

1 de mayo de 2020

Carta Informativa
PRO-I-2020-05-01

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE FHC CONTRATADOS PARA ATENDER A LOS AFILIADOS DE MCS CLASSICARE

Instrucciones para el uso del modificador Q5

Saludos de parte de FHC of Puerto Rico, Inc. (FHC). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establecen que el médico participante de FHC que designe a un médico suplente para cubrir sus servicios mientras se encuentre fuera de su oficina es responsable de someter su reclamación utilizando el modificador Q5 (*Service furnished by a substitute physician under a reciprocal billing arrangement*) en la forma CMS 1500.

Para utilizar el modificador Q5, el médico participante de FHC debe asegurarse de que se cumple con lo siguiente:

- El médico del paciente no está disponible para proveer los servicios;
- El paciente con cubierta Medicare busca recibir servicios de su médico regular; y
- El médico suplente no puede proveer servicios a pacientes con cubierta Medicare durante un periodo continuo mayor de 60 días.

El médico suplente debe ser de la misma especialidad que el médico regular del paciente y debe cumplir con los siguientes requisitos:

- El médico suplente debe tener su licencia activa para practicar la medicina.
- El médico suplente debe ser participante de Medicare.
- El médico participante es responsable de validar información del médico suplente con la Lista de Personas y Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés) y con el listado de personas excluidas publicadas por la Oficina del Inspector General (OMIG, por sus siglas en inglés). **FHC no emitirá pagos por servicios brindados por médicos suplentes que se encuentren en los listados de sanciones y exclusiones de Medicare o Medicaid, y/o que se encuentren bajo investigación, y/o hayan sido excluidos de participar en los programas federales de atención médica.**

Servicios ofrecidos en sustitución de un proveedor deben ser facturados para cada entidad como sigue:

- El modificador Q5 debe ser incluido en la forma CMS 1500 luego del código de procedimiento (CPT) de evaluación y manejo aplicable. De esta manera, se identifica que el médico suplente proveyó los servicios y se mantiene un registro de auditoría con el cual se puede verificar que los servicios, en efecto, fueron provistos.
- El médico suplente debe cumplir con los requisitos de las regulaciones de contratación de Medicare y otras regulaciones estatales y federales aplicables.
- El médico regular debe mantener en sus archivos un registro de cada servicio provisto por el médico suplente y el número de identificador nacional (NPI) de este médico.

- El médico regular debe facturar los códigos CPT correspondientes e incluir su número de NPI o el número de identificación de Medicare (PTAN Number) en la sección 24J de la forma CMS 1500.
- El médico regular, no el suplente, es quien recibirá el pago por el servicio.

De usted tener preguntas o requerir información adicional, 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.

Atentamente,



Ivette González Ramírez, Directora
Departamento de Proveedores