



SOMOS LA RED DE PROVEEDORES DE:



Formulario de Divulgación de Información del Proveedor y Certificación de Re-credencialización

Autorizo a **International Medical Card**, a consultar con administradores hospitalarios, miembros de la facultad medica de hospitales, compañías aseguradoras, organizaciones de cuidado dirigido, el Banco Nacional de Datos de Proveedores-NPDB (“National Practitioner Data Bank”), y a otras personas y entidades para obtener información relacionadas a mi cualificaciones profesionales, trasfondo histórico, habilidades, competencias e historial profesional.

Consiento que se le divulgue a IMC de toda información relevante a la evaluación de mis cualificaciones, incluyendo información sobre acciones disciplinarias, acciones de mala práctica y/o cualquier otra información que pueda ser considerada confidencial o privilegiada.

Autorizo a IMC a divulgar esta información, a agencias reguladoras tanto estatales como federales.

Relevo e indemnizo a IMC y/o todas las entidades y personas que están proveyendo información sobre mi a IMC de cualquier y toda reclamación relacionada a la divulgación de dicha información, siempre y cuando dicha (s) parte (s) estaban actuando de buena fe y sin malicia al momento de evaluar mi solicitud y de tomar cualquier decisión relacionada a mi solicitud y status de credencialización.

Entiendo que tengo el peso y la responsabilidad de proveer información adecuada y completa a IMC, que refleje mis cualificaciones profesionales. Entiendo y acuerdo que cualquier información falsa u omisión material en esta solicitud, constituirá justa causa para el rechazo de mi solicitud y/o cancelación sumaria de mi participación como proveedor participante en todas las redes contratadas con IMC.

Si la información sometida en esta solicitud sufre cualquier cambio material, que haga que dicha información sea incorrecta e incompleta y/o que afecte mi status profesional, entiendo y acuerdo que es mi obligación notificar a IMC dentro de los próximos 10 días de dicho cambio. El no hacerlo, puede constituir justa causa para el rechazo de mi solicitud y/o cancelación sumaria de mi participación como proveedor participante en todas las redes contratadas con IMC.

Además acuerdo que la decisión del Comité de Credencialización de IMC es final y firme y relevo al plan, sus oficiales, accionistas, empleados, agentes, consultores y a los miembros del comité de credencialización de toda y/o cualquier reclamación y responsabilidad.

Con mi firma, certifico que la información sometida en mi solicitud inicial es completa y precisa y me comprometo a someter la información requerida para sustentar esta solicitud. El que subscribe, de esta manera certifica que la información solicitada es cierta, correcta y completa en todos los aspectos. El que subscribe además entiende que el sometimiento de información falsa o significativamente engañosa y la retención de información relevante es justa causa para la cancelación de mi contrato con IMC.

_____/_____/_____
Nombre del Proveedor (Letra de Molde) Fecha de Nacimiento NPI

_____/_____/_____
Firma del Proveedor Fecha

La información sometida en el paquete ha sido revisada y se considera completa para presentación.

_____/_____/_____
Nombre del Especialista de Credencialización Firma del Especialista de Credenciales Fecha

