertur... | Número de Póliza | Fecha Efectiva | Fecha Final | Editar |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|----------------|-------------|--------|
| Responsabilidad Profesional | Empresa Ejemplo | 250000 | 25000 | 2863726382 | 01/05/2023 | 01/05/2099 | |

¿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.

CANCELAR ANTERIOR **GUARDAR Y CONTINUAR**

3.11 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. | <p>a. Complete los formularios de divulgación haciendo clic en el botón de Crear Nuevo al lado de cada formulario.</p> <p>b. Para editar o eliminar un formulario, haga clic en el nombre del formulario deseado y luego el botón de Editar en la ventana observada.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar una vez todos los formularios sean completados.</p> | <p>Los formularios de divulgación son completados.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p> |

Pasos Detallados

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

Detalles de Divulgación

DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

PROPIEDAD/CONTROL DE INTERÉS

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

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

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

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

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

| Formulario de Divulgación | Estado | Crear Nuevo |
|----------------------------------|--------|-------------|
| Auto Divulgación del Proveedor | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Divulgación del Subcontratista | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Propiedad y Control de Intereses | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Administración de Empleados | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Transacción de Negocios | Nuevo | CREAR NUEVO |

CANCELAR
ANTERIOR
GUARDAR Y CONTINUAR

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

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

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

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

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

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

| Formulario de Divulgación | Estado | Crear Nuevo |
|----------------------------------|--------|-------------|
| Auto Divulgación del Proveedor | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Divulgación del Subcontratista | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Propiedad y Control de Intereses | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Administración de Empleados | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Transacción de Negocios | Nuevo | CREAR NUEVO |

CANCELAR

ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR

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

Ejemplo: Auto Divulgación del Proveedor



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.

- Quando se guarde el formulario, el estado del formulario cambia a “Terminado.”
- b. Para editar o eliminar un formulario de divulgación completado, haga clic en el nombre del formulario deseado.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

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

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

| Formulario de Divulgación | Estado | Crear Nuevo |
|----------------------------------|--------|-------------|
| Auto Divulgación del Proveedor | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Divulgación del Subcontratista | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Propiedad y Control de Intereses | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Administración de Empleados | Nuevo | CREAR NUEVO |
| Transacción de Negocios | Nuevo | CREAR NUEVO |

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



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



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

Editar Auto Divulgación del Proveedor

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

Campos requeridos (*)

Título: [] Apellido Legal: Last Primer Apellido: Last Segundo Apellido: [] Nombre: First Segundo Nombre: []

Sufijo: [] SSN: 569-03-0303 Fecha de Nacimiento: []

Licencia

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

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

Afiliaciones

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

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

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

* Tipo de...: Casa Número de Teléf...: 789-898-9809

Condenas de Delitos Penales

* El proveedor ha sido condenado por un delito penal relacionado con su participación en algún programa bajo Medicare, Medicaid o el programa de servicios del Título XX desde el inicio de esos programas? Sí No

ELIMINAR CANCELAR **GUARDAR**

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

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

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

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

| Formulario de Divulgación | Estado | Crear Nuevo |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Auto Divulgación del Proveedor | Terminado | CREAR NUEVO |
| Divulgación del Subcontratista | Terminado | CREAR NUEVO |
| Propiedad y Control de Intereses | Terminado | CREAR NUEVO |
| Administración de Empleados | Terminado | CREAR NUEVO |
| Transacción de Negocios | Terminado | CREAR NUEVO |

CANCELAR **GUARDAR Y CONTINUAR** **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.

3.12 Verificación de Antecedentes

NOTA: La página de Verificación de Antecedentes se observará para proveedores de alto riesgo con dueños individuales.

Si la página de Verificación de Antecedentes no se encuentra en su inscripción, no es requerida para su tipo de proveedor. Si este es su caso, vaya a la [Sección 3.13 Archivos Adjuntos](#) para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

Referencia Rápida – Verificación de Antecedentes

Tabla 13 – Verificación de Antecedentes

| Paso | Tarea | Acción | Resultado |
|---|--|---|--|
| Comience en la página de Verificación de Antecedentes. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior. | | | |
| 1 | Revisar información de Verificación de Antecedentes. | <p>a. Verifique que todos los nombres mostrados en el panel de Detalles de Verificación de Antecedentes sean correctos.</p> <p>b. Haga clic en la caja de la última columna del panel si la persona ha sometido huellas dactilares a Medicaid en los pasados 5 años.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar.</p> | <p>La información de Verificación de Antecedentes ha sido revisada.</p> <p>La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.</p> |

Pasos Detallados

1. Observará la página de Verificación de Antecedentes. Individuos con 5% o más de poder propietario a quienes se les puede solicitar que envíen huellas digitales se observarán en el panel de Detalles de Verificación de Antecedentes. Esta información es obtenida de la página de Divulgaciones.

- a. Verifique que todos los nombres que se observan en el panel sean correctos.

| Apellido | Nombre | SSN | Fecha de Na... | ¿Ha enviado huellas digitales a Medicare o Medicaid en los últimos cinco años? |
|----------|--------|-----|----------------|--|
| Ultimo | Primer | | | <input type="checkbox"/> Compruebe si sí |



FALTAN DUEÑOS U OBSERVARÁ INFORMACIÓN INCORRECTA: Si la información mostrada es incorrecta o hay dueños que no son mostrados en el panel, vuelva a la página de Divulgaciones en su inscripción (discutido en la [Sección 3.11](#)), actualice y guarde la información.

- b. Haga clic en la caja de la columna final del panel nombrado **¿Ha enviado huellas digitales a Medicare o Medicaid en los últimos cinco años?** si la persona ha enviado sus huellas digitales a Medicaid o Medicare en los pasados 5 años.

| Apellido | Nombre | SSN | Fecha de Na... | ¿Ha enviado huellas digitales a Medicare o Medicaid en los últimos cinco años? |
|----------|--------|-----|----------------|--|
| Ultimo | Primer | | | <input type="checkbox"/> Compruebe si sí |

NOTA: Si el individuo no ha sometido sus huellas digitales en los pasados 5 años, no haga clic en la caja de la columna final y no se requiere más información.

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

Verificación de Antecedentes

Detalles de Verificación de Antecedentes

La Ley de Cuidado de Salud Accesible requiere que los proveedores con propiedad del 5% o más y considerados una categoría alta de riesgo, envíen huellas digitales y verificaciones de antecedentes. Esta página se muestra basada en la función del tipo de proveedor/especialidad principal que fue seleccionada anteriormente en el proceso de inscripción.

Si usted es asignado a la categoría de alto riesgo, la siguiente información identifica a aquellas personas a las que se les requiere enviar sus huellas digitales. Recibirá instrucciones adicionales después de enviar la solicitud.

| Apellido | Nombre | SSN | Fecha de Na... | ¿Ha enviado huellas digitales a Medicare o Medicaid en los últimos cinco años? |
|----------|--------|-----|----------------|--|
| Ultimo | Primer | | | <input type="checkbox"/> Compruebe si sí |

CANCELAR **GUARDAR Y CONTINUAR** **GUARDAR Y CONTINUAR**

3.13 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>a. Adjunte los archivos requeridos en la parte superior de la sección haciendo clic en el botón de Crear Nuevo y completando los campos requeridos en la ventana nueva mostrada. Una vez los archivos se adjunten, la información del archivo se observará y el requisito se marca como completado.</p> <p>Haga clic en Guardar y Continuar</p> | Archivos son adjuntados y guardados. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible. |

Pasos Detallados

1. Observará la página de Archivos Adjuntos.

The screenshot shows the 'Archivos Adjuntos' page. At the top, there are two dropdown menus for 'Tipo de Proveedor' and 'Especialidad', both set to 'Agencia de Salud en el Hogar'. Below these is a button labeled 'Adjuntos Requeridos'. A blue message states: 'A continuación se muestra la lista de archivos adjuntos necesarios. Envíe toda la documentación requerida para continuar con la inscripción.' Below this is a table with two columns: 'Tipo de Archivo Adjunto' and 'Requisito cumplido'.

| Tipo de Archivo Adjunto | Requisito cumplido |
|---|--------------------|
| Formulario Federal W-9 | NO |
| Licencia de Salud en el Hogar | NO |
| Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil | NO |
| Fianza de Garantía | NO |

La sección de **Información Adicional** puede mostrarse debajo del Tipo de Proveedor. Aquí se exhibe la documentación adicional requerida basada en información provista en páginas anteriores de su inscripción.

Ejemplo: Información Adicional

The screenshot shows the 'Archivos Adjuntos' page with the 'Información Adicional' section expanded. It shows the same 'Tipo de Proveedor' and 'Especialidad' dropdowns as the previous screenshot. Below them is a button labeled 'Información Adicional'. A blue message states: 'Su tipo de proveedor y especialidad pueden requerir información adicional'.

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

| Adjuntos Requeridos | |
|--|--------------------|
| A continuación se muestra la lista de archivos adjuntos necesarios. Envíe toda la documentación requerida para continuar con la inscripción. | |
| Tipo de Archivo Adjunto | Requisito cumplido |
| Formulario Federal W-9 | NO |
| Licencia de Salud en el Hogar | NO |
| Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil | NO |
| Fianza de Garantía | NO |

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

| Detalle de Archivos Adjuntos | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------|--------|
| CREAR NUEVO | | | |
| Método de Transmisión | Tipo de Archivo Adjunto | Nombre de Archivo | Editar |
| | | | |

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

| Agregar Archivo Adjunto | |
|-------------------------|---------------------------|
| * Método de Transmisión | * Tipo de Archivo Adjunto |
| Seleccione un valor ... | 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.

| Método de Transmisión | Tipo de Archivo Adjunto | Nombre de Archivo | Editar |
|-----------------------|---|---------------------|--------|
| Sólo electrónico | Formulario Federal W-9 | Certificate (1).pdf | |
| Sólo electrónico | Licencia de Salud en el Hogar | Certificate (1).pdf | |
| Sólo electrónico | Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil | Certificate (1).pdf | |
| Sólo electrónico | Fianza de Garantía | Certificate (1).pdf | |

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

| Tipo de Archivo Adjunto | Requisito cumplido |
|---|--------------------|
| Formulario Federal W-9 | Si |
| Licencia de Salud en el Hogar | Si |
| Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil | Si |
| Fianza de Garantía | Si |

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

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.

3.14 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. Haga clic en Guardar y Continuar. | 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

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).

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 2020 es de \$ 595. 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)

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 00936-0184

*Transporte Médico de No Emergencia (NEMT) los proveedores que no tienen un NPI deben incluir su Tax ID.

Nota: Para eximir el cargo de la inscripción, se requiere comprobante de la inscripción o revalidación en Medicare o algún otro plan estatal de Medicaid. El comprobante de pago es un recibo o notificación formal de Medicare u otro plan estatal de Medicaid indicando específicamente el pago del cargo de la inscripción. Prueba de pagos puede cargarse como un archivo adjunto a su solicitud.

Si se recibe una solicitud y se considera que requiere un cargo de la inscripción y no se ha pagado la solicitud completa se devolverá al proveedor solicitando el pago adecuado.

Los proveedores pueden solicitar una exención por dificultades con la justificación adecuada. Las solicitudes de exención por dificultades deben presentarse con su solicitud de inscripción incluir lo siguiente:

- Justificación de las dificultades
- Nombre del Proveedor
- Dirección del Proveedor
- Identificador de Proveedor Nacional (NPI)

Si PRMP acepta que la dificultad está justificada, la solicitud se enviará a CMS para su revisión y aprobación de conformidad a la Sección 1866 (j)(2)(C)(ii) de la Ley de Seguridad Social.

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

Por favor conteste todas las preguntas. Si su respuesta es "NO" a cualquiera de las siguientes preguntas, usted debe pagar una cuota de la inscripción.

Preguntas sobre el Cargo de la Inscripción

Lugar de Servicio - Si el lugar de servicio está inscrito en Medicare no se requiere un pago del cargo.

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

Sí No

Programa Medicaid - Si el lugar de servicio ha pagado un cargo de la inscripción a otro programa de Medicaid no se requiere un pago del cargo.

2. ¿Ha pagado una cuota de la inscripción al programa Medicaid de otro estado por el lugar de Servicio?

Sí No

Renuncia Recibidas - 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

Dificultades Financieras - 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

Monto a pagar

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

Renuncia Recibidas - 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 ... ?

Sí No

Dificultades Financieras - 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... ?

Sí No

Monto a pagar \$688.00

CANCELAR

ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR



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.

Renuncia Recibidas - 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 ... ?

Sí No

Dificultades Financieras - 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 negociación del préstamo.

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

Sí No

Monto a pagar \$688.00

CANCELAR

ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR

3.15 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. | Observará ventana nueva de confirmación. |
| 3 | Confirmar Acuerdo de Proveedor. | En la ventana nueva, haga clic en Sí para confirmar el acuerdo. | Observará la sección de Firma. |
| 4 | Completar sección de Firma. | a. Haga clic en la caja de Estoy de Acuerdo y complete los demás campos. b. Haga clic en Solicitar Código de Verificación. | Código de Verificación es enviado por correo electrónico. |
| 5 | Añadir Código de Verificación. | Añada el Código de verificación enviado por correo electrónico y haga clic en Enviar. | Observará ventana nueva para confirmar el envío de la inscripción. |
| 6 | Confirmar envío de la solicitud de inscripción. | Haga clic en Sí para confirmar el envío. | Notificación de envío de inscripción se recibe por correo electrónico y se observará en pantalla. |

Pasos Detallados

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

Acuerdo/Enviar

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 envíe la solicitud, si hay documentación adicional que desea enviar, los documentos junto con el Número de Rastreo de la solicitud (ATN) deberán enviarse por correo electrónico a la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en PRMP-PEP@salud.pr.gov. Se debe incluir una portada (coversheet) en el correo electrónico y se puede generar haciendo clic en la Portada (coversheet) en el panel de Imprimir (ubicado en la parte superior derecha del panel).

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 First Last | Nombre del Contacto First Last | Correo Electrónico del Contacto |
| NPI 1275593014 | Tipo de Identificación del Impuesto SSN | Número de Identificación Fiscal 898-98-9893 |
| Lugar de Servicio 605 AVE INDUSTRIAL ISABELA PR, 00662-3655 | | |

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

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

Formulario de inscripción para proveedores de servicios de salud. Incluye campos para correo electrónico, dirección fiscal y lugar de servicio. Un botón azul con el texto 'PROCEDER' está resaltado con un recuadro rojo y una flecha roja que apunta desde el texto 'Proceder' en el párrafo de texto.

Debajo, observará una nueva sección con un documento PDF.

Formulario de inscripción con una sección para leer un documento PDF. El documento es un acuerdo de inscripción de proveedores de Medicaid para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Incluye el logo del gobierno y el título 'Medicaid Provider Enrollment Agreement to the Puerto Rico Government Health Plan (GHP)'. Hay botones de navegación (+, -, zoom) a la derecha. En la parte inferior, hay un campo de texto con un botón 'Estoy de acuerdo'.



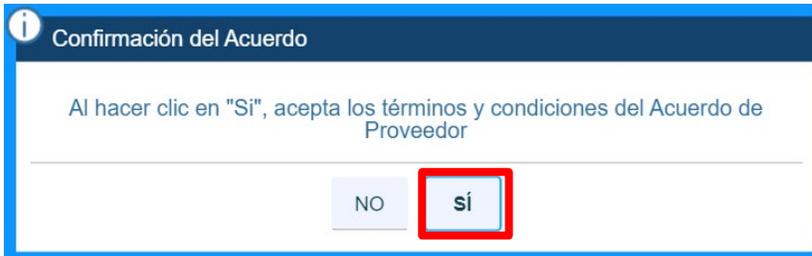
ACUERDO DEL PROVEEDOR: El Acuerdo del Proveedor está disponible tanto en inglés como en español. La primera mitad del documento es el acuerdo en inglés y la segunda mitad es el acuerdo en español.

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

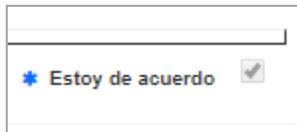
Lea el Acuerdo del Proveedor contenido en el documento PDF mostrado y haga clic en la caja titulada **Estoy de acuerdo**.



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



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



3. Observará la sección de **Firma**.

Firma

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

* Estoy de acuerdo

Título * Apellido Segundo Apellido * Nombre Segundo Nombre Sufijo

Comentarios

* Verificación de Correo Electrónico * Confirmar Verificación de Correo Electrónico

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

Firma

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

* Estoy de acuerdo

Título * Apellido Segundo Apellido * Nombre Segundo Nombre Sufijo

Comentarios

* Verificación de Correo Electrónico * Confirmar Verificación de Correo Electrónico

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

Presione el botón "Solicitar Código de Verificación". Se enviará un correo electrónico a la dirección de Verificación de Correo Electrónico indicada anteriormente. Revise su correo electrónico e ingrese el código inmediatamente antes de dejar la solicitud o la página de Enviar. El código de verificación vencerá cuando se cierre la página.

NO NAVEGUE FUERA DE ESTA PÁGINA

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

SOLICITAR CÓDIGO DE VERIFICACIÓN Código de Verificación Fecha de Inscripción 08/05/2023

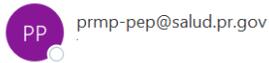
CANCELAR ANTERIOR **TERMINAR MAS TARDE** ENVIAR

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



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.

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

Cordialmente,

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



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

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

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

The screenshot shows a form with a button labeled "SOLICITAR CÓDIGO DE VERIFICACIÓN". To its right, there are two fields: "Código de Verificación" containing the text "JPL0NQNf" (highlighted with a red box) and "Fecha de Inscripción" containing "08/05/2023". Below the form, there are four buttons: "CANCELAR", "ANTERIOR", "TERMINAR MAS TARDE", and "ENVIAR" (highlighted with a red box).

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

The dialog box has a title bar "Confirmación de alerta" with an information icon. The main text asks "¿Desea enviar ésta solicitud?". At the bottom, there are two buttons: "NO" and "sí" (highlighted with a dark blue box).

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

The screenshot shows a navigation bar with a home icon, a "MENÚ" button, "Inscripción Proveedor" with a dropdown arrow, and "Enviar". On the right, there is an "Imprimir" button and a help icon. The main content area has a title "Confirmación de Envío" and the following text: "¡Felicitaciones! Has enviado con éxito la solicitud de inscripción de tu proveedor. Consulte el número de rastreo a continuación para todas las consultas relacionadas con esta solicitud. Como recordatorio, el PEP le enviará notificaciones importantes por correo electrónico las cuales pueden requerir su atención inmediata **por tener fechas de vencimiento**. Asegúrese de verificar su carpeta de correo no deseado/basura y seleccionar como remitente seguro la dirección de PRMP-PEP@salud.pr.gov. Si no recibe correos electrónicos de esta dirección y no los encuentra en su carpeta de correo no deseado/basura, debe comunicarse con el administrador de su sistema de información para investigar el problema." Below the text, the tracking number "0069026078" is displayed, along with contact information for the provider registration team: "prmp-pep@salud.pr.gov" and "(787) 641-4200".

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

Nueva Inscripción Notificación de Completa



prmp-pep@salud.pr.gov
To

Estimado Proveedor:

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

Número de Rastreo de Solicitud: 0069026078

Contraseña: *****

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

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

Cordialmente,

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

4 Notificaciones

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

4.1 Huellas Requeridas

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

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

4.2 Devuelto al Proveedor

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

4.3 Aprobación de Inscripción

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

4.4 Denegación de Inscripción

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