

9 de marzo de 2017

**CARTA INFORMATIVA
PRO-2017-03-04**

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE MCS ADVANTAGE, INC.

Productos MCS Classicare 2017

Reciba un cordial saludo del equipo de trabajo de FHCHS of Puerto Rico, Inc. (FHC) y MCS Advantage, Inc. (MCS Advantage). Con el propósito de mantenerlo informado sobre los cambios en los productos MCS Classicare para el año 2017, le detallamos información importante sobre estos, así como los procesos y requisitos aplicables. Es importante que usted revise con detenimiento la información que a continuación se desglosa y que revise las tablas de beneficios a las que se hacen referencia.

Esta carta y los anejos a los que se hace referencia, están disponibles a través de la página de Internet www.fhcsaludmental.com.

A. Requisitos de Preautorización

El proceso de preautorización de FHC se realizará enviando la Solicitud de Precertificación vía facsímil al 1-866-464-0945 o llamando al 1-800-760-5601 con la siguiente información:

1. Servicios al hogar o a domicilio

- a. El proveedor de servicios de salud en el hogar o a domicilio debe presentar una certificación de necesidad médica del médico primario o psiquiatra del paciente que indique que dicho paciente se encuentra confinado en el hogar y que establezca la necesidad de recibir servicios de salud mental.
- b. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de salud en el hogar o a domicilio debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
 - El individuo demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM-V, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá a la intervención terapéutica.
 - El individuo está recibiendo servicios de tratamiento en virtud de un médico / 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.
- c. FHC autorizará una visita inicial.
- d. Una vez establecido el plan de tratamiento, el proveedor de servicios de salud en el hogar o a domicilio podrá solicitar autorización para visitas subsiguientes.
- e. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo al servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

2. Servicios de Hospitalización Parcial o Tratamiento Intensivo Ambulatorio
 - a. El proveedor de servicios de salud mental debe presentar una certificación de necesidad médica que establezca la necesidad de recibir servicios de salud mental.
 - b. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de salud de hospitalización parcial y Tratamiento Intensivo Ambulatorio debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
 - El individuo demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM-V, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá al tratamiento en este nivel.
 - 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 al servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

3. Servicios de Tratamiento Electroconvulsivo (ECT) Intensivo o Ambulatorio
 - a. El proveedor de servicios de salud mental debe presentar una certificación de necesidad médica que establezca la necesidad 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 individuo demuestra sintomatología psicológica consistente con el DSM-V, que requiere diagnóstico o está diagnosticado y responderá al tratamiento en este nivel.
 - 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 al servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

4. Servicios de Pruebas Neuropsicológicas
 - a. El proveedor de servicios de salud mental debe presentar una certificación de necesidad médica que establezca la necesidad de administrar las pruebas.
 - b. Para que un paciente sea elegible a recibir servicios de Pruebas Neuropsicológicas debe cumplir con unas condiciones, según se indican a continuación:
 - Se ofrecerán con el propósito de que con 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 poder proveer información útil para el diagnóstico plan de tratamiento, pronosis, o calidad de vida.
 - Se identifica claramente los tipos de pruebas y las intervenciones necesarias con metas específicas para el cual se administrará la prueba.
 - c. FHC autorizará las unidades de servicios, según lo amerite su condición.
 - d. Toda reclamación debe facturarse utilizando el código de acuerdo al servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

B. Servicios con requisito de preautorización

Todos los años varían las listas con categorías de servicios que requieren preautorización, de acuerdo al modelo de acceso de los productos. Las listas están publicadas en 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 Classicare 2017 Libre Selección
- ✓ **Anejo B** – Resumen de Beneficios Classicare 2017 Grupal
- ✓ **Anejo C** – Resumen de Beneficios Classicare 2017 Platino
- ✓ **Anejo D** – Resumen de Beneficios Classicare 2017 *Closed Network*
- ✓ **Anejo E** – Requisitos de Preautorización para Productos MCS Classicare - Modelo Libre Selección
- ✓ **Anejo F** – Requisitos de Preautorización para Productos MCS Classicare - Modelo Cuidado Coordinado

Nota importante: Estas listas pueden ser actualizadas durante el año, por lo que, le exhortamos a que visite frecuentemente www.fhcsaludmental.com para cotejar estos anejos.

C. 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 dentro de la red, 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.

D. Tarjeta de identificación del plan


Se ha rediseñado el modelo de tarjetas de una manera más conveniente, de forma tal que pueda identificar los copagos y coaseguros aplicables al servicio brindado. A continuación le presentamos el modelo de tarjeta de identificación del plan para el 2016 versus los nuevos modelos efectivos al 1^{ro} de enero de 2017.

Modelo de Tarjeta de Identificación 2016

MCS Classicare <small>(OSS)</small>	
<NOMBRE DEL PLAN MAPD>	
Grupo: <XXXXXX>	Efectividad: 01/01/2016
Plan (80840)	
Identificación: <ID del Afiliado>	MedicareR <small>Cobertura Para Recetas Médicas X</small>
Nombre: <Nombre del Afiliado>	
Médico: <Nombre del Médico Primario>	
Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F>	
RxBIN: 012312	
RxPCN: PARTD	
RxGrp: MCSD	
CMS: <HXXXX-XXX>	
<PCP ESP SUB HOSP AMB EM LBXR>	
< \$ \$ \$ \$ \$ S/S % >	


<CENTRO DE LLAMADAS> <787-620-2530> <Libre de Costo 1-866-627-8183> <(TTY) Audioimpedidos 1-866-627-8182> <Horario: lunes a domingo de 8:00 a.m. - 8:00 p.m.>	
<MCS solutions> <1-800-760-5691>	<MCS medilínea> <1-866-727-6271>
ENVIAR RECLAMACIONES MÉDICAS, DENTAL Y FARMACIA A: PO Box 191720, San Juan, Puerto Rico 00919-1720	
www.mcsclassicare.com	Suscrito por MCS Advantage, Inc..

Modelo de Tarjeta de Identificación 2017 Productos Modelo de Libre Selección




<NOMBRE DE PLAN>		<RG>	<RE>
Grupo: <85-850000>	<PCP>	<\$X>	
Plan: (80840)	<ESP>	<\$X>	<\$X>
Contrato: <XXXXXXXXXX>	<SUB>	<\$X>	<\$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%>	

RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX>
RxCPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX>



Cobertura Para Recetas Médicas


MCS Classicare Essential OSS PDS
Red General (RG) y Red Especial (RE)



<NOMBRE DE PLAN>		<RG>	<RE>
Grupo: <85-850000>	<PCP>	<\$X>	
Plan: (80840)	<ESP>	<\$X>	<\$X>
Contrato: <XXXXXXXXXX>	<SUB>	<\$X>	<\$X>
Afiliado: <Nombre>	<HOSP>	<\$X>	<\$X>
Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V>	<AMB>	<\$X>	
Efectividad: <XX/XX/XXXX>		<X%>	
Médico: <Nombre PCP>	<LAB>	<X%>	<X%>
	<XR>	<X%>	


RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX>
RxCPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX>

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



<NOMBRE DE PLAN>			
Grupo: <85-850000>	<PCP>	<\$X>	
Plan: (80840)	<ESP>	<\$X>	
Contrato: <XXXXXXXXXX>	<SUB>	<\$X>	
Afiliado: <Nombre>	<HOSP>	<\$X>	
Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F>	<AMB>	<\$X>	
Efectividad: <XX/XX/XXXX>		<X%>	
Médico: <Nombre PCP>	<LAB>	<X%>	
	<XR>	<X%>	



RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX>
RxCPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX>



Cobertura Para Recetas Médicas


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

Modelo de Tarjeta de Identificación 2017 Productos Modelo de Cuidado Coordinado

<NOMBRE DE PLAN>			
Grupo: <85-850000>	<PCP>	<\$X>	
Plan: (80840)	<ESP>	<\$X>	
Contrato: <XXXXXXXXXX>	<SUB>	<\$X>	
Afiliado: <Nombre>	<HOSP>	<\$X>	
Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F>	<AMB>	<\$X>	
Efectividad: <XX/XX/XXXX>		<X%>	
Médico: <Nombre PCP>	<LAB>	<X%>	
IPA: <XXXX>	<XR>	<X%>	


RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX>
RxCPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX>



Cobertura Para Recetas Médicas


MCS Classicare Platino OSS SNP
(Ideal, Ca\$h y Progreso)

(El copago / coaseguro mostrado aplica para ambas redes)



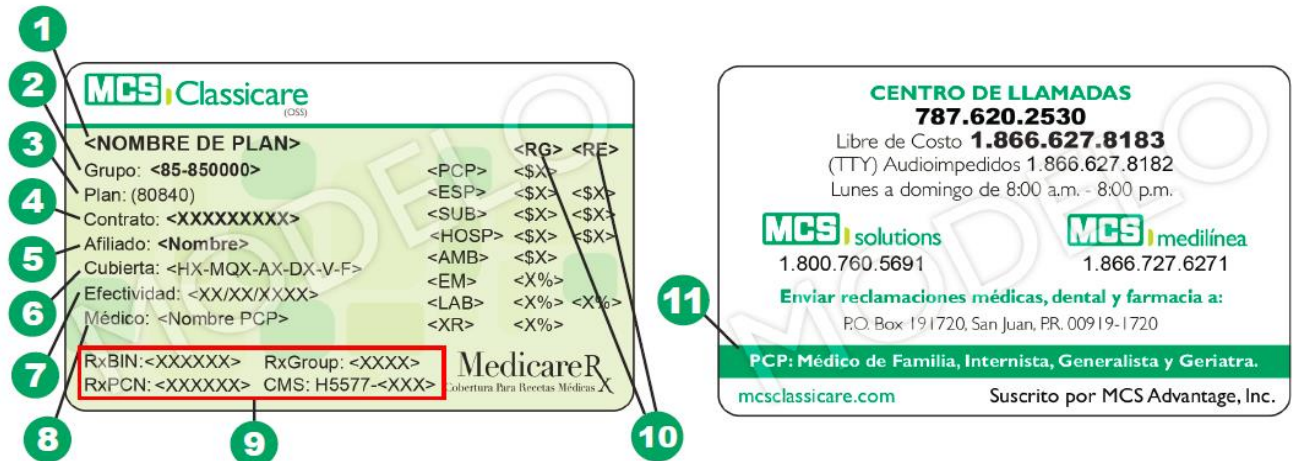
<NOMBRE DE PLAN>		<RG>	<RE>
Grupo: <85-850000>	<PCP>	<\$X>	
Plan: (80840)	<ESP>	<\$X>	<\$X>
Contrato: <XXXXXXXXXX>	<SUB>	<\$X>	<\$X>
Afiliado: <Nombre>	<HOSP>	<\$X>	<\$X>
Cubierta: <HX-MQX-AX-DX-V-F>	<AMB>	<\$X>	
Efectividad: <XX/XX/XXXX>		<X%>	
Médico: <Nombre PCP>	<LAB>	<X%>	<X%>
IPA: <XXXX>	<XR>	<X%>	

RxBIN: <XXXXXX> RxGroup: <XXXX>
RxCPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX>



Cobertura Para Recetas Médicas

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



- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Plan 2. Número del Grupo 3. Número de Plan 4. Número de Contrato 5. Nombre del Afiliado 6. Cubierta 7. Fecha de Efectividad | <ol style="list-style-type: none"> 8. Nombre del Médico Primario 9. Información de Farmacia Número de Plan 10. Copagos/Coaseguros por Red de Proveedores 11. Médicos Primarios: Médico de Familia, Internista, Generalista y Geriatra |
|---|---|

Los afiliados bajo los productos Essential, InteliCare y MediOnlyNoRx tendrán dos columnas de copago/coaseguro al lado derecho de la tarjeta. Esto se debe a que tenemos disponible redes especiales de especialistas, sub especialistas, hospitales y laboratorios.

E. Pago por servicios prestados

Le recordamos que 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. A tales efectos, le exhortamos que previo a prestar sus servicios, le 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.

F. Actualización de información demográfica del proveedor

Aprovechamos la oportunidad para recordarle que es importante que usted nos notifique de 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.

Esta información es regulada por CMS y la misma es pertinente para mantener nuestros sistemas actualizados, incluyendo los directorios 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.

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 787-294-1933 o por correo electrónico a providerspr@uhsinc.com.

G. Alternativas para validar la elegibilidad y cubierta de los afiliados a los productos MCS Classicare

Como proveedor participante de nuestra red, usted puede comunicarse a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Proveedor al 1-855-622-9804 para validar la elegibilidad y cubierta de un afiliado, al igual que los copagos aplicables al afiliado.

H. Facturación

Aprovechamos para recordarle que 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

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

I. Certificado de Relevó de Retención de Contribuciones

El Certificado de Relevó de Retención de Contribuciones del Departamento de Hacienda debe ser enviado a MCS Advantage como lo realiza actualmente.

Le recordamos que 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 a las políticas de pago de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Una vez más, agradecemos su respaldo y su confianza en nosotros. De usted tener alguna duda o requerir mayor información, puede comunicarse a nuestro 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. Recuerde visitar nuestra página de internet www.fhcsaludmental.com.

Atentamente,



Ivette González Ramírez
Directora
Departamento de Proveedores de FHC



Liza M. Cintrón, MBA
Vicepresidenta
Departamento de Servicio al Médico

Anejos