



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

---

Departamento de Salud  
Programa Medicaid

27 de Enero de 2023

## **RE: Información importante para Proveedores Inscritos en el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP)**

Estimado Proveedor de Medicaid,

El propósito de esta comunicación es informar a los proveedores inscritos en el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés) sobre la actualización de la Política de Revalidación del Proveedor, así como la actualización del Acuerdo de Inscripción del Proveedor. A continuación, encontrará una descripción general de la actualización de la política y de la acción que debe tomar todo proveedor para permanecer inscrito en el PRMP.

La actualización de la política de revalidación de proveedores extiende el periodo actual de revalidación de 3 años a un término de 5 años para el tipo de proveedor Médico. Los tipos de proveedor no-médicos deberán revalidar en 4 años, con términos de revalidación posteriores de 3 años. Como resultado de la actualización de esta política, una nueva versión del Acuerdo de Inscripción del Proveedor debe ser revisada y acusar recibo de este para todas las ubicaciones de servicio inscritas para que la fecha de finalización del Acuerdo de Inscripción del Proveedor pueda extenderse con PRMP. El nuevo Acuerdo se encuentra a continuación para su revisión previa.

El 16 de marzo del 2023, recibirá una notificación en la dirección de correo electrónico de Enviar A registrada requiriendo el acuse recibo del nuevo Acuerdo de Inscripción del Proveedor para que se pueda extender la fecha de finalización del Acuerdo con Medicaid. Para información adicional sobre cómo actualizar la dirección de correo electrónico de Enviar A, visite las Preguntas Frecuentes en la página web de Medicaid incluida a continuación.

En ese momento, deberá acceder al sitio web del Portal de Correspondencia Segura (PSC, por sus siglas en inglés) en el enlace <https://psc.prmis.pr.gov/>. Será requerido iniciar sesión en PSC con la dirección de correo electrónico de Enviar A y la contraseña previamente registrada. Si no ha registrado su cuenta de PSC, debe primero registrarse utilizando los siguientes datos: Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) y el Número de Rastreo de Inscripción (ATN, por sus siglas en inglés), O, Número de Identificación Tributaria (SSN o EIN) y el ATN. Para información adicional sobre cómo obtener el número de rastreo de inscripción (ATN), visite las Preguntas Frecuentes en la página web de Medicaid incluida a continuación.

### Links Importantes

Preguntas Frecuentes: <https://medicaid.pr.gov/Home/PepFAQs/>

Política de Revalidación del Proveedor: <https://www.medicad.pr.gov/Home/PepPolíticas/>

De tener alguna pregunta acerca de esta notificación o sobre su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, favor de comunicarse con el Centro de Llamadas para Proveedores de Medicaid al (787) 641-4200 entre las 8:00 am y 5:00 pm Hora Estándar del Atlántico (AST), de lunes a viernes. También puede enviar sus preguntas por correo electrónico a [prmp-provider@salud.pr.gov](mailto:prmp-provider@salud.pr.gov).

En esta comunicación se incluye lo siguiente:

- Notificación de Aviso en inglés
- Notificación de Aviso en español
- Acuerdo de Inscripción del Proveedor en inglés
- Acuerdo de Inscripción del Proveedor en español

Dinorah Collazo Ortiz, Esq.  
Directora Ejecutiva  
Programa de Medicaid de Puerto Rico

c: Dr. Carlos Mellado, Secretario de Salud  
Edna Marin Ramos, MS, Directora Ejecutiva de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

---

Departamento de Salud  
Programa Medicaid

## Acuerdo de Inscripción del Proveedor de Medicaid al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG)

Este Acuerdo estará vigente a partir de la fecha indicada en la página de la firma de este documento entre el Departamento de Salud, Programa Medicaid de Puerto Rico (en adelante "**PRMP**", por sus siglas en inglés) y el Proveedor que firma (en adelante "**Proveedor**"), se realiza de conformidad con el Título XIX y el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, la Ley de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, y las reglas y regulaciones promulgados en virtud de la misma para proporcionar servicios de salud física y/o salud del comportamiento (en adelante llamado, "Servicio" o "Servicios") a los beneficiarios elegibles del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico ("PSG") (en adelante "**Beneficiario(s)**"). En su fecha de vigencia, este Acuerdo sustituye y reemplaza cualquier acuerdo existente entre las partes relacionadas con la prestación de Servicios a los Beneficiarios.

### 1.1 El Proveedor Acepta:

1.1. Cumplir con los estándares de práctica, los estándares profesionales y los niveles de servicio establecidos en todas las leyes, estatutos, reglas y regulaciones locales, estatales y federales aplicables, así como las políticas y procedimientos administrativos establecidos por el **PRMP** relacionados con el desempeño del **Proveedor** en virtud de este Acuerdo y para liberar de responsabilidad, indemnizar y defender a **PRMP** de todos los actos negligentes o intencionalmente perjudiciales del **Proveedor**, sus agentes y empleados.

1.2. Que los manuales del Proveedor de **PRMP** y las Guías Complementarias relacionadas con el programa y los Servicios, las revisiones del Manual del Proveedor son parte de este Acuerdo y se incorporan totalmente por referencia. El **Proveedor** acepta leerlos con prontitud. Los manuales representan las limitaciones y los requisitos del programa Medicaid que los Proveedores deben cumplir para poder recibir pago y continuar participando en el Programa Medicaid conforme al Plan Estatal de **PRMP**. Los Manuales son adicionales a los requisitos del Acuerdo del Proveedor de Medicaid y cualquier otro contrato, como los contratos de Cuidado Coordinado y los contratos con otras compañías de seguros.

1.3. Proporcionar servicios a los beneficiarios sin importar la edad, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, discapacidad o tipo de enfermedad o condición. Esto incluye proporcionar Servicios de acuerdo con los términos de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. § 794). Para proporcionar servicios de acuerdo con los términos, condiciones y requisitos de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (P.L. 101-336), 42 U.S.C. §12101, y las regulaciones adoptadas a continuación contenidas en 28 CFR §§ 36.101 a 36.999, inclusive.

1.4. Proporcionar servicios de acuerdo con los términos, condiciones y requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) según enmendada, la Ley HITECH (*Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act*), por sus siglas en inglés, y las regulaciones relacionadas en 45 CFR §§160, 162 y 164.

1.5. Obtener y mantener todas las licencias, permisos, certificaciones, registros y la autoridad necesaria para hacer negocios y proporcionar Servicios en virtud de este Acuerdo. Donde sea aplicable, el **Proveedor** cumplirá con todas las leyes con respecto a la seguridad, el seguro de desempleo y la compensación de los trabajadores. Las copias de la licencia/certificaciones aplicables deben presentarse al momento de cada renovación de licencia/certificación.

1.6. Cumplir con todos los protocolos establecidos por el **PRMP**, incluyendo, pero no limitado a, la verificación de la elegibilidad del Beneficiario, presentación de reclamos y encuentros que sean exactos, completos, y oportunos de acuerdo con la Organización de Cuidados Coordinados (“MCO” por sus siglas en inglés) correspondiente, y hacer negocios de tal manera que el Beneficiario conserve la libertad de elección del proveedor.

1.7. Salvaguardar toda la información sobre los Beneficiarios, de acuerdo con los requisitos establecidos en la Ley 42 CFR Parte 431, Subparte F y bajo la ley de Puerto Rico. Para garantizar la seguridad adecuada, el **Proveedor** acepta que no se realizará ningún procesamiento o almacenamiento de la Información de salud protegida según lo define la Ley HIPAA, ni se realizarán transacciones electrónicas con **PRMP** desde fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos.

1.8. Permitir inspecciones sin previo aviso de cualquiera y todas las ubicaciones según lo dispuesto en 42 CFR § 455.432.

1.9. Dar su consentimiento para la verificación de antecedentes penales federales y estatales, incluyendo huellas digitales, cuando sea necesario, según lo dispuesto en 42 CFR § 455.434, las Leyes de Puerto Rico

Número 94 (22 de junio de 1977), 28 (1 de julio de 1997), 129 (20 de junio de 1977) y 300 (2 de septiembre de 1999), según enmendadas por la Ley 224 (17 de diciembre de 2015).

1.10 Presentar, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la solicitud de inscripción en **PRMP**, la información completa referente a:

(a) cualquier subcontratista con el que el **Proveedor** haya tenido transacciones comerciales por un total de más de veinticinco mil dólares (\$25,000) durante el período de doce (12) meses que termina en la fecha de la solicitud; y

b) cualquier transacción comercial significativa entre el **Proveedor** y cualquiera de sus suplidores que sean dueños enteramente de su negocio, o entre el **Proveedor** y cualquier subcontratista, durante el período de cinco (5) años que termina en la fecha de la solicitud, según lo dispuesto en 42 CFR § 455.105.

1.11. Agotar todos los remedios Administrativos, incluyendo el proceso de reconsideración y apelación y el proceso de una Audiencia Imparcial establecida bajo la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme de Puerto Rico (Ley Número 48 de 22 de enero de 2018, según enmendada), antes de iniciar cualquier litigio en contra de **PRMP**.

## 2. Reembolso:

2.1. Al inscribirse en Medicaid, el **Proveedor** recibirá el pago de todos los Servicios debidamente autorizados, reclamados oportunamente y proporcionados de conformidad con las leyes federales y estatales, y las políticas y procedimientos establecidos por el **PRMP**.

2.2. El **Proveedor** es responsable de la validez y exactitud de las reclamaciones sean éstas sometidas en papel, electrónicamente o mediante un servicio de facturación.

2.3. El **Proveedor** acepta buscar otro seguro médico y recursos de pago del Beneficiario antes de presentar una reclamación de Servicios para el pago de Medicaid según lo exige 42 CFR Parte 433, Subparte D. Esto incluye, pero no se limita a Medicare, seguro privado, beneficios médicos proporcionados por los patronos y los sindicatos obreros, compensación de los trabajadores (Fondo del Seguro del Estado) y/o cualquier otro seguro de terceros.

2.4. El **Proveedor** aceptará el pago del **PRMP** a través de las Organizaciones de Cuidado Coordinado ("MCO"), las Organizaciones de Medicare Advantage ("MAO") o el Administrador de Beneficios de Farmacia ("PBM"), como pago en su totalidad en nombre del Beneficiario, y acepta no facturar, retener o

aceptar pagos por cantidades adicionales, excepto según lo dispuesto en la Sección 2.3, *supra* o según lo dispuesto por ley. El **Proveedor** deberá devolver inmediatamente al **PRMP**, a través del MCO, MAO o PBM contratado, la totalidad de cualquier reclamación en el que el **Proveedor** haya recibido el pago de otra parte después de haber sido pagado por Medicaid.

2.5. Al recibir notificación de que el **Proveedor** está descalificado a través de cualquier acción administrativa federal, estatal y/o de Medicaid, el **Proveedor** no presentará reclamaciones de pago a Medicaid por los servicios prestados en o después de la fecha de descalificación.

2.6. El **Proveedor** acepta que cualquier pago en exceso o pago indebido se puede deducir inmediatamente de los pagos futuros de Medicaid a cualquier beneficiario de pago con el Número de Identificación Patronal del **Proveedor** a discreción de **PRMP**.

2.7. Para el tipo de proveedor Médico, el término de este Acuerdo será por cinco (5) años a partir de la firma de las **Partes**. Para los tipos de proveedores no Médicos con fecha de inscripción **anterior a 12/31/2022**, el término del Acuerdo será por cuatro (4) años a partir de la fecha de efectividad del Acuerdo. Para los tipos de proveedores no Médicos con fecha de inscripción **en o posterior a 1/1/2023**, el término del Acuerdo será por tres (3) años a partir de la fecha de efectividad del Acuerdo. La continuación de este Acuerdo más allá del término actual está sujeta y depende de fondos suficientes que sean apropiados, presupuestados y puestos a disposición por la Legislatura de Puerto Rico y/o recursos federales. **PRMP** puede finalizar este Acuerdo y el **Proveedor** renunciará a todos y cada uno de los reclamos por daños, con efecto inmediato después de recibir un aviso por escrito (o según la fecha que esté especificada en el mismo) si por alguna razón los fondos de **PRMP** de Puerto Rico y/o los recursos federales no son apropiados o retirados, limitados o reducidos. Dicha continuación de este Acuerdo más allá del término actual, debe ser por escrito para tener validez.

### 3. Avisos:

Se considerará que todas las notificaciones fueron recibidas en el momento en que éstas se envíen electrónicamente. El **Proveedor** deberá notificar al **PRMP** dentro de los cinco (5) días laborables de cualquiera de los siguientes:

3.1. Cualquier acción que pueda resultar en la suspensión, revocación, condición, limitación, calificación u otra restricción material a las licencias, certificaciones, permisos o privilegios del personal de un **Proveedor** por parte de cualquier entidad bajo la cual el **Proveedor** esté autorizado a proporcionar servicios, incluyendo acusación, arresto o condena por delito grave o cualquier cargo criminal.

3.2. Información sobre cambio de dueño y control según descrita en 42 CFR Parte 455, Subparte B. Entre otra información, esto incluirá la entidad corporativa de la cual se trate, lugares de servicios, dirección postal o adición o eliminación de profesionales médicos o cualquier otra información pertinente a la recepción de fondos de Medicaid.

3.3. Cuando hay un traspaso de propietario, los términos y condiciones del Acuerdo original son asumidos por el nuevo propietario, y el nuevo propietario deberá, como condición de participación, asumir la responsabilidad, conjunta y solidaria con el propietario anterior, de todos los montos que puedan adeudarse o que se puedan adeudar al programa Medicaid, y dichos montos pueden retenerse del pago de los reclamos presentados cuando se determine. El cambio de dueño requiere divulgación completa de los términos del acuerdo de venta, una nueva solicitud de inscripción y un contrato nuevo de Proveedor de Medicaid.

#### **4. Registros:**

4.1. El **PRMP** es una entidad cubierta según lo definido por la Ley HIPAA. Consecuentemente, el **PRMP** cumple con las Regulaciones de Privacidad de HIPAA promulgadas en la Ley 45 CFR §160 y 164. De acuerdo con 45 CFR § 164.506, cuando el **PRMP** lo solicite para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, el **Proveedor** proporcionará información médica protegida sobre los beneficiarios de **PRMP** actuales o potenciales sin requerir la autorización del individuo.

4.2. El **Proveedor** deberá mantener registros médicos, financieros y administrativos adecuados según sea necesario para justificar y divulgar completamente la extensión de los Servicios prestados a los Beneficiarios en virtud de este Acuerdo por un mínimo de diez (10) años a partir de la fecha del Servicio. **PRMP**, la Unidad de Control de Fraude de Medicaid ("MFCU"), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., y cualquiera de sus empleados, agentes o representantes autorizados tendrán acceso al negocio o facilidad del **Proveedor** y a toda la información y registros relacionados de los Beneficiarios, incluyendo los registros de reclamos y/o encuentros. Es responsabilidad del **Proveedor** obtener el consentimiento de cualquier Beneficiario necesario para proporcionar la información y los registros solicitados.

4.3. La falta de presentación oportuna o la falta de retención de la documentación adecuada para los servicios facturados a Medicaid, puede resultar en la devolución de los pagos por servicios no documentados adecuadamente y puede resultar en la cancelación o suspensión de la participación del **Proveedor** como proveedor de Medicaid.

4.4. El **Proveedor** acepta proporcionar toda la información como se describe en 42 CFR Parte 455, Subparte B, en vigencia o según sea enmendada, incluida la información de propiedad o control.

4.5. Solo para Proveedores de Facilidades: El **Proveedor** acepta mantener los registros que sean necesarios para divulgarlos en su totalidad al Beneficiario, a su representante y/o al **PRMP**, la administración de los fondos fiduciarios de los Beneficiarios y, cuando sea requerido, la transferencia al Beneficiario, a su representante y/o al **PRMP** del saldo de los fondos fiduciarios del Beneficiario que posea el **Proveedor**. Al momento del alta, el **Proveedor** acepta devolverle el dinero y los objetos de valor del Beneficiario o, en caso de fallecimiento, al representante legal del Beneficiario.

## 5. Misceláneos:

5.1. **Ambas Partes** acuerdan que la Solicitud de Inscripción del **Proveedor** de Medicaid de Puerto Rico enviada y firmada por el **Proveedor** se incorpora como referencia en este Acuerdo y se hace parte del mismo como si fuera parte de este documento.

5.2. Solo para Prácticas Grupales: Cada **Proveedor** debe estar inscrito en el **PRMP** como un individuo y como asociado a la Práctica Grupal. La Práctica Grupal acepta la responsabilidad en conjunto con cualquier **Proveedor** miembro por sanciones contractuales o administrativas o remedios que incluyen pero no se limitan al reembolso, retención, recuperación, suspensión, terminación o exclusión en cualquier reclamación o pago recibido. Cualquier reclamación, declaración o documento falso, encubrimiento u omisión de cualquier hecho material puede conllevar ser encausados bajo las leyes federales o estatales aplicables.

5.3. Para todos los Proveedores: El **Proveedor** proporcionará a todos los Beneficiarios información por escrito relacionada a su derecho de tomar decisiones sobre atención médica, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y el derecho a ejecutar directrices anticipadas (poder ante abogado para decisiones y declaraciones de atención médica) según lo dispuesto en la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada.

5.4. Solo para Proveedores de Facilidades: El **Proveedor** deberá cooperar en la Cuidado Coordinado de los Beneficiarios según lo prescrito por el médico primario y todas las regulaciones federales y estatales que apliquen.

5.5. Solo para Proveedores que Ordenan, Refieren y Prescriban (ORP): Un **Proveedor** que se inscribe en el **PRMP** como Proveedor ORP no podrá facturar ni prestar servicios, pero podrá ordenar, prescribir o referir

servicios y suministros para beneficiarios del Medicaid de Puerto Rico de acuerdo con 42 CFR §455.410 (b). El Proveedor ORP acepta que las reclamaciones por artículos o servicios que se ordenan, refieren, o prescriban que no contengan un NPI para el médico que ordenó, refirió o prescribió dichos artículos o servicios, serán denegados de acuerdo con 42 CFR §455.440.

5.6. Para los Proveedores de Servicios no cubiertos por el Plan Estatal de Medicaid, pero cubiertos por el MCO: Un **Proveedor** que se inscribe en el **PRMP** para brindar servicios que están cubiertos por el MCO y no por Medicaid son Proveedores tales como Agencias de Atención Médica al Hogar y Transporte Médico que no de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés). Dicho **Proveedor** puede facturar al MCO contratado para el pago en función de su acuerdo contractual, sin embargo **PRMP** no realizará ningún pago, ya que éstos no son servicios cubiertos definidos en el Plan Estatal. El MCO contratado continuará enviando los encuentros al **PRMP** solo para fines relacionados con los datos.

5.7. Para Proveedores No Definidos como Entidades Cubiertas bajo HIPAA en 45 CFR §160: Un **Proveedor** que no está obligado a cumplir con las reglas de privacidad de HIPAA debe informar al **PRMP** por escrito y ejecutar un acuerdo de asociado comercial u otro acuerdo de confidencialidad apropiado concurrente con este Acuerdo para proteger y asegurar la privacidad de toda la Información de Salud Protegida de los Beneficiarios de acuerdo con los requisitos de HIPAA bajo 45 CFR §§160, 162 y 164.

5.8. El **PRMP** no garantiza que el **Proveedor** recibirá Beneficiarios como clientes y el **Proveedor** no obtendrá ningún derecho de propiedad o interés del Beneficiario mediante el Acuerdo.

5.9. El **PRMP** puede terminar este Acuerdo con causa en cualquier momento mediante aviso por escrito al **Proveedor** con veinte días (20) de antelación, a excepción de las causas inmediatas descritas en la Política de Terminación/Cancelación del Proveedor de **PRMP** que no requieren un aviso por escrito al **Proveedor**. El **PRMP** tendrá motivos para rescindir este Acuerdo, que incluyen, pero no se limitan a las circunstancias que se detallan a continuación, y que pueden incluir las acciones o circunstancias relacionadas con el **Proveedor** o cualquier persona o entidad con una relación de afiliación con el **Proveedor**:

5.9.1. La exclusión de la participación en Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de atención médica financiado con fondos públicos;

5.9.2. La pérdida o suspensión de una licencia o certificación profesional;

5.9.3. Incumplimiento de las disposiciones de este Acuerdo o de cualquier ley, norma o política aplicable del programa Medicaid;

5.9.4. Cualquier circunstancia que indique que la salud o seguridad de los beneficiarios está o puede estar en riesgo;

5.9.5. Las circunstancias de terminación enumeradas en 42 CFR § 455.416, según enmendada; y

5.9.6. Cualquier otra circunstancia que resulte en la inelegibilidad del **Proveedor** para participar en el programa Medicaid.

5.10. El **PRMP** también puede cancelar este Acuerdo por motivos que incluyen pero no se limitan a, los siguientes:

5.10.1. Si, en cualquier momento durante el término de este Acuerdo, el **PRMP** determina que el **Proveedor** no es elegible para participar en el programa Medicaid;

5.10.2. Si el **Proveedor** no ha presentado una reclamación y/o encuentro al programa de Medicaid durante al menos veinticuatro (24) meses;

5.10.3. Cualquier otra circunstancia que resulte en la inelegibilidad del **Proveedor** para participar en el programa de Medicaid.

El **Proveedor** recibirá una notificación por escrito de la cancelación del Acuerdo y se incluirá cualquier derecho de reconsideración o apelación a la determinación del **PRMP**.

5.11. **PRMP** puede rescindir este Acuerdo inmediatamente siempre y cuando el **PRMP** reciba una notificación de que el **Proveedor** no cumple con las credenciales profesionales o los requisitos de licencia, o los criterios de selección de inscripción descritos en 42 CFR Parte 455, Subparte E.

Las **Partes** acuerdan que todas las preguntas relacionadas con la validez, interpretación y administración de este Acuerdo se determinarán de acuerdo con las leyes de Puerto Rico, independientemente de dónde se realice el Servicio. Las **Partes** aceptan la jurisdicción exclusiva de Puerto Rico para la ejecución de este Acuerdo.

Al firmar a electrónicamente, el **Proveedor** certifica que:

- Ha aceptado los términos y condiciones de este Acuerdo de Inscripción de Proveedor.

- Entiende que al inscribirse como **Proveedor** en el Programa Medicaid de Puerto Rico es su responsabilidad notificar al Programa Medicaid de Puerto Rico cualquier cambio en la información de esta solicitud, que incluye, pero no se limita a la dirección, afiliación de grupo, cambio de dueño, número de Identificación patronal o NPI.
- Ha proporcionado información verdadera, correcta y completa en su Solicitud de Inscripción de Proveedor, y notificará a **PRMP** si alguna de la información anterior no es verdadera, correcta o completa.
- Notificará oportunamente a **PRMP** cualquier cambio en la información contenida en su Solicitud de Inscripción de Proveedor después de la Inscripción, en convenio con este Acuerdo y las leyes aplicables.
- Es una entidad cubierta que cumple con la regla de privacidad de HIPAA codificada en 42 CFR Parte 164, o ha cumplido con la sección 5.7 mencionada anteriormente.
- Pagará cualquier cargo aplicable a la solicitud, según lo dispuesto en 42 CFR § 455.460.
- Pagará los cargos aplicables requeridos para los servicios de toma de huellas digitales.

Toda la información compartida es verdadera y precisa, y el acuerdo está **firmado electrónicamente** por una persona física que es el **Proveedor** o está autorizada para actuar en nombre del **Proveedor**, bajo las sanciones y penalidades de perjurio.