



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 cuidado no esté cubierto si no recibe autorización previa. Puede que no se cubra la atención si no tiene 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
- Los servicios de proveedores fuera de la red (servicios de derivación autónoma, como vacunaciones, no requieren autorización previa).
- 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
- Análisis de comportamiento aplicado (ABA)
- 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 craniomandibular
- Maternidad: parto y hospitalización si está previsto con menos de 39 semanas o si la estadía excede 48 horas para parto vaginal o 96 horas por cesárea
- Servicios de ambulancia no emergentes
- Análisis farmacológico de orina (UDT) (con autorización previa después de 25 pruebas por año calendario)
- Diagnóstico por imágenes avanzado (las solicitudes deben enviarse a National Imaging Associates (NIA))

Servicios de salud conductual

- Servicios para pacientes internados
- Servicios del programa de hospitalización parcial (PHP)
- Evaluación de diagnóstico psiquiátrico (autorización previa después de una unidad/visita por año calendario)
- Servicios intensivos de programa/tratamiento para pacientes ambulatorios (IOP/IOT)
- Estimulación magnética transcraneal (TMS)
- Psicoterapia individual (autorización previa después de 24 unidades/visitas por año calendario)
- Psicoterapia familiar (autorización previa después de 24 unidades/visitas por año calendario)
- Atención residencial del trastorno por consumo de sustancias (SUD)
- Terapia electroconvulsiva (ECT)

Suministros médicos, equipos médicos permanentes (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, incluida la mayoría de los reemplazos La PA también tendrá en cuenta la terapia auditiva posterior al implante coclear.
- 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
 - Reparaciones de sillas de ruedas eléctricas
 - Estimuladores de la médula espinal

****Los ortóticos pueden reemplazarse una vez por año beneficio cuando sea médicamente necesario. Podrían permitirse reemplazos adicionales si hay daños que no se pueden reparar o si es necesario por el crecimiento rápido de un miembro menor de 18 años. No se incluyen reparaciones/reemplazos por pérdida o robo/uso indebido, ruptura intencional o negligencia.**

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
- Visitas de enfermería especializada
- Visitas a trabajadores sociales
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Fisioterapia

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 mieloablativa)**
- **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**
- **Inyecciones en articulaciones facetarias**

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.

IN-MED-M-242959a-SP; Primer uso: 4/8/2022

Aprobado por OMPP: 4/8/2022