

Paquete de inscripción para proveedores

¡Bienvenido a autodirección (Self-Direction)! Este paquete contiene todos los formularios que necesita para inscribirse como proveedor y comenzar a prestar servicios. No se le pagarán los servicios hasta que haya completado y devuelto los siguientes formularios:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario de información para proveedores | <input type="checkbox"/> Factura de millaje del proveedor |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo con el proveedor | <input type="checkbox"/> Formulario W-9 del IRS |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de pago del proveedor | <input type="checkbox"/> Acuerdo de depósito directo |
| <input type="checkbox"/> Formulario de atestación del DHS | <input type="checkbox"/> Factura sin hoja de salario |
| <input type="checkbox"/> Apéndice de transporte del proveedor (opcional) | <input type="checkbox"/> Licencia comercial o de servicios |

Envíe los formularios cumplimentados por fax, correo electrónico o correo postal a Conduent a la dirección indicada a continuación:

Fax: 866.302.6787
Correo electrónico:
docprocessing@conduent.com
Dirección postal:
P.O. Box 27460
Albuquerque, NM 87125-7460

Para obtener el pago por los bienes o servicios prestados, se debe completar un formulario de solicitud de pago del proveedor y enviarlo a Conduent para su pago, junto con una copia de una factura, antes de la fecha límite de presentación del programa. En este paquete encontrará una copia del calendario de pagos.

Como agencia con estado fiscal 1099 o contratista independiente, a los proveedores no se les retendrá ningún impuesto de su pago. Los proveedores reciben un 1099 del IRS si cumplen el umbral del IRS para recibir un 1099, que se envían por correo el 31 de enero. El plazo de entrega es de dos semanas.

Si necesita ayuda, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente Consolidado llamando al 1.800.283.4465. Debido a las normas de privacidad, el servicio de atención al cliente puede ver limitada la información que podemos facilitar sobre el afiliado.

¡Estaremos encantados de atenderle!

CALENDARIO DE PAGOS A PROVEEDORES - 2025

Programa Autodirigido de Nuevo México

Las solicitudes de pago/facturas DEBEN ser recibidas por Conduent	Pagos realizados por Palco	Las solicitudes de pago/facturas DEBEN ser recibidas por Conduent	Pagos efectuados por Palco
SABADO	VIERNES	SABADO	VIERNES
Fecha de Inicio	Fecha Final	Fecha Límite	Pagado El
Diciembre 28, 2024	Enero 10, 2025	Julio 5, 2025	Julio 18, 2025
Enero 4, 2025	Enero 17, 2025	Julio 12, 2025	Julio 25, 2025
Enero 11, 2025	Enero 24, 2025	Julio 19, 2025	Agosto 1, 2025
Enero 18, 2025	Enero 31, 2025	Julio 26, 2025	Agosto 8, 2025
Enero 25, 2025	Febrero 7, 2025	Agosto 2, 2025	Agosto 15, 2025
Febrero 1, 2025	Febrero 14, 2025	Agosto 9, 2025	Agosto 22, 2025
Febrero 8, 2025	Febrero 21, 2025	Agosto 16, 2025	Agosto 31, 2025
Febrero 15, 2025	Febrero 28, 2025	Agosto 23, 2025	Septiembre 5, 2025
Febrero 22, 2025	Marzo 7, 2025	Agosto 30, 2025	Septiembre 12, 2025
Marzo 1, 2025	Marzo 14, 2025	Septiembre 6, 2025	Septiembre 19, 2025
Marzo 8, 2025	Marzo 21, 2025	Septiembre 13, 2025	Septiembre 26, 2025
Marzo 15, 2025	Marzo 28, 2025	Septiembre 20, 2025	Octubre 3, 2025
Marzo 22, 2025	Abril 4, 2025	Septiembre 27, 2025	Octubre 10, 2025
Marzo 29, 2025	Abril 11, 2025	Octubre 4, 2025	Octubre 17, 2025
Abril 5, 2025	Abril 18, 2025	Octubre 11, 2025	Octubre 24, 2025
Abril 12, 2025	Abril 25, 2025	Octubre 18, 2025	Octubre 31, 2025
Abril 19, 2025	Mayo 2, 2025	Octubre 25, 2025	Noviembre 7, 2025
Abril 26, 2025	Mayo 9, 2025	Noviembre 1, 2025	Noviembre 14, 2025
Mayo 3, 2025	Mayo 16, 2025	Noviembre 8, 2025	Noviembre 21, 2025
Mayo 10, 2025	Mayo 23, 2025	Noviembre 15, 2025	Noviembre 28, 2025
Mayo 17, 2025	Mayo 30, 2025	Noviembre 22, 2025	Diciembre 5, 2025
Mayo 24, 2025	Junio 6, 2025	Noviembre 29, 2025	Diciembre 12, 2025
Mayo 31, 2025	Junio 13, 2025	Diciembre 6, 2025	Diciembre 19, 2025
Junio 7, 2025	Junio 20, 2025	Diciembre 13, 2025	Diciembre 26, 2025
Junio 14, 2025	Junio 27, 2025	Diciembre 20, 2025	Enero 2, 2026
Junio 21, 2025	Julio 3, 2025	Diciembre 27, 2025	Enero 9, 2026
Junio 28, 2025	Julio 11, 2025	Enero 3, 2026	Enero 16, 2026

¡Los retrasos y los errores pueden dar lugar a retrasos en los pagos!

2025 Cierre de Oficinas

Día de Año Nuevo – Miércoles, 1 de Enero*
 Día de Martin Luther King, Jr. - Lunes, 20 de Enero
 Día de los Presidentes- Lunes, 17 de Febrero
 Día de los Caídos (Memorial Day) - Lunes, 26 de Mayo*
 Día de la Liberación (Juneteenth Day) - Jueves, 19 de Junio
 Día de la Independencia - Viernes, 4 de Julio*

Día del Trabajo - Lunes, 1 de Septiembre*
 Día de C. Colón – Lunes, 13 de Octubre
 Día de los Veteranos: - Martes, 11 de Noviembre
 Acción de Gracias - Jueves-Viernes, 27-28 de Noviembre*
 Navidad - Miércoles-Jueves, 24-25 de Diciembre*

Instrucciones para los formularios de proveedores

Por favor, llene los siguientes formularios para inscribirse como proveedor de Palco. Utilice las instrucciones y la lista de comprobación que figuran a continuación como guía durante el proceso. Todas las áreas resaltadas en amarillo en los siguientes formularios deben ser completadas.

- El formulario de **configuración de nuevo proveedor** se utiliza para configurar el proveedor para los pagos de Palco.
 - Llene todos los campos de la sección Información del proveedor.
 - Seleccione la opción correspondiente al tipo de servicios de proveedor que se prestarán.

- El **Acuerdo de proveedor de servicios** resume las responsabilidades del proveedor. Complete, firme y feche los campos resaltados en el formulario.
 - Llene el recuadro de Información del proveedor en la parte superior del formulario.
 - El consumidor/empleador debe firmar y fechar en la parte inferior del formulario.
 - Firme y feche en la parte inferior del formulario.

- El **formulario W-9 del IRS** proporciona a Palco la información requerida, según la normativa del IRS.
 - Llene la casilla 1 con su nombre tal y como aparece en su declaración de la renta.
 - Escriba el nombre de su Empresa en la Casilla 2 (si es diferente de la Casilla 1).
 - Haga la selección correspondiente en la Casilla 3.
 - Seleccione la Casilla 4 si procede.
 - Llene la Casilla 5 y la Casilla 6 con su dirección completa.
 - Cumplimente la casilla 7 con su número de cuenta (opcional).
 - Escriba su Número de Identificación Fiscal (NIF) en las casillas correspondientes de la Parte 1.
 - Firme y feche la parte inferior del formulario.

- El **Acuerdo de Selección de Pago y Autorización de Depósito Directo** nos autoriza a pagarle mediante transferencia electrónica de fondos
 - Seleccione una opción de Tipo de solicitud en la parte superior del formulario.
 - Complete todos los campos de la sección Información de la cuenta.
 - Adjunte una de las siguientes formas de documentación de validación:
 - ✓ Un cheque anulado (no cheques provisionales ni resguardos de ingreso).
 - ✓ Una carta mecanografiada de su banco en papel con membrete del banco con su nombre, número de cuenta y número de ruta.
 - ✓ Si se trata de una tarjeta de prepago, envíe un extracto de la compañía que indique que la tarjeta está activada y registrada. Este extracto debe llevar impreso su nombre. Por lo general, puede entrar en el sitio web de la compañía de la tarjeta e imprimir este formulario, o si compra su tarjeta prepago directamente a un banco, éste puede facilitarle la documentación necesaria. **Una copia de tu tarjeta NO es documentación válida.**
 - Firme y feche la parte inferior del formulario.



Formulario de información para proveedores

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Nombre completo (Primer nombre, Segundo nombre, Apellidos):		Identificación de Medicaid o Palco:	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
Nombre	Nombre FEIN o # SS del beneficiario		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto	Número de teléfono	Correo electrónico	
Tipo de pago: <input type="checkbox"/> Cheque en papel <input type="checkbox"/> EFT (Si selecciona esta opción, adjunte un acuerdo de autorización de depósito directo)			
<input type="checkbox"/> Se requiere un formulario W-9 para todos los proveedores; se adjunta el formulario.			

Por favor, describa los servicios que su agencia prestará y facturará:

Envíe este formulario por correo electrónico a: docprocessing@conduent.com o por fax al 1.866.302.6787.

Acuerdo de proveedor

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR	
Nombre del proveedor	FEIN/SSN/ID
Número de teléfono	

Marque la casilla correspondiente para indicar el propósito de la presentación de este formulario.

- Nuevo proveedor
- Cambio de tarifa del proveedor

Fecha de entrada en vigor del cambio de tarifa _____

La agencia proveedora/vendedora/contratista está contratada con el miembro/EOR de Autodirección y trabaja bajo la dirección del miembro/EOR. La agencia proveedora/vendedora/contratista y el miembro/EOR deben seguir las políticas descritas a continuación. Este Acuerdo debe ser firmado y el miembro/EOR de Autodirección y la agencia proveedora/vendedora/contratista deben guardar una copia. Envíe el Acuerdo firmado a Conduent, el Agente de Gestión Financiera (FMA) de Autodirección.

RELACIÓN DEL PROVEEDOR/VENDEDOR/CONTRATISTA CON MEDICAID

Actualmente soy un proveedor participante en Medicaid. SÍ NO

En caso afirmativo, soy un proveedor participante en Medicaid al corriente de pago. SÍ NO

En caso negativo, explique _____

ID del proveedor en Medicaid (si procede) _____

Según 8.314.6.7 NMAC y 8.308.12 K. NMAC, una Persona Legalmente Responsable (LRI, por sus siglas en inglés) se define como cualquier persona que tiene el deber bajo la ley estatal de cuidar a otra persona. Esta categoría incluye típicamente: el padre (biológico, legal o adoptivo) de un niño menor de edad; el tutor de un niño menor de edad que debe proporcionar cuidado al niño; o un cónyuge. Se debe obtener la aprobación de la MCO/Estado para que se pague a un LRI por prestar servicios de Autodirección.

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------

PARA TODOS LOS PROVEEDORES/CONTRATISTAS

¿Es el vendedor/contratista legalmente responsable del miembro de Autodirección?

- SÍ NO

Contratará o subcontratará la agencia proveedora a una persona que sea legalmente responsable del afiliado y que luego prestará el/los servicio/s al afiliado?

- SÍ NO

Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, indique el nombre de la persona legalmente responsable que prestará el/los servicio(s) al afiliado y marque la casilla que mejor describa la relación de la persona con el afiliado.

Nombre _____

- Padre o madre (biológico, legal o adoptivo) del afiliado menor de edad
 Tutor del afiliado menor de edad
 Cónyuge del afiliado

Si la persona que presta el/los servicio(s) es una Persona Legalmente Responsable (LRI) del afiliado, la aprobación de la MCO/Estado para ser proveedor remunerado debe presentarse junto con el acuerdo de Agencia Proveedora/Vendedora/Contratista. Si la persona va a ser proveedor de más de un servicio, la aprobación de la MCO/Estado debe presentarse para cada servicio.

Pago (el código de servicio, la tarifa y la cantidad deben estar aprobados en el presupuesto del miembro). La agencia proveedora/proveedor/contratista será compensada por los servicios a la siguiente tarifa:

Código de servicio (del presupuesto de Autodirección) _____

Tarifa por unidad de facturación (especifique la unidad de facturación) \$ _____ por _____

Código de servicio adicional (si es necesario) _____

Tarifa por unidad de facturación (especifique la unidad de facturación) \$ _____ por _____

*** Tenga en cuenta que este acuerdo debe volver a presentarse para cualquier cambio de tarifa o código de servicio. Actividades** (Describa exactamente las tareas que se llevarán a cabo):

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------

Duración del acuerdo

Este Acuerdo entrará en vigor cuando ambas partes lo firmen. Cualquiera de las partes podrá rescindir el presente Acuerdo para los servicios previstos en el mismo en cualquier momento y sin responsabilidad por ello, notificándolo a la otra parte con una antelación mínima de cinco (5) días, salvo en caso de urgencia. La notificación podrá realizarse verbalmente o por escrito. Es responsabilidad del proveedor y del Miembro/EOR (o su representante autorizado) notificar esta rescisión comunicándolo al Centro de Llamadas de Conduent al 1-800-286-4465

Modificación del Acuerdo

El presente Acuerdo podrá ser modificado por acuerdo de ambas partes. La modificación del Contrato requerirá que usted presente un nuevo Contrato a Conduent, y deberá incluir la aprobación previa para garantizar que el presupuesto pueda respaldar los cambios propuestos. *Deberá entregar a Conduent copias firmadas de todos los nuevos acuerdos antes de que se pueda realizar cualquier cambio en las tarifas, unidades, etc.* Los cambios en las tarifas NO se realizarán con carácter retroactivo. Conduent debe recibir el acuerdo con el proveedor al menos 15 días antes de la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio de tarifa. Si se produce un aumento en la tarifa, la nueva tarifa deberá ser aprobada en el presupuesto del afiliado.

Programación de la Agencia Proveedora/Vendedora/Contratista

Si la agencia proveedora/proveedor/contratista no puede prestar los servicios a la hora programada, deberá avisar al miembro de Autodirección/EOR con al menos horas _____ de anticipación. Un cambio de horario por parte de la agencia proveedora/vendedora/contratista o del miembro de Autodirección/EOR deberá ser programado con al menos horas de antelación. En caso de emergencia, la agencia proveedora/vendedora/contratista notificará al miembro de Autodirección/EOR o a otra persona designada. Dicha persona será identificada con antelación, por escrito. Si la agencia proveedora/vendedora/contratista va a llegar tarde a sabiendas, notificará por teléfono al miembro de Autodirección/EOR, o al representante designado.

Calificaciones, Deberes y Políticas de la Agencia Proveedora/Vendedora/Contratista.

La agencia proveedora/vendedora/contratista acepta por la presente los deberes y políticas que se especifican a continuación. Las calificaciones, obligaciones y políticas de la agencia/proveedor/contratista incluyen, entre otras, las siguientes:

1. La agencia prestadora/proveedor/contratista atestigua (confirma) que ella y/o su personal/trabajadores reúnen las calificaciones mínimas, incluida una licencia o certificado vigentes, según corresponda, para prestar los servicios que exige el Programa de Autodirección y que se describen en los reglamentos del Programa de autodirección (8.314.6 NMAC u 8.308.12 NMAC y 8.314.7 Exención de apoyos NMAC) y en las Normas de servicio del Programa de Autodirección.
 - a. La agencia proveedora/proveedor/contratista certifica que su personal/trabajadores tienen números de seguro social válidos y están autorizados a trabajar en los Estados Unidos.
 - b. Todas las licencias, credenciales y otros documentos requeridos de la agencia proveedora y el contratista independiente deben estar disponibles para su revisión por parte de Conduent o el estado, según se solicite, durante la vigencia de este acuerdo.
 - c. Las Agencias prestadoras y los contratistas independientes deben mantener archivada en todo momento una copia de las licencias profesionales y/o comerciales y/o credenciales profesionales vigentes.

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------

2. La agencia proveedora/proveedor/contratista se compromete a asistir al miembro de Autodirección mediante la prestación de los servicios y la realización de las actividades acordadas con el miembro de Autodirección/EOR, según su presupuesto aprobado, y el Plan de Servicio Individual (ISP) de la Exención por Apoyo, o el Plan de Servicio y Apoyo (SSP) de Mi Vía.
3. El personal de la agencia proveedora/proveedor/contratista tiene las habilidades requeridas para proveer los servicios y realizar las actividades acordadas con el miembro/EOR de Autodirección, de acuerdo con su presupuesto aprobado, y el Plan de Servicio Individual (ISP) de Exención de Apoyos, o el Plan de Servicio y Apoyo (SSP) de Mi Vía.
4. El personal de la agencia proveedora/proveedor/contratista que preste servicios directos habrá completado y superado una comprobación de antecedentes penales de acuerdo con la normativa del Departamento de Salud/División de Mejora de la Salud DOH/DHI. **La verificación de antecedentes penales es obligatoria.**
 - a. Las agencias proveedoras son responsables de realizar la verificación de antecedentes penales de todo su personal. Todo el personal debe haber superado dicha verificación antes de prestar servicios directos al afiliado. La confirmación debe estar disponible para Conduent y el estado para su revisión según se solicite, durante la vigencia de este acuerdo.
 - b. Si el personal de la agencia o el contratista independiente tiene una licencia profesional, como un enfermero o terapeuta certificado, su consejo de licencias ya ha realizado una verificación de antecedentes. No es necesario que hagan otra para la autodirección.
 - c. Si un proveedor o contratista independiente no tiene licencia profesional y está sujeto a la Ley de investigación de antecedentes penales de cuidadores, deberá realizar una verificación de antecedentes a través de Conduent. La verificación de antecedentes para proveedores es exactamente igual al proceso para empleados. Estos proveedores/contratistas deben recibir la autorización de Conduent antes de poder comenzar a prestar servicios al afiliado.
 - d. El personal de cualquier agencia, proveedor o contratista que no haya completado una verificación de antecedentes penales debe ser empleado o contratado de manera provisional (temporal) a la espera de los resultados de la verificación de antecedentes penales. Debe completarse una comprobación de antecedentes del Registro Consolidado en Línea (COR) antes de prestar cualquier servicio directo (aunque sea de forma provisional o temporal). La prueba de que la verificación de antecedentes penales está en proceso debe estar archivada en la agencia antes de que el miembro del personal preste cualquier servicio directo, y debe estar disponible para Conduent y el estado para su revisión según se solicite.
5. Toda la documentación de calificación (información requerida) debe ser completada por la agencia/proveedor/contratista y archivada por la agencia/proveedor/contratista antes y durante la prestación de los servicios. Las licencias y/u otros requisitos de calificación deben verificarse antes de que se presten los servicios y se efectúe el pago. Conduent puede solicitar información adicional, como un cuestionario sobre la naturaleza de los servicios, para determinar si un proveedor/contratista propuesto cumple los criterios de clasificación.
6. La agencia prestadora/vendedora/contratista reconoce y entiende que los fondos disponibles para el pago están autorizados por la Exención autodirigida de Medicaid de Nuevo México antes de que se presten los servicios. El pago a la agencia prestadora/vendedora/contratista solo se realizará según lo autorizado por Autodirección y una vez que se envíe un **Formulario de solicitud de pago y una factura completos** a Conduent (de acuerdo con los procedimientos de pago).
7. El personal de la agencia proveedora/proveedor/contratista sólo prestará servicios dentro del monto de pago, cantidad y duración autorizados, ya que no serán pagados por el Estado de Nuevo México por servicios prestados en exceso (sobre) del monto autorizado.

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------

8. El miembro pagará cualquier servicio prestado por encima de la cantidad autorizada (como se
9. documenta en el presupuesto aprobado) a la agencia proveedora/proveedor/contratista.
10. No se pagará a la agencia proveedora/vendedora/contratista por servicios no prestados.
11. El pago de los servicios podrá efectuarse en forma de cheque o mediante depósito directo. La agencia proveedora/proveedor/contratista puede cambiar su preferencia de pago en cualquier momento, sujeto a los procesos y plazos descritos en el Acuerdo de Depósito Directo y las instrucciones asociadas.
12. La agencia proveedora/proveedor/contratista acepta que retendrá, según corresponda, y pagará todos los impuestos federales sobre la renta, Medicare, Seguridad Social, estatales y locales de Nuevo México (según corresponda) que se adeuden en relación con el/los servicio(s) prestado(s).
13. El pago de los servicios prestados por la agencia/proveedor/contratista proviene de fondos federales y estatales. Cualquier reclamación, declaración, documento u ocultación falsa de hechos materiales será perseguida conforme a las leyes federales y estatales aplicables.
14. Una agencia proveedora/vendedora/contratista que presta servicios se considera un proveedor de Medicaid y debe documentar los servicios y mantener la documentación según lo establecido en los Reglamentos del Programa de Autodirección (8.314.6.12 NMAC, 8.314.7 Apoyos a la exención NMAC (Supports Waiver NMAC) u 8.308.12 NMAC).
15. En caso de enfermedad, emergencia o incidente que impida a la agencia proveedora/vendedora/contratista prestar los servicios programados al miembro de Autodirección, la agencia proveedora/vendedora/contratista se compromete a notificar al miembro/EOR tan pronto como sea posible y de la manera acordada por ambas partes, según se describe en el presente Contrato.
16. La agencia proveedora/vendedora/contratista se compromete a participar en la formación y/u orientación, si así lo solicita el miembro/EOR de Autodirección, en la prestación de los servicios objeto del presente acuerdo.
17. La agencia prestadora/proveedor/contratista se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información relativa al miembro/participante de Autodirección, en cumplimiento de la ley HIPAA y otras leyes federales y estatales, y a respetar la privacidad del miembro de Autodirección.
18. La agencia prestadora/proveedor/contratista comprende que es contratada por el miembro/EOR de Autodirección y no por el Estado de Nuevo México o Conduent.
19. La agencia de proveedores/vendedora/contratista, sus empleados, los empleados de sus clientes, funcionarios, directores, accionistas, subcontratistas y agentes no son empleados del miembro/ EOR, el Estado de Nuevo México, Conduent o sus subcontratistas. La agencia prestadora/vendedora/contratista acepta que presta servicios al miembro como contratista independiente del miembro/participante/EOR, y que no existirá ninguna relación empleador/empleo entre el miembro/EOR, Conduent o sus subcontratistas y la agencia prestadora/vendedora/contratista relacionada con los servicios que se prestan en virtud de este acuerdo.
20. La tergiversación del tiempo trabajado, los servicios prestados y/u otra información relacionada se considera fraude. Si el miembro de Autodirección/EOR o la agencia proveedora/vendedora/contratista tergiversa información voluntaria o intencionalmente, este acuerdo puede ser rescindido (*terminado*) y el miembro de Autodirección/EOR o proveedor será referido a la Unidad de Fraude de Medicaid del HSD.

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------

21. La agencia proveedora/proveedor/contratista atestigua (confirma) que han revisado los Estándares y Regulaciones de Servicios de Mi Vía, o el Manual de Pólizas de Cuidado Administrado de Centennial Care, como aplican a los servicios que están proveyendo y están de acuerdo en proveer estos servicios de acuerdo con las reglas del programa.
22. La agencia proveedora/vendedora/contratista atestigua que ellos están en conformidad con los requisitos de reportar establecidos en el ABUSO, NEGLIGENCIA, EXPLOTACION, Y MUERTE REPORTANDO, ENTRENANDO, Y REQUISITOS RELACIONADOS PARA LAS REGULACIONES DE PROVEEDORES DE LA COMUNIDAD (7.1.14 NMAC)
23. El proveedor acepta que utilizará el sistema prescrito de verificación electrónica de visitas (EVV) para determinados servicios, tal como lo exigen la Ley 21st Century Cures y Medicaid de NM.

Responsabilidades del miembro/EOR de Autodirección

1. El miembro de Autodirección, el EOR o su representante acuerdan proporcionar orientación a la agencia/vendedor/contratista del proveedor en la prestación de los servicios solicitados por el miembro de Autodirección/EOR y autorizados en el Plan de Servicios y Apoyo y el presupuesto aprobados del miembro, así como la capacitación y el monitoreo del presupuesto.
2. El miembro de Autodirección, el EOR o su representante aceptan establecer un cronograma de mutuo acuerdo para los servicios de la agencia proveedora/proveedor/contratista, ya sea verbalmente o por escrito.
3. El miembro de Autodirección, el EOR, o su representante, acuerdan notificar adecuadamente (con la debida antelación) los cambios en los servicios programados a la agencia proveedora/vendedora/contratista en caso de circunstancias imprevistas o emergencias, pero no se puede garantizar dicha notificación.
4. Queda prohibida la tergiversación de horarios, servicios, personas y/u otra información. Si el miembro/EOR de Autodirección o la agencia/proveedor/contratista tergiversa información a sabiendas, el miembro/participante puede perder la opción de participar en el programa de Autodirección.
5. El miembro de Autodirección/EOR, o su representante, es responsable de asegurar que se efectúen los pagos a las agencias proveedoras/vendedoras/contratistas por los servicios prestados.
6. El miembro de Autodirección/EOR entiende que en cualquier momento, la agencia proveedora/vendedora/contratista puede cambiar su preferencia de pago de cheque a depósito directo sujeto a los procesos y plazos descritos en el Acuerdo de Depósito Directo y las instrucciones asociadas.
7. El miembro de Autodirección, el EOR o su representante entienden que si se produce un conflicto sobre los servicios prestados, incluyendo pero no limitado al tipo, cantidad o duración, es responsabilidad del miembro de Autodirección/EOR resolverlo directamente con el proveedor del servicio siguiendo las leyes de Nuevo México que rigen dichos conflictos.
8. El miembro de Autodirección, el EOR o su representante, no pueden recibir dinero en efectivo, dinero de reembolso, o devolver bienes por dinero en efectivo por cualquier servicio o bienes pagados a través de la Exención de Medicaid Autodirigida de Nuevo México. Los miembros que hagan arreglos para recibir reembolsos o rebajas por la devolución no autorizada de bienes o servicios podrán ser dados de baja del programa de Exención por Autodirección.

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------

Responsabilidades mutuas

Las partes acuerdan seguir los reglamentos, las políticas y los procedimientos de la Exención de Medicaid autodirigida de Nuevo México, incluidos los procesos de inscripción y pago establecidos por Conduent, la FMA de Autodirección, los Reglamentos de Autodirección (8.314.6 NMAC, 8.314.7 Apoyos a la exención NMAC (Supports Waiver NMAC) u 8.308.12 NMAC) y las Normas de servicio o la Política de atención administrada de Centennial Care. El organismo/proveedor/contratista y el miembro/EOR de Autodirección acuerdan eximir de responsabilidad, liberar y eximir para siempre al Estado de Nuevo México, a Conduent y a sus subcontratistas de toda reclamación y/o daños y perjuicios que pudieran surgir de cualquier acción u omisión del organismo/proveedor/contratista o del miembro/EOR de Autodirección.

El miembro/participante/EOR y la agencia proveedora/vendedora/contratista deben firmar a continuación para comenzar una relación de servicio a través de este programa. Al firmar, la agencia proveedora/vendedora/contratista y el miembro/EOR aquí mencionado verifican todas las calificaciones y aceptan los deberes, responsabilidades y políticas que se describen en este Acuerdo.

Firma del miembro/empleador

Fecha

Firma de la Agencia Proveedora/Vendedora/Contratista

Fecha

Nombre del participante	Nombre del proveedor
-------------------------	----------------------



FORMULARIO DE ATESTACIÓN DE PROVEEDOR AUTODIRIGIDO REGLAMENTO FINAL DE LOS CMS PARA HCBS

Lea el siguiente resumen de los requisitos del reglamento final de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para los proveedores de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS).

Cualquier proveedor de HCBS residencial o no residencial, que ofrezca servicios de autodirección en un entorno en el que las personas vivan y/o reciban HCBS, debe cumplir los siguientes requisitos del reglamento final de los CMS:

- 1) Los proveedores deben garantizar que los entornos se integren y apoyen el pleno acceso de las personas a la comunidad en general, lo cual incluye:
 - Proporcionar oportunidades para buscar empleo y trabajar en entornos integrados competitivos, participar en la vida comunitaria y controlar los recursos personales; y
 - Garantizar que las personas reciban servicios en la comunidad, con el mismo grado de acceso que las personas que no reciben HCBS.
- 2) Los proveedores deben asegurarse de que la persona elija entre opciones de entorno que incluyan entornos no específicos para la discapacidad y opciones de unidad privada en un entorno residencial. El entorno del proveedor debe contar con planes de servicio centrados en la persona que documenten las opciones basadas en las necesidades y preferencias del individuo. Para los entornos residenciales, el plan centrado en la persona debe documentar las opciones disponibles para alojamiento y comida.
- 3) Los proveedores deben garantizar los derechos de la persona a la intimidad, la dignidad y el respeto, así como a no sufrir coacciones ni restricciones.
- 4) Los proveedores deben garantizar que los entornos optimicen la iniciativa, la autonomía y la independencia individuales a la hora de tomar decisiones vitales, incluidas, entre otras, las actividades diarias, el entorno físico y con quién relacionarse.
- 5) Los proveedores deben garantizar que los entornos faciliten la elección individual con respecto a los servicios y apoyos, y la elección con respecto a quién los proporciona.
- 6) Los proveedores deben garantizar la protección del inquilino, la privacidad y la autonomía de las personas que reciben HCBS y que no residen en su propio hogar privado (o familiar).

Como proveedor de HCBS inscrito en Medicaid, usted está obligado a garantizar que se cumplan todos los aspectos del reglamento final. **HSD/MAD recomienda que lea el reglamento final de CMS en el Registro Federal en el siguiente enlace para revisar los detalles de los requisitos del reglamento final de CMS:**

https://www.federalregister.gov/documents/2016/10/04/2016-23503/medicare-and-medicaid-programs-reform-of-requirements-for-long-term-care-facilities?utm_campaign=subscription%20mailing%20list&utm_source=federalregister.gov&utm_medium=email

Certifico que he leído atentamente el resumen de los requisitos para los Servicios a Domicilio y en la Comunidad que figura más arriba y los Requisitos del Reglamento Final de los CMS en el Registro Federal en el enlace proporcionado más arriba. Certifico que mi organización/proveedor cumple o cumplirá antes del 17 de marzo de 2022 los requisitos del Reglamento Final de los CMS publicados en el Registro Federal.

Adicionalmente, certifico que mi organización/entidad proveedora seguirá cumpliendo con los Requisitos del Reglamento Final de los CMS publicados en el Registro Federal.

(EL PROVEEDOR SOLICITANTE DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO DE DECLARACIÓN).

Información sobre el miembro/participante

Nombre del miembro/participante: _____

Fecha de nacimiento del miembro/participante: _____

Empleador de registro del miembro/participante: _____

Información del proveedor (proveedor o empleado)

Nombre impreso: _____

Título/Posición: _____

Número de Seguro Social/Identificación Fiscal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

APÉNDICE DEL ACUERDO CON EL PROVEEDOR LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

Exención de Medicaid por autodirección

Este formulario SÓLO es necesario en el caso de que conducir al miembro sea su función laboral o forme parte de sus tareas asignadas.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN

Todas las personas que proporcionen servicios de transporte de cualquier tipo a un participante de Autodirección deben poseer las siguientes calificaciones:

- **Poseer una licencia de conducir válida de Nuevo México**
- **Tener por lo menos 18 años de edad**
- **Estar libre de impedimentos físicos o mentales que pudieran afectar adversamente el desempeño al conducir**
- **No tener condenas por conducir en estado de ebriedad (DWI) o accidentes imputables (con culpa) en los dos años anteriores**
- **Poseer una póliza de seguro y una matrícula del vehículo en vigor**

Doy fe de que he verificado que mi proveedor de transporte posee cada una de estas calificaciones. (Llene y firme con tinta).

Nombre impreso del empleador

Firma del empleado

Fecha

Por favor adjunte a este formulario copias de los siguientes documentos del proveedor (vendedor) mencionado arriba:

- **Licencia de conducir válida de Nuevo México**
- **Póliza de seguro vigente**
- **Registro actual del vehículo**

Estos documentos son necesarios para verificar si el proveedor está calificado para realizar servicios de transporte dentro del programa de Autodirección. Sin estos documentos, el transporte no puede ser proporcionado.

Solicitud de Pago al Proveedor

Por favor, llene todos los campos correspondientes para que se envíe el pago a un proveedor por los servicios autorizados en el Plan de Apoyo Individual (ISP). NO utilice su propio dinero para pagar a los proveedores, Conduent NO puede reembolsárselo. El pago se generará en el siguiente ciclo de nómina de acuerdo con el Cronograma de nómina, después de que Conduent haya procesado este formulario, lo que puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Antes de enviar esta solicitud, asegúrese de que el proveedor haya presentado toda la documentación necesaria para inscribirse en Conduent. Los formularios de solicitud de pago inicial del proveedor deben enviarse para el pago dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del servicio para cumplir con los requisitos de presentación oportuna. Los VPR iniciales enviados pasados los noventa (90) días desde la fecha del servicio se denegarán por no cumplir los requisitos de puntualidad de Medicaid.

REFERENCIA

***Por favor, escriba un número de referencia único para el seguimiento de esta solicitud en la casilla de arriba.**

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE				
Nombre completo	ID de Medicaid	Período presupuestario aprobado		
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR				
Nombre completo		FEIN o # SS del beneficiario		
Dirección del proveedor		Ciudad, Estado, Código postal:		
INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO				
Fecha del servicio	Código de procedimiento	Descripción y explicación del servicio	Importe (incluidos todos los impuestos)	Factura adjunta*.
			\$	<input type="checkbox"/>

*DEBE adjuntarse una factura detallada. Las facturas sólo deben incluir los artículos incluidos en las solicitudes de reembolso de exenciones.

¿Se trata de una corrección de un VPR anterior? SÍ NO

El artículo que se adquiere, ¿es un EMOD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sólo para modificaciones medioambientales (EMOD)	<input type="checkbox"/> Primer plazo <input type="checkbox"/> Segundo plazo <input type="checkbox"/> Trabajo completado

Instrucciones especiales:

Al firmar este formulario, doy fe de que el proveedor está cualificado para prestar este servicio. También atestiguo que los servicios se prestaron y recibieron de acuerdo con el Plan de Apoyo Individual.

Firma del empleador

Fecha

ADJUNTE UNA FACTURA DEL PROVEEDOR CON ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO. NO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON FECHA FUTURA.

Teléfono: 1.800.283.4465 Fax: 1.866.302.6787
Correo electrónico: docprocessing@conduent.com
CONDUENT
P.O. Box 27460
Albuquerque, NM 87125-7460



Instrucciones para el formulario de solicitud de pago a proveedores

Por favor, llene el siguiente formulario para que se envíe el pago a un proveedor por los servicios autorizados en el Plan de apoyo individual (ISP)/Plan de servicio y apoyo (SSP). Los empleadores de los registros (EOR) no deben utilizar su propio dinero para pagar a los proveedores, Conduent no puede reembolsar a los empleadores.

El pago se generará en el siguiente ciclo de nóminas de acuerdo con el calendario de nóminas publicado, después de que Conduent haya procesado este formulario, lo que puede tardar hasta cinco (5) días hábiles. Antes de enviar esta solicitud, asegúrese de que el proveedor indicado a continuación haya presentado correctamente toda la documentación necesaria para inscribirse en Conduent. Los formularios de solicitud inicial de pago a proveedores (VPR) deben enviarse para el pago dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha del servicio para cumplir con los requisitos de presentación oportuna. Las solicitudes iniciales de pago a proveedores que se presenten pasados los noventa (90) días desde la fecha del servicio serán denegadas por no cumplir los requisitos de puntualidad de Medicaid.

- **# de referencia:** Utilice este campo para indicar un número de referencia correspondiente a la factura del proveedor o su propio número de referencia exclusivo que pueda utilizar para realizar el seguimiento del pago. Este campo no es obligatorio, pero se recomienda encarecidamente.
- **Información del participante:**
 - Nombre completo: Escriba el nombre legal completo del beneficiario del servicio.
 - ID de Medicaid: Escriba el número de identificación de Medicaid del beneficiario del servicio.
 - Periodo de presupuesto aprobado: Escriba el intervalo de fechas del presupuesto del participante.
- **Información del proveedor:**
 - Nombre completo: Escriba el nombre completo o la razón social del proveedor.
 - FEIN o SS#: Escriba el número de identificación legal del proveedor, como el número de identificación patronal federal o el número del seguro social.
 - Dirección del vendedor: Escriba la dirección del vendedor o de la empresa.
- **Información sobre el pago:**
 - Fecha del servicio: La fecha en que se prestaron los servicios, formato: MM/DD/AAAA.
 - Código de procedimiento: El código de servicio del plan de servicios (ejemplo: T1999).
 - Descripción y explicación del código de servicio: Un resumen del servicio (ejemplo: teléfono móvil).
 - Importe: Importe en dólares que se solicita por este servicio, incluidos los impuestos aplicables. Este importe debe coincidir con el importe de la factura adjunta.
 - Factura adjunta: Marque la casilla para indicar que ha adjuntado una factura.
- **¿Se trata de una corrección de un VPR anterior?**
 - Indique Sí/No si se trata de una corrección de algo que ya ha enviado.
- **¿Se trata de un EMOD?**
 - Indique Sí/No si este pago está relacionado con un servicio de Modificación Ambiental.
 - En caso afirmativo, elija si se trata del primer plazo, del segundo plazo o del trabajo completado.
- **Firma / Fecha**
 - Firma legal del empleador y fecha

No olvide adjuntar una factura del proveedor con el formulario de solicitud de pago cuando lo envíe. No se aceptarán facturas con fecha futura. En la parte inferior del formulario de solicitud de pago a proveedores encontrará instrucciones sobre dónde presentar su solicitud de pago a proveedores.

Factura de millaje del proveedor

¿Se trata de una corrección de una factura de millaje ANTERIOR? SÍ NO

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE		
Nombre completo	ID	Programa/Plan
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR		
Nombre completo	Nº de licencia de conducir	Nº de placa
Año del vehículo	Modelo del vehículo	Código de servicio:

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO			
Fecha	Destino (desde/hasta)	Propósito del viaje	Millaje del odómetro
			Inicio _____ Fin _____ Millas _____
			Inicio _____ Fin _____ Millas _____
			Inicio _____ Fin _____ Millas _____
			Inicio _____ Fin _____ Millas _____
			Inicio _____ Fin _____ Millas _____
			Inicio _____ Fin _____ Millas _____
SUBTOTAL (Millas)			
TOTAL DE MILLAS x \$ _____(por milla)			\$

Certifico que esta factura es verdadera y correcta.

Firma del conductor _____

Fecha _____

Certifico que el viaje solicitado está aprobado en el Plan/Presupuesto de Servicios y Apoyo del afiliado/participante, y que se han verificado la licencia de conducir, el seguro y el registro del vehículo.

Firma del conductor

Fecha

Por favor, tome nota de que, de acuerdo con los requisitos de presentación puntual de Medicaid, las solicitudes de pago deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la prestación del servicio.

Envíe este formulario cumplimentado a Conduent

Fax: 866.302.6787
Email: docprocessing@conduent.com

**Correo electrónico:
P.O. Box 27460
Albuquerque, NM 87125-7460**

Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

► Visite www.irs.gov/FormW9SP para obtener las instrucciones y la información más reciente.

Entregue el formulario al solicitante. No lo envíe al IRS.

Escriba en letra de molde o a máquina. Vea Instrucciones Específicas en la página 3.	1 Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco.	
	2 Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba.	
	3 Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal de la persona cuyo nombre se indica en la línea 1. Marque solo uno de los siguientes 7 encasillados:	
	<input type="checkbox"/> Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Fideicomiso/caudal hereditario <input type="checkbox"/> Cía. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ► _____	
	Nota: Marque el encasillado correspondiente en la línea anterior de la clasificación tributaria de la LLC de un solo miembro. No marque LLC si la LLC está clasificada como una de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, a menos que el dueño sea otra LLC que no es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. De lo contrario, vea las instrucciones en la página 3.	
	<input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ► _____	
	4 Exenciones (los códigos aplican solo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4):	Código de beneficiario exento (si alguno) _____ Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____ <i>(aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)</i>
5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite). Vea las instrucciones.	Nombre y dirección del solicitante (opcional)	
6 Ciudad, estado y código postal (ZIP)		
7 Anote el (los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional)		

Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, este es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I, más adelante. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, más adelante.

Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1. Vea también **Nombre y número que se le debe dar al solicitante** para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.

Número de Seguro Social											
				-			-				
o											
Número de identificación del empleador											
			-								

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

- El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
- No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) estoy exento de la retención adicional o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
- Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los EE.UU. (definido después) y
- El (Los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

Instrucciones para la certificación. Tiene que tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones para la Parte II, más adelante.

Firme Aquí

Firma de la persona de los EE.UU. ►

Fecha ►

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos futuros. Si desea obtener información sobre los más recientes acontecimientos que afectan al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones, tales como legislación promulgada después de que estos se han publicado, visite www.irs.gov/FormW9SP.

Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés), número de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones informativas incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

Selección de Pago y Autorización de Depósito Directo - Proveedores

¿CÓMO DESEA QUE SE LE PAGUE?	
Selección de pago: (marque sólo una casilla)	
<input type="checkbox"/> Cheque en papel	<input type="checkbox"/> Deposito directo

Tipo de Solicitud (marque uno):

- Configuración de cuenta nueva Cambio en cuenta existente Cancelación

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO		
Nombre completo del titular de la cuenta		ID o 4 últimos del SSN
Institución financiera	Número de ruta	Número de cuenta
Tipo de cuenta (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros		

OBLIGATORIO. Se adjunta la siguiente documentación validadora:

- Cheque anulado con el nombre del titular de la cuenta impreso en el cheque.
El cheque no puede ser un cheque temporal.
O
- Documentación oficial de la entidad financiera en la que figure el nombre del titular de la cuenta, la cuenta y el número de ruta, incluidas las cartas de los bancos.

Autorizo a Palco, Inc. a iniciar depósitos y entradas de débito con el fin de corregir un depósito erróneo en la cuenta aquí indicada. En caso de que Palco no pueda iniciar entradas de débito, autorizo el reembolso a Palco de las cantidades que se me adeuden en el futuro. Entiendo que Palco no es responsable de ningún retraso o pérdida de fondos debido a información incorrecta o incompleta suministrada por mí o por mi institución financiera o debido a un error por parte de mi institución financiera al depositar fondos en mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad verificar la acreditación de fondos por parte de mi institución financiera antes de iniciar débitos contra mi cuenta. Entiendo los riesgos de compartir una cuenta con otros, incluyendo mi empleador o trabajador. Palco no se responsabiliza de ningún cargo en el que incurra por parte de mi institución financiera. Cualquier cambio en mi cuenta debe ser presentado a Palco inmediatamente. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Palco haya recibido la cancelación por escrito en tiempo y forma que permita a Palco y a todas las instituciones financieras apropiadas una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Envíe este formulario a Conduent por correo electrónico, fax o correo postal. Correo electrónico::

docprocessing@conduent.com

Fax: 866-302-6787

Correo postal: PO Box 27460 Albuquerque, NM 87125-7460

Factura del participante/Autodirección: Agencia Proveedor/Contratista (Sin Hoja de Tiempo)
FAX: 1-866-302-6787 CORREO ELECTRÓNICO: CONDUENT, PO Box 27460, Albuquerque, NM 87125
CORREO ELECTRÓNICO: docprocessing@conduent.com

Proveedor Agencia/Contratista _____ ¿Se trata de una corrección de una factura ANTERIOR? Sí No

Fecha de la factura (mm/dd/aaaa) _____ Total de la factura \$ _____ (debe coincidir con el total de \$ a continuación)

Nombre del miembro/participante: _____ Fecha de nacimiento del miembro/participante: _____

Fecha	Código de servicio	Horas por Día*	Tarifa por Hora*	Tarifa por unidad**	# de Unidades**	Cargo total	¿Qué servicios se prestaron? Sea específico.	¿Miembro presente?
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
								<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Total de horas			Total de unidades/importe			\$		

*Las horas se introducen para cualquier servicio que se preste por horas.

** Una "UNIDAD" se define como un servicio que se presta como un solo artículo (cada uno), por 15 minutos, diariamente, mensualmente, por milla o visita/sesión

Firma del proveedor: _____ Fecha _____

<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>	<i>Ejemplo</i>
Fecha	Código SVC	Hrs por día	Tarifa por hora	Tarifa por unidad	Unidad es por día	Importe total	¿Qué servicios se prestaron? Especifique.	¿Miembro presente?
04-25-11	S9470	4	12 00			\$48 00	Nutritional Counseling (Asesoramiento nutricional)	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
04-2 -11	T2049			0 34	50	\$17 00	0ileage to tKe Fommunit\ Fenter and EaFN Kome	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
04-27-11	T2033			25 00	1	\$25 00	Customized n-Home Living Support (n-Ayuda a domicilio personalizada)	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Horas totales		4	Total de unidades		51	\$90.00		

Este formulario DEBE adjuntarse al formulario de Solicitud de pago a proveedores (VPR) para todos los servicios.