

15 de enero de 2018

**CARTA INFORMATIVA
PRO-2018-01-01**

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE MCS ADVANTAGE, INC.

Productos MCS Classicare 2018

Reciba un cordial saludo del equipo de trabajo de FHCHS of Puerto Rico, Inc. (FHC). Con el propósito de mantenerlo informado sobre los cambios en los productos MCS Classicare para el año 2018, 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 en la página de Internet de FHC a través del enlace 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 1-800-760-5691 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 de un médico primario 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.
- 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 con el 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 con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

3. Servicios de Tratamiento Electroconvulsivo (ECT) a Nivel Ambulatorio e Intensivo

- 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 con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.
- e. Estos servicios se ofrecerán con el propósito de impactar el manejo médico del paciente ya sea por confirmación o delineación de un diagnóstico, o para proveer información útil para el desarrollo del plan de tratamiento, pronosis, o impacto medible en calidad de vida.

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:
 - Según 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 y las intervenciones necesarias con metas específicas para las cuales 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 con el servicio que recibió el paciente y que fue autorizado por FHC.

B. Servicios con requisito de preautorización

Cada año, las listas con categorías de servicios que requieren preautorización 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 Productos MCS Classicare 2018 Libre Selección
- ✓ **Anejo B** – Resumen de Beneficios, Copagos y Coaseguros Aplicables Productos Grupales MCS Classicare 2018 – Modelo Libre Selección
- ✓ **Anejo C** – Resumen de Beneficios Productos MCS Classicare 2018 Cuidado Coordinado – productos Platino
- ✓ **Anejo D** – Resumen de Beneficios Productos MCS Classicare 2018 Cuidado Coordinado – producto InteliCare
- ✓ **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 el enlace 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, conforme al producto del cual se benefician. Una vez el afiliado alcanza la cantidad máxima de MOOP no tendrá que incurrir en más pagos por los servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare por el resto del año contrato. Usted puede verificar la información del MOOP del afiliado a través de Provinet.

D. Tarjeta de identificación del plan

A continuación le presentamos los modelos de tarjetas de identificación del plan que serán efectivos al 1^o de enero de 2018. Los copagos que aparecen en la tarjeta aplican a servicios de salud física únicamente. Puede encontrar los copagos que aplican a los servicios de salud mental en los Resúmenes de Beneficios de los productos (Anejos A, B, C y D antes mencionados).

Modelo de Tarjeta de Identificación 2018

Productos Modelo de Libre Selección




<NOMBRE DE PLAN>

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

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

MedicareR_X
Cobertura Para Recetas Médicas

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




<NOMBRE DE PLAN>

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

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

MedicareR_X
Cobertura Para Recetas Médicas

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

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>
RxPCN: <XXXXXX> CMS: H5577-<XXX>

MedicareR_X
Cobertura Para Recetas Médicas

MCS Classicare Platino OSS PNE
(Ideal, MásCa\$h, Original, Cómodo, Clásico y Progreso)
(El copago / coaseguro mostrado aplica para ambas redes)



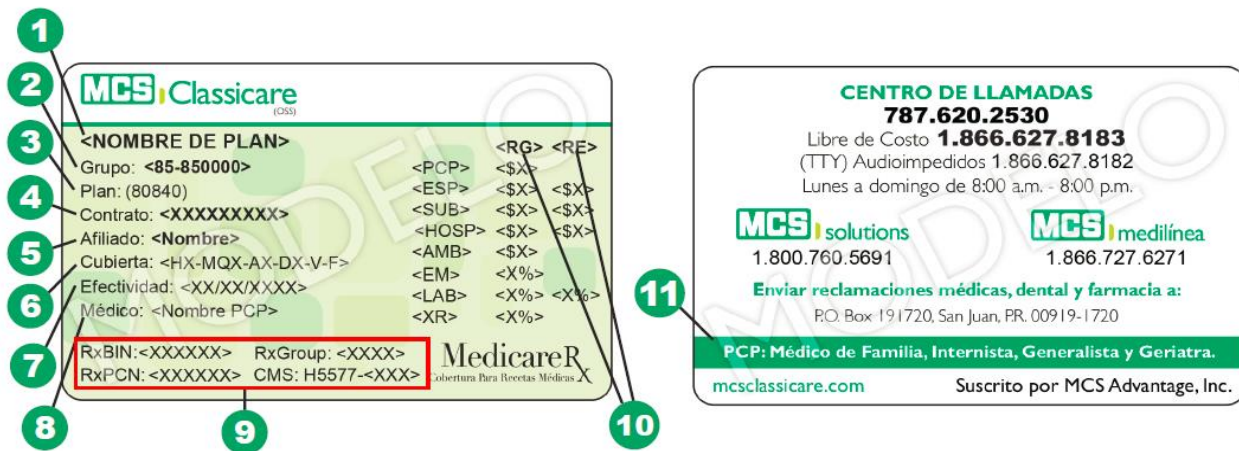
<NOMBRE DE PLAN>

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

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

MedicareR_X
Cobertura Para Recetas Médicas

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
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, subespecialistas, 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, confirme 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

Le recordamos que es importante que usted nos notifique cualquier cambio en su dirección física, postal y de correo electrónico; números telefónicos, horarios de oficina, si acepta nuevos pacientes y cualquier otro cambio en sus datos demográficos.

Esta información es regulada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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. Contamos con su respuesta inmediata a estos esfuerzos.

Para actualizar su información, usted debe completar el formulario que aparece en el **Anejo G – Hoja de Actualización Directorio de Proveedores** y enviarlo vía facsímil al 787.294.1933 o por correo electrónico a la dirección providerspr@uhsinc.com.

G. Alternativas para confirmar la elegibilidad y cubierta de los afiliados a los productos 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.

H. 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.

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 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 usted tener alguna duda 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., o visitando nuestra página de internet www.fhcsaludmental.com.

Atentamente,



Ivette González Ramírez
Directora Departamento de Proveedores

Anejos