



# Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud  
Programa de Medicaid

## Formulario de Autorización de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) Programa de Medicaid de Puerto Rico

**Instrucciones:** El formulario es para ser completado únicamente por proveedores de Centro de Salud Federalmente Cualificado (FQHC, por sus siglas en inglés), Organizaciones de Manejo de Cuidado (MCO), y Organizaciones de Medicare Advantage (MAO). El formulario deberá ser completado en todas sus partes, firmado y fechado por el representante autorizado de la entidad. Se requiere firma a mano o firma electrónica validada; no se permiten firmas mecanografiadas.

**FQHC:** El formulario debe enviarse a través del portal de Correspondencia Segura para Proveedores (PSC, por sus siglas en inglés) <https://psc.prmis.pr.gov/>.

**MCO/MAO:** El formulario debe enviarse a través de correo electrónico encriptado a Gainwell FinCap Help Desk [prmmis\\_edi\\_support@gainwelltechnologies.com](mailto:prmmis_edi_support@gainwelltechnologies.com).

|   |                  |                                     |                     |
|---|------------------|-------------------------------------|---------------------|
| <b>Tipo de Solicitud:</b> <input type="checkbox"/> Actualización de Información EFT <input type="checkbox"/> Añadir Nueva Información de EFT                          |                  |                                     |                     |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR / MCO / MAO</b>  |                  |                                     |                     |
| Nombre Legal del Negocio:   |                  |                                     |                     |
| ID de Medicaid / ID de Trading Partner:   | NPI (para FQHC): | Identificación Patronal:            |                     |
| Dirección Física:   |                  |                                     |                     |
| Ciudad:   | Estado:          | Zip Code:                           |                     |
| Nombre y Título de la Persona de Contacto para Facturación y Pagos:   |                  |                                     |                     |
| Número de Teléfono de Contacto:   |                  | Correo Electrónico de Contacto:     |                     |
| <b>INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA</b>   |                  |                                     |                     |
| Número ABA (Ruta y Tránsito):   |                  | Nombre de la Institución Financiera |                     |
| Dirección:  |                  |                                     | Número de Teléfono: |
| Ciudad:   | Estado:          | Zip Code:                           | Extensión:          |
| Tipo de Cuenta:<br><input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro  |                  | Número de Cuenta:                   |                     |
| <b>FIRMA AUTORIZADA</b>   |                  |                                     |                     |
| <b>FIRMA AUTORIZADA:</b> Al firmar este documento, usted autoriza que los pagos mediante EFT para el Programa Medicaid de Puerto Rico se envíen a la cuenta anterior. |                  |                                     |                     |
| Nombre:   |                  | Firma:                              |                     |
| Título:   |                  | Fecha:                              |                     |