



Lista de autorización previa de CareSource

La autorización previa es el modo en el que decidimos si los servicios de salud que se enumeran a continuación estarán cubiertos por el plan de CareSource. El proveedor debe obtener autorización previa antes de que usted pueda recibir estos servicios. Los servicios deben basarse en evidencia y ser médicamente necesarios para su atención. También deben estar dentro de los términos de su plan de salud. La atención de emergencia no requiere 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 atención no esté cubierta si no recibe autorización previa. Puede que no se cubra la atención si no tiene autorización previa.

El siguiente listado no es exhaustivo. Determinados servicios también requieren el envío de solicitudes de autorización previa para obtener unidades adicionales cuando el límite se ha superado.

Servicios que necesitan autorización previa

- **Toda la atención médica hospitalaria, incluidos, entre otros:**
 - Centro de enfermería especializada
 - Admisión de pacientes en estado de gravedad
 - Rehabilitación/Terapia para pacientes hospitalizados
 - Atención a largo plazo
 - Atención de relevo
 - Admisiones por necesidades odontológicas
 - Procedimientos que suelen realizarse de manera ambulatoria, pero que se realizan con internación
- Cirugía plástica o reconstructiva
- Mamoplastia de reducción (reducción de senos)
- Rinoplastia (remodelación de la nariz) o reparación del puente de la nariz
- Blefaroplastias (cirugía de levantamiento de ojos y párpados)
- Osteotomías mandibulares deslizantes y cirugías maxilofaciales (cirugía de cara y/o mandíbula)
- Cirugía de articulación temporomandibular (TJM)
- Procedimientos para desviación del tabique nasal
- Cirugías de reducción de peso, incluida la banda gástrica y el bypass gástrico
- Procedimientos de ortodoncia para afiliados menores de 21 años
- Pruebas genéticas de detección de cáncer de mama u ovarios
- Cirugía intersexual (cirugías de cambio de sexo)
- Todos los trasplantes de órganos
- Trasplantes de médula ósea o de células madre
- Algunos servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios



- Hospicio
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Suministros médicos, equipos médicos permanentes (DME) y aparatos, según lo definen los Programas de Cobertura Médica de Indiana (Indiana Health Coverage Programs, IHCP)

Servicios de salud conductual:

- Terapia de análisis del comportamiento aplicado (terapia ABA)
- Admisiones de pacientes psiquiátricos hospitalizados, incluidas las admisiones por abuso de sustancias y rehabilitación
- Servicios de Opción de Rehabilitación de Medicaid (MRO), excepto para intervención ante crisis
- Servicios del programa de hospitalización parcial (PHP)
- Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (IOT)

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.
- En el sitio web figuran detalles específicos sobre los requisitos de autorización.