



## Lista de autorización previa de CareSource

La autorización previa (PA) es cómo decidimos si los servicios de salud enumerados a continuación estarán cubiertos por su plan de CareSource. Su proveedor debe obtener autorización previa antes de recibir alguno de estos servicios. Los servicios deben basarse en evidencias y ser médicamente necesarios para su atención. También deben estar dentro de los términos de su plan de salud. La atención de emergencia no necesita autorización previa.

Si su proveedor no forma parte de la red de CareSource, usted o el proveedor deben obtener la autorización previa antes de recibir cualquier servicio, no solo los que figuran a continuación. Es posible que su cuidado no esté cubierto si no recibe autorización previa.

### Servicios que necesitan autorización previa

- Toda la atención médica para pacientes internados, que incluye servicios de enfermería especializada, rehabilitación/terapia aguda de pacientes internados y cuidados de largo plazo y de relevo
- Servicio prestado por todos los proveedores fuera de la red
- Cirugías electivas (paciente ambulatorio e internado)
- Servicios reconstructivos o potenciales cosméticos, que incluyen, entre otros:
  - Rinoplastia
  - La mayoría de las deformidades de las extremidades
  - Labio y paladar hendidos
- Cirugía bucal de origen dental para adultos
- Cirugía bariátrica/obesidad gástrica
- Reemplazos de rodilla/cadera, algunas órtesis de rodilla
- Artroscopias/artroplastias
- Laminectomías/laminotomías
- Fusiones espinales
- Laparoscopías
- Cirugía de UPPP: (uvulopalatofaringoplastia)
- Injerto de bypass de la arteria coronaria (CABG)
- Pruebas genéticas en algunas situaciones
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Estudios del sueño fuera del entorno doméstico
- Esterilizaciones voluntarias
- Servicios de disforia de género, que incluyen, entre otros, cirugías de transición de género
- Tratamientos y servicios asociados al trastorno temporomandibulares o a la articulación craneomandibular y al trastorno de la mandíbula craneomandibular
- Maternidad: parto y hospitalización si está previsto con menos de 39 semana o si la estadía excede 48 horas para vaginal o 96 horas para parto por cesárea.
- Servicios de ambulancia no emergentes.
- Pruebas de orina para detección de drogas (Urinary Drug Testing, UDT)

### Servicios de salud conductual:

- Servicios para pacientes internados
- Análisis de comportamiento aplicado (ABA)
- Servicios del programa de hospitalización parcial (PHP)
- Evaluación de diagnóstico psiquiátrico (autorización previa después de tres unidades/visitas por año calendario)

- Servicios intensivos de programa/tratamiento para pacientes ambulatorios (IOP/IOT)
- Psicoterapia individual (autorización previa después de 24 unidades/visitas por año calendario)
- Psicoterapia familiar (autorización previa después de 24 unidades/visitas por año calendario)
- Servicios del centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF)
- Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT)
- Servicios de apoyo a la comunidad
- Terapia electroconvulsiva (ECT)
- Cuidados Intensivos Personalizado (IC3)

### **Suministros médicos, equipos médicos duraderos (DME) y aparatos**

Lo siguiente siempre requiere de autorización previa:

- Sillas de ruedas y algunos accesorios asociados
  - Dispositivo de infusión de insulina
  - Monitores de glucosa continuos
  - Nutrición oral (con fines médicos) y terapia nutricional enteral
  - Todos los artículos de alquiler/arrendamiento, incluyendo pero no limitado a:
    - CPAP/BiPAP
    - Máquinas de NPPV
    - Monitores de apnea
    - Ventiladores
    - Camas de hospital
    - Colchones de especialidad
    - Osciladores de pared torácica de alta frecuencia
    - Dispositivo de asistencia/estimulación para la tos
    - Dispositivos de compresión neumática
    - Dispositivos de generación de voz y accesorios
    - Bombas de infusión
  - Todos los códigos varios (ejemplo: E 1399)
  - Implantes cocleares que incluyen la mayoría de reemplazos. PA también considerará la terapia auditiva del implante poscoclear.
  - Leche de donantes
  - Dispositivo de asistencia ventricular izquierda (LVAD)
  - Terapia de cierre asistido por vacío (VAC) para heridas
  - DME y suministros, que incluyen, entre otros:
    - Dispositivos de prótesis y órtesis\*\*
    - Aparatos orales para la apnea obstructiva del sueño
    - Sistemas de transferencia de pacientes/elevadores de Hoyer
    - Reparaciones de sillas de ruedas eléctricas
    - Estimuladores de la médula espinal
- \*\* Las órtesis pueden reemplazarse una vez por año de beneficios cuando sea médicamente necesario. Se pueden permitir reemplazos adicionales si se dañan y no se pueden reparar o si la necesidad se debe a crecimiento rápido y el afiliado es menor de 18 años de edad. Excluye la reparación/reemplazo debido a pérdida o robo, uso indebido, rotura maliciosa o negligencia grave.

### **Servicios y terapias de atención domiciliaria**

- No se requiere autorización previa para ninguna evaluación de terapia/enfermería especializada/trabajador social/terapia de infusión
- Visitas del asistente de salud en el hogar
- Enfermera privada (Private Duty Nursing o PDN)
- Visitas de enfermería especializada
- Visitas a trabajadores sociales
- Terapia ocupacional

- Terapia del habla
- Terapia física

**Terapias para pacientes ambulatorios** – *los requisitos de autorización previa incluyen habilitación, rehabilitación o una combinación de ambos.*

- No se requiere autorización previa para ninguna evaluación de terapia/enfermería especializada/trabajador social/terapia de infusión
- Visitas de terapia ocupacional
- Visitas de terapia del habla
- Visitas de fisioterapia
- Terapia de rehabilitación cardíaca
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Terapia de rehabilitación pulmonar

**Los servicios de medicina física y rehabilitación**, que incluyen estancia en el día para rehabilitación e internamiento en instalaciones de rehabilitación

**Trasplantes, que incluyen, entre otros:**

- Corazón
- Trasplante de células insulares
- Trasplante de riñón
- Trasplante de hígado
- Trasplante de pulmón o de doble pulmón
- Trasplante multivisceral
- Trasplante de páncreas
- Páncreas/riñón simultáneos
- Trasplante de intestino pequeño
- Trasplante de células madre/médula ósea (con o sin terapia mieloablative)
- Transporte y costos de hospedaje
- Tarifas de búsqueda de donante de médula ósea/células madre

**Manejo del dolor**

- Inyecciones epidurales de esteroides
- Inyecciones de puntos desencadenantes
- Bombas para analgesia implantables
- Estimulador de la médula espinal implantable
- La mayoría de los procedimientos de la articulación sacroilíaca
- Fusión de articulación sacroilíaca
- La mayoría de intervenciones de la articulación facetaria

**Información adicional importante:**

- Los proveedores son responsables de verificar la elegibilidad y los beneficios antes de proporcionar servicios.
- La autorización no es una garantía de pago por los servicios.

GA-MED-M-267403-SP

Aprobado por DCH: 12/1/2020