

Lista de verificación para proveedores

Revalidación de proveedores de cuidados a largo plazo

¿Está listo para comenzar el proceso de renovación de su inscripción en Wisconsin Medicaid?

Los proveedores de cuidados a largo plazo (long-term care, LTC) para adultos que prestan servicios en el hogar y la comunidad (home and community-based services, HCBS) pueden utilizar esta lista de verificación como guía durante el proceso de revalidación con Wisconsin Medicaid en el [Portal de ForwardHealth \(el Portal\)](https://forwardhealth.wi.gov) (forwardhealth.wi.gov).

¡Le brindaremos orientación en cada paso del recorrido!

Recordatorios:

1 ForwardHealth utiliza el término “revalidación” para referirse al proceso de confirmar que su información es correcta y renovar su inscripción en Wisconsin Medicaid. Después de la revalidación, conservará el mismo ID de proveedor.

2 Debe revalidar su inscripción cada tres años.

Recursos

- Consulte el video de capacitación sobre la revalidación de la inscripción de proveedores de la Exención de LTC para adultos en la página de [Capacitaciones del Portal](https://forwardhealth.wi.gov/WIPortal/cms/page/trainings/home) (forwardhealth.wi.gov/WIPortal/cms/page/trainings/home). La capacitación también está disponible como [PDF descargable](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/pdf/Adult_LTC_Revalidation_Training_Handout.pdf.spage) (https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/pdf/Adult_LTC_Revalidation_Training_Handout.pdf.spage).
- Llame a Servicios para Proveedores de ForwardHealth al 800-947-9627, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del centro (CT), si tiene preguntas sobre la inscripción o las políticas. Para obtener más información, visite el [Manual en línea de ForwardHealth](https://forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx) (forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx) y busque el tema de Servicios para Proveedores n.º 23489 ingresando el número del tema en el campo de **Búsqueda**.
- Llame a la Mesa de Ayuda del Portal al 866-908-1363, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., hora del centro (CT), si tiene preguntas técnicas sobre las funciones del [Portal](https://forwardhealth.wi.gov) (forwardhealth.wi.gov), incluidas las cuentas, los registros, las contraseñas y los envíos.

Revalidación de proveedores de cuidados a largo plazo para adultos

Instrucciones paso a paso

Recopilar información

Una vez que comience, deberá completar la solicitud de revalidación en su totalidad. ForwardHealth recomienda que tenga a mano la siguiente información y documentación al verificar la información requerida en el Portal:

- Cualquier información sobre propietarios o participaciones de control relacionada con la agencia proveedora. Consulte el [Manual en línea](http://forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx) (forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx), y busque el tema n.º 14317, "Terminology to Know for Provider Enrollment" (Terminología que debe conocer para la inscripción de proveedores), para obtener las definiciones de propiedad o participación de control.
- Información de divulgación sobre condenas penales e interrupciones correspondiente a propietarios y empleados con funciones de gestión.

Complete su solicitud de revalidación

Información para comenzar la revalidación

1. Vaya al [Portal](http://forwardhealth.wi.gov) (forwardhealth.wi.gov).
2. Inicie sesión en su cuenta segura del Portal para Proveedores de ForwardHealth.
3. Seleccione el enlace **Revalidate Your Provider Enrollment** (Revalidar su inscripción como proveedor).
4. Ingrese su **NPI¹ o Provider ID, ZIP Code** (NPI¹ o ID de proveedor, código postal y su número) de **Número de Seguro Social o Tax ID** (número de identificación fiscal) para iniciar sesión en la solicitud de revalidación. Haga clic en **Search** (Buscar).
5. Seleccione de la **Provider List** (Lista de proveedores) al proveedor cuya revalidación está realizando. Haga clic en **Next** (Siguiente).
6. Lea las **instructions** (instrucciones) y haga clic en **Next** (Siguiente).
7. Confirme que sus **LTC Waiver Service(s)** (Servicios de Exención de LTC) sean correctos. Haga clic en **Next** (Siguiente).
8. Confirme que los **LTC Waiver Program(s)** (Programas de Exención de LTC) para los que presta servicios sean correctos. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Nota: Si necesita actualizar sus servicios de Exención de LTC o sus programas de Exención de LTC, realice los cambios a través de la página **Update Adult LTC Waiver Service(s) or Program(s)** (Actualizar servicios o programas de la Exención de LTC para adultos) de su

cuenta segura del Portal para Proveedores una vez que haya completado la revalidación.

9. Confirme que su **Type of Business** (tipo de empresa) sea correcto: empresa con único propietario, sin fines de lucro, con fines de lucro, de responsabilidad limitada, gubernamental o sociedad. Haga clic en **Next** (Siguiente).
10. Si corresponde, confirme la información adicional sobre los tipos de empresa de propietario único y entidad gubernamental. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Dirección y otros datos

1. Confirme que la **Practice Location Mailing Address** (dirección postal del lugar de práctica) sea correcta. Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. Confirme que la **Mailing Address** (dirección postal) y la **Email Address** (dirección de correo electrónico) sean correctas. Haga clic en **Next** (Siguiente).
3. Confirme si está inscrito en **Medicare** o en **Medicaid o CHIP² en un estado distinto de Wisconsin**. Haga clic en **Next** (Siguiente).
4. Confirme que la **Financial Information (información financiera), incluida la información fiscal y la dirección postal para el formulario 1099**, sea correcta. Haga clic en **Next** (Siguiente).
5. Si corresponde, confirme si desea aparecer en el **Provider Directory** (Directorio de proveedores). Haga clic en **Next** (Siguiente).

6. Confirme los **Provider Directory Details** (detalles de su Directorio de proveedores). Haga clic en **Next** (Siguiente).
7. Confirme que los **County** (condados) y las **Tribes** (tribus) a los que presta servicios sean correctos. Haga clic en **Next** (Siguiente).
8. Confirme que las cifras correspondientes a sus **Medicaid Service Provider** (proveedores de servicios de Medicaid) y **Medicaid Member Counts** (miembros de Medicaid) sean correctas. Haga clic en **Next** (Siguiente).
9. Confirme que su(s) **State License(s)** (licencia(s) estatal(es)) sea(n) correcta(s). Haga clic en **Next** (Siguiente).
10. Confirme que sus otras **Other License Credential Certification(s)** (licencias, credenciales o certificaciones) sean correctas. Puede actualizar estos documentos más adelante en la solicitud mediante la pantalla **Upload Files** (Subir archivos). Haga clic en **Next** (Siguiente).

Divulgación de condenas penales e información de antecedentes

1. Persona física o propietario único: Llene todos los campos de la **Background Information Disclosure** (Divulgación de información de antecedentes) y del **Background Information Disclosure Addendum** (Anexo de la Divulgación de información de antecedentes), si corresponde. Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. Responda "Sí" o "No" a las preguntas sobre **Criminal Conviction/Termination Disclosures** (Declaración de condenas penales y rescisiones). Haga clic en **Next** (Siguiente).
3. Proporcione información detallada sobre divulgación de condenas penales y rescisiones, si corresponde. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Información sobre propietarios, participaciones de control y administradores

Nota: Si ha cambiado cualquier información relacionada con la propiedad de su entidad, presente una solicitud de Cambio de Propiedad (Change of Ownership, CHOW). Encontrará más información en la página [Change in Ownership](#) (Cambio de Propiedad) del Portal (www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Certification/EnrollmentCriteria.aspx?topic=142).
No llene su solicitud de revalidación.

1. Persona física: Confirme si tiene alguna **Owner/Control Interest in Other Health Care Providers** (participación de propiedad o control en otros proveedores de atención médica). Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. Persona física: Proporcione información adicional sobre las entidades declarantes en el panel **Owner/Control Interest in Other Health Care Providers—Details** (Participación de propiedad o control en otros proveedores de atención médica: Detalles). Haga clic en **Next** (Siguiente).
3. Organización: Confirme si tiene alguna **Owner/Control Interest in Applicant** (participación de propiedad o control en el Solicitante). Haga clic en **Next** (Siguiente).
4. Organización: Confirme cualquier **Owner/Control Interest Relationships** (relación de propiedad o control). Haga clic en **Next** (Siguiente).
5. Organización: Proporcione información adicional sobre la(s) organización(es) en el panel **Owner/Control Interest in Applicant—Disclosing Organization(s) Detail** (Participación de propiedad o control en el Solicitante: Detalles de la(s) organización(es) declarante(s)). Haga clic en **Next** (Siguiente).
6. Confirme la información sobre **Managing Employee** (Administración de empleados). La fecha de vigencia debe ser la fecha en que el empleado con funciones de gestión comenzó a desempeñar ese cargo. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Declaración jurada y Acuerdo

1. Revise la(s) declaración(es) jurada(s) correspondiente(s), marque todas las casillas, firme y coloque la fecha. Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. **Suba los archivos**, si corresponde.
3. A continuación, revise el **LTC Waiver Provider Agreement** (Acuerdo para Proveedores de la Exención de LTC) y confirme que acepta las declaraciones expresadas en el Acuerdo. Haga clic en **Submit** (Enviar).

Información final

1. **Imprima los documentos de revalidación** para guardarlos o cree una copia impresa. ForwardHealth no puede recuperar los documentos de revalidación por usted. Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. En la pantalla **Revalidation Application Submitted** (Solicitud de revalidación enviada), guarde el **Application Tracking Number (ATN)** (Número de seguimiento de la solicitud) como referencia.

Espere la decisión sobre su revalidación

ForwardHealth normalmente le notificará el estado de su revalidación dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud completa, aunque el proceso puede tardar hasta 60 días hábiles.

Puede hacer un seguimiento del estado de su solicitud de revalidación en el portal ingresando su ATN en la herramienta de [búsqueda de seguimiento de inscripciones](http://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Provider/EnrollmentTracking.aspx) en (www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Provider/EnrollmentTracking.aspx). Verá la información actualizada sobre el estado de su solicitud y si ya se ha tramitado o si se ha devuelto para solicitar más información.

Si se aprueba su solicitud, recibirá una carta de aprobación de la revalidación en la dirección postal indicada en su solicitud.

Es posible que ForwardHealth necesite documentación adicional para procesar su solicitud. De ser así, le enviaremos una carta informándole qué documentación se necesita. Deberá proporcionar la información solicitada por correo postal dentro de los 30 días hábiles.

Si se rechaza su solicitud, recibirá una carta con el motivo del rechazo.

¹Identificador Nacional de Proveedor

²Programa de Seguro Médico para Niños