

Requisitos de autorización previa

Programa de Administración de Uso

El Programa de Administración de Uso (UM) de Ascension Personalized Care está diseñado para administrar el uso de los recursos de atención médica y maximizar la eficacia y la calidad de la atención que se da a sus miembros. Está diseñado para promover una toma de decisiones de administración de uso apropiada, segura y coherente. El programa incluye componentes de revisión previos, simultáneos y postservicios. Las actividades del programa se completan de manera coherente con las políticas, los procedimientos y las normas vigentes de las agencias reguladoras estatales y federales. No recompensamos a los proveedores ni a otras personas por extender denegaciones de cobertura, servicio o atención. Tampoco tomamos decisiones sobre la contratación, promoción o despido de estas personas basándonos en la idea o el pensamiento de que denegarán los beneficios. Además, no ofrecemos incentivos financieros para que los encargados de tomar decisiones de UM fomenten las decisiones que den como resultado una subutilización.

Ascension Personalized Care se asegurará de que los servicios para los miembros sean suficientes en cantidad, duración o extensión para lograr razonablemente el propósito para el que se prestan los servicios. El plan médico no denegará ni reducirá arbitrariamente la cantidad, la duración o la extensión de un servicio necesario basándose únicamente en el diagnóstico, tipo de enfermedad o condición del miembro. (42 CFR §438.210 (a) (ii)).

Ascension Personalized Care tiene personal adecuado disponible en una línea telefónica de llamada sin costo para dar determinaciones como mínimo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. de cada día hábil normal en cada zona horaria donde Ascension Personalized Care hace al menos el dos por ciento de sus actividades de revisión.

Ascension Personalized Care tiene la capacidad de aceptar o registrar consultas entrantes de proveedores y miembros durante el día hábil y después del horario de atención. Ascension Personalized Care responde a las comunicaciones en el plazo de un (1) día hábil después de recibir la comunicación y hace sus comunicaciones salientes relacionadas con la administración de uso durante el horario de atención normal y razonable de los proveedores, a menos que mutuamente se acuerde lo contrario. Los servicios TDD/TTY y los servicios de asistencia con el idioma están disponibles para los miembros según sea necesario, sin cargo.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de UM, incluyendo pedir una copia de nuestros criterios/directrices de UM, llame a Servicios de Proveedores al 833-600-1311.

Plazos de presentación

Solicitudes iniciales

Se recomienda enviar la autorización previa con toda la documentación de respaldo al menos tres días hábiles antes del comienzo de la atención. El incumplimiento de las reglas de notificación puede dar como resultado una denegación administrativa. Hay más información disponible en la sección Denegaciones administrativas de este documento.

La fecha de inicio de la atención (SOC) es la fecha acordada por el médico, el proveedor de servicios de enfermería privada (PDN) y el miembro o adulto responsable y se menciona en el plan de atención (POC) presentado como la fecha SOC. La fecha SOC puede incluir solicitudes de autorización previa para enfermería especializada de atención en casa, servicios de asistente y PDN. Estos servicios pueden exigir que el proveedor evalúe al miembro e inicie la atención antes de enviar una solicitud de autorización previa en un plazo de tres días hábiles después de la fecha SOC para los servicios PDN iniciales o nuevos. Durante el proceso de autorización previa, los proveedores están obligados a prestar los servicios solicitados a partir de la fecha SOC. Las excepciones a la fecha de inicio de la atención pueden incluir solicitudes de enfermería especializada en casa, servicios de asistente y enfermería privada. Abajo se analiza más información sobre las excepciones.

Excepciones:

- Enfermería especializada de atención médica en casa: Después de la evaluación inicial del RN o la evaluación del cliente en el entorno de la casa para las necesidades de servicios de atención médica en casa, el RN empleado por la agencia que completó la evaluación de la casa se debe comunicar con Ascension Personalized Care para obtener autorización previa en un plazo de tres (3) días hábiles después del inicio de la atención (SOC).
- Servicios de enfermería privada:
 - Las solicitudes iniciales se deben enviar en un plazo de tres días hábiles después de la fecha de SOC.
 - Las solicitudes iniciales se pueden autorizar previamente por un máximo de 90 días.
 - El Departamento de Autorización Previa debe recibir y fechar las solicitudes iniciales completas de Ascension Personalized Care en un plazo de tres días hábiles después de SOC. El Departamento de Autorización Previa de Ascension Personalized Care debe recibir la solicitud a más tardar a las 5:00 p. m., hora central, del tercer día para que se considere recibida en el plazo de tres días hábiles. Si se recibe una solicitud más de tres días hábiles después de SOC o después de las 5:00 p. m. hora central del tercer día, se concede autorización para fechas de servicio que comiencen tres días hábiles antes de recibir la solicitud completa.

Proceso de recertificación de la autorización previa

Un médico o proveedor de atención médica puede presentar una solicitud de recertificación de autorización previa médica al menos 60 días calendario antes del vencimiento de la autorización actual de los servicios en el archivo.

Excepciones:

Ascension Personalized Care exige que se reciban las siguientes solicitudes de recertificación de autorización previa hasta 30 días calendario antes del vencimiento de los servicios autorizados actuales

- Servicios de enfermería privada (PDN)/centros de cuidado pediátrico extendido prescritos (PPECC):
 - Se debe presentar una solicitud de recertificación al menos siete días calendario antes, pero no más de 30 días calendario antes de que expire el período de autorización actual.
 - Todos los plazos de autorización se aplican a las recertificaciones.
 - El Departamento de Autorización Previa de Ascension Personalized Care debe recibir y fechar las solicitudes iniciales completas al menos siete (7) días calendario antes, pero no más de 30 días antes de la fecha de vencimiento de la autorización actual. El Departamento de Autorización Previa debe recibir la solicitud a más tardar a las 5:00 p. m. hora central del séptimo día para que se considere recibida en el plazo de siete (7) días calendario. Si se recibe una solicitud menos de siete días calendario antes de la fecha de vencimiento de la autorización actual o después de las 5:00 p. m. hora central del séptimo día, la autorización se concederá para las fechas de servicio que comiencen no antes de siete (7) días calendario después de que el Departamento de Autorización Previa reciba la solicitud completada.

Información clínica y documentos para respaldar la necesidad médica

Ascension Personalized Care puede pedir cualquier combinación de la siguiente lista de información y documentos clínicos para respaldar la necesidad médica de los servicios solicitados. Toda la información y los documentos deben estar actualizados y legibles con la firma del médico solicitante correspondiente fechada en el plazo de los últimos 90 días, según corresponda. Los proveedores deben enviar solo los documentos correspondientes que se mencionan abajo relacionados con los servicios solicitados.

Solicitud de autorización y tipos de remisión	Información clínica y documentos para respaldar la necesidad médica
<p>Todas las solicitudes de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios (además de los artículos mencionados abajo)</p>	<p>Información esencial para iniciar la solicitud de remisión de autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del miembro • Número del miembro o Medicaid • Fecha de nacimiento del miembro • Nombre del proveedor que solicita • Identificador nacional de proveedor (NPI) del proveedor solicitante • Servicio solicitado: Terminología procesal actual (CPT), Sistema de codificación de procedimientos frecuentes de atención médica (HCPCS) o Terminología dental actual (CDT) • Fechas de inicio y finalización del servicio solicitado • Cantidad de unidades de servicio solicitadas según CPT, HCPCS o CDT solicitado
<p>Solicitudes de pacientes hospitalizados y de observación</p>	<p>La información y los documentos deben estar relacionados con el ingreso/estancia actual. Además de los documentos mencionados arriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de ingreso o carátula • Formulario de notificación de ingreso de pacientes hospitalizados de salud conductual • Diagnóstico • Historia y examen físico • Notas de progreso • Notas de consulta o reportes de especialistas • Formulario de estancia prolongada para pacientes hospitalizados de salud conductual • Órdenes del médico • Resultados de radiología/imágenes • Resultados de laboratorio • Prueba de glucosa en la sangre • Reportes de signos vitales • Expedientes de administración de medicamentos • Informe del alta • Formulario de informe del alta de salud conductual

Solicitud de autorización y tipos de remisión	Información clínica y documentos para respaldar la necesidad médica
Solicitudes de prótesis	<p>La información y los documentos deben estar relacionados con solicitudes de servicios actuales. Además de los documentos aplicables mencionados arriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una nota clínica reciente de un médico/especialista apropiado (ejemplos: neurología, ortopedia, medicina del deporte) que documente los déficits funcionales específicos, diagnóstico y necesidad de la prótesis solicitada (la nota debe tener menos de tres (3) meses de antigüedad) • Descripción clara y justificación de los artículos/accesorios solicitados • Documentación de necesidad médica que incluya descripción de la función del miembro con y sin la prótesis solicitada • Historia y estado de cualquier prótesis previamente usada/probada y resultado de su uso para artículos personalizados y listos para usar; incluyendo la necesidad médica para la duplicación de artículos • Descripción de la operación o lesión, incluyendo las fechas relacionadas con la remisión • Descripción del dispositivo de menor apoyo que cubrirá las necesidades de este miembro • Se usará la descripción de la configuración de estos artículos • Documentación de la voluntad del paciente/familia de cumplir los artículos/plan de atención solicitados (si corresponde)
Solicitudes de equipo médico duradero	<p>La información y los documentos deben estar relacionados con solicitudes de servicios actuales. Además de los documentos aplicables mencionados arriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una nota clínica reciente de un médico/especialista apropiado (ejemplos: neurología, ortopedia, medicina del deporte) que documente los déficits funcionales específicos, diagnóstico y necesidad de la pieza de equipo solicitada (la nota debe tener menos de tres (3) meses de antigüedad) • Edad, estatura, peso del miembro, diagnósticos que afectan las actividades de la vida diaria relacionadas con la movilidad, diagnósticos que afectan las actividades instrumentales de la vida diaria, conjuntos de capacidades funcionales actuales con y sin equipo • Proveedor de equipo médico duradero historia de compras de equipos, cotización/descripción/justificación detallada de la solicitud de equipo actual, potencial de crecimiento del equipo solicitado, accesibilidad de la casa/compatibilidad del equipo, justificación de reparaciones/modificaciones, estado del equipo

Solicitud de autorización y tipos de remisión	Información clínica y documentos para respaldar la necesidad médica
Solicitudes de equipo médico duradero	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de si los artículos son para compra o alquiler y duración de la necesidad • Descripción de la necesidad médica de todos los componentes accesorios y modificadores • Descripción de la integridad de la piel, la sensación y la percepción del dolor, incluyendo la forma en que se ve afectada por el equipo actual y solicitado
Solicitudes de aparatos para generación del habla	<p>La información y los documentos deben estar relacionados con una solicitud de servicios actuales. Además de los documentos aplicables mencionados arriba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una nota clínica reciente de un médico/especialista apropiado que documente los déficits funcionales específicos y el diagnóstico (la nota debe tener menos de tres (3) meses de antigüedad) • Descripción de cualquier condición médica subyacente y pronóstico para el desarrollo del habla verbal • Descripción de si los artículos son para alquiler o compra (inicial o de reemplazo) • Historia de cualquier aparato para generación del habla comprado antes, fecha de la compra anterior, tipo de dispositivo comprado antes, por qué se necesita un nuevo dispositivo • Examen de la audición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si el examen de audición aún no se ha enviado a Ascension Personalized Care o tiene un diagnóstico médico de que es propenso a la pérdida de audición: Documentación de audición normal en al menos un oído mediante un método de evaluación objetivo (prueba de emisiones otoacústicas (OAE) de tonos puros o respuesta auditiva del tronco encefálico (ABR)), una nota clínica de un otorrinolaringólogo (ENT) o un audiólogo que documente una audición normal adecuada para el habla (la nota debe tener menos de doce (12) meses de antigüedad) ○ Si el miembro tiene una pérdida de la audición diagnosticada o no pasó una evaluación de la audición: Una nota clínica reciente de un otorrinolaringólogo o audiólogo que documente un examen, un plan de tratamiento o el resultado de una visita de seguimiento de un aparato auditivo/implante coclear para pruebas de audición asistida y para determinar si los dispositivos funcionan correctamente, (la nota debe tener menos de tres (3) meses de antigüedad)

Solicitud de autorización y tipos de remisión	Información clínica y documentos para respaldar la necesidad médica
Solicitudes de aparatos para generación del habla	<ul style="list-style-type: none"> · Evaluación del lenguaje/comunicación aumentada completada por un patólogo del habla y el lenguaje y firmada por el médico que hace la remisión que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ La historia médica del miembro, incluyendo cualquier diagnóstico o condición subyacente que afecte el desarrollo del habla y el lenguaje ○ La historia de cualquier tratamiento previo de terapia del habla con una descripción de la respuesta a los métodos de la terapia tradicional versus el tratamiento centrado en la comunicación aumentativa ○ Bilingüe: La exposición al idioma en casa, el entorno educativo y la comunidad. Idioma usado para las pruebas formales, la cantidad de traducción necesaria si se usó una evaluación bilingüe y el idioma planificado para la terapia; si se expone a varios idiomas, prueba en ambos idiomas o uso de una prueba bilingüe (ejemplo: Escala de lenguaje preescolar - 5 español) es obligatorio ○ Datos objetivos que documentan el nivel actual de función (ejemplos: puntuaciones brutas, puntuaciones estándar, puntuaciones referidas a criterios, mediciones) ○ Una descripción de las competencias de comunicación funcional específicas y los déficits observados durante la realización de las actividades de la vida diaria (ADL), tanto verbalmente como con el dispositivo elegido ○ Una descripción detallada del deterioro de la comunicación (diagnóstico, gravedad, competencias lingüísticas, cognición, duración prevista) ○ Descripción/comparación de otros dispositivos considerados y por qué no cumplirían las necesidades de comunicación del miembro ○ Justificación del dispositivo específico elegido, incluyendo las capacidades de motricidad gruesa, las capacidades de motricidad fina y las competencias cognitivas que hacen que el dispositivo sea apropiado ○ Resultado/resumen de una prueba de tres (3) meses con el dispositivo elegido, incluyendo la descripción del uso del dispositivo en la casa durante las actividades de la vida diaria y la descripción del uso independiente del dispositivo para la comunicación expresiva al comienzo y al final de la prueba ○ Una descripción de la capacitación del cuidador relacionada con el uso y la programación del dispositivo (si corresponde)

Solicitud de autorización y tipos de remisión	Información clínica y documentos para respaldar la necesidad médica
Solicitudes de aparatos para generación del habla	<ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos de tratamiento a corto y largo plazo que están relacionados con el uso del aparato para generación del habla, funcionales, apropiadamente alcanzables, medibles e incluyen puntos de referencia/plazos ○ La participación esperada del adulto responsable en el tratamiento del miembro (si corresponde) ○ Firma del patólogo del habla autorizado y fecha

Plazos de determinación

Los estándares de los plazos de revisión de uso son los siguientes:

Estado	Tipo de autorización	Plazo de decisión
Kansas y Tennessee	Urgente/acelerada	72 horas
Indiana	Urgente/acelerada	Lo antes posible pero no más del segundo día hábil después de la fecha de la solicitud
Michigan	Urgente/acelerada	24 horas
Texas	Atención después de la estabilización o una condición que amenaza la vida	1 hora
Kansas y Michigan	Rutina/no urgente	15 días calendario
Indiana, Texas y Tennessee	Rutina/no urgente	2 días hábiles
Kansas, Indiana, Michigan y Tennessee	Extensión de rutina/no urgente	Se puede extender hasta por 15 días calendario

Estado	Tipo de autorización	Plazo de decisión
Texas	Extensión de rutina/no urgente	Se puede extender hasta por 14 días calendario
Kansas, Indiana, Michigan, Texas y Tennessee	Retrospectiva	30 días calendario
Kansas, Indiana, Michigan, Texas y Tennessee	Extensión retrospectiva	Se puede extender hasta por 15 días calendario
Kansas, Indiana, Michigan y Tennessee	Concurrente	24 horas, si la solicitud de extensión se recibió al menos 24 horas antes del vencimiento del período actualmente certificado O 72 horas, si la solicitud de extensión se recibió menos de 24 horas antes del vencimiento del período actualmente certificado
Texas	Concurrente	24 horas

Cómo solicitar una autorización previa

Para solicitar una autorización previa debe usar lo siguiente:

1. Enviar un fax de un formulario de Autorización Previa completado al 512-380-7507
2. Llamar a Ascension Personalized Care al 512-324-2362 o al 1-844-995-1145
3. Enviar un correo electrónico a Ascension Personalized Care a SHP-Authorization@ascension.org

Para obtener una lista completa de procedimientos con los códigos ICD-10 o CPT apropiados, consulte la Lista de códigos de autorización previa publicada más recientemente en ascensionpersonalizedcare.com