



Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador

El Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador debe ser completado cuando hay un cambio de gerente general, gerente de negocios, administrador, director u otro individuo que ejerza control operacional o de gestión sobre una institución, o que directa o indirectamente lleve a cabo las operaciones cotidianas de la misma organización, o agencia. CMS requiere la identificación de oficiales y directores de una entidad proveedora organizada como una corporación, sin importar la situación con o sin fines de lucro de esta sociedad, ya sea como presidente, vicepresidente, CEO, CFO y junta de directores.

El formulario debe completarse en su totalidad para cada proveedor que se inscriba, excepto aquellos que se inscriban mediante el tipo de inscripción de Ordenar, Recetar o Referir (OPR, por sus siglas en inglés). Campos requeridos (*).

Se requiere un formulario para cada identificación de Medicaid.

1. Información de Proveedor – Esta sección es requerida.

*Nombre del Proveedor	*NPI del Proveedor	*Identificación de Medicaid

2. Proporcione la siguiente información sobre todos los Empleados Administrativos del proveedor. Favor de completar un formulario por cada Empleado Administrador.

a. ¿Cuál es la relación de esta entidad con la organización del proveedor?

- Miembro de la Junta Directiva
- Oficina Corporativa
- Administración de Empleado
- Socio
- Accionista

Título		*Apellido(s) en su Tax ID/SSN	
*Nombre		Segundo Nombre	
*Primer Apellido		Segundo Apellido	
Sufijo		*Número de Seguro Social	*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)
*Dirección Línea 1			
*Dirección Línea 2			
*Ciudad		*Estado	*País
			*Código Postal



Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador

*Dirección de Correo Electrónico		*Número de Teléfono	
*Fecha de Vigencia (DD/MM/AAAA)		*Fecha Final (DD/MM/AAAA)	

3. ¿Esta persona ha sido condenada por un delito penal relacionado con la participación de esa persona 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.

*Descripciones de Delitos	*Fecha de Convicción (DD/MM/AAAA)	*Jurisdicción

4. ¿Ha participado esta persona 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

5. ¿Alguna vez se han revocado sus privilegios de facturación o se ha cancelado su participación en el programa por alguna causa? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.

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

6. ¿Tiene esta persona alguna deuda pendiente con el Programa de Medicaid de Puerto Rico, con otras agencias estatales, o con 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)



7. ¿Tiene algún familiar o miembro del hogar 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 realizados 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			

8. ¿Ha tenido esta persona 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	

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

Sí No

En caso afirmativo, proporcione la información.



Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador

*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	

10. ¿Esta persona está relacionada con el proveedor o alguna otra entidad de divulgación como cónyuge, padre, hijo o hermano? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la información.

Título		*Nombre		Segundo Nombre	
*Primer Apellido				Segundo Apellido	
Sufijo			*Número de Seguro Social		
*Relación (seleccione uno)	<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				

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 sujeta 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

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).