

Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)

Puerto Rico Medicaid Program (PRMP)



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

La información proporcionada pretende ser un resumen general. Esta presentación no representa una guía oficial. La información presentada es correcta a partir de esta fecha.



Política de Inscripción (PRV-0013)

- PRMP requiere que los proveedores que deseen participar en el Programa Medicaid de Puerto Rico, incluyendo aquellos que ordenen, refieran o prescriban servicios, sometan una solicitud de inscripción electrónica a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) para **todos los lugares de servicio** en los que se prestan servicios a los miembros inscritos en Medicaid.
- De acuerdo con las regulaciones federales, PRMP examinará cada solicitud basándose en el nivel de riesgo del proveedor para su tipo de proveedor, como se indica en la regulación federal 42 CFR 455.450.



Política de Inscripción (PRV-0013)

- Además, PRMP revisará el Certificado Negativo de Antecedentes Penales para los proveedores que residen en Puerto Rico, en cumplimiento con la Ley de Puerto Rico N° 224 del 17 de diciembre de 2015.
- Los proveedores deben completar las preguntas de divulgación como parte de su solicitud, tal como se define en la Regulación Federal 42 CFR 455 Subparte B.
- Una vez que un proveedor esté inscrito, PRMP también llevará a cabo evaluaciones mensuales de acuerdo con 42 CFR 455.436. Los proveedores deben pagar una cuota de solicitud, basada en su tipo de proveedor, antes de ser aprobados en PRMP.



Proceso de Inscripción del Proveedor



Tipos de Inscripción



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Tipo de inscripción:

Individual o Propietario Único

Individuo Dentro de Grupo

Grupo o Clínica

Facilidad

Proveedores que Ordena, Receta y Refiere (OPR)



Individual o Propietario Único

- Proveedor individual que prestan y facturan sus servicios (Billing and Rendering Provider).



Individuo Dentro de Grupo

- Proveedor individual que presta servicios pero uno o más grupo o clínica factura por sus servicios (Rendering Provider only).
 - El grupo ya debe estar inscrito.
 - Una o más entidades de grupo afiliadas proporcionan toda la facturación de los servicios del proveedor individual.



Grupo o Clínica

- Grupo, clínica o corporación factura por los servicios de los individuos dentro de un grupo (Billing Provider).
 - Consiste en dos o más profesionales de la salud que practican su profesión en una ubicación de servicio.



Facilidad

- Aplica a facilidades que proveen servicios médicos y envían reclamaciones/encuentros a Medicaid.
 - Ejemplos: Hospitales, Farmacias, Laboratorios, etc.



Proveedores que Ordena, Receta y Refiere (OPR)

- Aplica a médicos u otros proveedores elegibles que se inscriben en el programa de Medicaid para poder ordenar, prescribir, referir o atender servicios para beneficiarios de Medicaid, aunque no envíen reclamos a Medicaid.



Información requerida en la inscripción



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Requisitos:

- **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 ubicación del servicio, la dirección postal y direcciones para efectuar pagos.
- **Información de capacidad**, incluyendo el número máximo de miembros.
- **Información de clasificación de impuestos**, incluyendo el tipo de organización (por ejemplo, sin fines de lucro, con fines de lucro).



Requisitos:

- **Información de licencia**, incluyendo el número de licencia, el estado de emisión y las fechas de vigencia y expiración; y la 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 de certificación** (si corresponde), incluyendo la especialidad, el tipo de certificado y las fechas de vigencia y expiración.
- **Información de la Administración de Control de Drogas** (DEA, por sus siglas en inglés) incluyendo el número de la DEA, y las fechas de vigencia y finalización.
- **Información del seguro de impericia**, como el tipo de seguro, el nombre de la aseguradora, la cantidad cubierta, el número de póliza, y las fechas de vigencia y expiración.



Requisitos:

- **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 (más info...).
- **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 (más info...).
- **Información sobre propiedad y participación en el negocio** en la entidad solicitante (individual o corporación) (más info...).
- **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, etc. (más info...)



Requisitos:

- **Afiliaciones hospitalarias**, incluyendo el nombre del hospital, el estado de los privilegios, y las fechas de vigencia y expiración.
- **Información del seguro de impericia**, como el tipo de seguro, el nombre de la aseguradora, la cantidad cubierta, el número de póliza, y las fechas de vigencia y expiración.
- **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).
- **Cuota de solicitud** se requerirá si aún no ha pagado la tarifa a Medicare u otro programa estatal de Medicaid (42 CFR §455.460).



Anejos:

- Documentación que muestre el número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en ingles) (W-9)
- Licencia profesional, indicando el número de licencia y la fecha de emisión
- Certificación de la Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en ingles)
- Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico *Nota: Si es un proveedor de otro estado y no tiene un Certificado de Antecedentes Penales, por favor presente una declaración indicando que este requisito no le aplica.*
- Seguro de impericia / responsabilidad civil



Portal de Inscripción de Proveedores



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

¿Cómo acceder al PEP?

(<https://medicaid.pr.gov/>)

The image shows a screenshot of the Medicaid website. At the top, there is a navigation bar with the following links: Inicio, PEP (with a dropdown arrow), Elegibilidad (with a dropdown arrow), Programa Medicaid (with a dropdown arrow), Preguntas Frecuentes, Contacto, and Language (with a dropdown arrow). Below the navigation bar, a dropdown menu is open under the 'PEP' link, listing the following options: Información General, Itinerario de Fases de Inscripción, Comunicaciones, Políticas, Formularios, Guías, Listas de Verificación, and FAQs. To the right of the dropdown menu, there is a main content area with a grid of four cards. The first card is dark blue with a white document icon and the text 'Solicita MEDICAID'. The second card is light green with a dark green warning triangle icon and the text 'COVID19'. The third card is light green with a dark green magnifying glass icon and the text 'Oficinas'. The fourth card is light green with a dark green dollar sign icon and the text 'Copago'. On the left side of the screenshot, there is a large, partially visible heading 'ueda cació' and some text below it: 'tal del', 'correo postal.', 'oficina local de', and 'lizar la entrevista'.





LMS

Sistema de Adiestramientos

Acceso



PEP

Portal de Inscripción de Proveedores

Acceso



PSC

Correspondencia Segura para Proveedores

Acceso



Programa Medicaid de Puerto Rico

Portal de Inscripción de Proveedores

jue. abr. 13, 3:07 p. m.

Español ▾

Contáctenos [➔ Iniciar Sesión](#)



MENÚ

Inicio

Para Uso Interno Solamente

PRMP

Para iniciar una **NUEVA** solicitud, presione [Aquí](#). 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.

Para **REANUDAR/REVALIDAR** una solicitud, presione [Aquí](#).

Para verificar el **ESTATUS** de una solicitud enviada, presione [Aquí](#).

Si ya está inscrito como proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) y desea acceder a la página Web de Comunicación Segura para Proveedores (**PSC**), presione [Aquí](#).

[Presione Aquí para obtener Instrucciones Adicionales en la página Web de PRMP.](#)

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 ("Junk Mail") 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.

[Inicio \(hppcloud.com\)](http://hppcloud.com)



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Import favorites | Bullhorn Time & Ex... | NPI Information | Called Log | Final Review

La inscripción se guardará automáticamente cada vez que haga clic en "Continuar".

Para REANUDAR/REVALIDAR una inscripción, haga clic [Aquí](#).

Los miembros del grupo (individuos dentro de un grupo) solo necesitan estar inscritos una vez y puede asegurarse de conservar copias de cualquier documentación de respaldo para sus registros.

Se le notificará por correo electrónico si su solicitud de inscripción no pudo ser procesada porque está incompleta.

Para obtener una lista de credenciales y documentos necesarios para completar su solicitud de inscripción, haga clic [aquí](#).

Recursos Adicionales:

Para preguntas Frecuentes de Inscripción General (FAQs) haga clic [Aquí](#).

Para obtener orientación adicional, revise las Guías de Referencia de PEP y los cursos de Adiestramiento.

Para preguntas relacionadas con su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con el personal del estándar del Atlántico, de lunes a viernes. Usted también puede enviar su pregunta por correo electrónico.

Lista de verificación previa de inscripción

Seleccione los siguientes parámetros para generar una lista de verificación con las credenciales y los documentos necesarios para completar la solicitud de inscripción. Los requisitos pueden variar dependiendo de cualquier otro criterio que pueda ingresar durante la solicitud de inscripción. Todas las credenciales mencionadas aquí que se proporcionan en la aplicación deben estar actualizadas. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que su solicitud sea devuelta.

* **Tipo de inscripción**

* **Especialidad**

* **Tipo de Proveedor**

* **Tipo de Tax ID** EIN SSN

¿Está Ud inscrito en Medicare? Sí No

1 of 1

011-Práctica General EIN SSN

¿Está Ud inscrito en Medicare?
 Sí No

Resultados

A continuación encontrará las credenciales y los documentos necesarios para completar la solicitud de inscripción. Los requisitos pueden variar dependiendo de cualquier otro criterio que pueda ingresar durante la solicitud de inscripción. Todas las credenciales mencionadas aquí que se proporcionan en la aplicación deben estar actualizadas. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que su solicitud sea devuelta.

- **Licencia** se requieren detalles.
- **Idiomas** se requieren detalles.
- **Información de Negligencia Profesional** se requieren detalles.

Adjuntos requeridos:

- **Licencia** se requieren detalles.
- **Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil** se requieren detalles.
- **Certificado Negativo de Antecedentes Penales** se requieren detalles.
- **Formulario Federal W-9** se requieren detalles.

LIMPIAR

GENERAR PRE-LISTA DE VERIFICACIÓN



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Portal de Comunicación Segura (PSC)



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Registro

Registrarse

Provider

Delegate

Ingrese al menos dos campos, tal como el Identificador Nacional de Proveedor (NPI) y el Número de Rastreo de Aplicaciones (ATN) o el Número de Seguro Social Individual o Patronal (Tax ID/SSN) y el ATN para completar su registro.

Crear una cuenta nueva.

ATN

NPI

Tax ID

Correo electrónico

Confirmar Correo electrónico

Contraseña

Confirmar contraseña

El host local no está en la lista de dominios admitidos para esta clave del sitio web.



CAPTCHA
Privacidad - Términos

Registrarse

- ATN y NPI y/o Tax ID
- ATN por cada ubicación de servicio

GOVERNMENT OF PUERTO RICO



Department of Health
Medicaid Program

Carta de Bienvenida



The screenshot shows a web application interface for PRMP|PSC. The top navigation bar includes links for Inicio, Mensajes, Direcciones, Documentos, and Delegados. On the right side of the navigation bar, the email address 'example@abc.com' is displayed and highlighted with a red rectangular box. Next to it are links for 'Cerrar sesión' and 'English'. The main content area features a large heading 'Bienvenidos' followed by a paragraph explaining the secure messaging system. Below this, there is a link to download instructions. A light blue callout box at the bottom provides instructions on how to add a new ATN by clicking the email address in the top right corner.

PRMP|PSC Inicio Mensajes Direcciones Documentos Delegados example@abc.com Cerrar sesión English

Bienvenidos

El sitio web de Correspondencia Segura para Proveedores (PSC) permite visualizar de forma segura mensajes encriptados.

Las instrucciones sobre cómo utilizar el PSC están en el Sistema de Adiestramientos del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP-LMS).

Puede descargarlas [aquí](#).

Para agregar un número de rastreo de aplicaciones (ATN) adicional a su registro en la herramienta de Correspondencia Segura para Proveedores (PSC), presione su dirección de correo electrónico en la esquina superior derecha y, a continuación, seleccione su lugar de servicio para agregar o asociar un nuevo ATN.



Añadir Nueva Inscripción

Administrar cuenta

Cambiar la configuración de su cuenta

[Perfil](#) [Contraseña](#)

[Lugar de Servicio](#)

Lugares de Servicio

ATN

NPI

Tax ID

[Guardar](#)

Lugar de Servicio

NIEVES DIAZ HENRY X [Eliminar](#)

© 2017 - PSCWebApp



Proyectos de la Unidad de Proveedores

- **Proyecto de validación de ubicación de servicio facultad medica de Hospitales:**
 - Se contacto personal clave en los hospitales inscritos en el PRMP para realizar un análisis de que su facultad medica este inscrita en la ubicación de servicio del hospital.



Proyectos de la Unidad de Proveedores

- **Extensión del contrato de proveedor de PRMP: “Notification for Provider Agreement”**
 - Los proveedores que se inscribieron antes del 31/12/2022, tendrán su fecha de finalización del acuerdo extendida a un período de 4 años para no médicos y un período de 5 años para médicos.
 - Las revalidaciones posteriores serán cada 3 años para los no médicos y se mantendrán en 5 años para los médicos.
 - Primera Notificación: 16 de marzo del 2023
 - Segunda Notificación: 16 de abril del 2023
 - Tercera Notificación: 16 de mayo del 2023
 - Para aceptar el acuerdo debe entrar con su cuenta registrada al Portal de Comunicación Segura (PSC) y aceptar la extensión de contrato de proveedores.



Proyectos de la Unidad de Proveedores

- **Recolección de pagos por inscripción diferidos por la exención por Emergencia de Salud Publica (PHE)**
 - Debido al fin de la Emergencia de Salud Pública del COVID, la exención del pago de cuota de inscripción ha finalizado.
 - Si está inscrito en Medicare, los criterios indicados a continuación deben coincidir con su inscripción en Medicare y PRMP para que se valide el pago a Medicare con PRMP:
 - Nombre,
 - Seguro Social y/o Numero de Identificador Patronal (EIN)
 - Ubicación de Servicio
 - Dueños con 5% o más (Owners)
 - Empleado Administrador (Managing Employees)
 - Debe pagar la cuota de la inscripción antes del 30 de septiembre de 2023 para continuar con su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico.
 - Primera Notificación: 3 de abril del 2023
 - Segunda Notificación: 25 de abril del 2023



Proyectos de la Unidad de Proveedores

- **Verificación de Antecedentes y toma de huellas dactilares diferidos por la exención de PHE**
 - Debido a la conclusión de la emergencia de salud pública COVID, la exención de la huella dactilar y los antecedentes penales ha terminado.
 - Agencia de salud en el hogar (65)
 - Suplidor de equipos médicos duraderos (DME) (90)
 - Suplidor de prótesis y ortesis (A4)
 - Suplidor de Implante (A5)
 - Esto requiere la presentación de huellas dactilares y verificaciones de antecedentes penales para todos los propietarios del 5% o más de una corporación y la administración de empleados / agentes.
 - Este proceso se lleva a cabo a través del Programa de Verificación de Antecedentes (PRBCP) del Departamento de Salud de Puerto Rico.
 - Primera Notificación: 3 de abril del 2023
 - Segunda Notificación: 3 de mayo del 2023



Preguntas

Centro de Contacto de PRMP:
(787) 641-4200

Correo Electrónico:
prmp-pep@salud.pr.gov



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program