



Formulario de Cambio de Propiedad

El Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés) requiere que el proveedor y las entidades solicitantes notifiquen al PRMP dentro de los 35 días posteriores a cualquier cambio en la propiedad de acuerdo con CFR 455.104. Cuando el cambio está relacionado con el 100% de propiedad, se requiere una nueva solicitud y este formulario no se puede utilizar. Este formulario debe usarse solo cuando el cambio de propiedad sea menor al 100%.

El formulario debe completarse en su totalidad para cada cambio de propiedad. Campos requeridos (*)

Se requiere un formulario para cada identificación de Medicaid.

1. **Información de Proveedor** – Esta sección es requerida.

*Nombre del Proveedor	*NPI del Proveedor	*Identificación de Medicaid	*Identificación de contribuyente / Tax ID

2. Si está informando sobre un cambio en el porcentaje de propietarios actuales, incluyendo la terminación de un propietario, complete esta sección (si está informando sobre nuevos propietarios, vaya al paso 3).

*Nombre del Propietario Actual	*Número de Seguro Social del Propietario	*Fecha del Cambio de Propietario (DD/MM/AAAA)	* % Actual	* % Nuevo

3. Si está informando sobre un nuevo porcentaje de propiedad entre 5-100%, complete la siguiente información: ¿Es esta entidad un individuo o una corporación?

- Individual (diríjase a 3a)
- Corporación (diríjase a 3b)



3a. Complete esta sección si marcó 'Individual' previamente:

*% de Interés		*Apellido(s) en su Tax ID / SSN	
Título		*Nombre	Segundo Nombre
*Primer Apellido		Segundo Apellido	
Sufijo		*Número de Seguro Social	*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
*Dirección Línea 1			
*Dirección Línea 2		*Ciudad	
*Estado		*País	*Código Postal
*Dirección de Correo Electrónico			
*Fecha de vigencia (DD/MM/AAAA)		*Fecha Final (DD/MM/AAAA)	

3b. Complete esta sección si marcó 'Corporación' previamente:

*% de Interés		*Apellido en su Tax ID/SSN	
*Identificación de contribuyente			
* Dirección Línea 1			
* Dirección Línea 2		*Ciudad	
*Estado		*País	*Código Postal
* Dirección de Correo Electrónico		*Fecha de vigencia (DD/MM/AAAA)	

4. ¿Se ha condenado a esta entidad por un delito penal relacionado con su participación en algún programa bajo Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Salud para Niños o los servicios de Título XX desde el inicio de estos programas? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

*Descripción del Delito	*Fecha de Convicción (DD/MM/AAAA)	*Jurisdicción



5. ¿Ha participado esta entidad anteriormente o participa actualmente como proveedor en el Programa de Medicaid de Puerto Rico o en algún otro programa estatal de Medicaid o Medicare?
 Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

*Programa	*Estado

6. ¿Alguna vez se le ha revocado a esta entidad sus privilegios de facturación o se le ha cancelado su participación en el programa por causa? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

*Programa	*Estado	*Fecha de Revocación (DD/MM/AAAA)

7. ¿Tiene esta entidad alguna deuda pendiente con el Programa de Medicaid de Puerto Rico, otras agencias estatales, el programa de Medicaid de otro estado o Medicare? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información y adjunte la documentación de los arreglos realizados para pagar la deuda.

*Programa	*Estado	*Monto de la Deuda	*Fecha (DD/MM/AAAA)

8. ¿Algún miembro de la familia o del hogar tiene alguna deuda pendiente con alguna agencia o programa estatal o federal? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información y adjunte la documentación de los arreglos hechos para pagar la deuda.

Título	* Nombre	Segundo Nombre
*Primer Apellido		Segundo Apellido
Sufijo	*Número de Seguro Social	*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
*Programa	*Monto de la Deuda	*Fecha (DD/MM/AAAA)
* Dirección Línea 1		
Dirección Línea 2		
*Ciudad	*Estado	*País
		* Código Postal



9. ¿Ha tenido esta entidad alguna acción legal adversa relacionada con la atención médica impuesta por algún programa estatal de Medicaid o alguna otra agencia o programa federal? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

*Programa	*Estado	*Acción impuesta	*Fecha de la Acción (DD/MM/AAAA)
		<input type="checkbox"/> Condena Penal <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Exclusión del Programa <input type="checkbox"/> Suspensión de Pago <input type="checkbox"/> Sanción Civil Monetaria <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Programa de Inhabilitación <input type="checkbox"/> Multa Penal <input type="checkbox"/> Orden de Restitución <input type="checkbox"/> Sentencia Civil Pendiente <input type="checkbox"/> Sentencia Penal Pendiente <input type="checkbox"/> Sentencia Pendiente bajo la Ley de Reclamación Falsa	

10. ¿Ha tenido esta persona alguna acción legal adversa no relacionada con la atención médica? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

*Programa	*Estado	*Acción impuesta	*Fecha de la Acción (DD/MM/AAAA)
		<input type="checkbox"/> Condena Penal <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Exclusión del Programa <input type="checkbox"/> Suspensión de Pago <input type="checkbox"/> Sanción Civil Monetaria <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Programa de Inhabilitación	

11. Solo para proveedores de grupo: ¿Algún miembro de su grupo tiene una relación con esta entidad? Si es así, por favor identifíquelos a continuación. Si no se está inscribiendo como grupo, responda No a esta pregunta. Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

Título		*Nombre		Segundo Nombre	
*Primer Apellido				Segundo Apellido	
Sufijo			*Número de Seguro Social		



*Relación <i>(seleccione uno)</i>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Ex cónyuge <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
---	---

12. ¿Está esta entidad / individuo relacionada(o) con alguna otra persona con interés de propiedad o control como cónyuge, padre, hijo o hermano? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la información sobre la entidad /individuo relacionada(o) que está completando este formulario.

Título	*Nombre	Segundo Nombre
*Primer Apellido		Segundo Apellido
Sufijo		*Número de Seguro Social
*Relación <i>(seleccione uno)</i>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Ex cónyuge <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro	



Firma Autorizada

Al firmar este documento electrónicamente, certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa, y que notificaré al PRMP sobre cualquier cambio en la información contenida.

Campos requeridos (*)

***Firma de la persona autorizada para realizar este cambio**

Se permiten las firmas electrónicas. No se permiten nombres escritos como una firma.

Título

***Nombre impreso**

***Fecha (Usar formato de fecha DD/MM/AAAA)**

Por favor, proporcione la siguiente información de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted con respecto a su solicitud:

Nombre de la persona de contacto: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Cargue este formulario a través del portal de Correspondencia Segura para Proveedores (PSC, por sus siglas en inglés) en <https://psc.prmis.pr.gov/>. NO incluya información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).