



Working Instructions: Aplicación de Proveedor

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

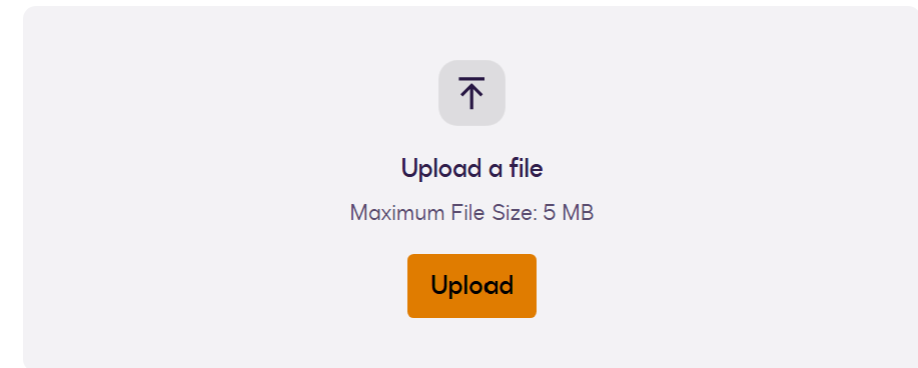
- Si la aplicación se cierra antes de enviar la información, esta no se guardará. Algunas razones probables:
 - El *time-out system* cierra la aplicación tras 30 minutos de inactividad.
 - Conexión inestable de internet.
- Asegúrese de buscar los requisitos (bajo la opción de **aplicaciones**) para saber 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 proveedores y **no** en la de facilidad.

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.

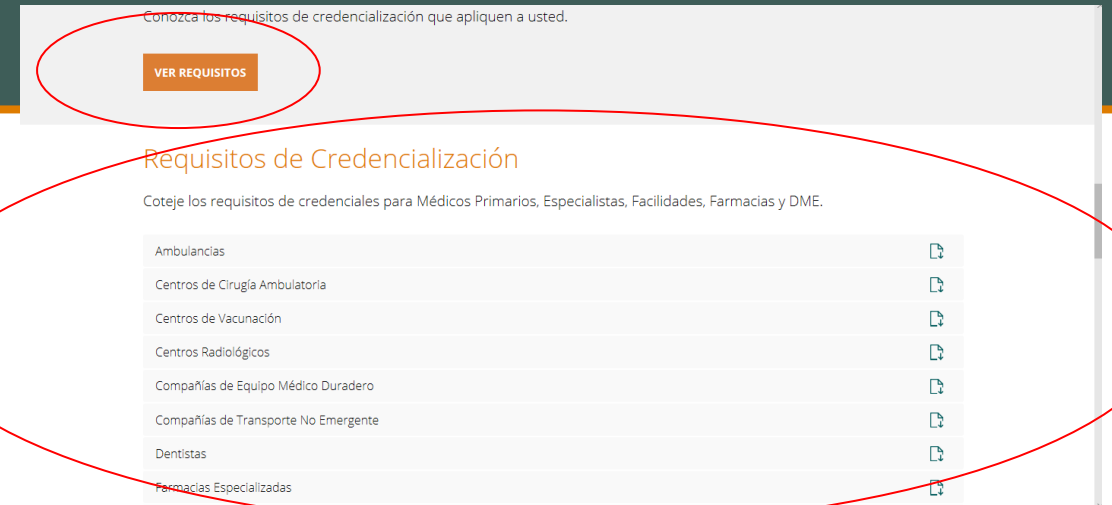
Importante:

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 del proveedor en el asunto del email.



Ver Requisitos

- ✓ Ingrese en 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 digitalizados 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 Proveedor**.



Pagina de Bienvenida

- ✓ Lea las recomendaciones
- ✓ Presione “Start”



Provider 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 Ancilares).

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 de proveedor solicitante

✓ Provider Practitioner Signer Name

*En este espacio, escribe el nombre completo del proveedor que actuará como firmante.

✓ Provider Practitioner Signer Email

- Introduce el correo electrónico del proveedor firmante.
- A este correo se enviará una copia del formulario completado

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 días calendario)
- ✓ Back: Regresa a la sección anterior del formulario.
- ✓ Next: Continúa a la siguiente sección después de llenar campos requeridos.

www.mso-pr.com

Practitioner Applicant Information

Provider Practitioner Signer Name *

Enter your full name, including your first and last names.

Juan Del Pueblo

Provider Practitioner Signer Email *

A copy of the completed and signed form will be sent to this email

JuanDelPueblo@mso-pr.com

Finish Later

Back

Next

PO BOX 71500 SAN JUAN PR 00936

M**S****O** | **HOLDINGS**

Provider Information Section

- ✓ Seleccione **Line of Business**: Medicare Advantage, Vital, Medicare Advantage and Vital. *Credentialing Process*, seleccione: *Initial, Recredentialing o Re-Entry*.
- ✓ Luego, incluir el nombre del proveedor: primer nombre, segundo nombre, primer apellido y segundo apellido.
- ✓ Incluya el número de seguro social, Rendering NPI, Specialty, Mobile Phone Number.
- ✓ Médicos primarios deben incluir el IPA (MA o AMBAS LINEAS DE NEGOCIOS) y/o el PMG (VITAL o AMBAS LINEAS DE NEGOCIOS) con el Billing NPI y Tax ID del mismo, y la carta de endoso si aplica.

Primary Location

- ✓ En la sección de *Primary Location Address*, incluya: *Address Line #1*, *Address Line #2* (opcional), *Telephone*, *Extension*, *Office Hours*, *Accessibility Questions*, *Billing Name*, *Billing NPI* y *Medicaid ID* (si aplica). *Asegurese que la direccion este igual a como esta registrada en Medicaid.
- ✓ En la sección de *Mailing Billing Address*, incluya: *Address Line #1*, *Address Line #2* (opcional), *City*, *State* y *Zip Code*.
- ✓ En la sección de *Office Staff*, incluya *Office Staff 1 Name*, su título, idiomas y email; luego el *Office Staff 2 Name* (si aplica), su título, idiomas y email.

Secondary Location

- ✓ Luego, podrá añadir una segunda localidad, de ser necesario. Marque la opción *Do you have any other locations? Yes o No*.
- ✓ En *Secondary Location Address*, incluya *Address Line #1*, *Address Line #2 (opcional)*, *Telephone*, *Extension*, *Office Hours*, *Accessibility Questions*, *Billing Name*, *Billing NPI* y *Medicaid ID (si aplica)*.
- ✓ En la sección de *Mailing Billing Address*, incluya: *Address Line #1*, *Address Line #2 (opcional)*, *City*, *State* y *Zip Code*.
- ✓ En la sección de *Office Staff*, incluya *Office Staff 1 Name*, su título, idiomas y email; luego el *Office Staff 2 Name (si aplica)*, su título, idiomas y email.
- ✓ Si tiene mas de dos localidades responder “Yes” en el campo. **Do you have another Location Address?** Y le estaremos enviando un formulario.

Provider Demographic Information

- ✓ **En Información para uso de credencialización, incluya:**
 - ✓ *Suffix, Degree, Date of Birth, Gender, Languages, Ethnicity, Race.*

Foster Care and Domestic Violence Population (Vital Only)

The Foster Care Population are children who are in custody of the “Programa de Administración de la Familia y Niños - Departamento de la Familia de Puerto Rico” and enrolled in the GHP Vital. The Domestic Violence Population are certain survivors of domestic violence referred by the “Oficina de la Procuradora de las Mujeres”. Enrollees under the Foster Care Population and Domestic Violence Population classification are not assigned to a PCP or PMG. However, as a Medicaid contracted provider all providers in our network shall provide services to Foster Care Population and Domestic Violence Population on a Fee for Services compensation model considering the Medicaid MSO Fee Schedule.

Please complete the following billing information for the Foster Care and Domestic Violence population payment.

- ✓ Billing Name
- ✓ Billing NPI
- ✓ Tax ID Name
- ✓ Addrees Line 1
- ✓ Addrees Line 1
- ✓ City
- ✓ State
- ✓ Zip Code

Credentials Information

Credentials Information, incluya licencias según aplique:

- ✓ SAMHSA, DEA, ASSMCA, Drivers License in PR*, Medical License, Medicare Number y Telemedicina (Incluir copia de estos documentos)

Are you American Board of Medical Specialties (ABMS) Certified?
(Si aplica)

- ✓ Board Certified y Specialty
- ✓ Issued Date, Expiration Date y Recertification Date

Is there a Collegiate requirement? (Si aplica)

- ✓ Issued Date, Expiration Date y copia de documento

*De no tener licencia de Puerto Rico debe someter un certificado de antecedentes penales que tenga menos de 30 días de emitido.

Insurance Information

- ✓ En *Insurance Information*, favor de incluir:
 - ✓ *Insurance Carrier y Coverage Type*
 - ✓ *Unlimited y Coverage*
 - ✓ *Original Effective Date, From Date y Expiration Date*
 - ✓ *Policy Number*

Education and Training

- ✓ En *Education and Training**, debe incluir:
 - ✓ *Speciality*
 - ✓ *From Date y To Completion*
 - ✓ *Evidence*

*Aplican a *Education/Training, Hospital Name/Postgraduate-Internship, Residency/Hospital name y Fellowship/Training Institution*

Hospital Privileges

- ✓ En *Hospital Privileges*, incluya:
 - ✓ Nombre de hospital
 - ✓ Tipo de privilegio
 - ✓ Admitting
 - ✓ Attending
 - ✓ Consulting & Admitting
 - ✓ ER
 - ✓ Courtesy
 - ✓ Consulting
 - ✓ Provitional
 - ✓ Other

Work History

- ✓ En *Work History*, incluya la experiencia mas reciente:
 - ✓ *Employer Name, Start Date*
 - ✓ *Employer Address, Address line 1 y Address line 2 (opcional), City, State y Zip Code*
 - ✓ *Incluir un CV o Resume*

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

- ✓ En *Ownership Interest and/or Managing Control Information*:
 - ✓ Favor de leer y seguir las guías estipuladas.
 - ✓ Si no aplica, marque “NO” en Is there individuals’ ownership interest and/or managing control?
 - ✓ Si aplica, incluya:
 - ✓ Primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido y *Rendering NPI*
 - ✓ Marque lo que aplica a las personas listadas en *Ownership Interest and/or Managing Control with the applicant or Provider*

Business Information

- ✓ Continúe en *Business Information*:
- ✓ Si no aplica, marque “NO”
 - ✓ Si aplica, incluya:
 - ✓ *Legal Business Name*
 - ✓ *Doing Business As - DBA Name*
 - ✓ *Tax ID Number*
 - ✓ *NPI Number*
 - ✓ *Physical Address Address line 1 and Address line 2(optional) City, State, Zip Code, Telephone Number and Extension*
- ✓ Indique si tiene staff:
 - ✓ Office Staff Name 1,2 y 3, y sus respectivos títulos.

Ownership and Conflict of Interest Disclosure Questions in compliance with the PR Health Insurance Administration (PRHIA-ASES).

- ✓ *En Ownership and Conflict of Interest Disclosure Questions in compliance with the PR Health Insurance Administration:*
 - ✓ Marque YES o NO según aplique
 - ✓ Si la respuesta es **YES**, ofrezca una explicación.

Other Information

- ✓ En *Other Information*:
 - ✓ Conteste con las opciones ofrecidas a cada pregunta.
 - ✓ Al marcar **YES** en *Do you perform home visits?*, debe enlistar en los encasillados los pueblos donde los realiza.
 - ✓ Conteste las preguntas sobre el tiempo de espera de los pacientes.
 - ✓ Marque todos los procedimientos que se llevan a cabo en su oficina.

Review responses

- ✓ Revise sus respuestas antes de continuar

94% completed

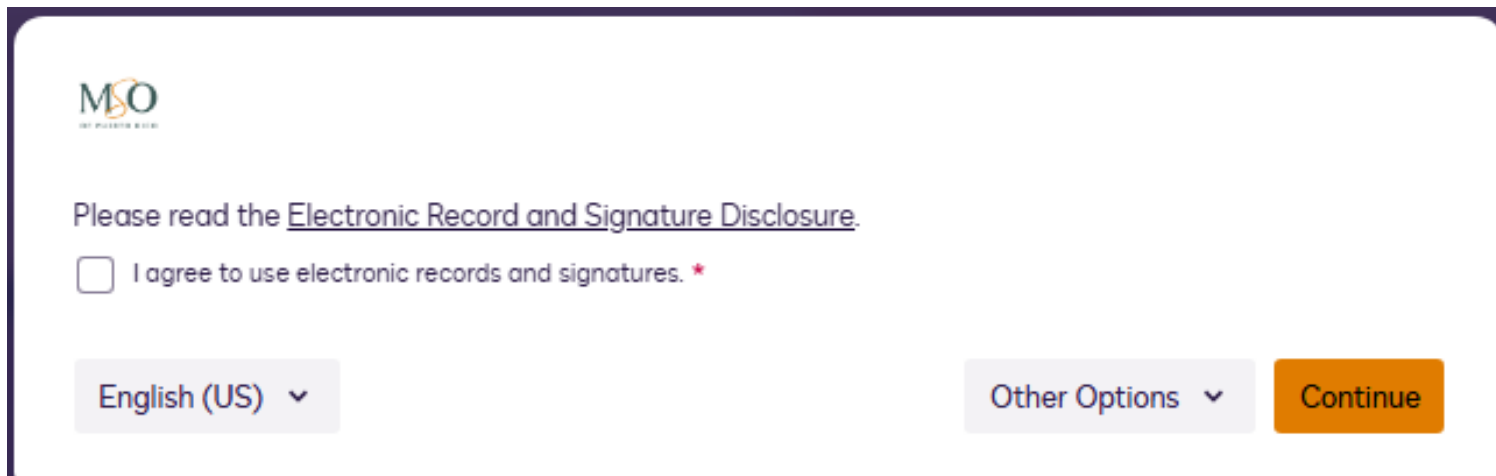
A horizontal progress bar with a dark blue line and a small purple dot at the end, indicating 94% completion.

Summary

Please review the information you have entered:

Web Form Template Sign

- ✓ Check the box and Continue





Please read the [Electronic Record and Signature Disclosure](#).

☐ I agree to use electronic records and signatures. *

English (US) ▾ Other Options ▾ [Continue](#)

Web Form Template Sign

- ✓ En la última sección, encontrará el *Provider Attestation & Information Release*, que deberá leer completamente antes de culminar el proceso.
- ✓ Haga click en Sign para firmar.
- ✓ La fecha se popula automáticamente.
- ✓ Title by default is “Provider Practitioner Applicant” no lo cambie
- ✓ **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.

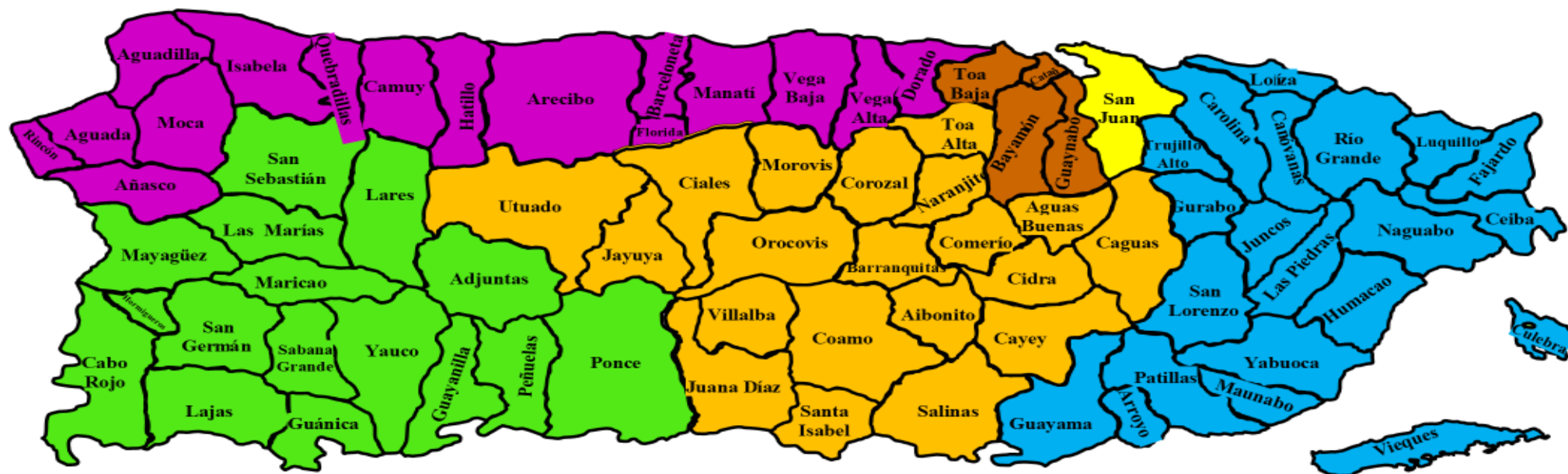
Attestation & Information Release	
I hereby certify that all information provided on this application, and its attachments are correct and current to the best of my knowledge. I acknowledge that I have been informed of my right to review primary source verification information obtained by MSO of Puerto Rico, LLC (MSO) in compliance with regulatory requirements, and to correct erroneous information submitted in support of this credentialing application. I understand that MSO will notify me of any information obtained from the credentialing process that varies substantially from the information provided herein. I understand that falsification of information from this application may result in rejection of my request for initial/continued participation in the Provider Network (the "Network") administered by MSO, and Payers that contract with the Network. I hereby consent to the disclosure, inspection and copying of information and documents relating to my credentials, qualifications and performance ("credentialing information") by and between MSO of Puerto Rico, LLC (MSO), and other Healthcare Organizations. These organizations include hospitals, medical societies, professional associations, medical school faculty positions, training programs, professional liability insurance companies, and licensing authorities. This information shall be used for the sole purpose of evaluating my credentialing information. In this regard, MSO will take the utmost care to safeguard the privacy and confidentiality of my credentialing information and will protect it from further disclosure. I am aware and acknowledge that federal and state laws provide immunity protections to certain individuals and entities for their acts and/or communications in connection with evaluating the qualifications of healthcare providers. I hereby release all people and entities providing credential information to MSO from any liability they might incur for their acts and/or communications in connection with my credentialing information. I understand and agree that I have the obligation to produce adequate information for proper evaluation of my credential information and for resolving any uncertainty regarding said information. I am also aware, that I can receive the status of my credentialing or recredentialing application, upon request by contacting the Provider Contact Center Department at 787-993-2317. I recognize that the MSO will not consider my application complete unless it is submitted with at least the following documents: medical license, DEA license, malpractice insurance and ASSMCA license, as applicable.	
Applicant Name	Title Print
Juan Del Pueblo	Provider Practitioner Applicant
Applicant Signature	Date
	1/29/2026

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.
- De necesitar información adicional, llame a Servicios al Proveedor al **787-993-2317.**

