



# Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud  
Programa de Medicaid

## Programa de Medicaid de Puerto Rico

### Formulario de certificación de servicio fuera del estado previamente autorizado

<b>Nombre de Proveedor</b>		<b>#NPI del Proveedor</b>	
<b>Dirección Línea 1 (Nombre de Calle y Número)</b>		<b>Dirección Línea 2 (Suite, Salón, etc.)</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip Code+4</b>	
<b># de Autorización Previa</b>			
<b>Autorización Previa Efectiva – Desde</b> <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>	<b>Autorización Previa Efectiva – Hasta</b> <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>		

Con mi firma a continuación, certifico que recibí autorización previa para proveer servicios médicos a un miembro del Programa Medicaid de Puerto Rico durante las fechas mencionadas anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

*Complete un formulario para cada autorización previa.*

*Suba este formulario como archivo adjunto a su solicitud de inscripción a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés). NO adjunte Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a su solicitud.*