

Lista de autorización previa

PY2021

La lista de autorización previa representa los servicios y medicamentos que requieren autorización previa antes de ser proporcionados o administrados. Los servicios deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare, establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). De acuerdo con las pautas, toda la atención, los servicios, los suministros y el equipo médicos deben ser médicamente necesarios. Puede revisar las pautas de cobertura de Medicare en www.cms.gov/medicare-coverage-database.

No se requiere autorización previa para atención de emergencia o urgencia. Los miembros deben utilizar proveedores contratados para todos los servicios que no sean de emergencia, a menos que se haya obtenido autorización previa.

IMPORTANTE: la autorización previa no es garantía de beneficios o pago en el momento del servicio.

LISTA DE AUTORIZACIONES DE CFHP

PACIENTE HOSPITALIZADO	Se requiere autorización para todas las hospitalizaciones que involucren cualquier nivel de enfermedad aguda o cuidados subagudos (LTAC), centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación.
HOSPITAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	Se requiere autorización para todas las hospitalizaciones psiquiátricas.
SNF	Se requiere autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada.
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA Y PULMONAR	Se requiere autorización para todos los servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	Se requiere autorización para admisiones a salud conductual / abuso de sustancias residenciales, de hospitalización parcial y diurnos, incluidos los programas intensivos para pacientes ambulatorios.
SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR	Se requiere autorización para los servicios de salud en el hogar.
TERAPIA OCUPACIONAL	Se requiere autorización para los servicios de terapia ocupacional.
SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA Y DE LENGUAJE	Se requiere autorización para fisioterapia y servicios de patología del lenguaje

LISTA DE AUTORIZACIONES DE CFHP

<p>PROCESOS DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIO / PRUEBAS / SERVICIOS DE LABORATORIO</p>	<p>Se requiere autorización para ciertos procedimientos / pruebas / servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (estimulador de crecimiento óseo, reconstrucción mamaria, sin mastectomía, paciente ambulatorio e implantes de electrofisiología en el consultorio, angiografía de las extremidades inferiores, implantes cocleares y otros implantes auditivos, procedimientos cosméticos y reconstructivos, tratamiento de la disforia de género, histerectomía, cirugía ortognática, potencialmente servicios no probados (incluidos los servicios experimentales / de investigación o vinculados), rinoplastia, procedimientos y cirugías de apnea del sueño, estimuladores, trasplante de tejidos u órganos antes del pretratamiento o evaluación, procedimientos de venas, dispositivos de asistencia ventricular, contrapulsación externa mejorada (EECP), oxígeno hiperbárico, diagnóstico molecular / pruebas genéticas, cirugía micrográfica de mohs, otros códigos no incluidos en ninguna categoría / no enumerados / no especificados).</p>
<p>SERVICIOS DE LABORATORIO</p>	<p>Se requiere autorización para realizar pruebas genéticas.</p>
<p>DIAGNÓSTICO AMBULATORIO SERVICIOS TERAPÉUTICOS DE RADIOLOGÍA</p>	<p>Se requiere autorización para ciertas exploraciones PET, medicina nuclear y procedimientos de cardiología nuclear, MRI / MRA (si no los ordena un neurocirujano u ortopédico MDP SPECT, imágenes tridimensionales (3D) / CTA (si no las ordena un cardiólogo o especialista cardiorádico), estudios del sueño y monitorización por vídeo EEG.</p> <p>Se requiere autorización para la radioterapia de intensidad modulada (IMRT); radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia corporal estereotáctica (SBRT).</p>
<p>SERVICIOS DE HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS</p>	<p>Se requiere autorización para ciertos procedimientos / pruebas / servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (estimulador de crecimiento óseo, reconstrucción mamaria, sin mastectomía, paciente ambulatorio e implantes de electrofisiología en el consultorio, angiografía de las extremidades inferiores, implantes cocleares y otros implantes auditivos, procedimientos cosméticos y reconstructivos, tratamiento de la disforia de género, histerectomía, cirugía ortognática, potencialmente servicios no probados (incluidos los servicios experimentales / de investigación o vinculados), rinoplastia, procedimientos y cirugías de apnea del sueño, estimuladores, trasplante de tejidos u órganos antes del pretratamiento o evaluación, procedimientos de venas, dispositivos de asistencia ventricular, contrapulsación externa mejorada (EECP), oxígeno hiperbárico, diagnóstico molecular / pruebas genéticas, cirugía micrográfica de mohs, otros códigos no incluidos en ninguna categoría / no enumerados / no especificados).</p>

LISTA DE AUTORIZACIONES DE CFHP

SERVICIOS ASC	Se requiere autorización para ciertos procedimientos / pruebas / servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (estimulador de crecimiento óseo, reconstrucción mamaria, sin mastectomía, paciente ambulatorio e implantes de electrofisiología en el consultorio, angiografía de las extremidades inferiores, implantes cocleares y otros implantes auditivos, procedimientos cosméticos y reconstructivos, tratamiento de la disforia de género, histerectomía, cirugía ortognática, potencialmente servicios no probados (incluidos los servicios experimentales / de investigación o vinculados), rinoplastia, procedimientos y cirugías de apnea del sueño, estimuladores, trasplante de tejidos u órganos antes del pretratamiento o evaluación, procedimientos de venas, dispositivos de asistencia ventricular, contrapulsación externa mejorada (EECP), oxígeno hiperbárico, diagnóstico molecular / pruebas genéticas, cirugía micrográfica de mohs, otros códigos no incluidos en ninguna categoría / no enumerados / no especificados).
SERVICIOS DE AMBULANCIA	Se requiere autorización para el transporte aéreo en ambulancia no urgente entre ubicaciones especificadas.
DME	Se requiere autorización para la compra minorista de DME o el costo de alquiler acumulativo de más de \$1,000.
PRÓTESIS / SUMINISTROS MÉDICOS	Se requiere autorización para prótesis con compra minorista o costo de alquiler acumulativo de más de \$1,000.
BENEFICIO DE ALIMENTOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Estándar de Medicare Advantage: hasta 10 comidas proporcionadas durante 7 días en internamientos. 2. Plan Estándar de Medicare Advantage DSNP: hasta 21 comidas proporcionadas durante 14 días en internamientos.
MEDICARE PARTE B MEDICAMENTOS RX	Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis