



Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL_PRMMIS_Final_User_Documentation_PEP_Spanish_Enrollment_Attypical_Ref_Guide

Guía de Inscripción de Proveedores Atípicos – 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	18/10/2020	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	11
3.3 Lugar de Servicio	16
3.4 Direcciones	25
3.5 Capacidades	30
3.6 Organización	32
3.7 Acreditaciones	34
3.8 Otro	42
3.9 Divulgaciones	47
3.10 Verificación de Antecedentes	53
3.11 Archivos Adjuntos	54
3.12 Cargos	57
3.13 Acuerdo/Enviar	60
4 Notificaciones	67
4.1 Huellas Requeridas	67
4.2 Devuelto al Proveedor	67
4.3 Aprobación de Inscripción	67
4.4 Denegación de Inscripción	67

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
Tabla 7 – Organización	32
Tabla 8 – Acreditaciones	34

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

Tabla 9 – Otro.....	42
Tabla 10 – Divulgaciones	47
Tabla 11 – Verificación de Antecedentes	53
Tabla 12 – Archivos Adjuntos.....	54
Tabla 13 – Cargos.....	57
Tabla 14 – Acuerdo/Enviar	60

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 (Certified Laboratory Improvement Amendments)
DEA	Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Agency)
EIN	Número de Identificación de Empleado (Employee ID 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 Program)
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 Proveedores Atípicos – 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 Proveedor Atípico, 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 Puerto Rico Medicaid Program (PRMP). Puedes encontrarlo haciendo clic en el siguiente enlace: <https://lms.prmis.pr.gov>.

Después de leer la **Guía de Inscripción de Proveedores Atípicos – 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 Proveedor Atípico (conocida en inglés como “Atypical Provider Enrollment Type”) aplica a proveedores que podrían someter transacciones de Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico del 1996 (conocida como HIPAA por sus siglas en inglés), pero que no cumplen con la definición de HIPAA de un proveedor de salud y no tienen un número de Identificador Nacional de Proveedor (conocido como NPI por sus siglas en inglés) asignado. Ejemplos incluyen servicios de taxi, modificaciones de vehículos y hogares y servicios de relevo.

El proceso de inscripción de un Proveedor Atípico 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 Proveedores Atípicos.	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 Proveedores Atípicos, 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 **“Proveedores Atípicos.”**

* 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.

Tipos 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

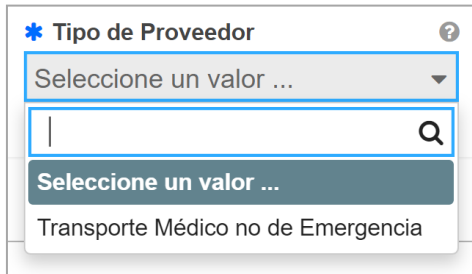
- b. Los pasos requeridos para completar una inscripción de Proveedor Atípico los encontrará en la parte superior de la página. También observará una barra que indica su progreso en la inscripción.

Una barra de progreso horizontal con 11 pasos numerados. El primer paso, '1 Información General', está resaltado en amarillo. Los demás pasos son: '2 Especialidades', '3 Lugar de Servicio', '4 Direcciones', '5 Organización', '6 Acreditaciones', '7 Otro', '8 Divulgaciones', '9 Verificación de Antecedentes', '10 Archivos Adjuntos' y '11 Acuerdo / Enviar'.

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

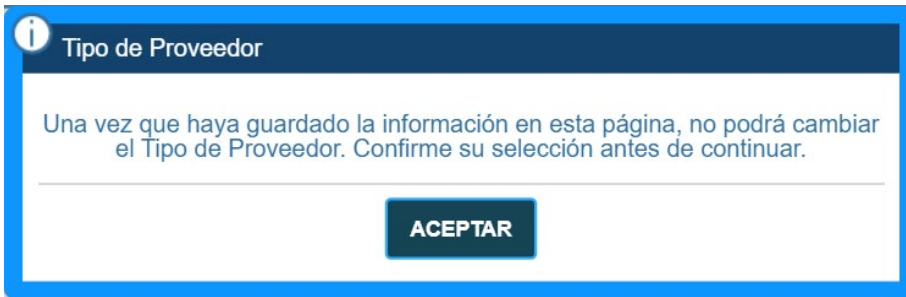
El Tipo de Proveedor, especialidades, u otra información relacionada determinarán si los pasos son requeridos, opcionales, o no aplicables.

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

Un formulario con un encabezado que dice '* Tipo de Proveedor' con un icono de ayuda. Debajo hay un menú desplegable que muestra 'Seleccione un valor ...'. Al hacer clic, se abre una lista de búsqueda con un campo de texto y un icono de lupa. En la lista, se muestra 'Seleccione un valor ...' y 'Transporte Médico no de Emergencia'.

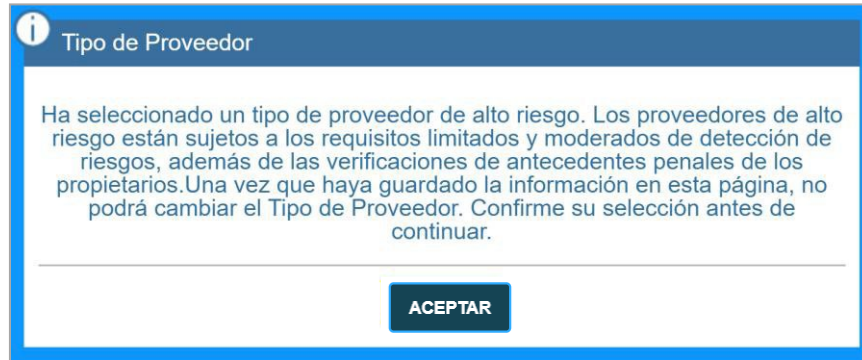
TIPO DE PROVEEDOR: El listado desplegable de Tipo de Proveedor es dinámica, se basa en el Tipo de Inscripción seleccionado. De no encontrar su Tipo de Proveedor en esta lista, verifique que haya seleccionado el Tipo de Inscripción correcto.

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.

Una ventana de advertencia con un icono de información. El título es 'Tipo de Proveedor'. El mensaje dice: 'Una vez que haya guardado la información en esta página, no podrá cambiar el Tipo de Proveedor. Confirme su selección antes de continuar.' Hay un botón azul que dice 'ACEPTAR'.

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

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



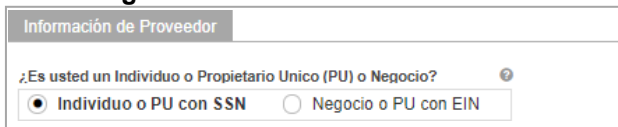
3. En el campo de **Fecha Efectiva**, seleccione la fecha (o deje la fecha predeterminada) que desea que su inscripción a PRMP sea efectiva una vez aprobada.



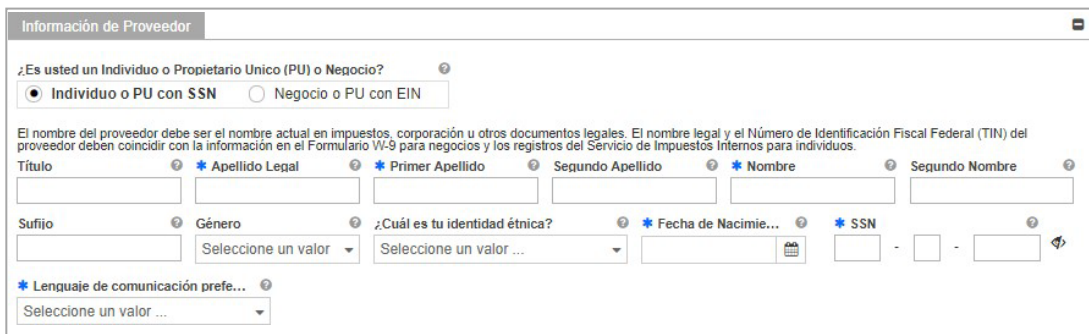
NOTA: Fechas de inscripción retroactivas solo se considerarán para aprobación si no exceden de 90 días en el pasado.

4. Complete las secciones restantes en la página de Información General.
- a. **Información de Proveedor y preguntas relacionadas** – Identifique información del proveedor que esté solicitando inscripción en PRMP.

Para un Proveedor Atípico, esta sección exhibe la opción de seleccionar **Individuo o PU con SSN** o **Negocio o PU con EIN**.



Individuo o PU con SSN es seleccionado si todos los pagos hechos van a ser reportados a los Servicios de Impuestos Internos (conocido como IRS por sus siglas en inglés) contra el Número de Seguro Social (SSN) de un individuo. Si selecciona la opción de **Individuo o PU con SSN**, se exhiben los siguientes campos:



Negocio o PU con EIN es seleccionado si todos los pagos hechos serán reportados al IRS contra un Número de Identificación de Empleador (EIN) de un negocio. Si selecciona la opción de **Negocio o PU con EIN**, se exhiben los siguientes campos:



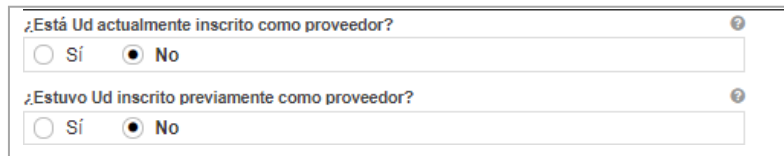
NOTA: Caracteres con acentos no serán aceptados en los campos de PEP.

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

i. **Nueva Inscripción:**

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

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



ii. **Inscripción Adicional:**

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

Estos pasos son los más comunes si usted está:

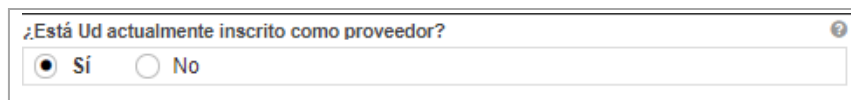
- Añadiendo un nuevo Lugar de Servicio Primario que no fue originalmente incluido en su solicitud de nueva inscripción en PEP. Esto comúnmente ocurre si abre un nuevo lugar de servicio luego de su inscripción inicial.

O

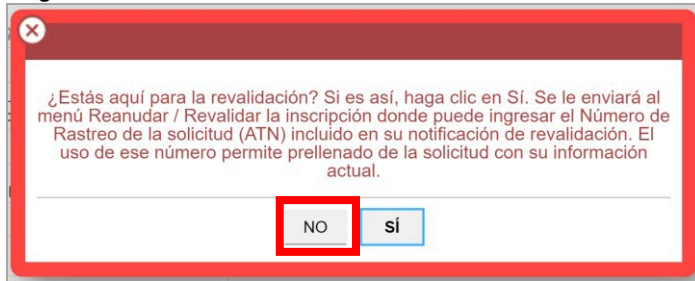
- Inscribiéndose con un tipo de inscripción diferente.

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

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



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



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
☒ Sí	☐ No	

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

¿Estuvo Ud inscrito previamente como proveedor?	
☐ Sí	☒ No

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

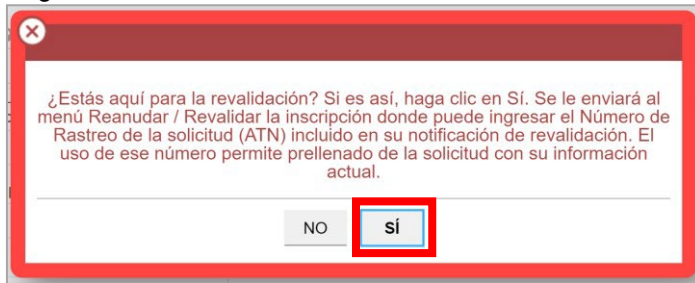
- Si usted ha sido aprobado para inscribirse en PRMP a través del PEP,
Y
- Si usted está actualmente activo en PRMP,
Y
- Si usted ha recibido una carta solicitándole que revalide su inscripción.

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

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

¿Está Ud actualmente inscrito como proveedor?	
☒ Sí	☐ No

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



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

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

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

Debe solicitar su reinscripción.

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



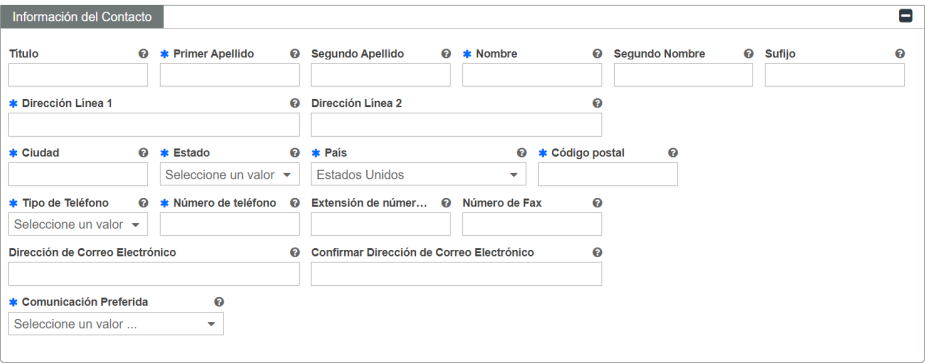
Al seleccionar Sí, se le va a requerir añadir su identificador de proveedor anterior en el nuevo campo observado. Este es el identificador de Medicaid (conocido por sus siglas en inglés MCD) que es listado en su carta de Bienvenida y está asociado con su inscripción de PEP previamente aprobada. Si tiene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

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



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

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



Formulario de Información del Contacto. Campos: Título, Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre, Segundo Nombre, Sufijo, Dirección Línea 1, Dirección Línea 2, Ciudad, Estado (Selecione un valor), País (Estados Unidos), Código postal, Tipo de Teléfono (Selecione un valor), Número de teléfono, Extensión de número..., Número de Fax, Dirección de Correo Electrónico, Confirmar Dirección de Correo Electrónico, Comunicación Preferida (Selecione un valor ...). Botones: CANCELAR, GUARDAR Y CONTINUAR.

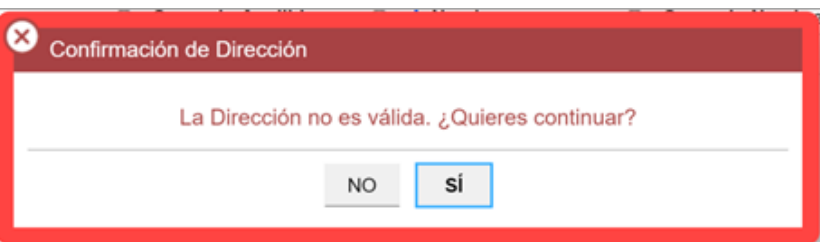


DIRECCIÓN VÁLIDA: El sistema de PEP validará la dirección añadida en esta sección. Si el sistema encuentra una variación de la dirección, seleccione la dirección actualizada que aparecerá.



Ventana de Búsqueda de Dirección. Tabla con 6 columnas: Calle, Ciudad, Condado, Estado, País, Código Postal. Fila de ejemplo: PO BOX 1675, AGUADILLA, AGUADILLA, PR, UNITED STATES, 00605-1675.

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



Ventana de Confirmación de Dirección. Mensaje: La Dirección no es válida. ¿Quieres continuar? Botones: 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

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

Información del Contacto

Título

* Primer Apellido

Segundo Apellido

* Nombre

Segundo Nombre

Sufijo

* Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

* Ciudad

* Estado

* País

* Código postal

* Tipo de Teléfono

Número de teléfono

Extensión de número...

Número de Fax

Dirección de Correo Electrónico

Confirmar Dirección de Correo Electrónico

* Comunicación Preferida

CANCELAR

GUARDAR Y CONTINUAR



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

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

* Comunicación Preferida

Seleccione un valor ...

CANCELAR

3.2 Especialidades

Referencia Rápida – Especialidades

Tabla 3 – Especialidades

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

Pasos Detallados

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

Especialidades Campos requeridos (*)

Especialidades

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

Tipo de Proveedor
Agencia de Salud en el Hogar

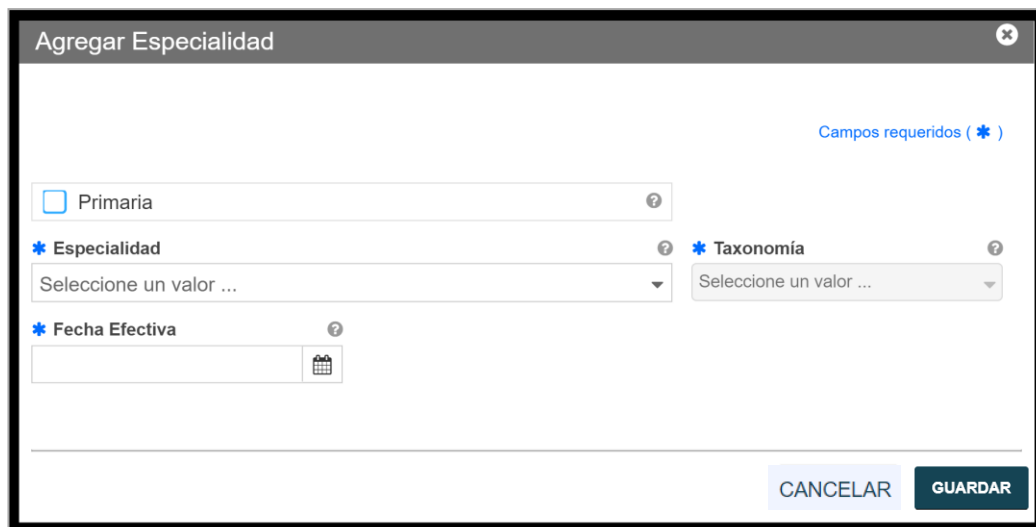
CREAR NUEVO

Especialidad	Taxonomía	Tipo de Renuncia/Derecho	Primaria	Fecha Efectiva	Editar

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



The screenshot shows a table with columns: Especialidad, Taxonomía, Tipo de Renuncia/Derecho, Primaria, Fecha Efectiva, and Editar. A red box highlights the 'CREAR NUEVO' button in the top right corner. A red arrow points from this button to a modal window titled 'Agregar Especialidad'.



The 'Agregar Especialidad' modal window contains the following fields:

- ☐ Primaria
- * Especialidad (dropdown menu)
- * Taxonomía (dropdown menu)
- * Fecha Efectiva (calendar icon)

Buttons at the bottom: CANCELAR and GUARDAR.

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



The screenshot shows the 'Especialidades' panel with the following data:

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.



The screenshot shows a checkbox labeled 'Primaria' which is checked.

- 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**.

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
-----------	--------

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.

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	

CANCELAR

GUARDAR Y CONTINUAR

3.3 Lugar de Servicio

Referencia Rápida – Lugar de Servicio

Tabla 4 – Lugar de Servicio

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

Lugar de Servicio

Campos requeridos (*)

Lugar de Servicio

CREAR NUEVO

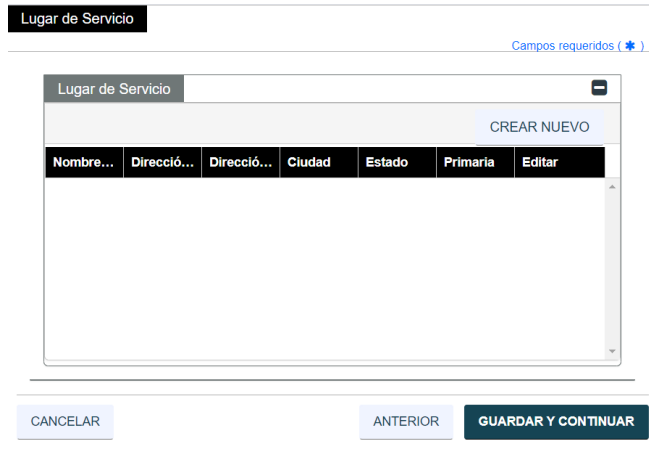
Nombre...	Direcció...	Direcció...	Ciudad	Estado	Primaria	Editar

CANCELAR

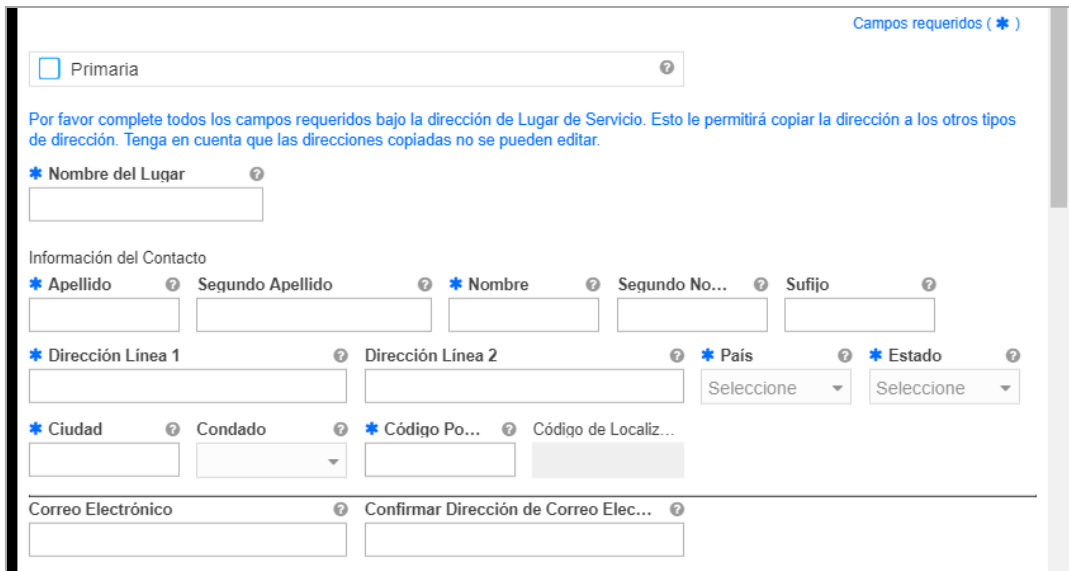
ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR

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



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



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.



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.

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

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 ?

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
-----	--------------	------------	--------

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

Agregar Horario de Operación

Campos requeridos (*)

*

Día

?

Seleccione un valor ...

*

Hora Inicial

?

Seleccione un valor ...

*

Hora Final

?

Seleccione un valor ...

CANCELAR

GUARDAR

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.

Lugar de Servicio

CAMPOS REQUERIDOS (*)

CREAR NUEVO

Nombre del L...	Dirección Lin...	Dirección Lin...	Ciudad	Estado	Primaria	Editar
Hospital ABC	1675 Avenida Ponce de Leon		Aguadilla	Puerto Rico	x	

CANCELAR

ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR



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

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

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

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

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

Lugar de Servicio

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

Lugar de Servicio						
						CREAR NUEVO
Nombre del L...	Dirección Lin...	Dirección Lin...	Ciudad	Estado	Primaria	Editar
Hospital ABC	1675 Avenida Ponce de Leon		Aguadilla	Puerto Rico	x	

CANCELAR

ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR

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

Lugar de Servicio

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

Lugar de Servicio						
						CREAR NUEVO
Nombre del L...	Dirección Lin...	Dirección Lin...	Ciudad	Estado	Primaria	Editar
Hospital ABC	1675 Avenida Ponce de Leon		Aguadilla	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.	a. Haga clic en Crear Nuevo para añadir por lo menos un número de teléfono.	Un número de teléfono es añadido a cada tipo de dirección. Se guarda la información de las Direcciones. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Paso	Tarea	Acción	Resultado
		b. Para editar un número de teléfono añadido, haga clic en el botón de Editar al lado del número deseado y guarde los cambios. c. Haga clic en Guardar y Continuar.	

Pasos Detallados

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

Ejemplo: Dirección de Pagar A

Pagar A

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

☐ Igual que Lugar de Servicio

Nombre del Lugar

Información del Contacto

Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Sufijo

Nombre del Agente de ...

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado

Seleccione un valor ...

País

Seleccione un valor ...

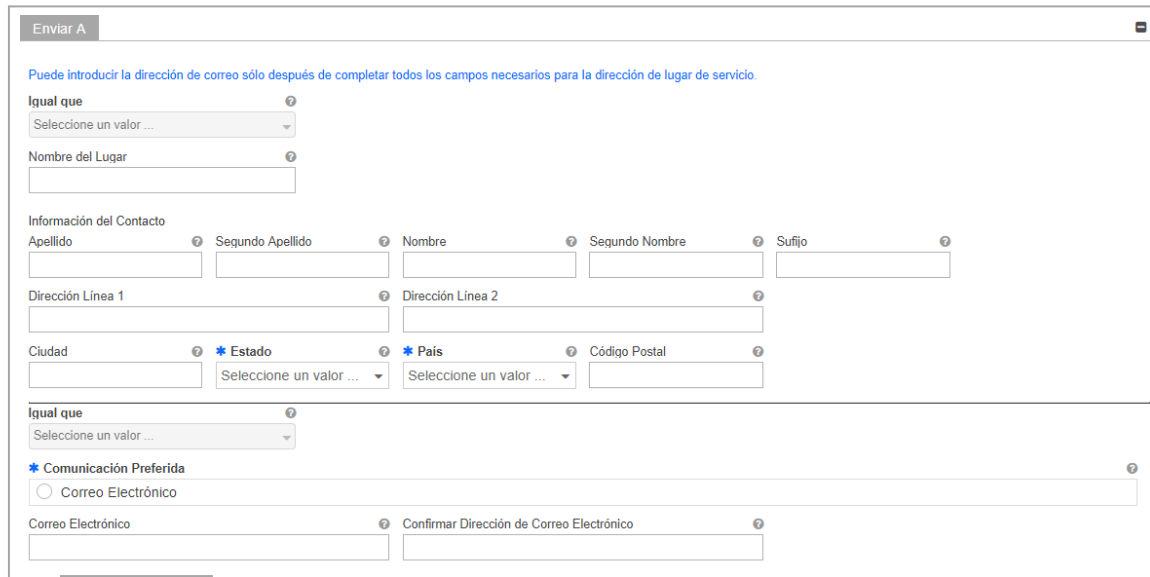
Código Postal

☐ Igual que Lugar de Servicio

Correo Electrónico

Confirmar Dirección de Correo Electrónico

Ejemplo: Dirección de Enviar A

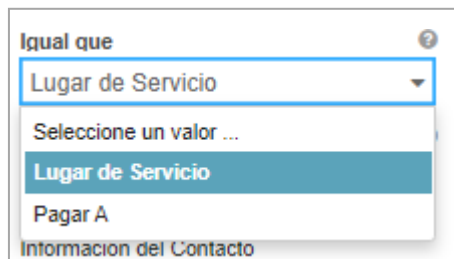


DIRECCIÓN IGUAL AL LUGAR DE SERVICIO: Si las direcciones que serán añadidas en esta sección son iguales a la dirección añadida como lugar de servicio primario, haga clic en la caja de “**Igual que Lugar de Servicio**” en la parte superior de cada sección de dirección. Esto automáticamente llena los campos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



☐ Igual que Lugar de Servicio ?

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



Igual que ?

Lugar de Servicio

Seleccione un valor ...

Lugar de Servicio

Pagar A

Informacion del Contacto

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

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

CREAR NUEVO

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

- 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.

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

CREAR NUEVO

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

Agregar Número de Teléfono

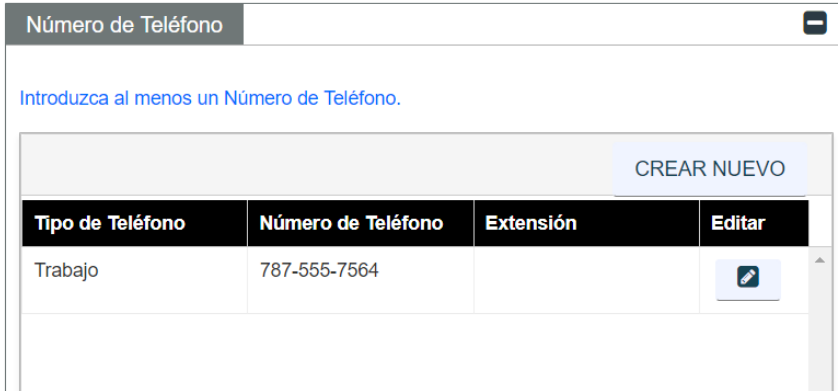
Campos requeridos (*)

* 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.



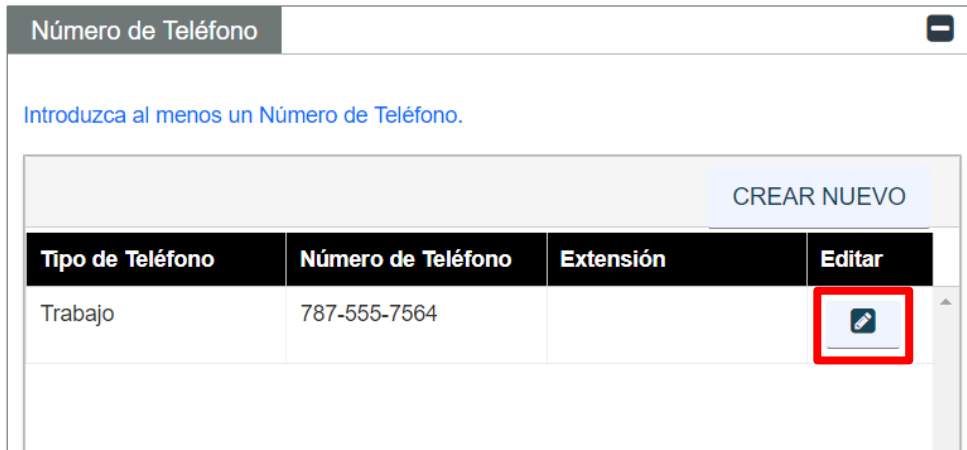
Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

CREAR NUEVO

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
Trabajo	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		



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



Igual que Lugar de Servicio

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

Número de Teléfono

Introduzca al menos un Número de Teléfono.

CREAR NUEVO

Tipo de Teléfono	Número de Teléfono	Extensión	Editar
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.

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.

CREAR NUEVO

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	

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.	Se guardan los Detalles Organizacionales. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Paso	Tarea	Acción	Resultado
		Haga clic en Guardar y Continuar.	

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

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

GUARDAR Y CONTINUAR

GUARDAR Y CONTINUAR

3.7 Acreditaciones

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

Referencia Rápida – Acreditaciones

Tabla 8 – 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

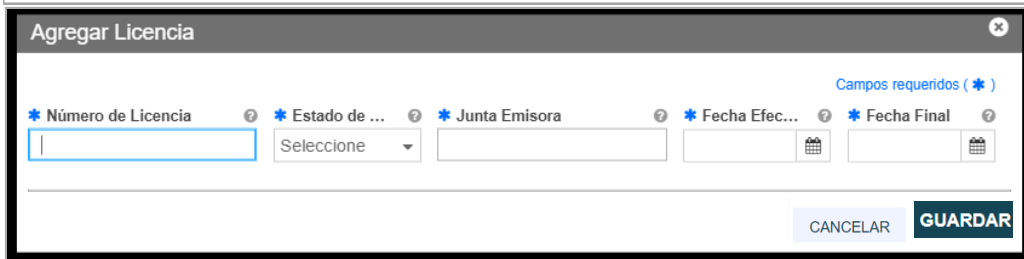
1. Observará la página de Acreditaciones. La siguiente información de acreditaciones puede ser recopilada para Proveedores Atípicos:

- 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.



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.



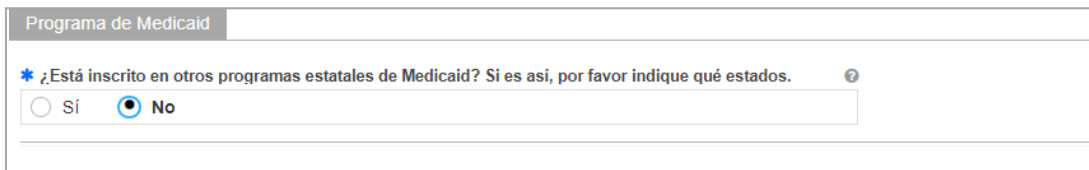
Número de Licencia	Estado Emisor	Junta Emisora	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
65656453535	Puerto Rico	Ejemplo	11/11/2019	11/11/2099	



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

Repita los pasos anteriores para añadir más licencias.

- 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

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

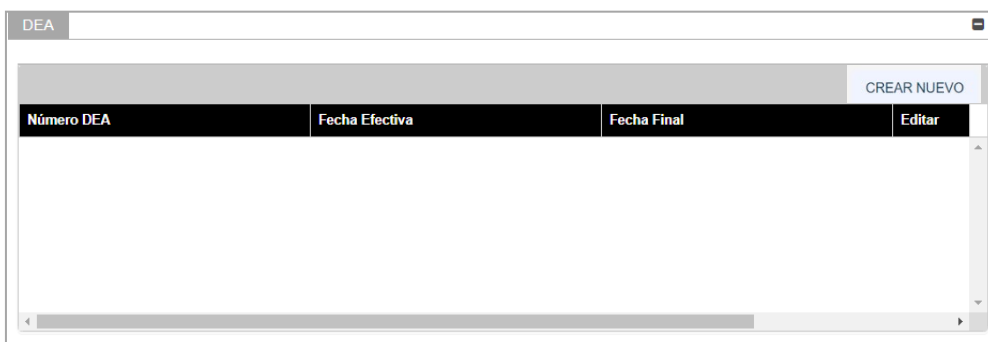
CREAR NUEVO



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

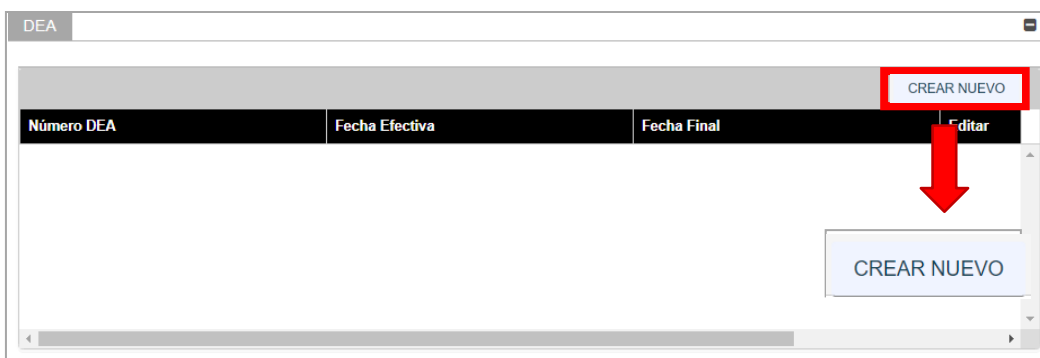
Repita los pasos anteriores para añadir más programas.

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

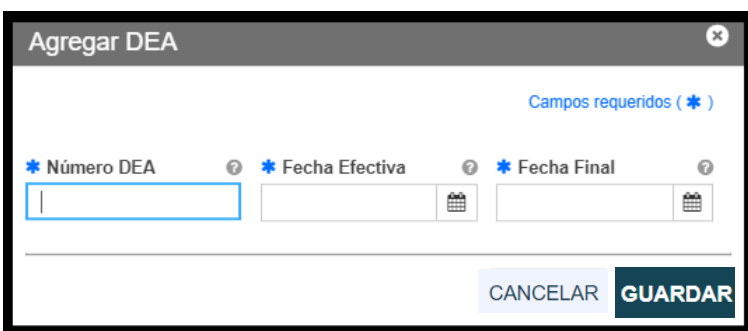


Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
------------	----------------	-------------	--------

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

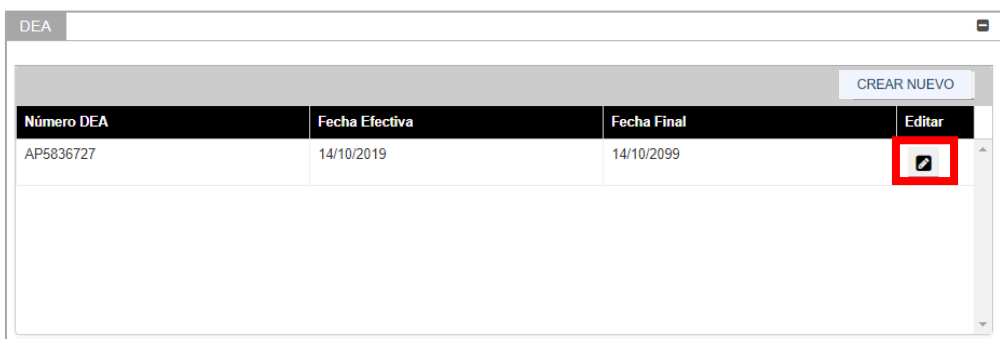
Campos requeridos (*)

* 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.

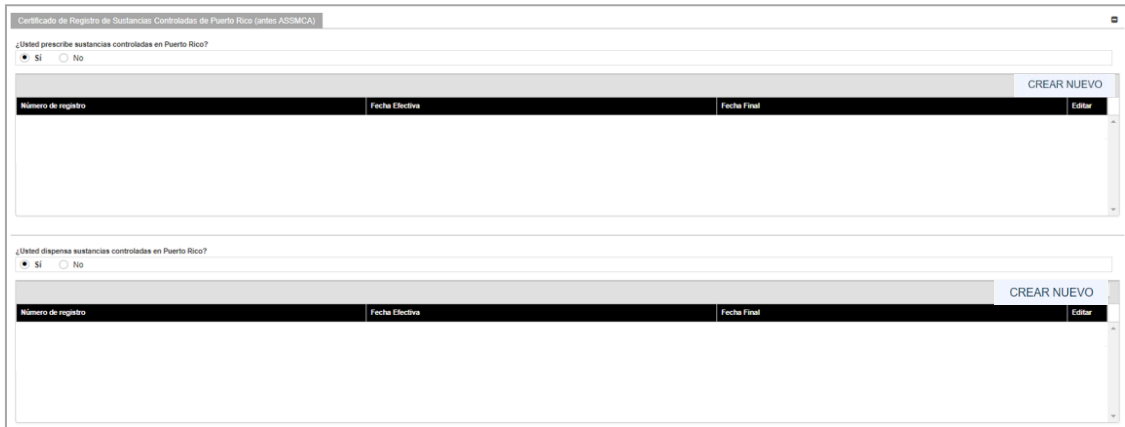


Número DEA	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AP5836727	14/10/2019	14/10/2099	

- 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”.



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

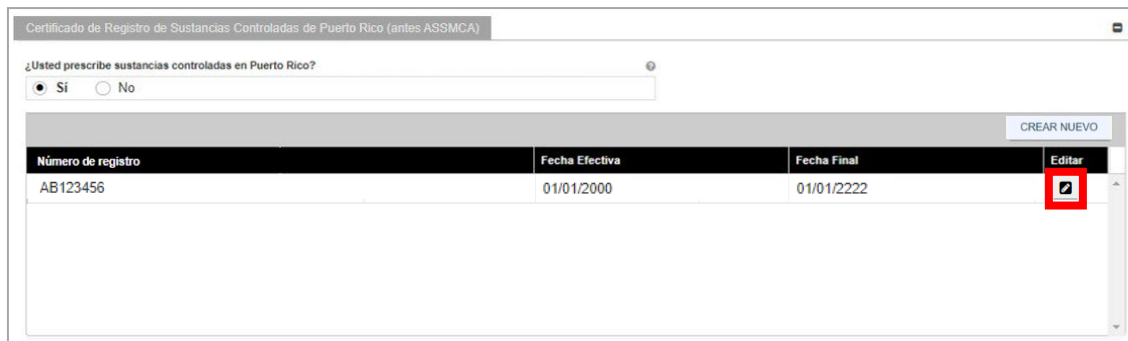


Haga clic en **Crear Nuevo** en la parte superior derecha del panel y complete los campos requeridos en la ventana observada.



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.



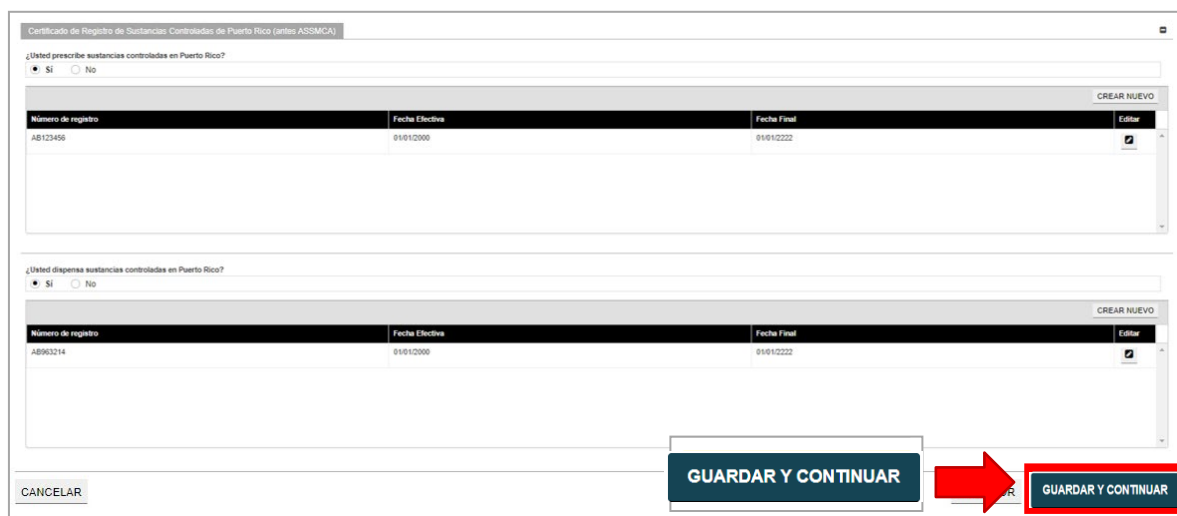
Número de registro	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
AB123456	01/01/2000	01/01/2222	



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	

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

CANCELAR GUARDAR Y CONTINUAR GUARDAR Y CONTINUAR

3.8 Otro

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

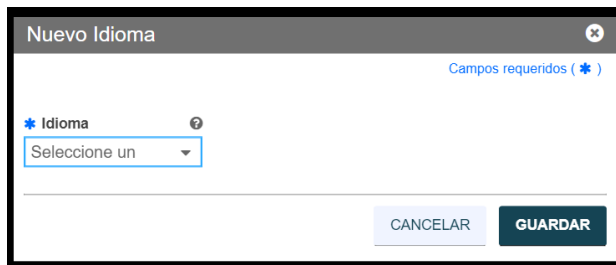
Referencia Rápida – Otro

Tabla 9 – Otro

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

Pasos Detallados

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

Idiomas		CREAR NUEVO
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.

Certificaciones

Especialidad	Tipo de Certificado	Otra Certificación	Número de Certifica...	Exento de Acreditac...	Fecha Efectiva	Fecha Final	Editar
							CREAR NUEVO

[CREAR NUEVO](#)

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.

Certificaciones								CREAR NUEVO
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.

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.

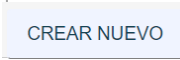
URL del sitio web del proveedor 

- 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



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

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

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

Información de Negligencia Profesional

Por favor complete la información de negligencia profesional a continuación

CREAR NUEVO

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

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

- 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
---------------------	------------------	----------------------	-----------------------------------	-------------------	--------

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

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

* Responsable de responsabili... ? * Número de teléfono del trans... ? * Número de Póliza ? * Acusados adicionales ?

* Describe las acusaciones en tu contra ? * Describa la supuesta lesión al paciente ?

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

Número de Caso del Tribunal Estatal ? Estado ? Condado ?
 Seleccione un valor ... Seleccione un valor ...

Número de Caso de la Corte Federal ? Distrito ?

* Reclamo de estado ?
 Seleccione un valor ...

CANCELAR GUARDAR

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

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

Información de Negligencia Profesional

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

3.9 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...

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

CANCELAR GUARDAR



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.

licción ?

CANCELAR GUARDAR

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

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

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que 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	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.

Ver Auto Divulgación del Proveedor

Nombre de Divulgación	Editar
Last, First	

CERRAR

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

Ver Auto Divulgación del Proveedor

Nombre de Divulgación	Editar
Last, First	

CERRAR

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

que había previamente completado.

Editar Auto Divulgación del Proveedor

Campos requeridos (★)

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

Título: [] Apellido Legal: 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

Afiliações

★ ¿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.

3.10 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 observarán en el panel sean correctos.



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 3.9](#)), 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			☐ 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	Primer			☐ 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.	Archivos son adjuntados y guardados. La barra de progreso avanza a la próxima página disponible.

Paso	Tarea	Acción	Resultado
		Haga clic en Guardar y Continuar.	

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

Archivos Adjuntos

Tipo de Proveedor

Médico

Especialidad

Obstetra y Ginecólogo

Información Adicional

Su tipo de proveedor y especialidad pueden requerir información adicional.

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

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

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

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

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

Adjuntos Requeridos	
A continuación se muestra la lista de archivos adjuntos necesarios. Envíe toda la documentación requerida para continuar con la inscripción.	
Tipo de Archivo Adjunto	Requisito cumplido
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.

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	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	

CANCELAR ANTERIOR GUARDAR Y CONTINUAR

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.

CANCELAR GUARDAR Y CONTINUAR



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

3.12 Cargos

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

disponible en su inscripción.

Si la página de Cargos no está disponible en su inscripción, no es requerido para su Tipo de Proveedor. Si este es su caso, vaya a la [Sección 3.13 Acuerdo/Enviar](#) para ver las instrucciones de su próximo paso requerido.

Referencia Rápida – Cargos

Tabla 13 – 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.	Sus respuestas a las preguntas de cargos y el monto final son guardadas.

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

Paso	Tarea	Acción	Resultado
		b. Observe el monto final. Haga clic en Guardar y Continuar.	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 pago se puede cargar 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 un cargo 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 un cargo de la inscripción al programa Medicaid de otro estado por el lugar de Servicio?

☐ Sí ☐ No

Renuncia Recibida - 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 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

3.13 Acuerdo/Enviar

Referencia Rápida – Acuerdo/Enviar

Tabla 14 – 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 Yo Acepto 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	Nombre del Contacto	Correo Electrónico del Contacto
First Last	First Last	
NPI	Tipo de Identificación del Impuesto	Número de Identificación Fiscal
1275593014	SSN	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 si 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.

es de Cuidado Coordinado (MCOs)/Organizaciones de Medicare Advantage
arse con la MCO/MAO para buscar contratos con ellos. Esta inscripción no

Correo Electrónico del Contacto

ón Fiscal

Lugar de Servicio

605 AVE INDUSTRIAL ISABELA PR, 00662-3655

uerto Rico.

d y en los documentos que lo acompañ
ción es causa suficiente para la deneg

PROCEDER

endo que él
el Programa

Medicaid de Puerto Rico, es mi respo
pero no limitado a la dirección, afiliación con algún grupo, cambio de propie

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

PROCEDER

Debajo, observará una nueva sección con un documento PDF.

Formulario

Lea el documento del Acuerdo del Proveedor a continuación

LoadAgreementPdf 1 / 8

GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Department of Health
Medicaid Program

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

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

☒ Estoy de acuerdo



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

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

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

Formulario

Lea el documento del Acuerdo del Proveedor a continuación

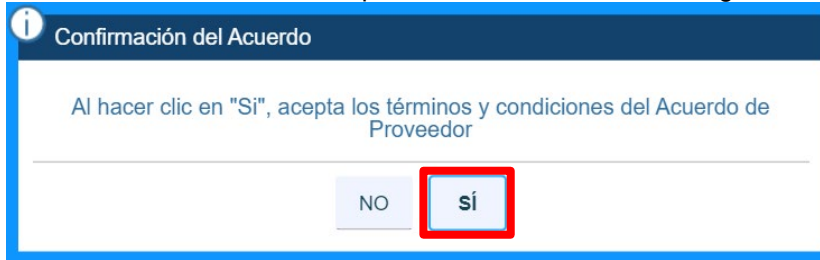
Puerto Rico Medicaid Government Health Plan (GHP) Provider Enrollment Agreement

Provider Enrollment Agreement

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

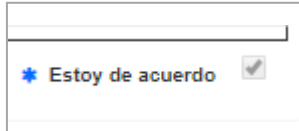
☒ Estoy de acuerdo

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



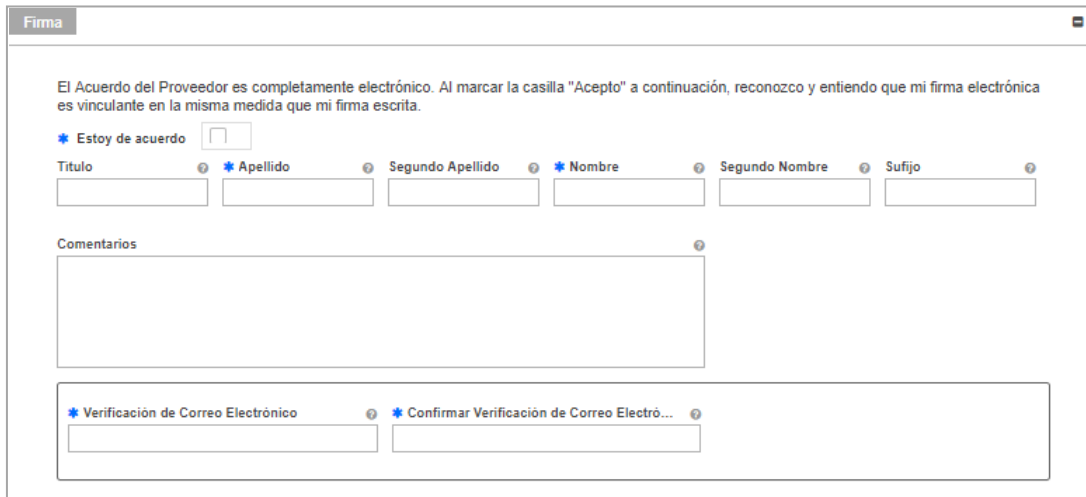
A screenshot of a web window titled "Confirmación del Acuerdo". It contains the text: "Al hacer clic en 'Si', acepta los términos y condiciones del Acuerdo de Proveedor". Below this text are two buttons: "NO" and "Sí". The "Sí" button is highlighted with a red rectangular box.

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



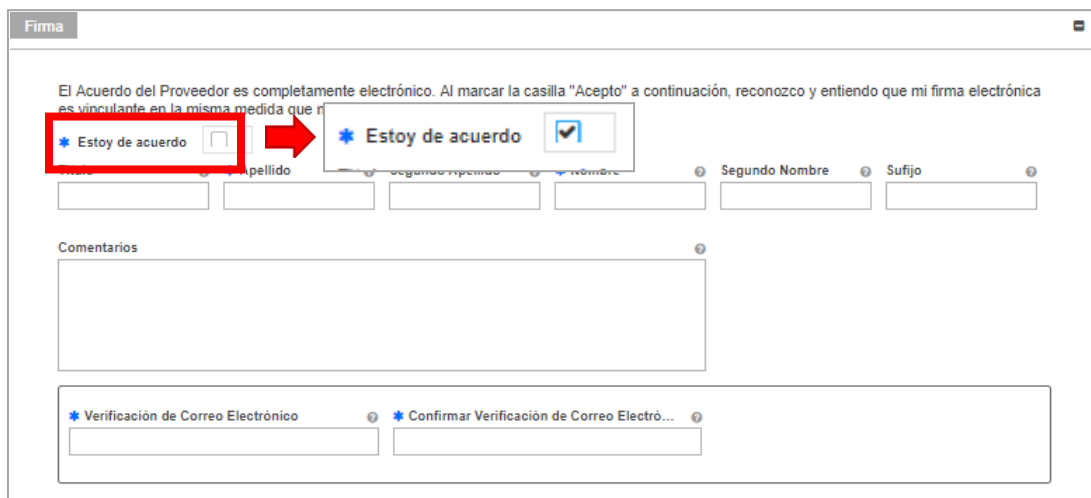
A screenshot of a form field labeled "Estoy de acuerdo" with a checked checkbox icon.

3. Observará la sección de **Firma**.



A screenshot of a web window titled "Firma". It contains the text: "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." Below this text is a checkbox labeled "Estoy de acuerdo" which is currently unchecked. Below the checkbox are several input fields for personal information: "Titulo", "Apellido", "Segundo Apellido", "Nombre", "Segundo Nombre", and "Sufijo". Below these fields is a "Comentarios" section with a text area. At the bottom, there are two more input fields labeled "Verificación de Correo Electrónico" and "Confirmar Verificación de Correo Electrónico".

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



A screenshot of the "Firma" section, similar to the previous one, but with the "Estoy de acuerdo" checkbox checked. A red rectangular box highlights the "Estoy de acuerdo" checkbox, and a red arrow points from this box to the "Estoy de acuerdo" label, indicating that the checkbox has been checked.

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
---	---	----------------------	------------

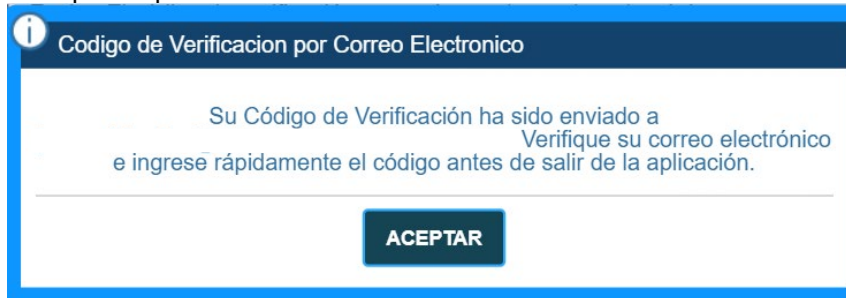
CANCELAR

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
To: Jennifer Lopez

Repl

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 (ATN) y su contraseña de inscripción (vea la **Sección 2.4 de la Guía de Navegación – Portal de Inscripción del Proveedor (PEP)** para los pasos detallados), y solicite un nuevo Código de Verificación.

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'. Below it, there are fields for 'Código de Verificación' (containing 'JPLONQNF'), 'Fecha de Inscripción' (08/05/2023), and a 'CANCELAR' button. At the bottom, there are three buttons: '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 screenshot shows a dialog box titled 'Confirmación de alerta' with the question '¿Desea enviar ésta solicitud?'. There are two buttons: 'NO' and 'SÍ' (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 screen. At the top, there is a navigation bar with a home icon, a 'MENÚ' button, and the text 'Inscripción Proveedor' and 'Enviar'. Below the navigation bar, there 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.' Below this, there is a reminder: '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.' At the bottom, there is contact information: 'Número de Rastreo: 0069026078', 'Equipo de Inscripción de Proveedores', 'prmp-pep@salud.pr.gov', and 'Contáctenos: (787) 641-4200'. There is also an 'Imprimir' button and a help icon.

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.