

29 de diciembre de 2023

Carta Informativa
PRO-I-2023-12-05

**A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE FHC
CONTRATADOS PARA PROVEER SERVICIOS A LOS AFILIADOS DE MCS CLASSICARE,
PLANES SUSCRITOS POR MCS ADVANTAGE, INC.**

Planes MCS Classicare 2024

Saludos de parte de FHC of Puerto Rico, Inc. (FHC). Este año, MCS Classicare continúa proveyendo una *Salud Completa*. Ofrecen planes con beneficios nuevos y mejorados para apoyar a los proveedores en el cuidado clínico que brindan a sus pacientes. Cuentan con excelentes beneficios médicos, dentales y de farmacia, además de otros servicios que apoyan la calidad de vida de sus pacientes.

A continuación, le detallamos los procesos y requisitos aplicables a los beneficios de salud mental que forman parte de los planes de MCS Classicare, establecidos en la Evidencia de Cubierta que reciben los afiliados.

Esta carta será publicada en la página de Internet de FHC a través del enlace www.fhcsaludmental.com. Todos los anejos a los que haremos referencia en esta comunicación estarán disponibles únicamente a través de la versión digital de esta carta durante la primera semana de enero 2024.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A. Requisitos de precertificación

El proceso de precertificación de FHC se realizará enviando la Solicitud de Precertificación vía facsímil al 1.866.464.0928 o llamando al 1.800.760.5691. El personal clínico del Departamento de Revisión de Utilización opera en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

1. Servicios de cuidado de salud mental en el hogar o residencia

- a. Servicios de cuidado de salud mental en el hogar se refiere a servicios proporcionados a un paciente en su residencia. El hogar puede definirse como una residencia privada, alojamiento temporal o alojamiento a corto plazo (por ejemplo, hotel, campamento, albergue o crucero). También puede ser un centro de vida asistida, un hogar grupal o asilo de ancianos o un centro de atención de custodia.
- b. El proveedor de servicios de cuidado de salud mental debe presentar justificación para ofrecer servicios de salud mental en el hogar al paciente.
- c. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de cuidado de salud mental en el hogar o en la residencia debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:

- El paciente demuestra sintomatología consistente con el DSM-5, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá a la intervención terapéutica.
 - Debido al estado físico y/o mental del paciente, no ha sido capaz de acceder a servicios en la comunidad.
 - El plan de tratamiento identifica claramente los tipos de servicios y las intervenciones necesarias como parte del servicio de salud mental en el hogar.
 - Para que los servicios psicológicos de psicoterapia sean médicamente necesarios, el paciente debe tener la capacidad para participar activamente de todas las terapias ofrecidas. Tratamientos experimentales no están cubiertos. Pacientes con limitaciones cognitivas como personas psicóticas con pensamiento desorganizado, con trastornos neurocognitivos moderados/severos, entre otros, no se consideran aptos para psicoterapia.
- d. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición y seleccionará el código de servicio sin contar el tiempo de viaje a la residencia del paciente. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

2. Servicios de tratamiento de terapia electroconvulsiva (ECT) a nivel agudo, de continuidad y mantenimiento

- a. El proveedor de servicios de salud mental debe presentar una certificación de necesidad médica que establezca la justificación para que el paciente reciba servicios de salud mental.
- b. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de ECT debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
- El paciente demuestra sintomatología consistente con el DSM-5, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá al tratamiento en este nivel.
 - El paciente presenta unos síntomas severos los cuales no han respondido o no pueden ser tratados con intervenciones terapéuticas de primera línea.
 - El plan de tratamiento identifica claramente los tipos de servicios y las intervenciones necesarias como parte del servicio de salud mental en este nivel de cuidado y se establece un plan de continuidad con cada sesión.
- c. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición.
- d. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

3. Servicios de pruebas neuropsicológicas

- a. Para administrar las pruebas neuropsicológicas el proveedor de servicios de salud mental debe haber evaluado al afiliado y presentar una certificación de necesidad médica que establezca la justificación para administrar las pruebas.
- b. Para solicitar una evaluación neuropsicológica clínica inicial, el proveedor de servicios de salud mental debe presentar un referido de un neurólogo o un psiquiatra donde se exprese la razón clínica por la cual se necesitan las pruebas. (Referidos de otros médicos podrían aceptarse en circunstancias especiales).
- c. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de pruebas neuropsicológicas debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
- Referido de un neurólogo o un psiquiatra donde se exprese la razón clínica por la cual se necesitan las pruebas.
 - Descripción de cómo, basado en el resultado de las pruebas, hay altas probabilidades de impactar el manejo médico del paciente ya sea por confirmación o delineación de un diagnóstico, o para proveer información útil para el diagnóstico, plan de tratamiento, pronosis, o calidad de vida.
 - Identificación clara de los tipos de pruebas, tiempo y las intervenciones necesarias con metas específicas para las cuales se administrará la prueba.

- d. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición.
- e. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

4. Servicios para programa residencial

- a. El proveedor de servicios de salud mental debe presentar una certificación de necesidad médica que establezca la justificación para que el paciente reciba servicios de salud mental.
- b. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de un programa residencial debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
 - El individuo tiene un diagnóstico de un trastorno severo de consumo de sustancias, según el DSM-5.
 - El individuo es capaz de funcionar con cierta independencia para poder participar en actividades estructuradas en un entorno grupal.
 - Hay evidencia de que no es probable que un nivel de cuidado menos restrictivo proporcione un tratamiento seguro y eficaz.
 - Hay historial de recaídas periódicas y/o múltiples episodios fallidos de tratamiento, incluyendo claramente las intervenciones ofrecidas y la falta de adherencia previa y la pobre respuesta al tratamiento.
 - El individuo sufre de una enfermedad psiquiátrica grave, incontrolada, co-ocurrente o perturbación conductual grave que interfiere con su capacidad para participar con éxito en un nivel de atención menos restrictivo.
 - El ambiente de vida del individuo es tal que su capacidad para lograr con éxito la abstinencia se ve seriamente comprometida por:
 - un entorno familiar que incluya a otros familiares/personas significativas que se opongan activamente a los esfuerzos de tratamiento, o
 - un ambiente doméstico que incluya a otras personas familiares/personas significativas que estén activamente involucradas en su propio abuso de sustancias.
 - El funcionamiento social, familiar u ocupacional del individuo está gravemente deteriorado por el consumo de sustancias, de manera que la mayoría de sus actividades diarias giran en torno a la obtención, el uso y la recuperación del abuso de sustancias.
 - El individuo ha demostrado una incapacidad repetida para controlar sus impulsos para usar sustancias ilícitas y está en riesgo inminente de causar daño (médico o conductual) a sí mismo o a otros. Esto es de tal gravedad que requiere monitoreo/apoyo/intervención las 24 horas.
 - No hay ninguna de las siguientes situaciones:
 - síntomas de abstinencia potencialmente mortales
 - síntomas de abstinencia actuales que impiden la participación activa en el tratamiento
 - impedimentos médicos o psiquiátricos que impiden la participación activa en el tratamiento
- c. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición.
- d. Luego de la precertificación, el Departamento de Revisión de Utilización evaluará los servicios de tratamiento residencial en revisión concurrente con una frecuencia determinada.
- e. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

5. Tratamiento ambulatorio intensivo de salud mental

- a. El proveedor de servicios de salud mental debe presentar una certificación de necesidad médica que establezca la justificación de recibir servicios de salud mental.
- b. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios ambulatorio intensivo de salud mental debe cumplir con las condiciones, según se indican a continuación:

- El paciente demuestra sintomatología consistente con el DSM-5, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá al tratamiento en este nivel.
 - El paciente está demostrando dificultades en su funcionamiento como consecuencia de un trastorno psiquiátrico, evidenciadas por:
 - El individuo muestra un deterioro de leve a moderado en su capacidad para llevar a cabo actividades sociales, familiares, escolares y/o laborales.
 - El individuo es capaz de emplear las habilidades de afrontamiento necesarias para continuar con la mayoría de las actividades diarias de rutina.
 - Los recursos del paciente le permiten obtener un tratamiento seguro y efectivo en este nivel de cuidado.
 - El plan de tratamiento identifica claramente los tipos de servicios y las intervenciones necesarias como parte del servicio de salud mental en este nivel de cuidado.
- c. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición.
- d. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

B. Servicio para el manejo de la adicción a opioides

El servicio de tratamiento intensivo ambulatorio no requiere precertificación. El proveedor de servicios de salud mental, si identifica la necesidad médica que establezca la justificación para que el paciente reciba los servicios, debe referir directamente a las facilidades contratadas o llamando al 1.800.760.5691 para la asistencia con la coordinación.

Para coordinar los servicios de tratamiento asistido por medicamentos para el manejo de la adicción a opioides, debe enviar una solicitud vía facsímil al 1.866.464.0928 o llamar al 1.800.760.5691.

C. Servicios de hospitalización parcial

1. El servicio de hospitalización parcial no requiere precertificación.
2. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de salud de hospitalización parcial debe cumplir con las condiciones, según se indican a continuación:
 - El paciente demuestra sintomatología consistente con el DSM-5, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá al tratamiento en este nivel.
 - El nivel de severidad del paciente no puede ser manejado en un nivel menos restrictivo de cuidado evidenciado por fallo a tratamiento ambulatorio y/o la condición; de no ser tratada en este nivel, podría resultar en una hospitalización aguda.
 - Los recursos del paciente le permiten obtener un tratamiento seguro y efectivo en este nivel de cuidado.
 - El plan de tratamiento identifica claramente los tipos de servicios y las intervenciones necesarias como parte del servicio de salud mental en este nivel de cuidado.
3. FHC autorizará las unidades de servicios en revisión retrospectiva, según lo amerite su condición.
4. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

Para su referencia, en los siguientes anejos encontrará el resumen de beneficios ofrecidos a los afiliados de MCS Classicare de acuerdo con el plan:

- ✓ [Anejo A – Resumen de Beneficios Planes Classicare 2024 Libre Selección FHC](#)
- ✓ [Anejo B – Resumen de Beneficios Planes Classicare 2024 Grupal FHC](#)
- ✓ [Anejo C – Resumen Beneficios Planes Classicare Platino 2024 FHC](#)

D. Servicios con requisito de precertificación

Los requisitos de precertificación para los planes de MCS Classicare 2024 serán efectivos el 1 de enero de 2024. Cada año, las listas con categorías de servicios que requieren precertificación varían de acuerdo con el modelo de acceso de los planes. Las listas están publicadas en la página de Internet de FHC a través del enlace www.fhcsaludmental.com y están disponibles como anejos a la versión digital de esta carta. Para su referencia, detallamos la información que encontrará en cada anejo:

- ✓ [Anejo D – Requisitos de Preautorización para Planes MCS Classicare - Modelo Libre Selección 2024](#)
- ✓ [Anejo E – Requisitos de Preautorización para Planes MCS Classicare - Modelo Cuidado Coordinado 2024](#)

Nota: Estos anejos pueden ser actualizados durante el año, por lo que, le exhortamos a que visite frecuentemente nuestra página web www.fhcsaludmental.com para revisar esta información. Los criterios clínicos utilizados en la evaluación de las preautorizaciones están disponibles mediante solicitud previa contactándonos vía facsímil al 1.866.464.0928 o por teléfono al 1.800.760.5691.



E. Cantidad máxima de pago de su bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés)

Los afiliados acogidos a un plan Medicare Advantage tienen establecido un límite de dinero que tienen que pagar cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare, conforme al plan del cual se benefician. Una vez el afiliado alcanza la cantidad máxima de pago de su bolsillo no tendrá que incurrir en más pagos por los servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare el resto del año contrato.

F. Tarjeta de identificación del plan

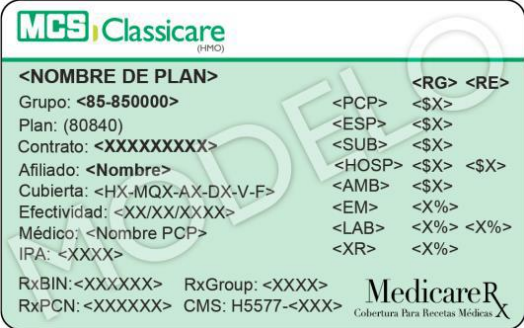

A continuación, le presentamos los modelos de tarjetas de identificación del plan que serán efectivos al 1 de enero de 2024:

Modelo de tarjeta de identificación 2024 Planes Modelo de Libre Selección

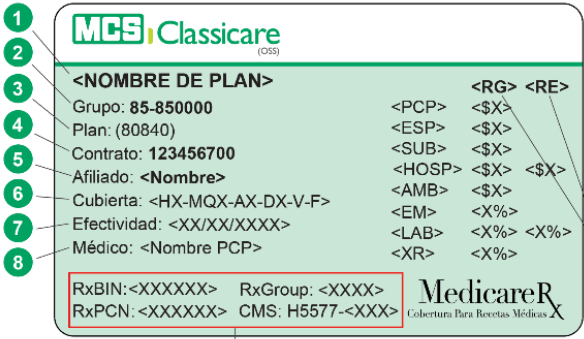
 <p><NOMBRE DE PLAN></p> <p>Grupo: <85-850000> <PCP> <\$X> Plan: (80840) <ESP> <\$X> Contrato: <XXXXXXXXXX> <SUB> <\$X> Afiliado: <Nombre> <HOSP> <\$X> <\$X> Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F> <AMB> <\$X> Efectividad: <XX/XX/XXXX> <X%> Médico: <Nombre PCP> <LAB> <X%> <X%> <XR> <X%></p> <p>RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX> RxPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX></p> <p style="text-align: right;">MedicareRx Coertura Para Recetas Médicas</p>	 <p><NOMBRE DE PLAN></p> <p>Grupo: <85-850000> <PCP> <\$X> <RG> <RE> Plan: (80840) <ESP> <\$X> Contrato: <XXXXXXXXXX> <SUB> <\$X> Afiliado: <Nombre> <HOSP> <\$X> <\$X> Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F> <AMB> <\$X> Efectividad: <XX/XX/XXXX> <X%> Médico: <Nombre PCP> <LAB> <X%> <X%> <XR> <X%></p> <p>RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX> RxPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX></p> <p style="text-align: right;">MedicareRx Coertura Para Recetas Médicas</p>
<p>MCS Classicare Essential (HMO-POS) MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) MCS Classicare Efectivo (HMO) MCS Classicare En Tu Hogar (HMO) MCS Classicare Firme (HMO)</p>	<p>MCS Classicare Patriot (HMO)</p> <p>Red General (RG) y Red Especial (RE)</p>

<p>MCS Classicare Hero (HMO) MCS Classicare Metro (HMO) MCS Classicare Exacto (HMO) MCS Classicare Excede (HMO) MCS Classicare Del Caribe (HMO) Red General (RG) y Red Especial (RE)</p>	
--	--

Planes Modelo de Cuidado Coordinado

 <p>MCS Classicare (HMO)</p> <p><NOMBRE DE PLAN> <RG> <RE> Grupo: <85-850000> <PCP> <\$X> Plan: (80840) <ESP> <\$X> Contrato: <XXXXXXXXXX> <SUB> <\$X> Afiliado: <Nombre> <HOSP> <\$X> <\$X> Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F> <AMB> <\$X> Efectividad: <XX/XX/XXXX> <X%> Médico: <Nombre PCP> <LAB> <X%> <X%> IPA: <XXXX> <XR> <X%></p> <p>RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX> RxPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX></p> <p>MedicareRx Cobertura Para Recetas Médicas</p>	<p>MCS Classicare Intelicare Red General (RG) y Red Especial (RE)</p>
 <p>MCS Classicare (OSI)</p> <p><NOMBRE DE PLAN> <RG> <RE> Grupo: <85-850000> <PCP> <\$X> Plan: (80840) <ESP> <\$X> Contrato: <XXXXXXXXXX> <SUB> <\$X> Afiliado: <Nombre> <HOSP> <\$X> <\$X> Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F> <AMB> <\$X> Efectividad: <XX/XX/XXXX> <X%> Médico: <Nombre PCP> <LAB> <X%> <X%> IPA: <XXXX> <XR> <X%></p> <p>RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX> RxPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX></p> <p>MedicareRx Cobertura Para Recetas Médicas</p>	<p>MCS Classicare Platino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideal (HMO D-SNP), - Progreso (HMO D-SNP), - MásCa\$h (HMO D-SNP), - Total (HMO D-SNP), - Del Sur (HMO D-SNP), - Máximo (HMO D-SNP).

Campos de la tarjeta de identificación del plan

 <p>1. Nombre del plan 2. Número del grupo 3. Número de plan 4. Número de contrato 5. Nombre del afiliado 6. Códigos de cubierta 7. Fecha de efectividad</p> <p>8. Nombre del médico primario 9. Información de farmacia 10. Copagos/coaseguros por red de proveedores: RG: Aplica a proveedores participantes de la red general RE: Aplica a proveedores participantes de la red especial</p>	<p>CENTRO DE LLAMADAS 787.620.2530 Libre de Costo 1.866.627.8183 (TTY) Audioimpedidos 1.866.627.8182 Lunes a domingo de 8:00 a.m. - 8:00 p.m.</p> <p>MCS solutions MCS medilínea MCS medilíneaMD 1.800.760.5691 1.866.727.6271 1.833.275.6276</p> <p>Enviar reclamaciones médicas, dental y farmacia a: P.O. Box 191720, San Juan, P.R. 00919-1720</p> <p>PCP: Médico de Familia, Internista, Generalista y Geriátra. mcsclassicare.com Suscrito por MCS Advantage, Inc.</p>
---	--

	11. PCP: médico de familia, internista, generalista y geriatra.
--	--

Los afiliados bajo los planes No Platino de MCS Classicare tendrán dos columnas de copago/coaseguro al lado derecho de la tarjeta. Esto se debe a que tenemos disponibles redes especiales de hospitales y laboratorios.

G. Pago por servicios prestados

El pago de los servicios prestados está sujeto a la elegibilidad y a los límites de cubierta que posea el afiliado a la fecha en la que se realiza el servicio. Previo a prestar sus servicios, solicite al afiliado la tarjeta del plan, valide su elegibilidad y actualice en sus respectivos sistemas de facturación la información del grupo al que el afiliado pertenece.

H. Actualización de información demográfica del proveedor

Usted debe notificar a FHC cualquier cambio en su dirección física, dirección postal, correo electrónico, números telefónicos, horarios de oficina, si acepta nuevos pacientes y cualquier otro cambio en sus datos demográficos.

Su información de proveedor es regulada y auditada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y es pertinente para mantener nuestros sistemas actualizados, incluyendo los directorios de MCS Classicare en formatos impresos o digitales. De esta manera, nuestros afiliados tienen la información necesaria para tomar una decisión oportuna sobre los servicios de salud y proveedores disponibles.

También debe habilitar un correo de voz que identifique su práctica. De esta forma, su paciente podrá dejarle un mensaje para coordinar su acceso al servicio de salud que necesita y, por otro lado, CMS podrá confirmar que el teléfono pertenece a su práctica cuando lleve a cabo alguna auditoría.

Para actualizar su información demográfica, usted debe completar el formulario que aparece en el [Anejo F – Hoja de Actualización Información Demográfica y Horario de Oficina](#) y enviarlo vía facsímil al 1.866.912.2312 o enviarlo por correo electrónico a providerspr@uhsinc.com.

I. Opciones para validar la elegibilidad y cubierta médica de los afiliados a los planes de MCS Classicare

Comuníquese al Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor de FHC al 1.855.622.9804 para validar la elegibilidad y cubierta de un afiliado.

J. Opciones para validar el copago y coaseguro aplicable a sus servicios

Comuníquese al Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor de FHC al 1.855.622.9804 para validar copagos y coaseguros aplicables.

K. Facturación

Usted puede facturar de manera electrónica directamente a MCS Advantage. Si usted factura de forma manual (papel) debe enviar las reclamaciones a las oficinas de MCS Advantage, ya sea personalmente o por correo a la siguiente dirección postal:

MCS Advantage, Inc.
Departamento de Reclamaciones
PO Box 191720
San Juan, PR 00917-1720

Utilice los formularios de reclamaciones/ajustes y radicación de querellas que incluyen los logos de FHC y MCS Advantage.

Como proveedor participante de nuestra red debe cumplir con las políticas y procedimientos de FHC y asegurarse de actualizar su metodología de facturación, de acuerdo con las políticas de pago de CMS.

Agradecemos su respaldo y su confianza en nosotros. De tener alguna duda o requerir más información, puede comunicarse al Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor de FHC al 1.855.622.9804 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o visitando nuestra página de Internet www.fhcsaludmental.com.

Atentamente,



Ivette González Ramírez, Directora
Departamento de Proveedores de FHC