



### Programa Medicaid de Puerto Rico

#### Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

Los proveedores son responsables de garantizar que su información de inscripción se mantenga actualizada. Los proveedores están requeridos a notificar al Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés) dentro de 30 días de cualquier cambio en la información de inscripción. El incumplimiento con el requisito de informar cambios en la información de inscripción de Medicaid del proveedor podría resultar en la terminación de la solicitud del proveedor.

Algunos cambios se pueden solicitar con este formulario, a través del Portal de Correspondencia Segura para Proveedores (PSC, por sus siglas por inglés) y otros requieren una nueva solicitud de inscripción.

#### **Cambios a través del Formulario de Solicitud de Cambio (no se requiere nueva solicitud)**

Los siguientes cambios requieren notificación a la Unidad de Inscripción y de Mantenimiento de Proveedores (PEMU, por sus siglas en inglés) en el *Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor* con la firma del proveedor o administrador:

- Cambio de nombre
- Cambios en la dirección postal y para efectuar pagos
- Cambios en la dirección de ubicación de servicio – Los cambios se limitan solamente a correcciones, como errores ortográficos o de código postal. Esto no incluye ubicaciones de servicio nuevas o diferentes. Las nuevas ubicaciones de servicio requieren una nueva inscripción
- Horario de operaciones
- Actualizaciones de licencias y certificados: ej. Enmiendas de Mejoras de Laboratorios
- Clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés), Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) y Sustancias Controladas
- Cambios / Adiciones de Especialidad de Proveedor / Taxonomía
- Cambios en la asociación de práctica grupal/individuo dentro de grupo; esto incluye inclusiones y terminaciones. Los proveedores deben incluir la siguiente información:
  - Identificador Nacional de Proveedor (NPI) del proveedor individual dentro de un grupo y del grupo
  - Identificación de Medicaid del individuo dentro de un grupo y del grupo
  - Fecha de efectividad/expiración
- Género
- Fecha de nacimiento
- Idioma
- Fianza de garantía de Medicaid (incluya una copia)
- Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o Identificación de Contribuyente (solo si se ha determinado un error tipográfico). El formulario W-9 debe reflejar la identificación contribuyente correcta



## Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

---

- Empleado Administrador – Cambios de gerente general, gerente de negocios, administrador, director u otro individuo que ejerza control operacional o de gestión sobre una institución, o que directa o indirectamente lleve a cabo las operaciones cotidianas de la misma organización o agencia (Para cambiar el Empleado Administrador, complete el Apéndice A: Formulario de Empleado Administrador)
- Cambios de propiedad (CHOW, por sus siglas en inglés) que resulten en un interés de propiedad menor al 100% de interés de propiedad; para presentar un cambio en la propiedad con un interés de propiedad menor al 100%, complete el Formulario de Cambio de Propiedad
- Terminaciones de inscripción

### **Cambios que requieren una nueva inscripción**

Los siguientes cambios requieren una nueva solicitud de inscripción completada a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés) de PRMP:

- Nueva ubicación de servicio
- Inscripción como un tipo de proveedor diferente - Los proveedores deben presentar una Solicitud de Inscripción de Proveedor por separado para cada tipo de proveedor
- Cambios de 100% de propiedad / Identificación de contribuyente - Cuando hay un cambio de 100% de propiedad o un cambio en la Identificación de contribuyente, se debe completar una nueva inscripción; si solo hay un error tipográfico en el número de identificación de contribuyente o el SSN, la corrección se puede hacer en el registro existente del proveedor activo, siempre y cuando el proveedor envíe la solicitud por escrito e incluya un formulario W-9 correcto
- Ejemplos de cambio en la propiedad incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:
  - Un propietario único transfiere el título y la propiedad a otra parte
  - Se consolidan dos o más clínicas o centros corporativos, y se crea una nueva entidad corporativa
  - Una entidad incorporada se fusiona con otra entidad incorporada
  - Se incorpora una entidad no incorporada (empresa de propietario único o sociedad)
  - Cambio al nombre y número de identificación de contribuyente asociados con la solicitud de inscripción enviada por el proveedor (por ejemplo, número de identificación del empleador)



### Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

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

**2. Cambio y / o corrección del nombre del Proveedor**

<b>Nombre Individual – Favor de proveer una copia de un documento legal para el cambio de nombre (ej., certificado de matrimonio, decreto de divorcio de disolución)</b>	
Nombre actual	
Cambiar a	
<b>Nombre Comercial – Favor de proveer un formulario W9 actualizado</b>	
Nombre actual	
Cambiar a	
<b>Haciendo Negocios Como (DBA, por sus siglas en inglés) – Favor de proveer un formulario W9 actualizado</b>	
Nombre actual	
Cambiar a	
<b>Motivo del cambio de nombre</b>	

**3. Cambios de dirección postal y para efectuar pagos.** Complete los encasillados para la dirección que necesita ser cambiada.

Dirección Postal	<input type="checkbox"/> CAMBIO		
Dirección Postal Línea 1 (Número y nombre de la calle, o apartado de correos)	Dirección Postal Línea 2 (Suite, Habitación, etc.)		
Ciudad	Estado	Código Postal +4	
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		



Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

<b>Dirección para Efectuar Pagos</b>		<input type="checkbox"/> CAMBIO	
<b>Dirección para efectuar pagos Línea 1</b> ( <i>Número y nombre de la calle, o apartado de correos</i> )		<b>Dirección para efectuar pagos Línea 2</b> ( <i>Suite, Habitación, etc.</i> )	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal +4</b>	
<b>Número de teléfono</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>		

4. Cambios en la dirección de ubicación de servicio

**Corrección de direcciones de ubicación de servicio** - Los cambios se limitan solamente a correcciones, como errores ortográficos o de código postal. Esto no incluye ubicaciones de servicio nuevas o diferentes. Las nuevas ubicaciones de servicio requieren una nueva inscripción. Las direcciones de apartado de correos no se consideran una dirección de ubicación de servicio válida. Los proveedores con el tipo de inscripción Individuo dentro de un Grupo (IG) no tienen una ubicación de servicio física en su registro. Las ubicaciones de servicio de los IG's se identifican a base de la asociación a los grupos.

<b>Dirección de ubicación de servicio Línea 1</b> ( <i>Número y nombre de la calle, o apartado de correos</i> )		<b>Dirección de ubicación de servicio Línea 2</b> ( <i>Suite, Habitación, etc.</i> )	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal +4</b>	
<b>Número de teléfono</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>		
<b>Motivo del cambio en la dirección de ubicación del servicio</b>			

5. Horario de operaciones

Horario de operaciones		
Día de la semana	Desde*	Hasta*
Diario		
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		



Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

Horario de operaciones		
Día de la semana	Desde*	Hasta*
Viernes		
Entre Semana		
Sábado		
Domingo		
Fin de Semana		

\*Si es 24 horas, indique "24 horas"

6. **Actualizaciones a los certificados de Información de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA, por sus siglas en inglés), Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) y Sustancias Controladas.**

Favor de incluir una copia del certificado.

<b>Número CLIA</b>		<b>Tipo de CLIA</b>	
<b>Fecha de efectividad de CLIA</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			
<b>Fecha de expiración de CLIA</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			
<b>Número DEA</b>			
<b>Fecha de efectividad de DEA</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			
<b>Fecha de expiración de DEA</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			
<b>Número Sustancias Controladas</b>		<input type="checkbox"/> <b>Dispensar</b>	<input type="checkbox"/> <b>Prescribir</b>
<b>Fecha de efectividad de Sustancias Controladas</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			
<b>Fecha de expiración de Sustancias Controladas</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			

7. **Cambios/Adiciones de Especialidad de Proveedor /Taxonomía** - Refiérase al listado de Tipo de Proveedor, Especialidades y Taxonomía disponible en el sitio web de PEP Medicaid.

Favor incluya una copia de su licencia y/o certificado.



Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

Marque Uno		Tipo de actualización			Fecha de efectividad	Fecha de expiración
Especialidad del proveedor (Código)		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Fecha de Expiración	<input type="checkbox"/> Primaria		
Taxonomía (Código)		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Fecha de Expiración	<input type="checkbox"/> Primaria		

8. **Asociación de Individuos dentro de un Grupo (IG) a Práctica Grupal** – Esta sección debe ser utilizada para los IGs que necesitan asociarse a un grupo. Si es necesario incluir mas de 7 asociaciones por favor utilice, en vez de este formulario, el documento de Excel titulado Solicitud de Múltiples Asociaciones, localizado en el sitio web de PEP Medicaid. Los proveedores deben incluir la siguiente información:

- a. Identificador nacional de proveedor (NPI) del proveedor grupal
- b. Identificación de Medicaid del proveedor grupal
- c. Tipo de actualización:
  - i. Añadir - añadir una nueva asociación
  - ii. Cambiar - Cambiar un intervalo de fechas de una asociación existente
  - iii. Fecha de expiración - Cancelar / remover una asociación existente
- d. Fecha de efectividad - Fecha de efectividad al grupo de proveedores en formato DD/MM/AAAA
- e. Fecha de expiración - Fecha de expiración al grupo de proveedores en formato DD/MM/AAAA

Grupo NPI	Identificación de Medicaid	Tipo de actualización			Fecha de efectividad	Fecha de expiración
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		



Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

Grupo NPI	Identificación de Medicaid	Tipo de actualización			Fecha de efectividad	Fecha de expiración
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		

9. **Asociación de Práctica Grupal a Individuo dentro de un Grupo (IG)** - Esta sección se usará para grupos que necesitan asociar IGs a sí mismos. Si es necesario incluir mas de 7 asociaciones por favor utilice, en vez de este formulario, el documento de Excel titulado Solicitud de Múltiples Asociaciones, localizado en el sitio web de PEP Medicaid. Los proveedores deben incluir la siguiente información:

- a. Identificador Nacional de Proveedor (NPI) del proveedor individual
- b. Identificación de Medicaid del Individuo dentro de un Grupo (IG)
- c. Tipo de actualización:
  - i. Añadir - añadir una nueva asociación
  - ii. Cambiar - Cambiar un intervalo de fechas de una asociación existente
  - iii. Fecha de expiración - Cancelar / remover una asociación existente
- d. Fecha de efectividad - Fecha de efectividad al grupo de proveedores en formato DD/MM/AAAA
- e. Fecha de expiración - Fecha de expiración al grupo de proveedores en formato DD/MM/AAAA

NPI del Individuo dentro de un Grupo (IG)	Identificación de Medicaid del Individuo dentro de un Grupo (IG)	Tipo de actualización			Fecha de efectividad	Fecha de expiración
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		



Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Proveedor

NPI del Individuo dentro de un Grupo (IG)	Identificación de Medicaid del Individuo dentro de un Grupo (IG)	Tipo de actualización			Fecha de efectividad	Fecha de expiración
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		
		<input type="checkbox"/> Añadir	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Fecha de expiración		

10. Información Adicional

<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
<b>Fecha de nacimiento</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>		
<b>Idioma</b>		

11. Fianza de garantía de Medicaid - El proveedor debe incluir una copia de la fianza de garantía de Medicaid

<b>Número de fianza de Medicaid</b>	
<b>Monto de fianza de Medicaid</b>	
<b>Fecha de efectividad</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>	
<b>Fecha de expiración</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>	

12. Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o Identificación de Contribuyente (solo si se ha determinado un error tipográfico) - Incluya un formulario W-9 firmado que refleje el número de seguro social o la identificación de contribuyente correcta.

<b>SSN incorrecto</b>		<b>SSN correcto</b>	
<b>Identificación de contribuyente incorrecta</b>		<b>Identificación de contribuyente correcta</b>	
<b>Motivo del cambio de SSN/identificación fiscal</b>			

13. **Empleado Administrador** - Cambios de gerente general, gerente de negocios, administrador, director u otro individuo que ejerza control operacional o de gestión sobre una institución, o que directa o indirectamente lleve a cabo las operaciones cotidianas de la misma institución, organización o agencia. **Para cambiar el Empleado Administrador, complete el Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador.**





**14. Cambios de Propiedad (menor de 100%)** - Cambios de propiedad que resulten en un interés de menor al 100%, pero mayor al 5% no requieren una nueva inscripción y pueden ser presentados al completar el Formulario de Cambio de Propiedad.

**15. Terminación de Inscripción** – Para terminar su inscripción, los proveedores deben notificar a Medicaid por escrito 30 días antes de la fecha de efectividad de su inscripción. Para cambios de propiedad de 100% que requieran una nueva inscripción, incluya la documentación de respaldo, como la factura de venta en la que se produjo el cambio. El nuevo propietario debe someter una nueva solicitud de inscripción.

<b>Nombre del proveedor</b>			
<b>Identificación de Medicaid</b>			
<b>NPI</b>			
<b>Tipo de Terminación</b>	<b>Marque todo lo que aplique</b>		
	<input type="checkbox"/> CIERRE DE NEGOCIO	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE TITULARIDAD	<input type="checkbox"/> TERMINACIÓN VOLUNTARIA
<b>Explicación detallada de la terminación</b>			
<b>Fecha de efectividad</b> <i>(Utilice el formato de fecha DD/MM/AAAA)</i>			



### 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).*