



Gobierno de Puerto Rico

Departamento de Salud
Programa de Medicaid

Programa de Medicaid de Puerto Rico

Formulario de certificación de servicio de emergencia fuera del estado

Nombre de Proveedor		#NPI del Proveedor	
Dirección Línea 1 (Nombre de Calle y Número)		Dirección Línea 2 (Suite, Salón, etc.)	
Ciudad	Estado	Zip Code+4	
Fecha de Servicio – Desde <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>		Fecha de Servicio – Hasta <i>(Utilice el formato MM/DD/AAAA)</i>	

Con mi firma a continuación, certifico que proporcioné servicios médicos de emergencia a un miembro del Programa Medicaid de Puerto Rico durante las fechas mencionadas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Este formulario debe estar firmado por el proveedor que rindió los servicios. En el caso de una organización proveedora, un representante autorizado debe firmar.

Suba este formulario como archivo adjunto a su solicitud de inscripción a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en ingles). NO adjunte Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en ingles) a su solicitud.