



## ACUERDO DEL PROVEEDOR PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN

### Aviso Para Inscripción a los Proveedores del Programa Exención de Medicaid en el Sistema IMPACT

Illinois implementó un nuevo sistema electrónico para la inscripción de los proveedores en julio del 2015. El nuevo sistema basado en la web conocido como Programa Tecnología Avanzada en Nube de Medicaid de Illinois (IMPACT). IMPACT será utilizado por todos los proveedores del Programa de Exención de Medicaid que tienen negocios con Illinois. Se requiere que todo los proveedores individuales que buscan ofrecer servicios en el Programa de Exención de Medicaid de la División Servicios de Rehabilitación de DHS (DHS-DRS), se inscriban en IMPACT. DHS inscribirá a los proveedores individuales en el sistema IMPACT. Para poder completar la inscripción, DHS obtendrá la información necesaria del proveedor individual. El proveedor individual al firmar el Acuerdo de Proveedor del Programa de Exención está de acuerdo con los términos y condiciones del acuerdo de la Asociación Comercial en el Sistema de Inscripción de Proveedores IMPACT. Puede encontrar la versión completa de los Términos y Condiciones de Inscripción del Proveedor en IMPACT en [http://www.illinois.gov/hfs/impact/Documents/PE\\_Terms\\_Conditions.pdf](http://www.illinois.gov/hfs/impact/Documents/PE_Terms_Conditions.pdf).

### ACUERDO DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN

CONSIDERANDO \_\_\_\_\_, de aquí en adelante, "Proveedor", está inscrito con el Departamento  
(Imprima el nombre legal completo)

Cuidado de Salud y Servicios Para Familias, de aquí en adelante, "HFS", como un proveedor elegible del Programa de Asistencia Médica; y

CONSIDERANDO, que el proveedor se inscribe con la División de Servicios de Rehabilitación (DHS-DRS) (de aquí en adelante, "Agencia de Exención) del Departamento de Servicios Humanos, como proveedor en la Exención para personas con discapacidades, personas con Lesiones Cerebrales, y o Personas con VIH/SIDA.

CONSIDERANDO, que el Proveedor desee presentar reclamaciones por los servicios prestados a los clientes de Cuidado de Salud y Servicios de Familia elegibles por medio de la Agencia de Exención. El proveedor está de acuerdo para permitir que la Agencia de Exención actúe en su nombre para inscribir al Proveedor como Proveedor en el Programa de Asistencia Médica de Illinois. Bajo pena de perjurio, el proveedor certifica que la información proporcionada para completar la inscripción, es correcta. La Agencia de Exención tendrá la autoridad para completar la solicitud electrónica mediante el sistema Programa Tecnología Avanzada en Nube Medicaid de Illinois (IMPACT). La Agencia de Exención mantendrá registros de inscripción del proveedor en IMPACT incluyendo, pero no se limita a, la actualizar la información, realizar cambios en la inscripción del proveedor y revalidar la información de inscripción. La Agencia de Exención tendrá la autoridad legal para ejecutar los términos y condiciones del acuerdo de la Asociación Comercial en el Sistema de Inscripción de Proveedores IMPACT.

POR LO TANTO, el proveedor está de acuerdo con las siguientes estipulaciones

1. El proveedor, en forma continua, debe cumplir con todas las disposiciones actuales y futuras como se establece en los manuales del programa que aplican / acuerdos con la Agencia Administrativa de Exención apropiada, Asistencia Médica de Illinois o Agencia de Exención, como corresponda, deberán notificar al proveedor de los cambios en los reglamentos 30 días antes de la fecha efectiva del cambio, a menos que haya una emergencia, según se define en la Ley de Procedimientos Administrativos, o el cambio es para cumplir con la ley o reglamentos del Estado o federales.
2. El proveedor deberá, en forma continua, cumplir con las normas de concesión de licencias o certificación que aplican contenidas en las leyes o regulaciones estatales.
3. El proveedor deberá cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 y los reglamentos publicados en virtud del mismo que prohíben discriminación por sexo, raza, color, origen nacional o discapacidad.
4. El proveedor deberá, en forma continua, cumplir con las normas federales indicadas en el Título XIX de la Ley Seguro Social y también con todas las leyes y reglamentos federales y estatales que aplican.
5. El proveedor facturará a la Agencia de Exención por los servicios de Asistencia Médica cubiertos; la Agencia de Exención arreglará para pagar por los servicios cubiertos por Asistencia Médica de Illinois, como se indica en la Ley del Seguro Social Sección 1902 (a) (27) y (a) (32).
6. El pago al proveedor en virtud de este acuerdo constituirá el pago completo. Cualquier pago de otros orígenes recibidos por el proveedor se indicará como un crédito y se deducirán de los cobros del proveedor.
7. El proveedor será plenamente responsable de la veracidad, exactitud e integridad de todas los reclamos de pagos presentados por vía electrónica o en papel. Además, el proveedor se compromete a revisar, estampará la firma original, conservará en sus archivos la certificación de la facturación. Cualquier reclamación o reclamaciones falsas o fraudulentas cualquier hecho material que se oculta puede ser procesado bajo las leyes federales y estatales que aplican.
8. El proveedor deberá mantener todos los registros necesarios para revelar completamente la naturaleza y el alcance de los servicios prestados a los particulares en los artículos V, VI y VII del Código de ayudas públicas. El proveedor mantendrá dichos registros durante no menos de seis (6) años a partir de la fecha de servicio o como lo requieran las leyes federales y estatales, lo que sea más largo, y se presente estos registros de acuerdo con la solicitud cuando así lo solicite Asistencia Médica de Illinois, la Agencia de Exención o sus designados. Si se inicia una auditoría de asistencia médica de Illinois o la Agencia de Exención, el proveedor deberá conservar todos los registros originales hasta que la auditoría se ha completado y todos los asuntos de auditoría se resuelvan, incluso si el período de retención se extiende más allá del tiempo necesario.

(Continúe en la siguiente página)



**ACUERDO DEL PROVEEDOR PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN**

(Acuerdo del Programa de Exención - Continuación)

9. Si no es un practicante, el proveedor deberá cumplir con las regulaciones federales que requieren revelar la apropiación y el control que se encuentra en 42 CFR parte 455, Subparte B.
10. El proveedor deberá agotar todas las otras fuentes de reembolso como lo requiere reglamento del programa de asistencia médica antes de solicitar reembolso de Asistencia Médica de Illinois.
11. El Proveedor será totalmente responsable de todo pago en exceso a Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención que puedan derivarse de la facturación del proveedor a Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención. El proveedor será responsable de notificar sin demora a la Asistencia Médica de Illinois y Agencia de Exención de todo pago en exceso de los cuales el proveedor tenga conocimiento. La Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención recuperarán los pagos en exceso por compensación, acreditando contra futuras facturaciones o exigiendo la devolución directa a la Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención.
12. No ha habido una transferencia prohibida en el interés del propietario o el proveedor, por un pariente que su participación en el programa ha sido terminada o prohibida de acuerdo a 305 ILCS 5/124.25.
13. El proveedor deberá suministrar al Programa de Asistencia Médica de Illinois o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (de aquí en adelante, "HHS") cuando lo piden, la información relacionada con las transacciones comerciales de acuerdo con 42CFR 455.105 párrafo (b). El proveedor se compromete a presentar, dentro de los 35 días después de la fecha que se solicita dicha información relacionada con transacciones comerciales, de acuerdo a 42 CFR 455.105 párrafo (b). El Proveedor se compromete a presentar, dentro de los 35 días después de la fecha de dicha solicitud hecha por el programa de Asistencia Médica de Illinois o HHS, información completa acerca de: (1) la propiedad de cualquier subcontratista con el que el proveedor ha tenido transacciones comerciales que suman más de \$ 25.000 durante el periodo de 12 meses que terminan en la fecha de la solicitud; y (2) las transacciones comerciales significativas entre el proveedor y cualquier proveedor de propiedad total o significativa entre el proveedor y sus subcontratistas, durante el período de 5 años que terminan en la fecha de la solicitud.
14. Falsificar a sabiendas u ocultar deliberadamente información sobre la solicitud de inscripción de proveedores y / o del Acuerdo de Participación, puede ser causa para la terminación de la participación en el Programa de Asistencia Médica de Illinois.
15. El Proveedor, si es un proveedor del Programa Servicios del Hogar, por las definiciones y los requisitos del 89 III Código Administrativo de la Parte 686, deberá mantener el cumplimiento de las partes aplicables del Anexo D más recientemente actualizado al acuerdo de subvención del Departamento de Servicios Humanos - (disponible en <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29741>).
16. El Proveedor (si es un hospital, asilo de ancianos, cuidados paliativos, proveedor de cuidados de salud en el hogar o proveedor de servicios de cuidados personales) deberá cumplir con los requisitos federales, que se encuentran en 42 CFR Parte 489, Subparte I, en relación con mantener el reglamento escrito y proveer información escrita a los pacientes sobre instrucciones anticipadas.

La siguiente firma certifica que el proveedor acepta todas las disposiciones como se indican en el Acuerdo del Proveedor del Programa de Exención para la participación en el programa Asistencia Médica de Illinois.

Nombre del Proveedor (Imprima Nombre Legal Completo): \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Identificador Nacional del Proveedor (NPI): \_\_\_\_\_  
 (Sólo aplica a CNA, LPN, y RN)

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota:** Este formulario solo aplica a los proveedores individuales que prestan servicio bajo Programa Servicios en el Hogar de la División Servicios de Rehabilitación.