



## SECCIÓN DE DERIVACIÓN Y AUTORIZACIÓN PREVIA

Puede obtener muchos servicios sin necesidad de una derivación de su proveedor médico principal (Primary Medical Provider, PMP). Esto significa que su PMP no necesita coordinar ni autorizar estos servicios para usted. Los servicios que no requieren una derivación significan que usted puede acudir a cualquiera de nuestros socios de salud participantes para obtener los servicios necesarios, por ejemplo:

- Dentistas (cuidado dental)
- Optometristas (cuidado de los ojos)
- Obstetras/Ginecólogos (cuidado de la mujer)
- Psicólogos (cuidado de la salud mental)
- Quiroprácticos (cuidado de la espalda)
- Podiatras (cuidado de los pies)

Existen otros servicios que requieren una derivación. Esto significa que deberá obtener la autorización de su PMP antes de recibir el servicio. El PMP tomará una de las siguientes medidas:

- Coordinar los servicios para usted
- Otorgarle una autorización por escrito para que lleve consigo cuando reciba el servicio.
- Indicarle cómo obtener el servicio

Los siguientes servicios requieren una derivación de su PMP y una autorización previa de CareSource antes de que usted los reciba. Esto significa que su PMP tiene que aprobar el servicio y obtener una aprobación de CareSource también. Su PMP nos solicita una autorización previa y luego programa estos servicios por usted. Si está viendo a un especialista, él/ella recibirá la aprobación de su PMP y luego se programará su cita o servicios. Ejemplos de estos servicios son:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Servicios hospitalarios planificados para pacientes internados (los servicios de emergencia no requieren una derivación ni una autorización previa)
- Servicios en un centro de enfermería para una estadía para rehabilitación a corto plazo
- Centro de cuidados paliativos (atención para pacientes con enfermedades en fase terminal, por ejemplo, cáncer)
- Algunos equipos médicos permanentes, incluso los audífonos
- Aparatos ortopédicos/prostéticos
- Algunos servicios para el manejo del dolor
- Servicios de proveedores que no forman parte de la red

CareSource cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid que están incluidos en los planes de beneficios de Hoosier Healthwise o Healthy Indiana. Están cubiertos sin costo alguno para usted.

## LISTA DE AUTORIZACIÓN PREVIA DE MEDICAID DE INDIANA 2017

- Todos los servicios para pacientes internados
- Todos los servicios de rehabilitación para paciente internado
- Servicios terapéuticos de análisis de comportamiento aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)
- Todos las admisiones de salud conductual para pacientes internados
- Análisis de comportamiento aplicado (ABA)
- Estimulación magnética transcraneal
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios
- Servicios del programa de internación parcial

\*No hay límites de beneficios para los servicios mencionados anteriormente



- Equipo médico permanente
  - Todas las sillas de ruedas eléctricas o personalizadas y suministros
    - Reparaciones de sillas de ruedas
  - Todos los códigos varios DME (ejemplo: E 1399)
  - CPAP de más de 3 meses
  - Bombas de insulina y CGM (dispositivos para el monitoreo continuo de glucosa)
  - Aparatos ortopédicos craneales
  - Suplementos alimenticios/suplementos nutricionales/alimentación enteral: más de 30 latas por mes o más de 1 lata por día
  - Dispositivos de generación del habla
  - Desfibriladores
  - Estimulación del crecimiento óseo
  - Cardioversor-desfibrilador implantable (Implantable Cardioverter-Defibrillator, ICD)
  - Estimuladores de la médula espinal (Spinal Cord Stimulators, SCS) implantados
  - Chaleco de compresión de tórax y ventilación por percusión intrapulmonar (Intrapulmonary Percussive Ventilation, IPV)
  - Sistemas de voz artificial neumática
  - Bipedestadores
  - Dispositivos de estiramiento para el tratamiento de rigidez y contractura articular
  - Dispositivos de movilidad con ruedas
  - Terapia con luz ultravioleta
- Aparatos ortopédicos/prótesis >\$1200
- Transporte aéreos
- Transporte en ambulancia, que no se considera de emergencia
- Pruebas genéticas
- Aparatos auditivos
- Servicios de atención médica en el hogar
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) superior a 30 visitas
- Servicios de centros de enfermería especializada
- Trasplantes de órganos
- Servicios para pacientes ambulatorios
  - Procedimientos cosméticos/plásticos/reconstructivos
  - Estimuladores de la médula espinal
  - Bombas para el dolor implantables
- Servicios para el control del dolor
  - Inyecciones en articulaciones facetarias
  - Epidurales
  - Neurotomía de inyecciones en articulaciones facetarias
  - Inyecciones en la articulación sacroilíaca (SI)
- Programa de internación parcial (PHP) superior a 30 visitas
- Servicios residenciales
- Servicios más allá de los límites de beneficios para afiliados de 20 años o menos
- Cirugías de disforia de género

Cualquier cirugía o procedimiento que sea potencialmente cosmético o de investigación requerirá una autorización previa.

Consulte nuestra Guía de referencia rápida dental para obtener la lista de autorización previa para los servicios dentales.



Para imagenología avanzada, los asociados del sector salud deben obtener autorización previa para los siguientes procedimientos ambulatorios de diagnóstico por imágenes que no se consideren de emergencia:

- Resonancia magnética por imágenes (MRI)/Angiografías por resonancia magnética (MRA)
- Tomografías computarizadas (CT)/Tomografías axiales computarizadas (CTA)
- Tomografía por emisión de positrones (PET).

Los asociados del sector de la salud pueden obtener autorización previa de NIA para procedimientos de imagenología en el [sitio web](#) de RadMD o llamando al 1-800-424-1741 y siguiendo las opciones de menú apropiadas.

Cualquier socio de atención médica que no participe con CareSource debe obtener autorización previa para todos los servicios que no sean de emergencia que se proporcionen a un afiliado de CareSource.

CareSource no requiere autorización previa para los códigos CPT de procedimientos no listados; sin embargo, requerimos que se presente un registro clínico con su reclamo para revisar la validez del código CPT de procedimientos no listados. Los reclamos enviados sin registros clínicos para código de CPT de procedimientos no listados serán denegados. Las denegaciones se reconsiderarán a través del proceso de apelación con los registros clínicos pertinentes.