

22 de mayo de 2015

**CARTA INFORMATIVA  
PRO-2015-05-02**

**A TODA LA RED DE PROVEEDORES PROFESIONALES E INSTITUCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARTICIPANTES DE FHC QUE OFRECEN SERVICIOS A LOS AFILIADOS DE LOS PRODUCTOS MCS CLASSICARE SUSCRITOS POR MCS ADVANTAGE, INC.**

**Adiestramiento Modelo de Cuidado (MOC por sus siglas en inglés) de los Planes de Necesidades Especiales Dual (D-SNP) 2015**

Estimado proveedor:

Es requerido que todos los proveedores contratados para brindar servicios a los afiliados de los planes *Medicare Advantage*, reciban el adiestramiento anual sobre el Modelo de Cuidado de los Planes de Necesidades Especiales Dual (D-SNP). Este adiestramiento de capacitación es un requisito compulsorio de la agencia federal *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS, por sus siglas en inglés), según lo establece el *Medicare Managed Care Manual*, capítulo 16-B.

Adjunto el adiestramiento Modelo de Cuidado 2015. Favor hacer lectura del mismo y enviar el **Acuse de Recibo** como evidencia de haber recibido el adiestramiento **dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de esta carta**. Puede hacer el envío a través de cualquiera de los siguientes medios:

Fax	Correo electrónico	Dirección postal
(787) 294-1933	<a href="mailto:providerspr@uhsinc.com">providerspr@uhsinc.com</a>	FHCHS of Puerto Rico, Inc. Departamento de Proveedores 17 Calle2, Suite 520 Guaynabo, PR 00968-1750

El incumplimiento de este requerimiento podría implicar la cancelación de su contrato para atender la población de asegurados de *Medicare Advantage*.

**Información importante a considerar:**

- Si usted tiene un contrato corporativo o grupal con FHC, es responsabilidad del grupo o corporación que todos los profesionales afiliados a dicho grupo o corporación reciban el adiestramiento y envíen el Acuse de Recibo firmado.

De usted tener preguntas sobre la información adjunto, puede comunicarse al Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor de FHC para MCS Classicare 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](http://www.fhcsaludmental.com).

Cordialmente,



Ivette González Ramírez, Directora  
Departamento de Servicio al Proveedor



17 Calle 2 Suite 520 Guaynabo, PR 00968-1750  
T. 787-622-9797 F. 787-294-1933 / [www.fhcsaludmental.com](http://www.fhcsaludmental.com)

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (y cualquier anejo) es solamente para el uso del destinatario(s) arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo inmediatamente por teléfono y permanentemente destruya el mensaje original y todas las copias del mismo.

PROD-2015-I-006



## Modelo de Cuidado (MOC) 2015 de Medical Card System, Inc.

### Acuse Recibo

Afirmo que he leído el material educativo del Modelo de Cuidado (MOC) para los planes de necesidades especiales dual (D-SNP, por sus siglas en inglés) 2015, de Medical Card System, Inc. (MCS),

Certifico que completando este acuse de recibo reconozco mi responsabilidad de cumplir con los estándares y procedimientos requeridos.

---

Nombre del proveedor

---

Firma

---

Fecha

---

NPI