

27 de abril de 2021

CARTA INFORMATIVA

PRO-I-2021-04-03

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

Regulaciones vigentes por el periodo de emergencia COVID-19

Mediante esta comunicación le informamos sobre las disposiciones establecidas para los planes de MCS Life, con el propósito de garantizar la continuidad y acceso a los servicios de salud que necesitan los asegurados.

En esta comunicación le informamos sobre las disposiciones establecidas en la más reciente carta normativa CN-2021-301-D, emitida por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS) el pasado 30 de marzo de 2021, y que entró en vigor a partir de 9 de abril de 2021 para los planes comerciales.

Para beneficio de los asegurados y proveedores, MCS Life levantará las excepciones a los requisitos de los servicios de farmacia, preautorización, referidos y revisiones en fechas posteriores a la efectividad de la carta normativa, según se detalla a continuación:

1. Servicios de farmacia

Se reestablecen los requisitos utilizados para el manejo del despacho de medicamentos, servicios y tratamientos médicos contenidos en la cubierta de farmacia bajo los planes de salud comerciales, efectivo el próximo 15 de abril de 2021, siempre y cuando estos no sean para servicios, medicamentos o tratamientos dirigidos a combatir el COVID-19.

Esto significa que, a partir de dicha fecha, se empezarán a aplicar las reglas de despacho de medicamentos de las cubiertas de los asegurados comerciales, tales como:

- Tiempo de espera para obtener repeticiones (refill too soon)
- Preautorización de medicamentos
- Terapia escalonada
- Limitación por especialidad médica
- Límite de cantidad de medicamentos
- Requisitos para medicamentos de manera extendida (beneficios con Mail Order).

De acuerdo con la Resolución Conjunta del Senado 491 mientras dure la emergencia, además de e-prescribing, todo médico podrá enviar una receta por los siguientes medios:

- Transcripción oral (llamada telefónica médico-farmacéutico)
- Facsímil
- Foto enviada solamente por mensajes de texto, correo electrónico (email) o WhatsApp. En estos casos, el farmacéutico estará llamando al médico para validar o confirmar la veracidad de la receta.

Los medicamentos controlados deben seguir los requisitos de prescripción y despacho establecidos por las leyes federales y estatales. Los asegurados deberán visitar la red de farmacia contratadas.

Las excepciones que se mantienen continúan sujetas a la elegibilidad del asegurado y a que el beneficio sea parte de su cubierta. Además, los servicios brindados deben cumplir con los criterios clínicos de necesidad médica.

2. Proveedores fuera de la red

Todo asegurado puede acceder servicios de salud a través de proveedores no participantes sin ninguna penalidad ni restricciones, sean de emergencia o no, dentro del área de servicio del plan.

El servicio debe ser médicamente necesario y ser parte de la cubierta. Aplicará el copago o coaseguro correspondiente a servicios accedidos dentro de la red (in network).

3. Preautorizaciones y referidos

Se reestablece el requisito de preautorización y referidos para todos los planes de salud comerciales *fully insured*, efectivo el próximo 15 de mayo de 2021.

Algunos grupos autoasegurados continuarán teniendo requisito de preautorización independientemente de las flexibilidades establecidas por el Gobierno de Puerto Rico. Estos son:

- ABBVIE
- BANCO POPULAR
- BAXTER
- EVERTEC
- ORIENTAL
- IPR PHARMACEUTICAL
- SUAGM

4. Sometimiento de reclamaciones

Efectivo el 12 de marzo de 2020, se extendió la regla de pago de reclamaciones como sigue:

- Facturas nuevas: De 90 a 120 días. Este periodo de 120 días aplica a las facturas con fecha de servicio del 13 de diciembre de 2019 en adelante.
- Ajustes: De 45 a 120 días. Este periodo de 120 días aplica a las explicaciones de pago con fecha del 27 de enero de 2020 en adelante.

Tomando en consideración el estado de emergencia le exhortamos a que continúe sometiendo sus reclamaciones en formato electrónico.

5. Telemedicina / telesalud

Todos los encuentros están sujetos a necesidad médica, las reglas de codificación correctas y a los estándares de la industria, según apliquen. Los proveedores pueden brindar los servicios de evaluación remota y consulta virtual mientras dure la emergencia. La tarifa por el servicio será reconocida según la contratación del proveedor y la cubierta del paciente.

La Resolución Conjunta del Senado 491 establece lo siguiente para el uso de la telemedicina:

- Todo médico o profesional no médico autorizado por la Junta de Licenciamiento aplicable en Puerto Rico puede atender a los pacientes mediante el uso de la telemedicina/telesalud, realizar consultas telefónicas y/o cualquier otro medio remoto autorizado y facturar por los servicios. Tampoco será requerido la certificación para la práctica de telemedicina concedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, mientras dure la emergencia.
- No se requiere la contrafirma del médico primario en receta o referido.
- Los servicios tienen que cumplir con las guías de documentación para servicios de evaluación y manejo.

La tarifa será reconocida según la contratación del proveedor con FHC. Debe utilizar el código de lugar del servicio 02 (POS/Place of Service) con el modificador CR o 90.

Si necesita información adicional, comuníquese al Departamento de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1.877.684.4339, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o a nuestro correo electrónico providerspr@uhsinc.com. Recuerde visitar nuestra página de internet www.fhcsaludmental.com.

Cordialmente,



Ivette González Ramírez, Directora
Departamento de Proveedores



ACCREDITED
Case Management
Expires 05/01/2023



ACCREDITED
Health
Utilization
Management
Expires 07/01/2023



ACCREDITED
NCQA
MANAGED BEHAVIORAL
HEALTHCARE ORGANIZATION
FULL