



### **Formulario de Cambio de Propiedad**

El Programa de Medicaid de Puerto Rico (PRMP, por sus siglas en inglés) requiere que el proveedor y las entidades solicitantes notifiquen al PRMP dentro de los 35 días posteriores a cualquier cambio en la propiedad de acuerdo con CFR 455.104. Cuando el cambio está relacionado con el 100% de propiedad, se requiere una nueva solicitud y este formulario no se puede utilizar. Este formulario debe usarse solo cuando el cambio de propiedad sea menor al 100%.

Campos requeridos (\*). El formulario debe completarse en su totalidad para cada cambio de propiedad.

Se requiere un formulario para cada identificación de Medicaid.

1. **Información de Proveedor** – Esta sección es requerida.

<b>*Nombre del Proveedor</b>	<b>*NPI del Proveedor</b>	<b>*Identificación de Medicaid</b>	<b>*Identificación de contribuyente / Tax ID</b>

2. Si está informando sobre un cambio en el porcentaje de propietarios actuales, incluyendo la terminación de un propietario, complete esta sección (si está informando sobre nuevos propietarios, vaya al paso 3).

<b>*Nombre del Propietario Actual</b>	<b>*Número de Seguro Social del Propietario</b>	<b>*Fecha del Cambio de Propietario (DD/MM/AAAA)</b>	<b>* % Actual</b>	<b>* % Nuevo</b>

3. Si está informando sobre un nuevo porcentaje de propiedad entre 5-100%, complete la siguiente información: ¿Es esta entidad un individuo o una corporación?

- Individual (diríjase a 3a)
- Corporación (diríjase a 3b)



3a. Complete esta sección si marcó 'Individual' previamente:

<b>*% de Interés</b>		<b>*Apellido(s) en su Tax ID/SSN</b>	
<b>Título</b>	<b>*Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	
<b>*Primer Apellido</b>		<b>Segundo Apellido</b>	
<b>Sufijo</b>	<b>*Número de Seguro Social</b>	<b>*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)</b>	
<b>*Dirección Línea 1</b>			
<b>*Dirección Línea 2</b>			<b>*Ciudad</b>
<b>*Estado</b>	<b>*País</b>	<b>*Código Postal</b>	
<b>*Correo Electrónico</b>			
<b>*Fecha de Vigencia (DD/MM/AAAA)</b>		<b>*Fecha Final (DD/MM/AAAA)</b>	

3b. Complete esta sección si marcó 'Corporación' previamente:

<b>*% de Interés</b>		<b>*Nombre Legal en su Tax ID</b>	
<b>*Identificación de Contribuyente (EIN)</b>			
<b>* Dirección Línea 1</b>			
<b>* Dirección Línea 2</b>			<b>*Ciudad</b>
<b>*Estado</b>	<b>*País</b>	<b>*Código Postal</b>	
<b>*Correo Electrónico</b>			<b>*Fecha de Vigencia (DD/MM/AAAA)</b>

4. ¿Se ha condenado a esta entidad por un delito penal relacionado con su participación en algún programa bajo Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Salud para Niños o los servicios de Título XX desde el inicio de estos programas?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

<b>*Descripción del Delito</b>	<b>*Fecha de Convicción (DD/MM/AAAA)</b>	<b>*Jurisdicción</b>



5. ¿Ha participado esta entidad anteriormente o participa actualmente como proveedor en el Programa de Medicaid de Puerto Rico o en algún otro programa estatal de Medicaid o Medicare?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

*Programa	*Estado

6. ¿Alguna vez se le ha revocado a esta entidad sus privilegios de facturación o se le ha cancelado su participación en el programa por causa?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

*Programa	*Estado	*Fecha de Revocación (DD/MM/AAAA)

7. ¿Tiene esta entidad alguna deuda pendiente con el Programa de Medicaid de Puerto Rico, otras agencias estatales, el programa de Medicaid de otro estado o Medicare?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información y adjunte la documentación de los arreglos realizados para pagar la deuda.**

*Programa	*Estado	*Monto de la Deuda	*Fecha (DD/MM/AAAA)

8. ¿Algún miembro de la familia o del hogar tiene alguna deuda pendiente con alguna agencia o programa estatal o federal?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información y adjunte la documentación de los arreglos hechos para pagar la deuda.**

Título	* Nombre	Segundo Nombre
*Primer Apellido	Segundo Apellido	
Sufijo	*Número de Seguro Social	*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
*Programa	*Monto de la Deuda	*Fecha (DD/MM/AAAA)
* Dirección Línea 1		
Dirección Línea 2		
*Ciudad	*Estado	*País
		* Código Postal

9. ¿Ha tenido esta entidad alguna acción legal adversa relacionada con la atención médica impuesta por algún programa estatal de Medicaid o alguna otra agencia o programa federal?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**



*Programa	*Estado	*Acción impuesta	*Fecha de la Acción (DD/MM/AAAA)
		<input type="checkbox"/> Condena Penal <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Exclusión del Programa <input type="checkbox"/> Suspensión de Pago <input type="checkbox"/> Sanción Civil Monetaria <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Programa de Inhabilitación <input type="checkbox"/> Multa Penal <input type="checkbox"/> Orden de Restitución <input type="checkbox"/> Sentencia Civil Pendiente <input type="checkbox"/> Sentencia Penal Pendiente <input type="checkbox"/> Sentencia Pendiente bajo la Ley de Reclamación Falsa	

10. ¿Ha tenido esta persona alguna acción legal adversa no relacionada con la atención médica?  
 Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

*Programa	*Estado	*Acción impuesta	*Fecha de la Acción (DD/MM/AAAA)
		<input type="checkbox"/> Condena Penal <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Exclusión del Programa <input type="checkbox"/> Suspensión de Pago <input type="checkbox"/> Sanción Civil Monetaria <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Programa de Inhabilitación	

11. ¿Esta persona tiene una asociación con otro proveedor que actualmente tiene una deuda no cobrada con Medicaid, CHIP o Medicare?  Sí  No

12. ¿Esta persona tiene una asociación con otro proveedor que ha estado o está sujeto a una suspensión de pago bajo un programa federal de atención médica?  Sí  No

13. ¿Esta persona tiene una asociación con otro proveedor que ha sido o está excluido por la Oficina del Inspector General (OIG) del HHS de Medicaid, o CHIP?  Sí  No

14. ¿Esta persona tiene una asociación con otro proveedor al que se le han negado, revocado o cancelado los privilegios de facturación de Medicare, Medicaid o CHIP?  Sí  No



15. Solo para proveedores de grupo: ¿Algún miembro de su grupo tiene una relación con esta entidad?  
Si es así, por favor identifíquelos a continuación. Si no se está inscribiendo como grupo, responda No a esta pregunta.  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

<b>Título</b>		<b>*Nombre</b>		<b>Segundo Nombre</b>	
<b>*Primer Apellido</b>				<b>Segundo Apellido</b>	
<b>Sufijo</b>			<b>*Número de Seguro Social</b>		
<b>*Relación</b> <i>(seleccione uno)</i>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Ex cónyuge <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro				

16. ¿Esta entidad / individuo está relacionado(o) con alguna otra persona con interés de propiedad o control como cónyuge, padre, hijo o hermano?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione la información sobre la entidad /individuo relacionada(o) que está completando este formulario.

<b>Título</b>		<b>*Nombre</b>		<b>Segundo Nombre</b>	
<b>*Primer Apellido</b>				<b>Segundo Apellido</b>	
<b>Sufijo</b>			<b>*Número de Seguro Social</b>		
<b>*Relación</b> <i>(seleccione uno)</i>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Ex cónyuge <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Yo				



	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro
--	---

**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).*