

14 de septiembre de 2020

**Carta Informativa
PRO-I-2020-09-01**

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

Productos MCS Classicare 2020

Saludos de parte de FHC of Puerto Rico, Inc. (FHC). A continuación, le detallamos los cambios en los productos MCS Classicare para el año 2020, así como los procesos y requisitos aplicables. Revise con detenimiento la información aquí desglosada.

Esta carta será publicada en la página de Internet de FHC a través del enlace www.fhcsaludmental.com. Todos los anejos a los que hacemos referencia en esta comunicación estarán disponibles únicamente a través de la versión digital de esta carta durante la primera semana de enero 2020.

Para el 2020, MCS Classicare tendrá disponibles productos con beneficios enfocados en el bienestar de sus afiliados que satisfacen sus necesidades de cuidado médico, e incluso, hasta ciertas necesidades personales. A continuación, mencionamos algunos de los beneficios que forman parte de los productos y que están sujetos a que el afiliado cumpla con ciertos requisitos establecidos en la Evidencia de Cubierta de su producto:

✓ **Servicios de asistencia en el hogar**

Incluyen servicios básicos de plomería, cerrajería, servicios residenciales de reparación de ventanas de cristal y electricidad. Los servicios están limitados a ocho visitas por año. Aplica un máximo de dos visitas por trimestre. Si en un trimestre el afiliado no utiliza la cantidad completa de visitas, el balance restante de visitas no se acumula para usarlo durante el próximo trimestre. Aplican las reparaciones simples según la evaluación que realice el suplidor de servicios. Aplica sólo a través de suplidores contratados.

✓ **MCS Classicare Te Paga**

En los productos que tengan disponible el beneficio de MCS Classicare Te Paga, aquellos afiliados elegibles tendrán una cantidad de dinero trimestral que podrá ser utilizada para comprar alimentos saludables y/o aportar al pago de las utilidades (agua, luz y/o teléfono). Los afiliados recibirán una tarjeta personalizada la cual podrán utilizar en los supermercados participantes: Econo, Selectos, Walmart, Amigo y Ralph's Supermercado y Mayorista. Las utilidades podrán ser pagadas en los supermercados participantes que tengan disponible el servicio de "Paga Aquí" y acepten pago con tarjeta. Para aportar en el pago de sus utilidades también pueden visitar los Centros de Servicios de MCS. La cantidad de dinero correspondiente al producto del afiliado será depositada trimestralmente. La cantidad no utilizada no se transfiere al próximo trimestre.

- ✓ **Servicio de visitas médicas virtuales**
Estos servicios le permiten al afiliado recibir atención médica desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico los 365 días del año. El afiliado tiene acceso a consultas de salud para una enfermedad menor con un médico de familia, generalista, internista o pediatra licenciado. Las visitas virtuales se pueden realizar a través de teléfono inteligente, computadora o tableta. Aplica copago de \$10.
- ✓ **Medicamentos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés)**
Los afiliados podrán obtener estos medicamentos en la farmacia sin una orden médica. El beneficio es trimestral y la cantidad varía de producto en producto. Si en un trimestre el afiliado no utiliza la cantidad completa, el balance restante no se acumula para usarlo durante el próximo trimestre.
- ✓ **Visitas a nutricionistas**
Todos los productos cubren visitas al nutricionista para que los afiliados puedan cuidar su alimentación.

Para obtener más información sobre los requisitos aplicables a los beneficios, puede dirigirse a la Evidencia de Cubierta del producto correspondiente.

Programa de Recompensa

MCS Classicare tendrá disponible el programa **MCS Te Cuida** como un incentivo para sus afiliados. A través de este programa, recompensarán a los afiliados que más comprometidos están con su salud. El afiliado recibirá una recompensa económica por cada medida de cuidado preventivo y calidad que complete. Este programa de recompensas no es un beneficio del plan.

A. Requisitos de Precertificación

El proceso de precertificación de FHC se realizará enviando la Solicitud de Precertificación vía facsímil al 1.866.464.0945 o llamando al 1.800.760.5691 con la siguiente información:

1. Servicios de cuidado de salud mental en el hogar o en el domicilio
 - a. Servicios de cuidado de salud mental en el hogar se refiere a servicios proporcionados a un paciente que reside en su propia residencia privada, mientras que servicios en el domicilio se refiere a los servicios a pacientes que residen en una facilidad que proporciona hospedería y otros servicios de asistencia personal, generalmente a largo plazo, como hogares de descanso, y asilo de ancianos, entre otros.
 - b. El proveedor de servicios de cuidado de salud mental en el hogar o en el domicilio debe presentar una certificación de necesidad médica del médico primary o psiquiatra del paciente que indique que dicho paciente se encuentra confinado en el hogar y que establezca la justificación de recibir servicios de salud mental.
 - c. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de cuidado de salud mental en el hogar o en el domicilio debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
 - El paciente demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM V, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá a la intervención terapéutica.
 - El paciente está recibiendo servicios de tratamiento de un médico primary o psiquiatra.
 - Debido al estado de confinamiento (*homebound*) del participante, 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.
 - d. FHC autorizará una visita inicial.

- e. Una vez establecido el plan de tratamiento, el proveedor de servicios de cuidado de salud mental en el hogar o en el domicilio podrá solicitar autorización para visitas subsiguientes.
- f. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición.
- g. 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 hospitalización parcial

- 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 de salud de hospitalización parcial debe cumplir con las condiciones, según se indican a continuación:
 - El paciente demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM V, 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.
- 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 tratamiento de terapia electroconvulsiva (ECT) a nivel agudo, de continuidad y de mantenimiento

- 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 de ECT debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
 - El paciente demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM V, 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.

4. 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:

- Tener un referido de un neurólogo o un psiquiatra donde se exprese la razón clínica por la cual se necesitan las pruebas.
 - Una 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.
 - Se identifica claramente 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.

5. Servicios para programa residencial

- 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 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 V.
 - 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.
 - 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:
 - i. Un entorno familiar que incluya a otros familiares/personas significativas que se opongan activamente a los esfuerzos de tratamiento, o
 - ii. 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:
 - i. Síntomas de abstinencia potencialmente mortales.
 - ii. Síntomas de abstinencia actuales que impiden la participación activa en el tratamiento.
 - iii. 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. El Departamento de Revisión de Utilización llevará a cabo la revisión de los servicios de tratamiento residencial del proveedor cada 14 días.
- e. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

B. Servicios con requisito de precertificación

Los requisitos de precertificación para los productos de MCS Classicare 2020 serán efectivos el 1 de enero de 2020. Cada año, las listas con categorías de servicios que requieren precertificación varían de acuerdo con el modelo de acceso de los productos. 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, a continuación, detallamos la información que encontrará en cada anejo:

- ✓ [Anejo A – Resumen de Beneficios, Copagos y Coaseguros Aplicables Productos MCS Classicare Libre Selección](#)
- ✓ [Anejo B – Resumen de Beneficios, Copagos y Coaseguros Aplicables Productos Grupales MCS Classicare Libre Selección](#)
- ✓ [Anejo C – Resumen de Beneficios Productos MCS Classicare Cuidado Coordinado Productos Platino](#)
- ✓ [Anejo D – Resumen de Beneficios Productos MCS Classicare Cuidado Coordinado Producto InteliCare](#)
- ✓ [Anejo E – Requisitos de Precertificación para Productos MCS Classicare - Modelo Libre Selección](#)
- ✓ [Anejo F – Requisitos de Precertificación para Productos MCS Classicare - Modelo Cuidado Coordinado](#)

Nota importante: Esta lista puede ser actualizada durante todo el año; por lo tanto, le invitamos a visitar con frecuencia nuestra página web www.fhcsaludmental.com para revisar esta información. Los criterios clínicos utilizados en la evaluación de las preautorizaciones están disponibles previa solicitud. Para conocer y obtener los criterios clínicos, puede hacer su solicitud contactándonos vía fax al 1-866-464-0948 o por teléfono al 1-800-760-5691.

C. Servicios para el Manejo de la Adicción a Opioides

A partir de enero 2020, el servicio de tratamiento intensivo ambulatorio no tendrá el requisito de precertificación. El proveedor de servicios de salud mental, si identifica la necesidad médica que establezca la justificación de recibir los servicios, debe referir directamente a las facilidades contratadas o llamando al 1.800.760.5691 para la asistencia con la coordinación.

- a. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de salud de tratamiento intensivo ambulatorio debe cumplir con las condiciones, según se indican a continuación:
 - El paciente demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM V, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá al tratamiento en este nivel.
 - El nivel de severidad de este afiliado 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 parcial o de mayor nivel.
 - 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.

Para los servicios de tratamiento asistido por medicamentos para el manejo de la adicción a opioides, se realizará enviando una solicitud para coordinación de servicios vía facsímil al 1.866.464.0945 o llamando al 1.800.760.5691.

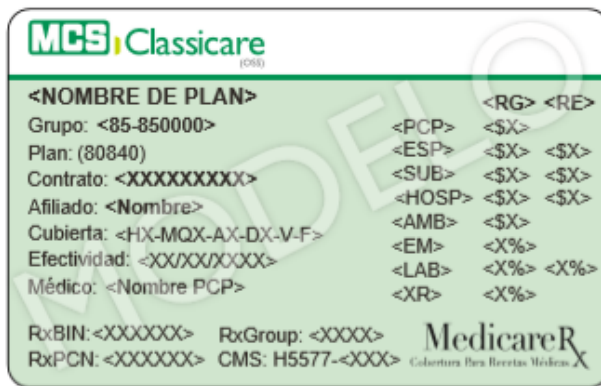
D. Cantidad Máxima de Pago de su Bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés)

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 producto 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.

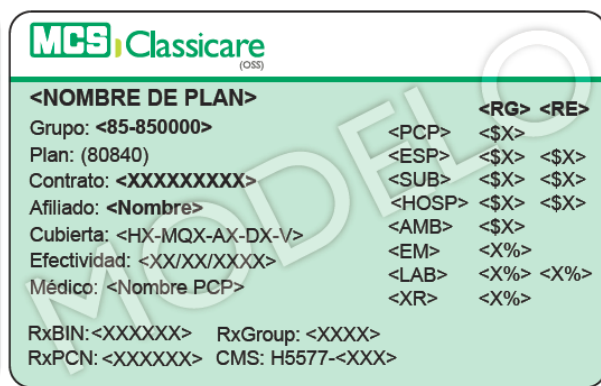
E. Tarjeta de identificación del plan

A continuación, le presentamos los modelos de tarjetas de identificación del plan que serán efectivos al 1 de enero de 2020:

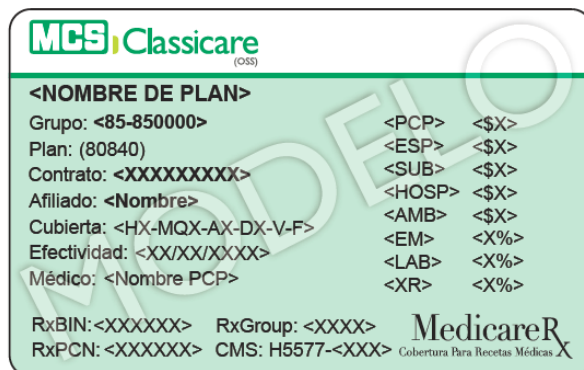
Productos Modelo de Libre Selección



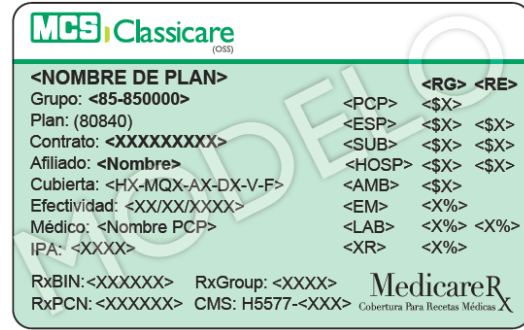
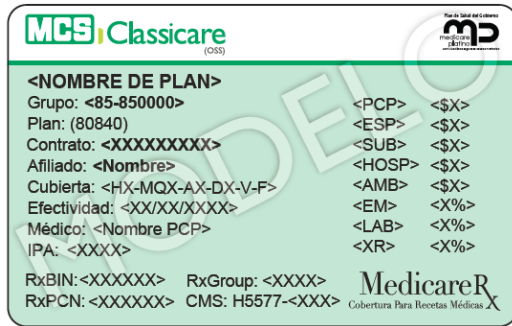
**MCS Classicare Essential OSS-PDS,
 MCS Classicare Activo OSS,
 MCS Classicare Primero OSS C-PNE y
 MCS Classicare Te Mueve (OSS)**
 Red General (RG) y Red Especial (RE)



MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS)
 Red General (RG) y Red Especial (RE)

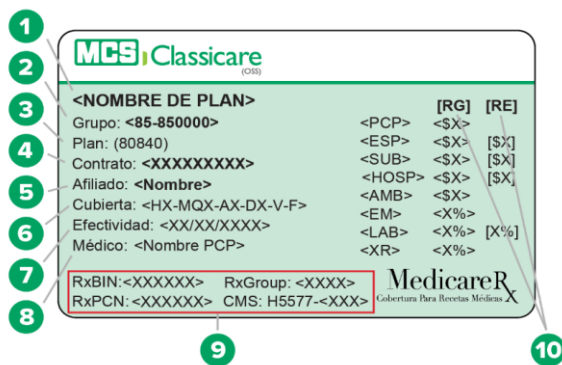


MCS Classicare MediCa\$h (OSS)
 (El copago/coaseguro mostrado aplica para ambas redes)



MCS Classicare Platino (OSS D-PNE)
 (Ideal, MásCa\$h, Te Lleva, Clásico, Expreso y Progreso)
 (El copago/coaseguro mostrado aplica para ambas redes)

MCS Classicare InteliCare(OSS)
 Red General (RG) y Red Especial (RE)



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

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
11. Médicos Primarios: Médico de Familia, Internista, Generalista y Geriatra

Los afiliados bajo los productos MCS Classicare Essential, Activo, InteliCare, MediOnlyNoRx, Te Mueve y Primero tendrán dos columnas de copago/coaseguro al lado derecho de la tarjeta. Esto se debe a que MCS Classicare tiene disponibles redes especiales de especialistas, subespecialistas, hospitales y laboratorios.

F. 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.

G. 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, los afiliados tienen la información necesaria para tomar una decisión oportuna sobre los servicios de salud y proveedores disponibles. Contamos con su respuesta inmediata a estos esfuerzos.

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

H. Opciones para validar la elegibilidad y cubierta de los afiliados a los productos 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, al igual que los copagos aplicables.

I. 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