| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**  Division of Medicaid Services 42 CFR 431.107 & 42 CFR 438.602(b)  F-00180CS (05/2024) | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acuerdo de Proveedor del Programa de Medicaid de Wisconsin y Reconocimiento de lOS TÉRMINOS de Participación** WISCONSIN MEDICAID PROGRAM PROVIDER AGREEMENT AND ACKNOWLEDGEMENT OF TERMS OF PARTICIPATION PARA AGENCIAS O PERSONAS PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE EXENCIÓN La Ley Federal requiere que los Centros de servicios de Medicare y Medicaid, Department of Health and Human Services, llenen este formulario en virtud del Code of Federal Regulations 42 CFR 431.107. | | | | |
| Nombre del proveedor (a máquina o en letra de molde: debe coincidir exactamente con el nombre utilizado en todos los demás documentos.) | | | Número de teléfono | |
| Dirección – Calle | Ciudad | | Estado | Código postal |
|  | | | | |
| El proveedor de servicios de exención basado en el hogar y la comunidad mencionado anteriormente en virtud del programa Medicaid de Wisconsin, en lo sucesivo denominado "el proveedor", acepta y reconoce por la presente lo siguiente:   1. Proporcionar únicamente los artículos o los servicios autorizados por la organización de cuidado administrado o el programa IRIS. 2. Aceptar el pago de la organización de cuidado administrado o del programa IRIS como pago total por los artículos o servicios proporcionados. 3. No hacer reclamos ni solicitar cargos adicionales por los artículos o servicios proporcionados. 4. Reembolsar cualquier sobrepago a la organización de cuidado administrado o al programa IRIS. 5. Mantener todos los registros necesarios para informar el alcance de los servicios proporcionados de acuerdo con el tipo de negocio del proveedor. 6. Proporcionar información sobre los artículos o los servicios proporcionados cuando lo solicite la organización de cuidado administrado, el programa IRIS o el Departament of Health Services (DHS) o quien este designe. 7. Cumplir con todas las demás leyes, reglamentaciones y políticas estatales y federales aplicables relacionadas con la prestación de servicios de exención basados en el hogar y la comunidad en virtud del programa Medicaid de Wisconsin, incluida la ley de verificación de antecedentes del cuidador. 8. Políticas y procedimientos de confidencialidad de Medicaid: mantener la confidencialidad de todos los registros u otra información relacionada con el estado de cada participante como participante de la exención y los artículos o servicios que el participante recibe del proveedor. 9. Respetar y cumplir el derecho del participante de la exención en relación con el derecho a negarse a recibir medicamentos y tratamientos, así como a otros derechos que la ley estatal y federal le otorgan al participante. 10. Políticas y procedimientos de prevención de fraudes de Medicaid (incluida la conservación de los registros): mantener los registros necesarios para informar el alcance de los servicios prestados a los participantes de la exención **por un período de** **diez (10) años** y proporcionar, a solicitud del Department of Health Services, el Department of Health and Human Services federal o a la Unidad de control de fraudes contra Medicaid estatal, cualquier información relacionada con los servicios prestados y los pagos reclamados por el proveedor por prestar servicios en virtud del programa Medicaid de Wisconsin. Este requisito incluye la conservación de todos los registros y los documentos de acuerdo con los términos previstos por Wis. Admin. Code § DHS 106.02(a)-(d); (f)-(g). 11. El proveedor se compromete a cumplir con los requisitos de divulgación de 42 CFR Part 455, Subpart B, según estén vigentes o puedan ser modificados. Para cumplir con dichos requisitos y abordar los conflictos de intereses reales o potenciales que puedan influir en la prestación del servicio, entre otras cosas, el proveedor deberá proporcionar por escrito a la organización de cuidado administrado y, a solicitud, al Departamento: 12. Los nombres y direcciones de todos los proveedores de medicamentos, suministros médicos o transporte, u otros proveedores en los que tenga una participación mayoritaria o propiedad;   b) Los nombres y direcciones de todas las personas que tienen una participación mayoritaria en relación con el proveedor;  c) Si alguna de las personas mencionadas en cumplimiento de las letras (a) y (b) anteriores está relacionada con algún propietario o con una persona con una participación mayoritaria, como cónyuge, padre, hijo o hermano;  b) Los nombres y direcciones de todos los subcontratistas que han realizado transacciones comerciales con el proveedor;  e) La identidad de cualquier persona mencionada en cumplimiento de las letras (a) y (b) anteriores, que haya sido condenada por un delito penal relacionado con la participación de dicha persona en cualquier programa de Medicare, Medicaid o los programas de servicios del Title XX desde la creación dichos programas.   1. Proporcionar al DHS información de identificación, incluyendo nombre, especialidad, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, identificador nacional de proveedor (NPI) (si cumple los requisitos para un NPI), número de identificación federal del contribuyente y licencia o certificación estatal para fines de inscripción en el programa estatal de Medicaid. 2. Incluir su NPI (si cumple los requisitos para un NPI) en todos los reclamos presentados bajo el programa de Medicaid. 3. Cumplir con los requisitos de las directivas anticipadas en 42 CFR Part 489, Subpart I. 4. Abstenerse de influir en una persona para que no se inscriba o se dé de baja de otra organización de cuidado administrado o del programa IRIS. | | | | |
| **No se pueden aceptar ni se acetarán modificaciones de este acuerdo. Cualquier alteración de este acuerdo anula y deja sin efecto la firma del Department of Health Services. Este acuerdo no es transferible ni asignable.** | | | | |
| **Nombre** – Solicitante (a máquina o en letra de molde) | | | | |
| **FIRMA** – Proveedor | | Fecha de la firma | | |
|  | |  | | |
|  | | | | |
| **FOR DMS USE ONLY (DO NOT WRITE BELOW THIS LINE)** | |  | | |
| **SIGNATURE** – Department of Health Services | | Date Signed | | |
| Black text on a white background  Description automatically generated with medium confidence | | 05/29/2024 | | |