



Working Instructions: Aplicación de Ancilares

CREDENTIALING DEPARTMENT

La información contenida es privilegiada y confidencial y es para uso exclusivo del destinatario. Si usted recibe la misma por error, no está autorizado a utilizar, distribuir o fotocopiar la misma. Favor de notificar inmediatamente al remitente al 1-866-676-6060 para coordinar la devolución de los documentos.

Puntos importantes

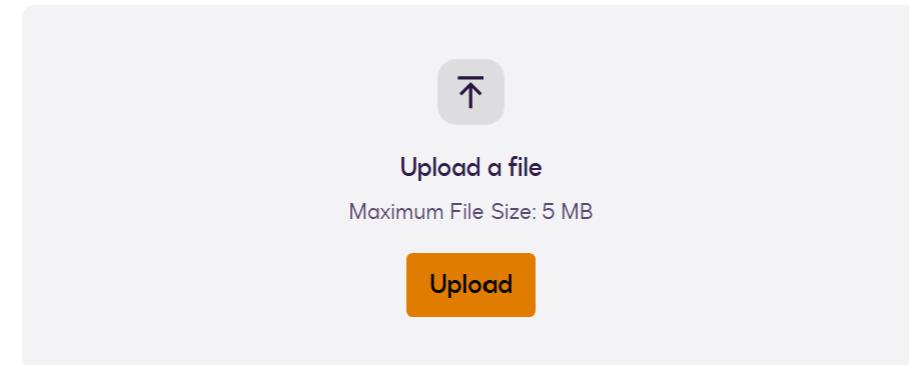
- Si la aplicación se cierra antes de enviar la información, esta no se guardará. Algunas razones probables:
 - El *time-out system* cierra la aplicación tras 30 minutos de inactividad.
 - Conexión inestable de internet.
- Asegúrese de buscar los requisitos (bajo la opción de **aplicaciones**) para saber cuáles documentos necesita antes de comenzar el proceso.
- Tener todas las credenciales disponibles y digitalizadas antes de comenzar.
- Antes de comenzar, confirme se encuentre en la aplicación de **facilidad** y **no** en la de proveedor.

Puntos importantes

- La aplicación cuenta con un marcador que le indica cuál es el siguiente paso al llenar la aplicación.
- Cualquier información ingresada incorrectamente será resaltada e incluirá una nota que explica el error.
- Para anejar un documento, presione *Upload a file* (Max. 5 MB) y seleccione el documento requerido. Este se anejará a la aplicación.

Importante:

La aplicación tiene una capacidad máximo de 15 attachment, si necesita adjuntar mas de esta cantidad favor de dirigirlo al CredentialingHelpDesk@mso-pr.com. Favor de añadir su Rendering NPI y nombre completo de Facilidad en el asunto del email.



¿Cómo se realiza el proceso?

- ✓ Visite este enlace: <https://www.mso-pr.com/solicitudes/>
- ✓ Abajo, busque la opción de **Ver Requisitos** y escoja la opción que le corresponda.
- ✓ Se abrirá una ventana nueva con los requisitos de su campo. Asegúrese de leer y tener los documentos requeridos antes de comenzar el proceso.
- ✓ Para comenzar, tendrá que volver a la ventana previa y desplazarse hacia arriba hasta llegar a la opción de **Solicite como Facilidad**.

Conozca los requisitos de credencialización que apliquen a usted.

VER REQUISITOS

Requisitos de Credencialización

Coteje los requisitos de credenciales para Médicos Primarios, Especialistas, Facilidades, Farmacias y DME.

Ambulancias	
Centros de Cirugía Ambulatoria	
Centros de Vacunación	
Centros Radiológicos	
Compañías de Equipo Médico Duradero	
Compañías de Transporte No Emergente	
Dentistas	
Farmacias Especializadas	

Formularios para Nuevos Proveedores y Recredencialización

Si usted desea formar parte de nuestra Red de Proveedores por favor provea la información requerida en nuestro formulario según le aplique.
Si es un proveedor que va a recredencializarse con MSO, debe completar los mismos documentos.

Proveedor

SOLICITE COMO PROVEEDOR

Facilidad

SOLICITE COMO FACILIDAD

Página de Bienvenida

- ✓ Lea las recomendaciones
- ✓ Presione “Start”



Facility Application Form

Estimado proveedor:

Gracias por su interés de formar parte de la Red de Proveedores de MSO of Puerto Rico, LLC. Antes de comenzar a completar su solicitud de ingreso asegúrese de:

(1) Tener todas las credenciales y/o documentos que necesite según su especialidad.

(2) Confirmar que está completando el formulario correcto (Proveedor para Individuos y Facilidad para Servicios Anciliares).

De necesitar ayuda puede comunicarse con nuestro Centro de Llamadas de Servicios al Proveedor de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., al 787-993-2317.

Start

Powered by docusign | [Privacy](#) | [Terms](#) | [Cookie Notice](#) | [Report Abuse](#)

Registro del personal autorizado

✓ Title

Titulo oficial de la persona autorizada a firmar por la facilidad

✓ Authorized Facility Signer Name

*En este espacio, escribe el nombre completo de la persona autorizada a firmar por la facilidad.

✓ Authorized Facility Signer Email

- Introduce el correo electrónico de la persona autorizada a firmar por la facilidad.
- A este correo se enviará: Una copia del formulario completo

Opciones disponibles

- ✓ Finish Later: Guarda el progreso para continuar más adelante.

(recibirá un correo con un link para continuar el documento mas tarde en el email que registro. Vigencia de 10 dias)

- ✓ Back: Regresa a la sección anterior del formulario.

- ✓ Next: Continúa a la siguiente sección después de llenar campos requeridos en la sección.

Authorized Applicant

Title *

Enter the official job title that reflects the individual's role and responsibilities.

Authorized Facility Signer Name *

Please enter the full name of the authorized person who is permitted to sign on behalf of the facility.

Authorized Facility Signer Email *

Provide the email of the authorized signer. This must be the individual with legal authority to approve and sign documents for the facility.

Facility Information

- ✓ Comience la aplicación eligiendo:
 - ✓ *Line of Business*
 - ✓ MEDICARE ADVANTAGE
 - ✓ VITAL
 - ✓ MEDICARE ADVANTAGE AND VITAL
 - ✓ *Credentialing Process*
 - ✓ INITIAL
 - ✓ RECREDENTIALING
 - ✓ RE-ENTRY
 - ✓ *Facility Name*
 - ✓ *Rendering NPI number*
 - ✓ *Select Specialty*

Primary Location

- ✓ En Primary Location Address, incluya:
 - ✓ Address Line #1, Address Line #2 (optional), City, State, Zip Code
 - ✓ Telephone, Extension, Office Hours, Accessibility Questions y Billing Name.

*Asegurese que la direccion este igual a como esta registrada en Medicaid

- ✓ Luego, continúe en Mailing Billing Address, incluyendo:
 - ✓ Address Line #1, Address Line #2 (opcional), City, State y Zip Code.

- ✓ Luego, coloque el Medicaid ID de la Localidad, incluyendo:

En Medicaid Number:

- ✓ Si no le aplica, dejelo en blanco
 - ✓ Medicaid ID and attached document.
- ✓ Si tiene mas de una localidad responder "Yes" en el campo.

Do you have another Location Address? Y le estaremos enviando un formulario.

STAFF

- ✓ Llene la siguiente sección utilizando las guías establecidas por el *Program Integrity Plan* establecido por MSO de Puerto Rico, LLC (MSO)
- ✓ En los encasillados de *Facility Staff #1, #2, #3, #4*, incluya:
 - ✓ Posición
 - ✓ *Administrator*
 - ✓ *Biller*
 - ✓ *Secretary*
 - ✓ *Other Office Staff*
 - ✓ Apellido
 - ✓ Primer nombre
 - ✓ Segundo nombre
 - ✓ Teléfono y extensión
 - ✓ Idiomas
 - ✓ Etnicidad
 - ✓ Raza
 - ✓ Email

Ownership and Conflict of Interest Disclosure Questions in compliance with the PR Health Insurance Administration

- ✓ En *Ownership and Conflict of Interest Disclosure Questions in compliance with the PR Health Insurance Administration*, haga lo siguiente:
 - ✓ Conteste preguntas con las opciones **YES** o **NO**,
Si la respuesta es **YES**, ofrezca una explicación en el encasillado bajo la pregunta.

Ownership Interest and/or Managing Control Information – (Organizational)

- ✓ En *Ownership Interest and/or Managing Control Information – (Organizational)*:
 - ✓ Marque “NO” si no le aplica.
 - ✓ Leer las guías antes de comenzar a llenar la sección.
 - ✓ Incluya:
 - ✓ *Legal Business Name, Doing Business As – DBA Name, Tax ID Number, NPI Number, Physical Address, Telephone Number and Extension.*
 - ✓ Contestar la pregunta *What is the above organizations’ relationship with the applicant or Provider?* marcando todas las opciones que aplican. También hay opción de añadir un *other*.

Ownership Interest and/or Managing Control Information - (Individuals)

- ✓ En *Ownership Interest and/or Managing Control Information - (Individuals)*:
 - ✓ Marque “NO” si no le aplica.
 - ✓ Leer las instrucciones antes de continuar.
 - ✓ Nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido y *rendering NPI*.
 - ✓ Luego, marcar todas las opciones que apliquen en la pregunta *Check all applicable to those having Ownership interest and/or Managing Control with the applicant or provider*.

Insurance Company Information

- ✓ En Insurance Company Information – Enclose a Copy of Certificate, incluya:
 - ✓ Insurance carrier, coverage type, unlimited (yes or no), coverage, original effective date, from date, expiration date, policy number, and attach document.

TAX ID (IRS)

- ✓ En *Tax ID (IRS)*
 - ✓ *Attach Document*

Medicare Number

- ✓ En *Medicare Number*:
 - ✓ Si no le aplica, marque NO
 - ✓ De aplicar:
 - ✓ *Medicare number and attached document.*

Certificate of Incorporation

- ✓ En Certificado de Incorporación:
 - ✓ Si no le aplica, marque NO
 - ✓ De aplicar:
 - ✓ *Attach Document*

SARAFS / Departamento de Salud

- ✓ En SARAFS / Departamento de Salud:
 - ✓ Si no le aplica, marque NO
 - ✓ De aplicar:
 - ✓ License Number, Start Date and Expiration date.
 - ✓ Attach Document

DEA

- ✓ En *DEA*:
 - ✓ Si no le aplica, marque NO.
 - ✓ De aplicar:
 - ✓ *License Number, from Start date and Expiration date.*
 - ✓ *Attach Document*

ASSMCA

- ✓ En ASSMCA
 - ✓ Si no le aplica, marque NO
 - ✓ De aplicar:
 - ✓ *License Number, from date and Expiration date.*
 - ✓ *Attach Document*

Additional Documents

- ✓ Hay un encasillado adicional para añadir más documentos, si fuera necesario.

Hospital Information

- ✓ En Hospital Information:
 - ✓ Si no le aplica, marque NO
 - ✓ De aplicar, seleccione todas las opciones que le apliquen, enlace documentos y licencias necesarias

Clinical Pathological Laboratory- Skilled Nursing Facility

- ✓ En *Clinical Pathological Laboratory- Skilled Nursing Facility*:
 - ✓ Si no le aplica, seleccionar NO.
 - ✓ De aplicar, llene los encasillados e incluya copia de documento de CLIA.
 - ✓ Al marcar YES en *Do you perform home visits?*, enliste los lugares en los encasillados que dicen *Town List*.

Radiology Services

- ✓ Does your facility provide Radiology Services?
 - ✓ Si no le aplica, seleccionar NO.
 - ✓ De aplicar, debe seleccionar los servicios que ofrecen y adjuntar las licencias.

DME or DMEPOS

- ✓ En DME or DMEPOS:
 - ✓ Si no le aplica, seleccionar NO
 - ✓ De aplicar, complete los encasillados e incluya copia de licencia segun corresponda.

Ambulance Services

- ✓ En la sección de Ambulance Services:
 - ✓ Si no le aplica, NO
 - ✓ De aplicar, incluya:
 - ✓ VIN number, license number, expiration date y el license copy de cada vehículo de transportación CSP y licencia del Departamento de Transportación y Obras Publicas.

Non Emergency Transport

- ✓ En la sección de Non Emergency Transport servicios:
 - ✓ Si no le aplica, NO
 - ✓ De aplicar, incluya:
 - ✓ VIN number, license number, expiration date y el license copy de cada vehículo de transportación CSP y licencia del Departamento de Transportación y Obras Publicas.

Disclosure questions

- ✓ En *Disclosure questions*, conteste las preguntas con **YES** o **NO**.
 - ✓ Si la respuesta es **YES**, explique en el encasillado bajo la pregunta.

Review responses

- ✓ Revise sus respuestas antes de continuar

94% completed



Summary

Please review the information you have entered:

Web Form Template Sign

- ✓ Check the box and Continue

The screenshot shows a web form interface. At the top left is the MSO logo. Below it, a message reads "Please read the [Electronic Record and Signature Disclosure](#)". A checkbox labeled "I agree to use electronic records and signatures. *" is present. At the bottom left is a language selector "English (US) ▾". On the right side are buttons for "Other Options ▾" and "Continue".

Web Form Template Sign

- ✓ En la última sección, encontrará el *Attestation & Information Release*, que deberá leer completamente antes de culminar el proceso.
- ✓ Haga click en Sign para firmar.
- ✓ La fecha se popula automáticamente
- ✓ **Debe pulsar *Finish* para completar el proceso.** Recibirá un correo electrónico de Docusign con un Link o PDF que contiene la copia del documento completado.

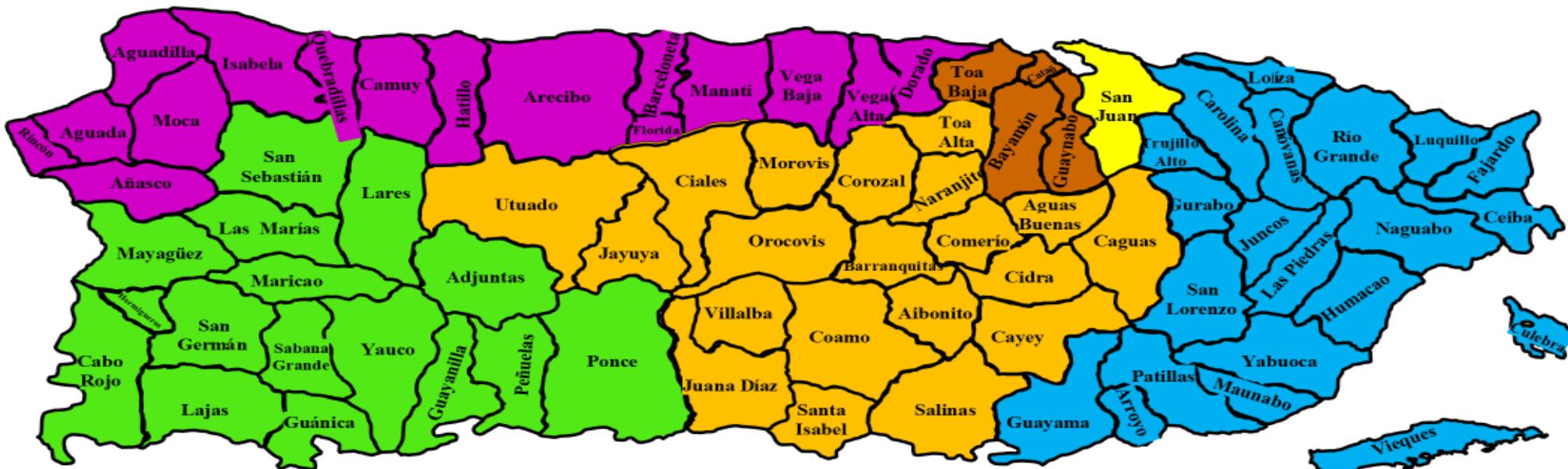
Ready to Finish?

You've completed the required fields. Review your work, then select Finish.

Finish

MAP 2026

Credentialing Department



Keishla Cintrón Algarin
787-460-4518



Jessel Negron López
787-447-8337
Keishla Cintrón Algarin
787-460-4518



Charleen Sevilla Figueroa
787-918-5623



Cathyana Ortega Sierra
787-646-9252



Lysandra Vizcarrondo Martinez
787-645-2827



Luis Sierra Rosado
787-309-8128



Credentialing Specialists

CS Name	Email	Corporate Phone
Lysandra Vizcarrondo Martinez	lysandra.vizcarrondo-martinez@mso-pr.com	787-645-2827
Jessel O Negrón-López	jessel.negron-lopez@mso-pr.com	787-447-8337
Charleen Sevilla Figueroa	charleen.sevilla-figueroa@mso-pr.com	787-918-5623
Luis R Sierra Rosado	luis.sierra-rosado@mso-pr.com	787-309-8128
Cathyana Ortega Sierra	cathyana.ortega-sierra@mso-pr.com	787-646-9252
Keishla Cintrón Algarin	keishla.cintron-algarin@mso-pr.com	787-460-4518

¿Aún tiene dudas sobre el proceso?

- Si necesita actualizar alguna credencial vencida para mantener su expediente al día, envíe la información a: **credentialingupdates@mso-pr.com**.
- Puede comunicarse a través del app InnovaMD Chat al seleccionar la opción **Credenciales**.
- De necesitar información adicional, llame a Servicios al Proveedor al:
 - **787-993-2317**



www.mso-pr.com

PO BOX 71500 SAN JUAN PR 00936