



Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL_PRMMIS_Final_User_Documentation_PEP_Spanish_Enrollment_Individual_Within_A_Group_Ref_Guide

Guía de Inscripción de Individual Dentro de un Grupo – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) 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 dd/mm/yyyy.

Contenido

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

Tablas

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

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

1 Acrónimos

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

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

Tabla 1 – Acrónimos

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

2 Visión General

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

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

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

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

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

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

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

3 Solicitud de Nueva Inscripción

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

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

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

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

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

3.1 Información General

Referencia Rápida – Información General

Tabla 2 – Información General

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

Pasos Detallados

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

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

 Programa Medicaid de Puerto Rico
Portal de Inscripción de Proveedores

PRMP | Contáctenos

 **MENÚ** **Inscripción Proveedor** **Información General**

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

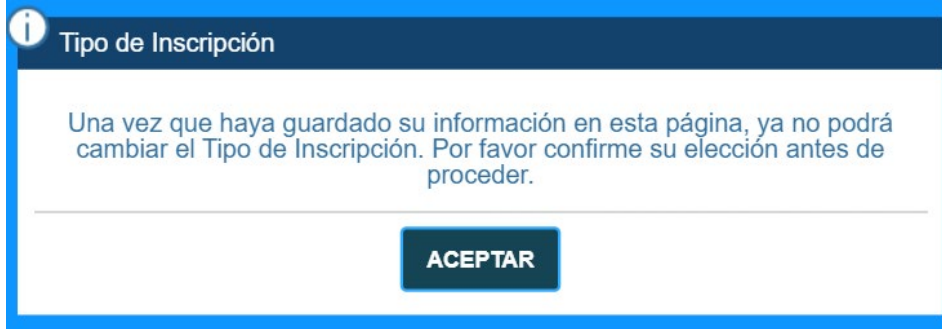
En la sección de **Información Inicial de Inscripción**, haga clic en el listado desplegable bajo Tipo de Inscripción y seleccione la opción de **“Individual Dentro del Grupo.”**

* Tipo de Inscripción ?

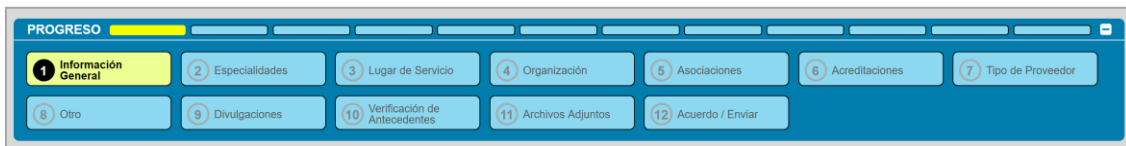
Seleccione un valor ...

- Seleccione un valor ...
- Proveedores Atípicos
- Facilidad
- Grupo o Clínica
- Individual o Propietario Único
- 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.



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



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

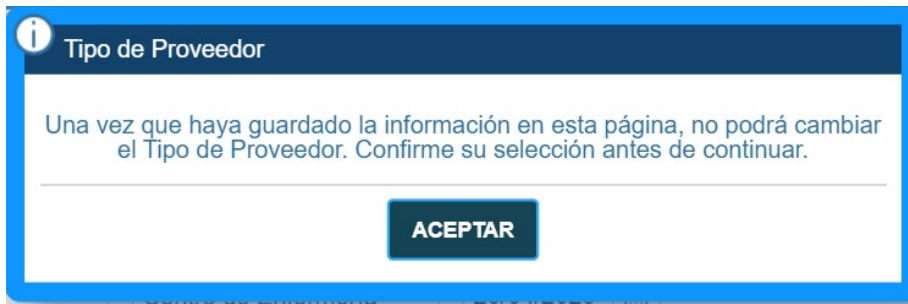
El Tipo de Proveedor, especialidades, u otra información relacionada determinarán si los pasos son requeridos, opcionales, o no aplicables.

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



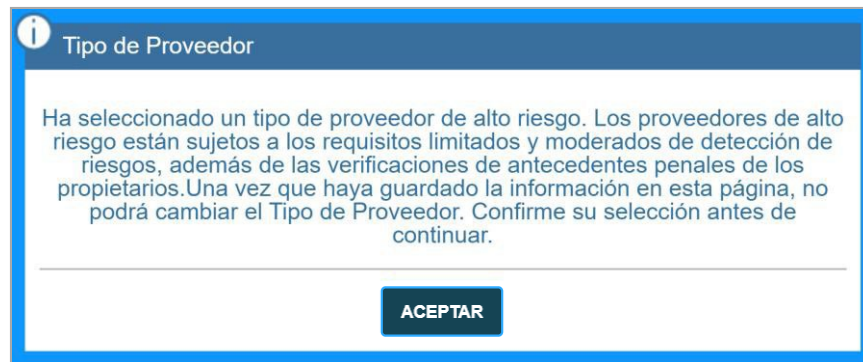
TIPO DE PROVEEDOR: El listado desplegable de Tipo de Proveedor es dinámica, se basa en el Tipo de Inscripción seleccionado. De no encontrar su Tipo de Proveedor en esta lista, verifique que haya seleccionado el Tipo de Inscripción correcto.

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



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:



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.

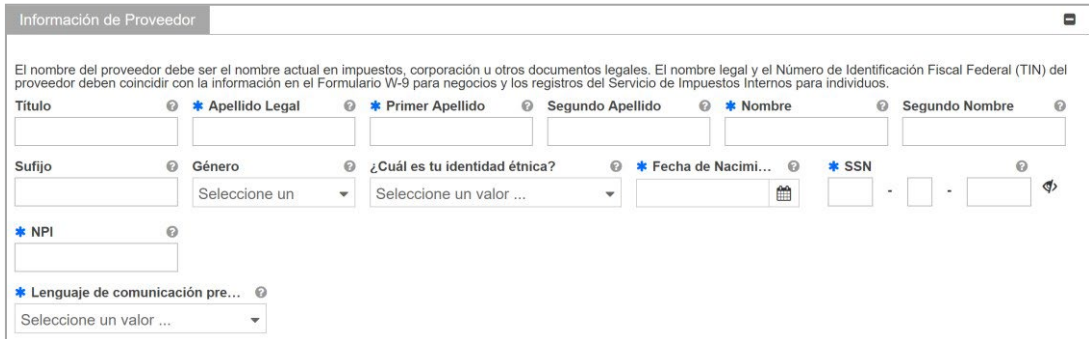


NOTA: Fechas de inscripción retroactivas solo se considerarán para aprobación si no exceden de 90 días en el pasado.

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

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

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

El formulario "Información de Proveedor" contiene una instrucción: "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." Los campos incluyen: Título, Apellido Legal, Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre, Segundo Nombre, Sufijo, Género, ¿Cuál es tu identidad étnica?, Fecha de Nacimiento, SSN, NPI y Lenguaje de comunicación preferido.

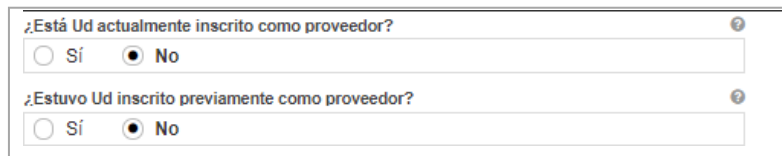
NOTA: Caracteres con acentos no serán aceptados en los campos de PEP.

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.

Se muestran dos preguntas con botones de radio: "¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?" (Sí, No) y "¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?" (Sí, No). En ambas, el botón "No" está seleccionado.

ii. **Inscripción Adicional:**

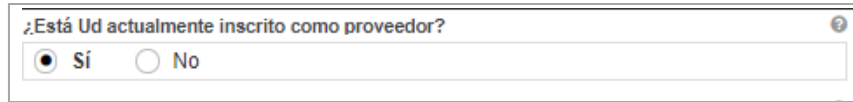
- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP.

Estos pasos son los más comunes si usted está:

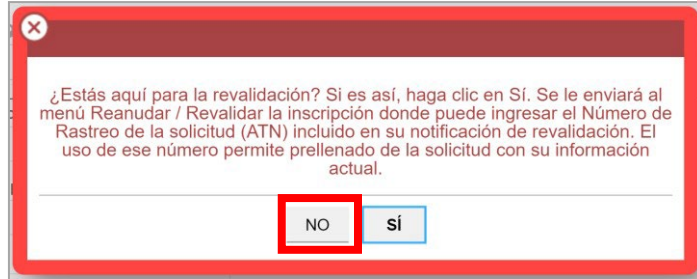
- Añadiendo un nuevo Lugar de Servicio Primario que no fue originalmente incluido en su solicitud de nueva inscripción en PEP. Esto comúnmente ocurre si abre un nuevo lugar de servicio luego de su inscripción inicial.
- O
- Inscribiéndose con un tipo de inscripción diferente.

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

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

Un formulario con el título "¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?". Debajo del título hay dos botones de radio: "Sí" (seleccionado) y "No".

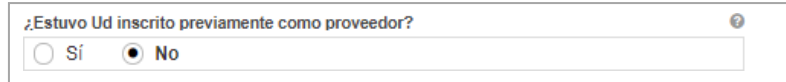
Haga clic en **No** en la ventana de revalidación observada.

Una ventana de diálogo con un título rojo que dice "¿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." Debajo del texto hay dos botones: "NO" (destacado con un recuadro rojo) y "Sí".

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

Un formulario con el título "¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?". Debajo del título hay dos botones de radio: "Sí" (seleccionado) y "No". A la derecha de los botones hay un campo de texto con el título "Identificador de Proveedor Actual".

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

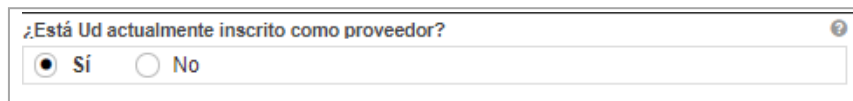
Un formulario con el título "¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?". Debajo del título hay dos botones de radio: "Sí" y "No" (seleccionado).

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

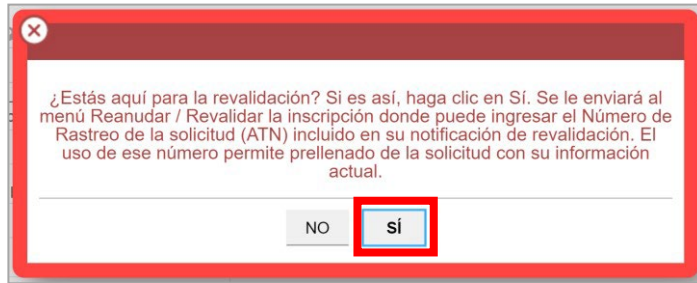
- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP,
Y
- Si usted ha recibido una carta solicitándole que revalide su inscripción.

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.

Un formulario con el título "¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?". Debajo del título hay dos botones de radio: "Sí" (seleccionado) y "No".

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



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

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

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

Debe solicitar su reinscripción.

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

A screenshot of a web form. The first question is "¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?" with radio buttons for "Sí" and "No", where "No" is selected. The second question is "¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?" with radio buttons for "Sí" and "No", where "Sí" is selected. To the right of the second question is a text field labeled "Identificador de proveedor anterior" with a question mark icon.

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

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

A screenshot of a web form showing a single question: "¿Está Ud inscrito en Medicare?" with radio buttons for "Sí" and "No", where "No" is selected.

- 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:

Confirmación de Dirección

La Dirección no es válida. ¿Quieres continuar?

NO

SÍ

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

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

Torre Hospital Auxilio Mutuo

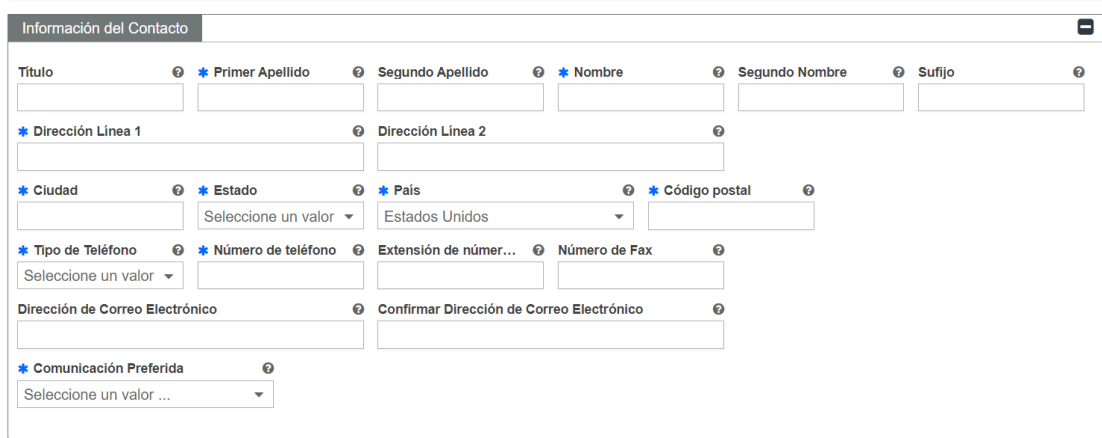
San Juan PR 00917-5030

Ejemplo de dirección inválida: Torre Hospital Auxilio Mutuo

735 Ave Ponce de León Suite 710

San Juan PR 00917-5030

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



Formulario de Información del Contacto. El formulario contiene los siguientes campos:

- Título
- * Primer Apellido
- Segundo Apellido
- * Nombre
- Segundo Nombre
- Sufijo
- * Dirección Línea 1
- Dirección Línea 2
- * Ciudad
- * Estado (lista desplegable: Seleccione un valor)
- * País (lista desplegable: Estados Unidos)
- * Código postal
- * Tipo de Teléfono (lista desplegable: Seleccione un valor)
- * Número de teléfono
- Extensión de número...
- Número de Fax
- Dirección de Correo Electrónico
- Confirmar Dirección de Correo Electrónico
- * Comunicación Preferida (lista desplegable: Seleccione un valor ...)

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.



Botón CANCELAR.

3.2 Especialidades

Referencia Rápida – Especialidades

Tabla 3 – Especialidades

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

Pasos Detallados

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

- 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.

Especialidad	Taxonomía	Tipo de Renuncia/Derecho	Primaria	Fecha Efectiva	Editar

CREAR NUEVO

CREAR NUEVO

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.

Especialidad	Taxonomía	Tipo de Renuncia/Derecho	Primaria	Fecha Efectiva	Editar
965-Agencia de Salud en el Hogar	251E00000X-Salud en el hogar		x	28/04/2023	

CREAR NUEVO



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	28/04/2023	

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

Taxonomías Adicionales

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

CREAR NUEVO

Taxonomía	Editar
-----------	--------

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

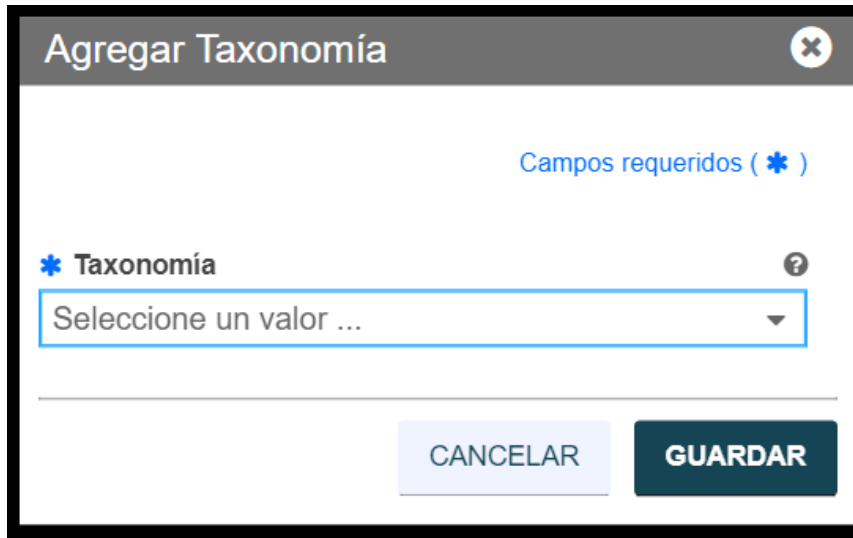
Taxonomías Adicionales

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

CREAR NUEVO

Taxonomía	Editar
-----------	--------

CREAR NUEVO



Agregar Taxonomía

Campos requeridos (*)

* Taxonomía ?

Seleccione un valor ...

CANCELAR GUARDAR

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



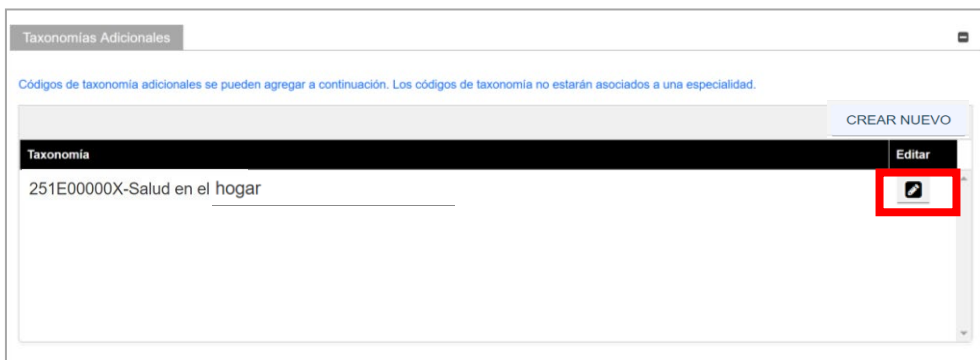
Taxonomías Adicionales

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

CREAR NUEVO

Taxonomía	Editar
251E00000X-Salud en el hogar	

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



Taxonomías Adicionales

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

CREAR NUEVO

Taxonomía	Editar
251E00000X-Salud en el hogar	

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

3.3 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 3.4 Organización](#) para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

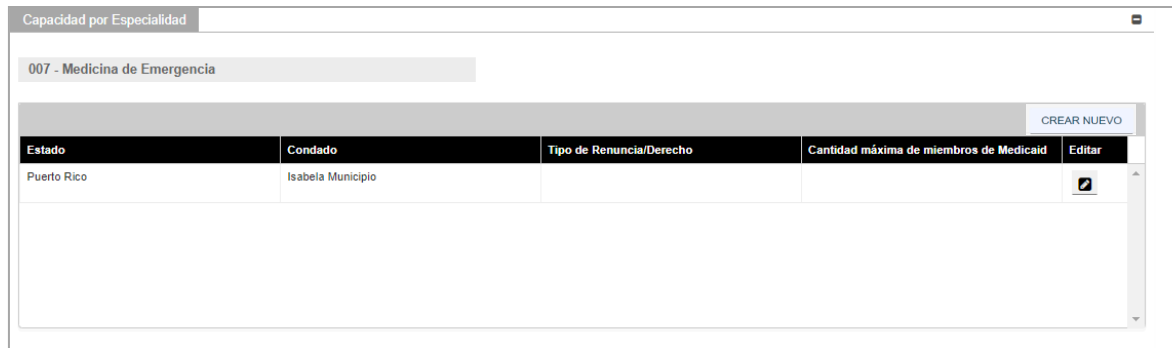
Referencia Rápida – Capacidades

Tabla 4 – Capacidades

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Capacidades. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añadir información de Capacidades.	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.



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			

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



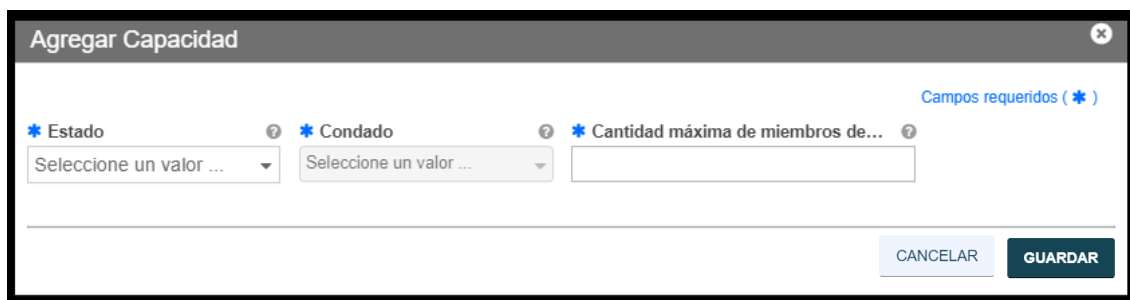
Capacidad por Especialidad

007 - Medicina de Emergencia

CREAR NUEVO

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

CREAR NUEVO



Agregar Capacidad

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.

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			

Editar Capacidad

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	

CANCELAR GUARDAR Y CONTINUAR GUARDAR Y CONTINUAR

3.4 Organización

Referencia Rápida – Organización

Tabla 5 – Organización

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Organización. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			

Paso	Tarea	Acción	Resultado
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

Selecione un valor ...

Clasificación Fiscal

Selecione 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.

3.5 Asociaciones

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

Referencia Rápida – Asociaciones

Tabla 6 – Asociaciones

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Asociaciones. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Añada asociaciones grupales.	a. Haga clic en Crear Nuevo en la parte superior derecha del panel de Asociaciones de Individuos o de Grupos. 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. Haga clic en Guardar y Buscar.	Asociaciones son guardadas. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

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



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



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





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

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

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

NPI	ID de Lugar del Proveedor	Nombre del Negocio	Estado	ZipCode
	123456730001			
3534937297	12346666930001		California	944044252
4966811331	12346666930001		California	944044252
	12346666930001			
	12393236150001			
	12456612970001		Connecticut	051560001

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

ID de Lugar del Proveedor	Nombre del Negocio	Nombre del Lugar	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
354276736	Centro ABC	California	13/11/2019	13/11/2099	

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

3.6 Acreditaciones

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

Referencia Rápida – Acreditaciones

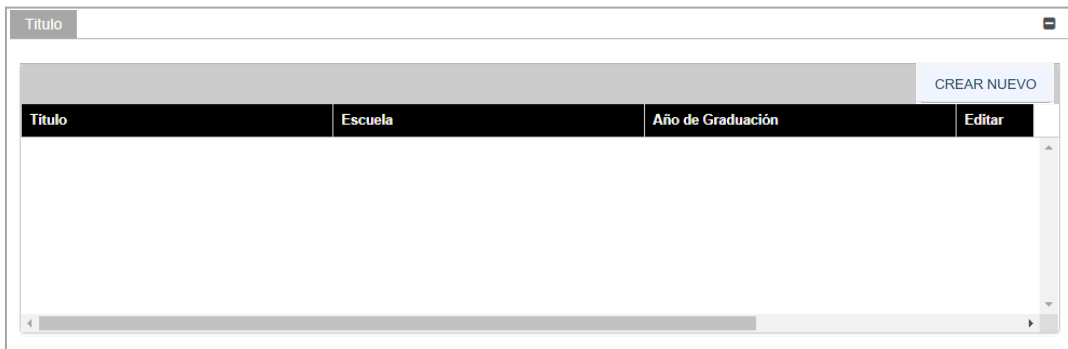
Tabla 7 – Acreditaciones

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

Pasos Detallados

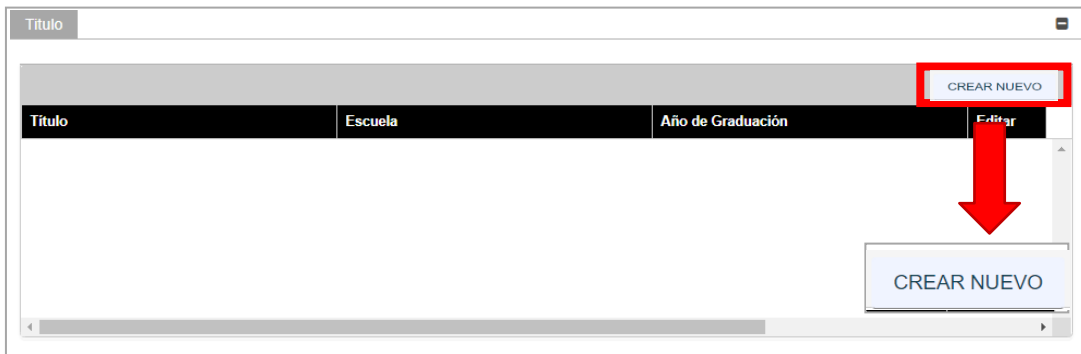
1. Observará la página de Acreditaciones. La siguiente información de acreditaciones puede ser recopilada para un Individual Dentro de un Grupo:

- a. **Título** – Requerido para la mayoría de las inscripciones de Individuales Dentro de un Grupo.

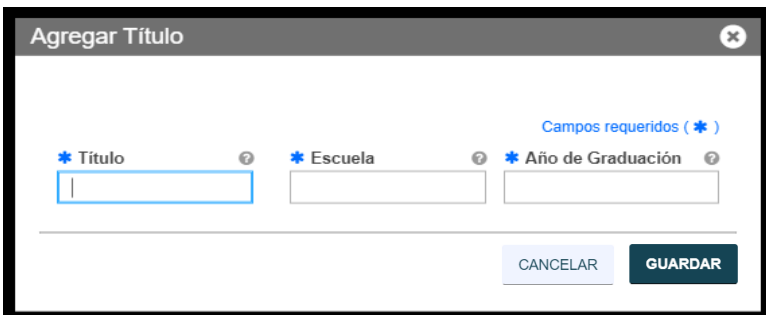


The screenshot shows a web interface titled 'Título'. It features a table with four columns: 'Título', 'Escuela', 'Año de Graduación', and 'Editar'. Above the table, on the right side, is a button labeled 'CREAR NUEVO'. The table is currently empty.

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



This screenshot shows the same 'Título' panel. A red rectangular box highlights the 'CREAR NUEVO' button in the top right. A large red arrow points from this button down to a modal window titled 'Agregar Título'.



The 'Agregar Título' modal window is shown. It has a title bar with a close button. Below the title, it says 'Campos requeridos (*)'. There are three input fields, each preceded by a blue asterisk: 'Título', 'Escuela', and 'Año de Graduación'. Each field has a small question mark icon to its right. At the bottom of the modal are two buttons: 'CANCELAR' and 'GUARDAR'.

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



This screenshot shows the 'Título' panel after a record has been added. The table now contains one row with the following data: 'MD' in the 'Título' column, 'UPR Río Piedras' in the 'Escuela' column, and '1995' in the 'Año de Graduación' column. The 'Editar' button in the 'Editar' column for this row is highlighted with a red rectangular box.

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



The screenshot shows a web interface titled 'Licencia'. It features a table with the following columns: 'Número de Licencia', 'Estado Emisor', 'Junta Emisora', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. A 'CREAR NUEVO' button is located in the top right corner of the panel.

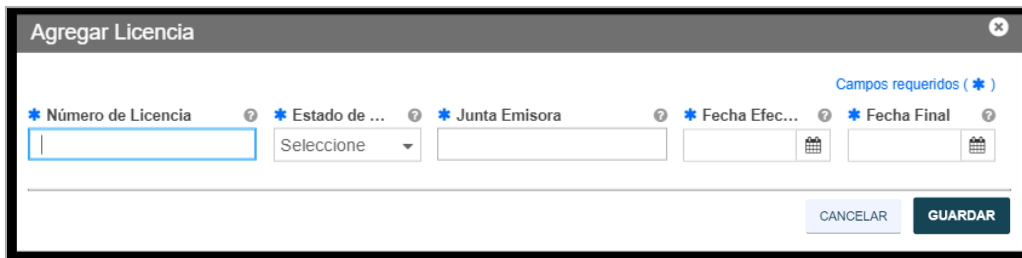


INFORMACIÓN DE LICENCIA: En este panel, debe añadir solamente información de licencias médicas que tenga el proveedor siendo inscrito en la solicitud.

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.



This screenshot shows the same 'Licencia' panel. A red box highlights the 'CREAR NUEVO' button in the top right. A red arrow points from this button to a larger, semi-transparent 'CREAR NUEVO' button that appears below it.



The screenshot shows a form titled 'Agregar Licencia'. It contains the following fields: 'Número de Licencia' (text input), 'Estado de ...' (dropdown menu), 'Junta Emisora' (text input), 'Fecha Efec...' (date picker), and 'Fecha Final' (date picker). There are also 'CANCELAR' and 'GUARDAR' buttons at the bottom right. A legend indicates 'Campos requeridos (*)'.



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

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

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

Licencia					
CREAR NUEVO					
Número de Licencia	Estado Emisor	Junta Emisora	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
65656453535	Puerto Rico	Ejemplo	11/11/2019	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.

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

Programa de Medicaid	
* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por favor indique qué estados. ?	
☐ Sí	☒ No

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

Programa de Medicaid				
* ¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por favor indique qué estados. ?				
☒ Sí	☐ No			
CREAR NUEVO				
Programa	Estado	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar

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

The screenshot shows the 'Programa de Medicaid' panel. At the top, there is a question: '¿Está inscrito en otros programas estatales de Medicaid? Si es así, por favor indique qué estados.' with radio buttons for 'Sí' and 'No'. Below this is a table with columns: 'Programa', 'Estado', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. In the top right corner of the panel, a button labeled 'CREAR NUEVO' is highlighted with a red box. A red arrow points from this button to a modal window titled 'Agregar Programa de Medicaid'.

The modal window 'Agregar Programa de Medicaid' contains the following fields: 'Programa' (text input), 'Estado' (dropdown menu with 'Seleccione un' visible), 'Fecha efectiva' (calendar icon), and 'Fecha final' (calendar icon). All fields are marked with an asterisk (*) indicating they are required. At the bottom right, there are two buttons: 'CANCELAR' and '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.

This screenshot shows the 'Programa de Medicaid' panel after data has been added. The table now contains one row with the following data: 'Ejemplo' in the 'Programa' column, 'Puerto Rico' in the 'Estado' column, '12/11/2019' in the 'Fecha Efectiva' column, and '12/11/2099' in the 'Fecha Final' column. The 'Editar' button in the 'Editar' column for this row is highlighted with a red box.



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

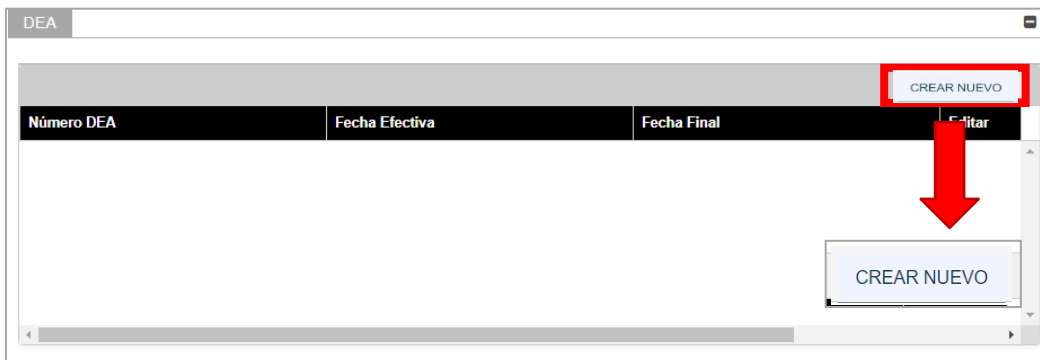
Repita los pasos anteriores para añadir más programas.

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

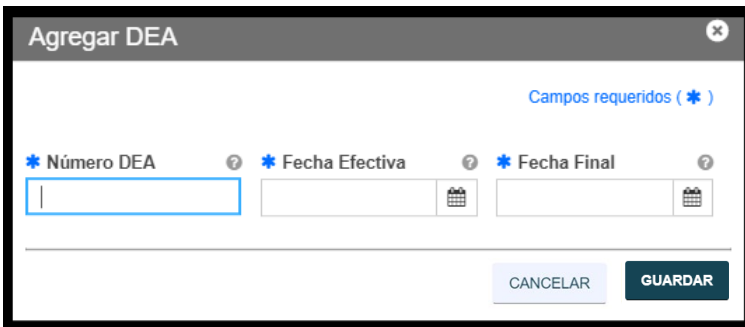


Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
------------	----------------	-------------	--------

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.



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



Agregar DEA

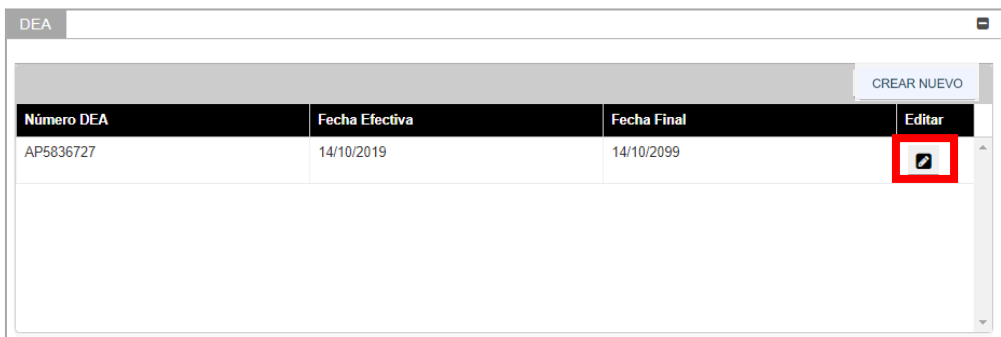
Campos requeridos (*)

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

CANCELAR GUARDAR

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

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

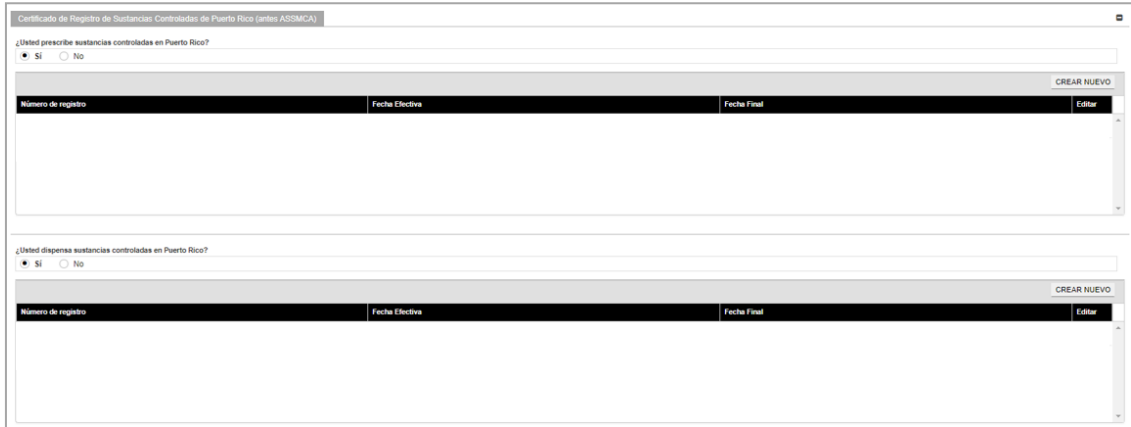


Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AP5836727	14/10/2019	14/10/2099	

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



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



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.

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



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.

Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AB123456	01/01/2000	01/01/2222	Editar
AB993214	01/01/2000	01/01/2222	Editar

CANCELAR GUARDAR Y CONTINUAR GUARDAR Y CONTINUAR

3.7 Tipo de Proveedor

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

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

Referencia Rápida – Tipo de Proveedor

Tabla 8 – Tipo de Proveedor

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

Pasos Detallados

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

The screenshot displays a web interface for the CLIA section. At the top, there is a tab labeled 'CLIA'. Below the tab is a table with the following columns: 'Número de CLIA', 'Tipo CLIA', 'Fecha Efectiva', 'Fecha Final', and 'Editar'. A 'CREAR NUEVO' button is located in the top right corner of the table area. The table is currently empty.

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



The screenshot shows a form titled 'Agregar CLIA'. It contains several required fields marked with a blue asterisk: 'Número de CLIA' (text input), 'Tipo CLIA' (dropdown menu with 'Seleccione un valor ...'), 'Fecha Efec...' (date picker), and 'Fecha Final' (date picker). There are also 'CANCELAR' and 'GUARDAR' buttons at the bottom right.

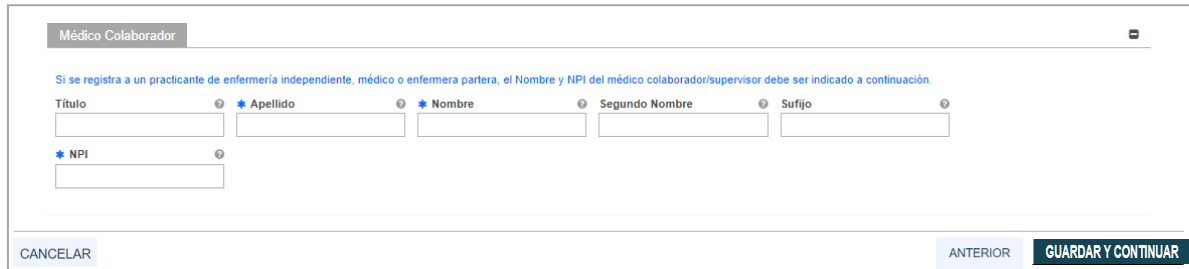
Una vez sea guardada, la información se observará en el panel de CLIA.

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



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

Complete los campos mostrados en esta sección.



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.

3.8 Otro

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

Referencia Rápida – Otro

Tabla 9 – Otro

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

Pasos Detallados

- Observará la página de Otro. La siguiente información que puede ser recopilada en esta página para inscripciones de Individuales Dentro de un Grupo.
 - 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.

Idiomas	Editar
Español	
Inglés	

- 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.

Especialidad	Tipo de Certificado	Otra Certificación	Número de Certificación	Exento de Acreditación	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
--------------	---------------------	--------------------	-------------------------	------------------------	----------------	-------------	--------

Nueva Certificación

Campos requeridos (*)

☐ Exento de Acreditación

* Especialidad: Seleccione un valor ...

* Tipo de certificado: Seleccione un valor ...

Otra Certificación:

Número de Certificación:

* Fecha Efectiva:

* Fecha Final:

CANCELAR GUARDAR

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

Especialidad	Tipo de Certificado	Otra Certificación	Número de Certificación	Exento de Acreditación	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.

Información Adicional

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

URL del sitio web del proveedor ?

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

Información de Negligencia Profesional

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

CREAR NUEVO

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

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 Cobertu...	Cantidad de Cobertu...	Número de Póliza	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
Responsabilidad Profesional	Compañía Ejemplo	250000	25000	28638726382	12/11/2019	12/11/2021	

- 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

Nombre del paciente	Número de Póliza	Su estado en el caso	El demandante / deman...	Reclamo de estado	editar
CREAR NUEVO					

CREAR NUEVO

CANCELAR ANTERIOR GUARDAR Y CONTINUAR

Agregar Información de Negligencia Profesional

Campos requeridos (*)

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

* Nombre del paciente ?
[Campo de texto]

* Su participación en el caso ? * Fecha del Incidente ? * Su estado en el caso ? * Fecha de reclamo ?
[Seleccione un valor ...] [Fecha] [Seleccione un valor ...] [Fecha]

* Responsable de responsabili... ? * Número de teléfono del trans... ? * Número de Póliza ? Acusados adicionales ?
[Campo de texto] [Campo de texto] [Campo de texto] [Campo de texto]

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

* El demandante / demandante presentó una demanda en el tribunal ?
☒ Sí ☐ No

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

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

* Reclamo de estado ?
[Seleccione un valor ...]

CANCELAR GUARDAR

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

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

Información de Negligencia Profesional

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

CANCELAR
ANTERIOR
GUARDAR Y CONTINUAR

3.9 Divulgaciones

Referencia Rápida – Divulgaciones

Tabla 10 – Divulgaciones

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Otro. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Completar los formularios de divulgación.	a. Complete los formularios de divulgación haciendo clic en el botón de Crear Nuevo al lado de cada formulario. 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. Haga clic en Guardar y Continuar una vez todos los formularios sean completados.	Los formularios de divulgación son completados. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

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

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

Ejemplo: Auto Divulgación del Proveedor

Agregar Auto Divulgación del Proveedor

Campos requeridos (*)

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

Título

Apellido Legal

Primer Apellido

Segundo Ape...

Nombre

Segundo No...

Last

Last

First

Sufijo

SSN

Fecha de Nacimiento

898-98-9893

Licencia

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

☒ Sí ☐ No

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

☐ Sí ☒ No



CAMPOS ADICIONALES EN EL FORMULARIO: Si se selecciona “Si” 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**.

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

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

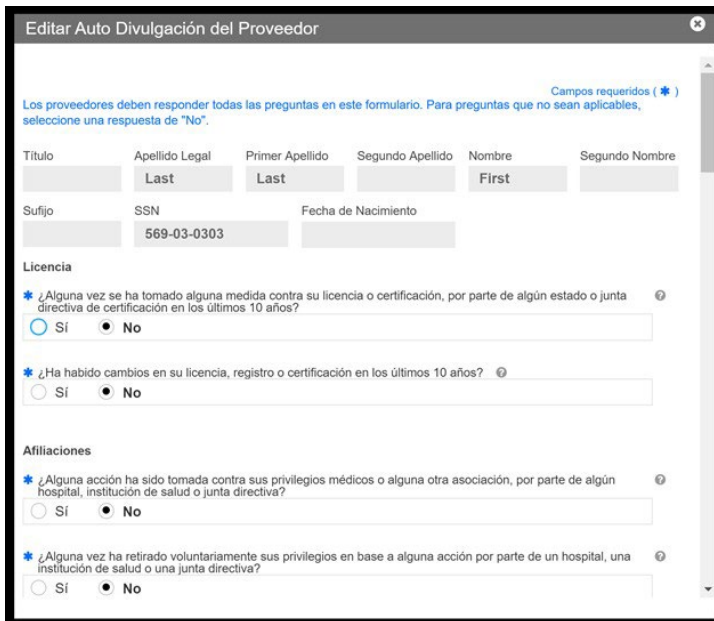
FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN		
Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista. Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de “No”. Si responde “Si” a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.		
Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Terminado	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.



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



- 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 posea 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.

3.10 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 3.11 Archivos Adjuntos](#) para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

Referencia Rápida – Verificación de Antecedentes

Tabla 11 – 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.	a. Verifique que todos los nombres mostrados en el panel de Detalles de Verificación de Antecedentes sean correctos. 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. Haga clic en Guardar y Continuar.	La información de Verificación de Antecedentes ha sido revisada. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

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	Primero			☐ 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	Primero			☒ 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 Accessible 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	Primero			☐ Compruebe si sí

CANCELAR

GUARDAR Y CONTINUAR

GUARDAR Y CONTINUAR

3.11 Archivos Adjuntos

Referencia Rápida – Archivos Adjuntos

Tabla 12 – Archivos Adjuntos

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Archivos Adjuntos. Esta página se observará luego de hacer clic en Guardar y Continuar en la página anterior.			
1	Adjuntar archivos a la solicitud.	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. Haga clic en Guardar y Continuar.	Archivos son adjuntados y guardados. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Pasos Detallados

1. Observará la página de Archivos Adjuntos.

Archivos Adjuntos

Tipo de Proveedor
Médico

Especialidad
Obstetra y Ginecólogo

Información Adicional

Su tipo de proveedor y especialidad pueden requerir información adicional

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
Certificado de Sustancias Controladas (ASSMCA)	NO
Licencia	NO
Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	NO
Certificado Negativo de Antecedentes Penales	NO

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

Ejemplo: Información Adicional

The screenshot shows a form titled "Archivos Adjuntos". It has two dropdown menus: "Tipo de Proveedor" with "Médico" selected, and "Especialidad" with "Obstetra y Ginecólogo" selected. Below these is a button labeled "Información Adicional". A blue link below the button reads: "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.

The screenshot shows a section titled "Adjuntos Requeridos" with a sub-header "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:

Tipo de Archivo Adjunto	Requisito cumplido
Formulario Federal W-9	NO
Certificado de Sustancias Controladas (ASSMCA)	NO
Licencia	NO
Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	NO
Certificado Negativo de Antecedentes Penales	NO

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

The screenshot shows a section titled "Detalle de Archivos Adjuntos". It features a button labeled "CREAR NUEVO" in the top right corner. Below the button is a table with the following columns: "Método de Transmisión", "Tipo de Archivo Adjunto", "Nombre de Archivo", and "Editar". The table is currently empty.

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



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

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

Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar
Sólo electrónico	Certificado de Sustancias Controladas (ASSMCA)	Certificate (1).pdf	
Sólo electrónico	Formulario Federal W-9	Certificate (1).pdf	
Sólo electrónico	Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	Certificate (1).pdf	
Sólo electrónico	Certificado Negativo de Antecedentes Penales	Certificate (1).pdf	

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

Tipo de Archivo Adjunto	Requisito cumplido
Formulario Federal W-9	Si
Certificado de Sustancias Controladas (ASSMCA)	Si
Licencia	Si
Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	Si
Certificado Negativo de Antecedentes Penales	Si

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

Detalle de Archivos Adjuntos

CREAR NUEVO

Método de Transmisión	Tipo de Archivo Adjunto	Nombre de Archivo	Editar
Sólo electrónico	Certificado de Sustancias Controladas (ASSMCA)	Certificate (1).pdf	
Sólo electrónico	Formulario Federal W-9	Certificate (1).pdf	
Sólo electrónico	Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil	Certificate (1).pdf	
Sólo electrónico	Certificado Negativo de Antecedentes Penales	Certificate (1).pdf	

ANCELAR

GUARDAR Y CONTINUAR

GUARDAR Y CONTINUAR



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

3.12 Acuerdo/Enviar

Referencia Rápida – Acuerdo/Enviar

Tabla 13 – Acuerdo/Enviar

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

Pasos Detallados

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

Acuerdo/Enviar

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.

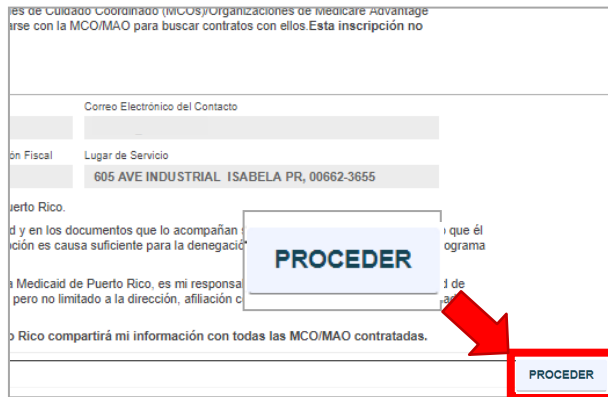
Certifico, bajo pena de perjurio, que la información y declaraciones en esta solicitud y en los documentos que lo acompañan son correctas y verdaderas. Entiendo que el envío de información materialmente incompleta o falsa con esta solicitud de inscripción es causa suficiente para la denegación de inscripción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



Debajo, observará una nueva sección con un documento PDF.



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

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

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

Formulario

Lea el documento del Acuerdo del Proveedor a continuación

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

Provider Enrollment Agreement

Certifico mi firma, bajo pena de perjurio, que soy la persona que solicita vincular a dicha persona al acuerdo del proveedor y que he leído y entendido el acuerdo.

* Estoy de acuerdo ☐

* Estoy de acuerdo ☐

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

Confirmación del Acuerdo

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

NO SÍ

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

* 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



prmp-pep@salud.pr.gov

Estimado Proveedor:

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

Código de Verificación: JPL0NQNR

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

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

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

Cordialmente,

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



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

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

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

The screenshot shows a form with a button labeled 'SOLICITAR CÓDIGO DE VERIFICACIÓN'. To its right is a label 'Código de Verificación' followed by a text input field containing 'JPL0NQNF', which is highlighted with a red box. Further right is a label 'Fecha de Inscripción' with the date '08/05/2023'. Below the form are four buttons: 'CANCELAR', 'ANTERIOR', 'TERMINAR MAS TARDE', and 'ENVIAR', with the 'ENVIAR' button highlighted with a red box.

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

The screenshot shows a blue-bordered dialog box titled 'Confirmación de alerta'. Inside, it asks '¿Desea enviar ésta solicitud?'. At the bottom are two buttons: 'NO' and 'SÍ', with the 'SÍ' button highlighted with a red box.

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

The screenshot shows a confirmation message on a dark blue header bar with a home icon, a 'MENÚ' button, and the text 'Inscripción Proveedor' and 'Enviar'. Below the header is a 'Confirmación de Envío' section. The message reads: '¡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.' It then provides a reminder about email notifications and includes contact information: 'Número de Rastreo: 0069026078', 'Equipo de Inscripción de Proveedores', 'prmp-pep@salud.pr.gov', and 'Contáctenos: (787) 641-4200'. There is an 'Imprimir' button and a help icon in the top right corner.

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

Nueva Inscripción Notificación de Completa



prmp-pep@salud.pr.gov

Estimado Proveedor:

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

Número de Rastreo de Solicitud: 0069026078

Contraseña: *****

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

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

Cordialmente,

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

4 Notificaciones

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

4.1 Huellas Requeridas

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

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

4.2 Devuelto al Proveedor

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

4.3 Aprobación de Inscripción

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

4.4 Denegación de Inscripción

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