



Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud
Programa de Medicaid

Lista de Verificación para Inscripción de Proveedores Medicaid Puerto Rico

Tipo de Proveedor – Centro de Infusión / Agencia (A2)

Especialidad – Centro de Infusión (704)

Especialidad – Agencia de Infusión en el Hogar (108)

Tipo de inscripción: Grupo o Clínica

Información sobre la solicitud:

A continuación, se ofrece una visión general de la información principal necesaria para completar una solicitud para el tipo de proveedor y las especialidades enumeradas anteriormente. Por favor note que todas las ubicaciones de servicio donde se prestan servicios a los beneficiarios de Medicaid deben ser inscritas.

- Información general**, incluyendo el tipo de proveedor, la fecha de vigencia de la inscripción, el nombre legal, el número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés), el identificador del proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés), y la información de contacto.
- Información de especialidades y taxonomía**, incluyendo las fechas de efectividad.
- Información de dirección**, incluyendo la dirección de todas las ubicaciones de servicio donde se brindan servicios a los beneficiarios de Medicaid, la dirección postal y direcciones para efectuar pagos.
- Información de clasificación de impuestos**, incluyendo el tipo de organización (por ejemplo, sin fines de lucro, con fines de lucro).
- Inscripción de Medicare** (si corresponde), incluyendo el número de Medicare, el tipo de Medicare, las fechas de vigencia y finalización, y otra información estatal de inscripción de Medicaid (si corresponde).
- Información del seguro de impericia** (si corresponde), como el tipo de seguro, el nombre de la aseguradora, la cantidad cubierta, el número de póliza, y las fechas de vigencia y expiración.

- Auto divulgación de información**, incluyendo acciones tomadas o cambios en su licencia/certificación, terminaciones de inscripción, acciones tomadas contra un certificado federal o estatal de sustancias controladas, acciones tomadas en su contra durante la participación en un programa de atención médica gubernamental, investigaciones, acciones tomadas contra su cobertura de responsabilidad profesional e información de contacto para fines de auditoría (42 CFR §455.100-106).
- Información de divulgación de subcontratista** para cualquier entidad/individuo con el que haya tenido transacciones comerciales que sumen a más de \$25,000 durante los 12 meses anteriores. Si corresponde, se le pedirá que proporcione información del subcontratista, como el nombre, la dirección, las fechas de vigencia y finalización, y participación en el negocio. Si se informa de participación en el negocio, también se requerirán detalles adicionales, como % de interés, nombre, número de Seguro Social, fecha de nacimiento y dirección (42 CFR §455.100-106).
- Información sobre propiedad y participación en el negocio** en la entidad solicitante (individual o corporación). Para las entidades que tienen interés de propiedad / participación en la entidad solicitante, se requerirá información como el interés de propiedad / participación en cualquier otro proveedor, agente fiscal o entidad de cuidado administrado, condenas penales en otros programas gubernamentales, participación en Medicaid en otros estados, despidos de programas, deudas pendientes con otros programas gubernamentales, acciones legales adversas, y relaciones con la entidad que tiene interés de propiedad / participación en el proveedor (42 CFR §455.100-106).
Nota: Una persona con un interés de propiedad o participación significa una persona o corporación que es propietario directa o indirectamente de 5% o más del negocio, es un oficial o director de un proveedor organizado como una corporación o una organización sin fines de lucro, o es socio en un proveedor organizado como una sociedad.
- Información de los empleados gerenciales**, tal como el nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, dirección, correo electrónico, fechas de vigencia y expiración, condenas penales en otros programas gubernamentales, participación en Medicaid en otros estados, despidos de programas, deudas pendientes con otros programas gubernamentales, acciones legales adversas y relación con el proveedor (42 CFR §455.100-106). *Nota: Se debe completar un formulario para cada empleado administrador. Por 42 CFR §455.101, un empleado gerencial significa un gerente general, gerente de negocios, administrador, director u otra persona que ejerce control operativo o gerencial sobre, o que lleva a cabo directa o indirectamente, el funcionamiento diario de una institución, organización u agencia.*
- Transacciones comerciales** con cualquier proveedor o subcontratista de propiedad absoluta. La información requerida incluye el nombre, identificación de contribuyente, la fecha de nacimiento (para individuos), la fecha de vigencia y las fechas de expiración, y la dirección (42 CFR §455.105). *Nota: Se debe completar un formulario para cada proveedor o subcontratista de propiedad absoluta.*
- Cuota de solicitud** se requerirá si aún no ha pagado la tarifa a Medicare u otro programa estatal de Medicaid (42 CFR §455.460). *Nota: Puede presentar un comprobante de pago como archivo adjunto a su solicitud si ya ha pagado la tarifa a*

Medicare u otro programa estatal de Medicaid. El comprobante de pago es un recibo o notificación formal de Medicare u otro programa estatal de Medicaid que indica específicamente el pago de la cuota de solicitud.

Documentos requeridos:

La siguiente es una lista de los documentos de inscripción requeridos para el tipo de proveedor y la especialidad que se enumeran al principio de este documento. Una copia de cada documento que se enumera a continuación debe presentarse con su solicitud en línea en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés). Las excepciones a los documentos requeridos se indican según corresponda.

- Documentación que muestre el número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) (W-9 firmado)
- Licencia profesional vigente que indique el número de licencia, la fecha de emisión y la fecha de expiración
- Seguro vigente de impericia / responsabilidad

Nota: Si usted tiene un seguro de impericia o responsabilidad, por favor proporcione una copia.

No es necesario que envíe esta lista de verificación con sus documentos de inscripción / revalidación.

Si tiene preguntas con respecto a su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés), por favor envíe su consulta por correo electrónico a prmp-pep@salud.pr.gov.