

Preguntas frecuentes sobre el proveedor de administración (UM) de Ascension Personalized Care

1. ¿Qué es Ascension Care Management Insurance Holdings?

Ascension Personalized Care se asoció con Ascension Care Management Insurance Holdings para prestar una revisión de utilización para todos los servicios que exigen una autorización previa. Ascension Care Management Insurance Holdings es un afiliado de propiedad absoluta de Ascension Seton.

2. ¿Cómo puedo averiguar si se necesita una autorización?

Hay una lista completa de los servicios que necesitan autorización previa en ascensionpersonalizedcare.com. También puede llamar al servicio de atención al cliente de Ascension Personalized Care al 833-600-1311 o llame directamente a Ascension Care Management Insurance Holdings al 844-995-1145 para obtener más información sobre qué servicios necesitan autorización previa.

3. ¿Cómo puedo enviar una autorización previa para mi paciente?

Puede presentar una autorización previa para todos los servicios por:

- Fax

Enviar un fax de un formulario de autorización previa completo al: 512-380-7507

- Por teléfono

Llamar a Ascension Care Management Insurance Holdings al 844-995-1145

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m hora del Este

- Por correo electrónico

Enviar un correo electrónico a Ascension Care Management Insurance Holdings al:

shp-authorization@ascension.org

4. ¿Cómo puedo ver es estado de una autorización previa?

- Por el portal:

Vea el estado de una autorización visitando www.ascensionpersonalizedcare.com

5. ¿Cuáles son los tiempos de procesamiento de autorización anteriores de Administración de la atención de Ascension Care Management Insurance Holdings?

Ascension Care Management Insurance Holdings está acreditado por URAC (Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización) y usa los tiempos de procesamiento estándar de la industria para las solicitudes de autorización previa. Las solicitudes de rutina antes del servicio se procesarán en el plazo de 14 días calendario, simultánea con paciente hospitalizado estándar es de 24 horas, para paciente ambulatorio de urgencia en el plazo de 72 horas, para paciente hospitalizado de urgencia en el plazo de 24 horas.

Nota: donde los tiempos del estado o federales difieran de los de URAC, el estándar de tiempo más estricto será el que aplica.

6. ¿Qué situación constituye una “solicitud urgente o acelerada”?

Las determinaciones aceleradas de la organización se hacen cuando el miembro o su proveedor cree que esperar una decisión según el marco de tiempo estándar podría poner en serio riesgo la vida, la salud o la capacidad de recuperar la máxima función del miembro.

7. ¿Cuáles son los criterios sobre cómo se toman las decisiones de autorización previa?

Ascension Care Management Insurance Holdings usa criterios de InterQual, una herramienta estándar de la industria que aplica directrices de atención clínica reconocidas en todo el país para apoyar el proceso de toma de decisiones. Cuando los criterios de InterQual no estén disponibles para un servicio específico, se usarán los recursos basados en evidencia y un revisor médico hará una determinación de necesidad médica.

8. ¿Qué pasa si no se obtiene una autorización para los servicios que exigen autorización previa?

Todos los ingresos y servicios como paciente hospitalizado en la lista de autorización previa exigen aprobación antes que se obtenga el servicio. Si no se obtiene la autorización previa antes de que se preste el servicio, puede que este no se apruebe para pago.