



# Gobierno de Puerto Rico

---

Departamento de Salud  
Programa de Medicaid

## **Programa de Medicaid de Puerto Rico**

### **Formulario para solicitar cambios a información de proveedores**

Los proveedores son responsables de garantizar que su información de inscripción se mantenga actualizada. Los proveedores deben notificar al Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP) dentro de los 30 días de cualquier cambio en la información de inscripción. El incumplimiento de los requisitos para informar cambios en la información de inscripción de Medicaid del proveedor podría resultar en la terminación del acuerdo del proveedor. Este requisito no se aplica a los registros de proveedores que están terminados o en el proceso de revalidación.

Es posible que los cambios posteriores a la inscripción solo necesiten notificación a la Unidad de Inscripción de Proveedores, mientras otros pueden necesitar una nueva solicitud de inscripción. Ambos se explican a continuación.

#### **Cambios permitidos sin una nueva solicitud**

Los siguientes cambios requieren notificación a la Unidad de Inscripción de Proveedores en el Formulario de solicitud de cambio de información del proveedor con la firma del proveedor o de un empleado administrador:

- Cambio de nombre
- Cambios en la dirección de postal y para efectuar pagos
- Cambios a la información sobre la ubicación de servicio se limita al nombre, sufijo, número de teléfono, dirección de correo electrónico, horario de operaciones, accesibilidad, cumplimiento del Americans with Disabilities Act (ADA) o arreglos fuera del horario de operaciones
- Correcciones de dirección de ubicación de servicio (solo para correcciones menores, como errores de ortografía; esto no incluye ubicaciones de servicio nuevas o diferentes)
- Actualizaciones a los certificados de Información de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA, por sus siglas en inglés) y de la Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés)
- Adiciones / cambios de especialidad del proveedor: las adiciones y cambios de especialidad para los tipos de proveedores de médico y dentista deben presentarse con el certificado de especialidad (los proveedores de ambulancias requieren una licencia



específica para la especialidad que están agregando; otros tipos de proveedores no requieren documentación para agregar o cambiar una especialidad)

- Cambios en las asociaciones de práctica individual / grupal: los proveedores deben incluir la siguiente información:
  - Identificador de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) del proveedor individual
  - Identificación de Medicaid del proveedor grupal
  - Fecha de efectividad
- Género
- Fecha de nacimiento
- Idioma
- Número de Medicare
- Fianza (con una copia de la fianza)
- NPI: esto solo se permite cuando se ha determinado que un NPI es objeto de fraude y al proveedor se le ha emitido un NPI de reemplazo o si se ingresó incorrectamente
- Número de seguro social o identificación de contribuyente (solo si se ha determinado un error tipográfico): el W-9 debe reflejar la identificación de contribuyente correcta

### **Cambios que requieren una nueva solicitud**

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 localización 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 propiedad / identificación de contribuyente – Cuando un proveedor declara que hay un cambio de propiedad o un cambio en la identificación de contribuyente, se debe completar una nueva solicitud; si simplemente hay un error tipográfico en el número de identificación de contribuyente o el Número de seguro social, la corrección se puede hacer al registro del proveedor activo existente siempre que el proveedor envíe la solicitud por escrito e incluya un W-9 correcto. Ejemplos de cambio en la propiedad incluyen, entre otros, 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)



Se requiere un formulario para cada NPI individual.

1. Información básica del proveedor

| Nombre de Proveedor | #NPI del Proveedor |
|---------------------|--------------------|
|                     |                    |

2. Cambio de nombre

| Tipo de nombre                                   | Nombre original | Cambiar a |
|--|-----------------|-----------|
| Nombre de proveedor                              |                 |           |
| Nombre comercial (DBA, por sus siglas en ingles) |                 |           |
| <b>Razón para cambio de nombre</b>               |                 |           |
|  |                 |           |

3. Cambios a la dirección postal y para efectuar pagos

|   |                                 |   |
|---|---------------------------------|---|
| <b>MARQUE UNO</b>   |                                 |   |
| Dirección Postal  | <input type="checkbox"/> CAMBIO |   |
| Dirección para efectuar pagos   | <input type="checkbox"/> CAMBIO |   |
| Fecha de efectividad <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>             |                                 |   |
| Dirección Postal Línea 1 <i>(Nombre de Calle y Número)</i>              |                                 | Dirección Postal Línea 2 <i>(Suite, Salón, etc.)</i>              |
|   |                                 |   |
| Ciudad  | Estado                          | Zip Code+4  |
|   |                                 |   |
| Número de Teléfono  | Dirección de Correo Electrónico |   |
|   |                                 |   |
| Dirección para efectuar pagos Línea 1 <i>(Nombre de Calle y Número)</i> |                                 | Dirección para efectuar pagos Línea 2 <i>(Suite, Salón, etc.)</i> |
|   |                                 |   |
| Ciudad  | Estado                          | Zip Code+4  |
|   |                                 |   |
| Número de Teléfono  | Dirección de Correo Electrónico |   |
|   |                                 |   |



4. Cambios a la información sobre la ubicación de servicio se limita al nombre, sufijo, número de teléfono, dirección de correo electrónico, horario de operaciones, accesibilidad, cumplimiento del Americans with Disabilities Act (ADA) o arreglos fuera del horario de operaciones

|   |                         |  |                             |
|---|-------------------------|--|-----------------------------|
| <b>Nombre</b>   |                         |  |                             |
|   |                         |  |                             |
| <b>Corrección de la dirección de la ubicación de servicio</b> (esto es solo para correcciones menores, como errores de ortografía. No incluye ubicaciones de servicio nuevas o diferentes). |                         |  |                             |
| <b>Dirección de ubicación de servicio actual</b>  |                         | <b>Dirección de ubicación de servicio correcta</b> |                             |
|   |                         |  |                             |
| <b>Número de Teléfono</b>   |                         | <b>Dirección de Correo Electrónico</b>             |                             |
|   |                         |  |                             |
| <b>Horario de Operaciones</b>   |                         |  |                             |
| <b>Día de la semana</b>   | <b>Hora de Apertura</b> | <b>Hora de Cierre</b>                              | <b>Cerrado</b>              |
| Lunes   |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| Martes  |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| Miércoles   |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| Jueves  |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| Viernes   |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| Sábado  |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| Domingo   |                         |  | <input type="checkbox"/>    |
| <b>Accesibilidad</b>  |                         |  |                             |
| ¿Esta disponible el local de servicio por transporte público?   |                         | <input type="checkbox"/> Si                        | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Cumplimiento del Americans with Disabilities Act (ADA)</b>   |                         |  |                             |
| ¿Cumple con el ADA el local de servicio?  |                         | <input type="checkbox"/> Si                        | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Arreglos fuera de horario de operaciones</b>   |                         |  |                             |
| ¿Cuales son sus arreglos fuera de horario de operaciones?   |                         |  |                             |

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

|   |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| <b>Número de CLIA:</b>  |  | <b>Tipo:</b> |  |
| Fecha de efectividad – Desde <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i> |  |              |  |



|   |  |
|---|--|
| Fecha de efectividad – Hasta <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i> |  |
| <b>Número de la DEA:</b>  |  |
| Fecha de comienzo <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>            |  |
| Fecha de expiración <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>          |  |

6. Cambios o adiciones a la Especialidad y Taxonomía del Proveedor – Refiérase al listado de Tipo de Proveedor, Especialidades y Taxonomía; favor incluya copia de su licencia

| <b>MARQUE UNO</b>   | <input type="checkbox"/> AÑADIR | <input type="checkbox"/> ELIMINAR |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| Especialidad del Proveedor <i>(Código)</i>                  |                                 |                                   |
| Taxonomía   |                                 |                                   |
| Fecha de efectividad <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i> |                                 |                                   |

7. Cambios en las asociaciones de práctica grupal para individuos: los proveedores deben incluir la siguiente información:

- Identificador de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) del proveedor grupal
- Identificación de Medicaid del proveedor grupal
- Fecha de efectividad

| <b>NPI Grupal</b> | <b>Identificación de Medicaid Grupal</b> | <b>Tipo de Cambio</b>              |                                     |                                      | <b>Fecha de Efectividad</b> | <b>Fecha de Expiración</b> |
|-------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |
|                   |  | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                             |                            |



8. Cambios en las asociaciones de individuos a practicas grupales: los proveedores deben incluir la siguiente información:

- a. Identificador de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) del proveedor individual
- b. Identificación aprobada de Medicaid del proveedor individual
- c. Fecha de efectividad

| NPI Individual | Identificación de Medicaid Individual | Tipo de Cambio                     |                                     |                                      | Fecha de Efectividad | Fecha de Expiración |
|----------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------|
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |
|                |                                       | <input type="checkbox"/><br>AÑADIR | <input type="checkbox"/><br>CAMBIAR | <input type="checkbox"/><br>ELIMINAR |                      |                     |

9. Información adicional

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

10. Fianza – El proveedor debe incluir copia de la fianza

|  |  |
|--|--|
| <b>Número de Fianza de Medicaid</b>                                |  |
| <b>Fecha de efectividad</b> <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i> |  |
| <b>Fecha de expiración</b> <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>  |  |
| <b>Número de Fianza de Medicare</b>                                |  |
| <b>Fecha de efectividad</b> <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i> |  |



Fecha de expiración *(Utilice el formato MM/DD/AAAA)*

11. NPI: esto solo se permite cuando se ha determinado que un NPI es objeto de fraude y al proveedor se le ha emitido un NPI de reemplazo o si se ingresó incorrectamente

|   |  |
|---|--|
| <b>Antiguo Número NPI</b>                                   |  |
| Fecha de efectividad <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i> |  |
| Fecha de expiración <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>  |  |
| <b>Nuevo Número NPI</b>                                     |  |
| Fecha de efectividad <i>(Utilice el formato MM/DD/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): el W-9 debe reflejar 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> |  |

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.

Firma de la persona que autoriza este cambio: \_\_\_\_\_

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

Fecha (Utilice el formato MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

*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.*