

INSTRUCCIONES

Importante: Por favor lea todas las instrucciones e información antes de completar y firmar este formulario.

Un formulario incompleto no será aceptado y procesado. Por favor siga las instrucciones con cuidado. Este formulario estándar fue desarrollado por el Departamento de Proveedores de MSO.

A continuación se encuentran las instrucciones para llenar cada sección. Por favor escriba de manera clara y legible, completando todas las secciones que apliquen. Utilice bolígrafo color negro o azul para asegurar la claridad de la información, NO UTILICE LÁPIZ. Le solicitamos que toda la información aquí escrita sea lo más específica posible. El formulario debe ser completado en su TOTALIDAD. No deje NINGUNA pregunta sin contestar. Si alguna pregunta no aplica a su caso, escriba "Not Applicable" o "NA".

Página 1

* Line of Business: Especifique la línea de negocios para la que brindara servicios

- (1) **"First Name"** - Anote su nombre completo.
- (2) **"Middle Name"** - Anote su segundo nombre.
- (3) **"Last Name"** - Anote su primer apellido.
- (4) **"Second Last Name"** - Anote su segundo apellido.
- (5) **"Social Security Number"** - Registre el Número de Seguro Social en los nueve encasillados provistos.
- (6) **"Rendering NPI Number"** - Ingrese el número identificador conocido como "Rendering NPI". El mismo consiste de 10 dígitos.
- (7) **"Tax ID Name"** - Ingrese el nombre del grupo al cual pertenece. Si no pertenece a un grupo Ingrese su Nombre completo.
- (8) **"Specialty"** - Indique su especialidad.
- (9) **"Email"** - Ingrese su correo electrónico. Recuerde incluir el símbolo @.
- (10) **"IPA Group Name / PMG Group Name"** - Si se trata de un contrato como médico primario, incluya el nombre del IPA y/o PMG
"Billing NPI Number" - Ingrese el número identificador conocido como "Billing NPI". El mismo consiste de 10 dígitos.
Puede ser el mismo o diferente.
"Tax ID Number" - Registre el Número de Seguro Social Patronal en los nueve encasillados provistos.
Puede ser el mismo o diferente.
- (11) **"Primary Location Address"** - Ingrese la dirección física de la oficina primaria.
- (12) **"Telephone Number"** - Ingrese el número de teléfono incluyendo el código de área.
- (13) **"Fax Number"** - Ingrese el número de fax incluyendo el código de área.
- (14) **"Primary Office Hours"** - Indique los días y horarios laborales de la oficina primaria.
- (15) **"Accessibility Questions"** - Indique estado de su práctica.
- (15.1) **"Accepting New Patients for Medicare Advantage"** - Seleccione "Yes" si acepta nuevos pacientes de Medicare.
De lo contrario seleccione "No".
- (15.2) **"Accepting New Patients for Medicaid"** - Seleccione "Yes" si acepta nuevos pacientes de Medicaid.
De lo contrario seleccione "No".
- (15.3) **"Gender Limitations"** - Indique si su oficina se limita únicamente a brindar servicio a algún género
- (15.4) **"Age Limitation"** - Anote si su oficina tiene limitaciones de edad de los pacientes a los cuales su oficina brinda servicios.
- (15.5) **"Handicap Access"** - Indique si la oficina tiene áreas de impedidos designadas como: Rampas.
- (16) **"Billing Name"** - Ingrese el nombre de la oficina primaria o edificio.
- (17) **"Mailing / Billing Address"** - Registre la dirección primaria donde desea recibir toda la correspondencia relacionada a pagos y reclamaciones.

Página 2 - Additional Locations & Office Staff

- (18) **"Additional Location 2"** - Ingrese la dirección física de la oficina secundaria.
- (19) **"Telephone Number"** - Ingrese el número de teléfono incluyendo el código de área.
- (20) **"Fax Number"** - Ingrese el número de fax incluyendo el código de área.
- (21) **"Location 2 - Office Hours"** - Indique los días y horarios laborales de la oficina secundaria.
- (22) **"Location 2 - Accessibility Questions"** - Indique estado de su práctica.
- (22.1) **"Accepting New Patients for Medicare Advantage"** - Seleccione "Yes" si acepta nuevos pacientes de Medicare.
De lo contrario seleccione "No".
- (22.2) **"Accepting New Patients for Medicaid"** - Seleccione "Yes" si acepta nuevos pacientes de Medicaid.
De lo contrario seleccione "No".
- (22.3) **"Gender Limitations"** - Indique si su oficina se limita únicamente a brindar servicio a algún género
- (22.4) **"Age Limitation"** - Anote si su oficina tiene limitaciones de edad de los pacientes a los cuales su oficina brinda servicios.
- (22.5) **"Handicap Access"** - Indique si la oficina tiene áreas de impedidos designadas como: Rampas.

Página 2 - Additional Locations & Office Staff

**Recuerde, La siguiente información es relacionada al área de facturación de la oficina. La misma es opcional. Si no aplica escriba "Not Applicable" o "NA" en cada encasillado.

- (23) **"Office Staff I"** - Indique el puesto del contacto de la Localidad
- (24) **"Last Name"** - Indique el primer apellido.
- (25) **"First Name"** - Anote el nombre completo.
- (26) **"Office Staff II"** - Indique el puesto del segundo contacto de la Localidad
- (27) **"Last Name"** - Indique el primer apellido.
- (28) **"First Name"** - Anote el nombre completo.
- (29) **"Additional Location 3"** - Ingrese la dirección física de la tercera oficina.
- (30) **"Telephone Number"** - Ingrese el número de teléfono incluyendo el código de área.
- (31) **"Fax Number"** - Ingrese el número de fax incluyendo el código de área.
- (32) **"Location 3 - Office Hours"** - Indique los días y horarios laborables de la tercera oficina.
- (33) **"Location 3 - Accessibility Questions"** - Indique estado de su práctica.
- (33.1) **"Accepting New Patients for Medicare Advantage"** - Seleccione "Yes" si acepta nuevos pacientes de Medicare. De lo contrario seleccione "No".
- (33.2) **"Accepting New Patients for Medicaid"** - Seleccione "Yes" si acepta nuevos pacientes de Medicaid. De lo contrario seleccione "No".
- (33.3) **"Gender Limitations"** - Indique si su oficina se limita únicamente a brindar servicio a algún género
- (33.4) **"Age Limitation"** - Anote si su oficina tiene limitaciones de edad de los pacientes a los cuales su oficina brinda servicios.
- (33.5) **"Handicap Access"** - Indique si la oficina tiene áreas de impedidos designadas como: Rampas.
- (34) **"Office Staff I"** - Indique el puesto del contacto de la Localidad
- (35) **"Last Name"** - Indique el primer apellido.
- (36) **"First Name"** - Anote el nombre completo.
- (37) **"Office Staff II"** - Indique el puesto del segundo contacto de la Localidad
- (38) **"Last Name"** - Indique el primer apellido.
- (39) **"First Name"** - Anote el nombre completo.

Página 3 - Credentialing Information, Insurance, Education & Hospital Privileges

- (40) **"Suffix"** - Favor de colocar el adjetivo: Sr. / Sra. / Srta.
- (41) **"Degree"** - Ingrese su título de Grado. Ej: MD, DMD etc.
- (42) **"Date of Birth"** - Ingrese su fecha de nacimiento comenzado con el mes, día y año. Ej: 02/20/1961.
- (43) **"Gender"** - Indique su género en el encasillado provisto "Male" o "Female".
- (44) **"Languages Spoken"** - Indique los idiomas que conoce y domina. De dominar algún lenguaje adicional al español e inglés, indíquelo en el tercer encasillado identificado como "Other".
- (45) **"Specialty to be Credential"** - Indique la especialidad a Credencializar
- (46) **"Specialty Board"** - Si obtiene alguna certificación "Board" de su especialidad, indique la misma.
- (47) **"Board Certified"** - Seleccione si tiene alguna especialidad certificada como "Board" (Si la respuesta es "Yes", complete los encasillados a, b y c. Si su respuesta es "No", continúe al encasillado #48).
- (48) **"SAMHSA License"** - De poseer alguna licencia para recetar Buprenorfina, favor de registrar la misma.
- (49) **"DEA License Number"** - De poseer alguna licencia para recetar medicamentos de la "Drug Enforcement Administration" (DEA), favor de registrar la misma.
- (50) **"Medicare Number"** - Ingrese su número de proveedor con Medicare.
- (51) **"ASSMCA License Number"** - Ingrese la licencia de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
- (52) **"Driver's License in Puerto Rico"** - Registre su número de licencia de conducir de Puerto Rico.
- (53) **"Medical License Number"** - Registre su número de licencia médica.
- (54) **"Medicaid Number"** - Si obtiene algún número de proveedor de "Medicaid", registre el mismo.
- (55) **"Cellphone Number"** - Ingrese el número de teléfono de su celular incluyendo el código de área. Este número no aparecerá en el directorio.
- (56) **"Membership Certificate - College of Physicians and Surgeons of PR"** - Registre su número de colegiación, si aplica
- (57) **"Insurance Carrier"** - Ingrese el nombre de la compañía de su seguro.
- (58) **"Coverage Type"** - Ingrese el tipo de cubierta de su seguro.
- (59) **"Unlimited Coverage?"** - Indique "Yes" si la cubierta es ilimitada. De lo contrario marque "No".
- (60) **"Coverage"** - Ingrese la cantidad de su cubierta.
- (61) **"Policy Number"** - Ingrese su número de póliza.
- (62) **"Original Effective Date"** - Ingrese la fecha original de efectividad.
- (63) **"From Date"** - Ingrese la fecha de efectividad.
- (64) **"Expiration Date"** - Ingrese la fecha de expiración.



- (65) **"Education/Training"** - Ingrese el nombre de la institución donde efectuó su adiestramiento de educación. También ingrese la especialidad.
- (66) **"From Date"**- Ingrese la fecha comenzando con el mes, día y año.
- (67) **"To Completion"**- Ingrese la fecha de completado comenzando con el mes, día y año.
- (68) **"Post Graduate Internship"**- Indique el nombre del hospital donde realizó el internado. También ingrese la especialidad.
- (69) **"From Date"**- Ingrese la fecha comenzando con el mes, día y año.
- (70) **"To Completion"**- Ingrese la fecha de completado comenzando con el mes, día y año.

Página 3 - Credentialing Information, Insurance, Education & Hospital Privileges

- (71) **"Residency"** - Ingrese el nombre del hospital donde realizó la residencia. También ingrese la especialidad.
- (72) **"From Date"**- Ingrese la fecha comenzando con el mes, día y año.
- (73) **"To Completion"**- Ingrese la fecha de completado comenzando con el mes, día y año.
- (74) **"Fellowship"**- Ingrese la información de la institución donde realizó el "Fellowship". También ingrese la especialidad.
- (75) **"From Date"**- Ingrese la fecha comenzando con el mes, día y año.
- (76) **"To Completion"**- Ingrese la fecha de completado comenzando con el mes, día y año.
- (77) **"Hospital Privileges (1)"**- Registre el nombre del Hospital y los privilegios que usted mantiene. Incluya la carta de certificación del hospital.
- (78) **"Hospital Privileges (2)"**- Registre el nombre del Hospital y los privilegios que usted mantiene. Incluya la carta de certificación del hospital.

Página 4 - Work History

- (79) **"1-Employer Name"**- Ingrese el nombre del patrono.
- (80) **"Start Date"**- Ingrese la fecha de comienzo con el patrono.
- (81) **"End Date"**- Ingrese la fecha de terminación con el patrono.
- (82) **"Employer Address"**- Ingrese la fecha de terminación con el patrono.
- (83) **"City"** - Ingrese el municipio de localización de su hogar. Ej: San Juan, Manatí.
- (84) **"State"** - Ingrese PR.
- (85) **"Zip Code"** - Ingrese el código postal de su municipio. Si el mismo contiene cuatro (4) sufijos adicionales, favor de registrarlos.
- (86) **"2-Employer Name"**- Ingrese el nombre del patrono.
- (87) **"Start Date"**- Ingrese la fecha de comienzo con el patrono.
- (88) **"End Date"**- Ingrese la fecha de terminación con el patrono.
- (89) **"Employer Address"**- Ingrese la fecha de terminación con el patrono.
- (90) **"City"** - Ingrese el municipio de localización de su hogar. Ej: San Juan, Manatí
- (91) **"State"** - Ingrese PR.
- (92) **"Zip Code"** - Ingrese el código postal de su municipio. Si el mismo contiene cuatro (4) sufijos adicionales, favor de registrarlos.
- (93) **"3-Employer Name"**- Ingrese el nombre del patrono.
- (94) **"Start Date"**- Ingrese la fecha de comienzo con el patrono.
- (95) **"End Date"**- Ingrese la fecha de terminación con el patrono.
- (96) **"Employer Address"**- Ingrese la fecha de terminación con el patrono.
- (97) **"City"** - Ingrese el municipio de localización de su hogar. Ej: San Juan, Manatí
- (98) **"State"** - Ingrese PR.
- (99) **"Zip Code"** - Ingrese el código postal de su municipio. Si el mismo contiene cuatro (4) sufijos adicionales favor de registrarlos.

Página 8 - Disclosure Questions

Todas las preguntas de la 1 a la 12 deben ser contestadas bajo las opciones "Yes" o "No". De seleccionar "Yes" en cualquiera de los encasillados, deberá explicar el motivo de la selección en el recuadro provisto para cada pregunta. Recuerde contestar TODAS las preguntas.

Página 9 - Other Information

Todas las preguntas de la 1 a la 10 deben ser contestadas bajo las opciones "Yes" o "No". De seleccionar "Yes" en cualquiera de los encasillados, deberá explicar el motivo de la selección en el recuadro provisto para cada pregunta. Recuerde contestar TODAS las preguntas.