



FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL EN EL SISTEMA IMPACT

PROVEEDOR DE DRS:
ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y FIRMADO O PUEDE SER DEVUELTO. SI NO ESTÁ SEGURO DE CÓMO RESPONDER, POR FAVOR ESCRIBA N/A EN LA SECCIÓN DE COMENTARIOS.

A: Información del Proveedor Individual (Por favor escriba con letra de molde)		(sólo para uso de oficina) Identificación de Solicitud:	
Nombre:		Apellido:	
Núm. Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Correo Electrónico:	
Ciudad:		Estado:	
Código Postal:		Condado:	
Tipo de Proveedor: PA <input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/>		Número de Licencia (LPN/RN solamente):	NPI (CNA/LPN/RN solamente):

B: Cuestionario Para Proveedores PA

	Preguntas	Sí	No	Comentarios
1.	¿Necesita pedir una fecha retroactiva o futura para inscribirse? Si es sí, para que se considere, indique la fecha requerida en el espacio para comentarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Desea indicar la fecha final de su inscripción? Si es sí, ¿cuál es la fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Está usted actualmente excluido de cualquier programa de Illinois u otro estado? Si es sí, indique el estado de la exclusión y el programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Está usted actualmente excluido de cualquier programa federal? Si es sí, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Ha tenido alguna vez una condena judicial o condena relacionada con los programas de cuidado de salud? Si es sí, indique tipo de condena y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Ha tenido una sentencia bajo cualquier ley de reclamaciones falsas? Si es sí, indique la sentencia y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Ha sido certificado o recertificado por Medicare en el último año? Si es sí, indique la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	¿Ha sido certificado por el programa de Medicaid de otro estado? Si es sí, indique el estado y la fecha efectiva de certificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	¿Ha tenido alguna vez una exclusión / inhabilitación de un programa? Si es sí, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	¿Ha tenido alguna vez una sanción monetaria civil? Si es sí, indique el tipo de sanción y fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	¿Tiene un 5% o más interés de propietario en otras entidades reembolsables por Medicaid y/o Medicare? Si es sí, escriba detalles en el paso "Añada Detalles del Propietario"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Si es una Agencia de Salud en el Hogar, DME, Medicare, Taxi, Servicios de automóvil o presta servicios de ambulancia que no son de emergencia, ¿ha completado las huellas digitales requeridas? Si es sí, indique el proveedor y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Si es empresa de Medicare, servicio de automóvil, taxi o gremio que no está registrado con la Secretaría del Estado, indique el número de registro de la secretaría del condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Si es compañía de Medicare, servicio de automóvil, taxi o gremio que no está registrado con la Secretaría del Estado, indique el núm. de registro de la secretaría del condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	¿Piensa ofrecer servicios reembolsables por medio del DoA, DCFS, DSCC, DHS / DASA, DHS/DRS, DHS/DMS, DHS/EI, DHS/DDD? Si es sí, complete el paso del "plan de Asociado MCO" en el "Business Process Wizard"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	¿Es su organización un plan de salud, Institución de Cuidado a Largo Plazo u otro proveedor aprobado para una cuenta en el portal de proveedores ABE para ayudar a las personas con la elegibilidad de los beneficios médicos? Si es sí, indique la fecha efectiva de participación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL EN EL SISTEMA IMPACT

C: Cuestionario Para Proveedores CNA / LPN / RN

	Preguntas	Sí	No	Comentarios
1.	¿Necesita pedir una fecha retroactiva o futura para inscribirse? Si es sí, para que se considere, indique la fecha requerida en el espacio para comentarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Desea indicar la fecha final de su inscripción? Si es sí, ¿cuál es la fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Está usted actualmente excluido de cualquier programa de Illinois u otro estado? Si es sí, indique el estado de la exclusión y el programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Está usted actualmente excluido de cualquier programa federal? Si es sí, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Ha tenido alguna vez una condena judicial o condena relacionada con los programas de cuidado de salud? Si es sí, indique tipo de condena y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Ha tenido una sentencia bajo cualquier ley de reclamaciones falsas? Si es sí, indique la sentencia y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Ha sido certificado o recertificado por Medicare en el último año? Si es sí, indique la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	¿Ha sido certificado por el programa de Medicaid de otro estado? Si es sí, indique el estado y la fecha efectiva de certificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	¿Ha tenido alguna vez una exclusión de un programa? Si es sí, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	¿Ha tenido alguna vez una sanción monetaria civil? Si es sí, indique el tipo de sanción y fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	¿Tiene un 5% o más interés de propietario en otras entidades reembolsables por Medicaid y / o Medicare? Si es sí, escriba detalles en el paso "Añada Detalles del Propietario".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	¿Ha tenido un acuerdo de pago de cualquier caso de negligencia, juicio o acuerdo? Si es Sí, proporcione cantidades en dólares y fechas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Si es una Agencia de Salud en el Hogar, DME, Medicare, Taxi, Servicios de automóvil o presta servicios de ambulancia que no son de emergencia, ¿ha completado las huellas digitales requeridas? Si es sí, indique el proveedor y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	¿Piensa ofrecer servicios reembolsables por medio del DoA, DCFS, DSCC, DHS / DASA, DHS/DRS, DHS/DMS, DHS/EI, DHS/DDD? Si es sí, complete el paso del "plan de Asociado MCO" en el "Business Process Wizard".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	¿Es usted un APN (enfermera anestesista titulada RN, enfermera partera, especialista enfermería clínica, enfermera especializada), o asistente del médico, y tiene un acuerdo de colaboración? Sí es sí, proporcione NPI(s) del proveedor que colabora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	¿Es usted una enfermera partera con privilegios de admisión y / o puede realizar partos en el hospital? Si es sí, indique el nombre y dirección de los centros donde usted tiene privilegios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	¿Es usted una enfermera anestesista Titulada (RN) sin un acuerdo de colaboración? Sí es sí, indique los nombres y direcciones de todos los centros dónde usted práctica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	¿Está usted especializándose y completando su residencia en psiquiatría del niño/ adolescente o en psiquiatría general? Sí es sí, indique el nombre del lugar y el tipo de su residencia psiquiátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	¿Es usted un radiólogo, hospital (ambulatorio), Centro de Imagen o un Establecimiento de Pruebas de Diagnósticos Independientes, y está participando o desea participar en un Programa de Calidad de Detección del Cáncer de Mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	¿Es usted un médico, hospital, FQHC, ERC, Clínica Medichex, RHC, Agencia de Salud en el Hogar, Agencia de Salud de la Comunidad, Departamento de Salud Certificado o una clínica basada en la Escuela y está participando o desea participar en el Programa MPE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.	¿Es su organización un plan de salud, Institución de Cuidado a Largo Plazo u otro proveedor aprobado para una cuenta en el portal de proveedores ABE para ayudar a las personas con la elegibilidad de los beneficios médicos? Si es sí, indique la fecha efectiva de participación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.	¿Está usted inscrito en el Programa- Proveedor/Clinica de Planificación Familiar Designada? Sí es sí, indique la fecha de inscripción y la agencia que dio la aprobación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23.	¿Está usted inscrito en el Programa Vacunas Para Niños (VFC) y tiene una especialidad o subespecialidad aparte de OB,OB/GYN? Sí es sí, indique la fecha de inscripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	