

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.