

¿Qué es una autorización previa?

La autorización previa verifica si un tratamiento médico que no es de emergencia es médicamente necesario. También determina si el tratamiento coincide con el diagnóstico y constata que los servicios solicitados se proporcionarán en un entorno adecuado. Durante la autorización previa, Community Health Choice también verificará si el miembro tiene beneficios.

La autorización previa a veces se denomina precertificación o prenotificación.

La autorización previa NO garantiza el pago. Aunque un proveedor obtuvo la autorización previa solicitada, aun así Community debe procesar la reclamación de un proveedor para determinar si se hará el pago. La reclamación se procesa de acuerdo con lo siguiente:

- Elegibilidad
- Limitaciones contractuales
- Pautas de cobertura de beneficios
- Requisitos federales o estatales aplicables
- Revisiones de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI)
- Manual de procedimientos para proveedores de Medicaid de Texas (TMPPM)
- Otros requisitos del programa, según corresponda.

Servicios para Proveedores

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con autorizaciones previas.

Horarios de Medicaid

Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Sábado/Domingo/Feriados, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.

Horarios de CHIP

Lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m.

Sábado/Domingo/Feriados, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.

Teléfono

713.295.2295 o número gratuito 1.888.760.2600

Sitio web

<https://Provider.communityhealthchoice.org/resources/>

Dirección de correo electrónico

ProviderWebInquiries@CommunityHealthChoice.org

Guía de autorización previa

[Haga clic aquí](#) para ver una lista precisa y actualizada de servicios que requieren autorización previa. Es posible que la guía no incluya todos los servicios que requieren o no requieren autorización previa. Llame a Servicios para Proveedores para obtener más información si no está seguro de los requisitos de autorización previa. La lista de servicios está sujeta a cambio y se actualizará según sea necesario.

Informe de revisión anual de autorización previa

Sitio web para proveedores

Requisito de HHSC (UMCM 3.32) Fecha de vigencia: 01/01/2021



Haga clic aquí para revisar el Informe de revisión anual de autorización previa.

Proveedores fuera de la red

Salvo para emergencias, Community requiere una autorización previa para todos los servicios suministrados por un proveedor no participante.

Presentación de autorización previa

- [Autorizaciones para farmacias](#)
- [Autorizaciones para servicios de la vista](#)
- Dental (menores de 21 años)
 - [DentaQuest](#)
 - [MCNA](#)
- Dental (mayores de 21 años)
 - [FCL Dental](#)
- Para autorizaciones médicas/cruciales, Community acepta solicitudes de autorización previa a través de los siguientes métodos:
 - [Portal seguro para proveedores](#) de Community Health Choice
 - Fax: 713.295.2286
- Para autorizaciones de salud conductual, Community acepta solicitudes de autorización previa a través de los siguientes métodos:
 - [Portal seguro para proveedores](#) de Community Health Choice
 - Fax: 713.576.0932 (pacientes internados)
 - Fax: 713.576.0931 (pacientes ambulatorios)

Presentación de solicitudes de autorización previa e información requerida

Los proveedores deben presentar el formulario de solicitud de autorización previa, que puede [ver y descargar aquí](#). El formulario debe incluir la siguiente información:

- Nombre del miembro
- Fecha de nacimiento del miembro
- Número de identificación de Medicaid/CHIP del miembro
- Nombre e identificador nacional de proveedores (NPI) del proveedor solicitante
- Nombre e NPI del proveedor prestador de servicios
- Servicio solicitado
- Códigos solicitados de la terminología de procedimientos actuales (CPT)
- Cantidad de unidades solicitadas
- Fechas del servicio
- Firma con fecha del proveedor dentro de la red solicitante

Para evitar demoras en la autorización o denegaciones administrativas, se alienta a los proveedores a que presenten documentación suficiente para validar la necesidad médica de los servicios que se solicitan. Esto puede incluir, notas de progresos actuales, antecedentes y resultados físicos, de radiología o de laboratorio, notas/informes de consulta, planes de tratamiento que muestren el progreso hacia los objetivos (p. ej., solicitudes de terapia) o documentación de historia clínica similar para ilustrar la necesidad médica.

Falta de información

Sitio web para proveedores

Requisito de HHSC (UMCM 3.32) Fecha de vigencia: 01/01/2021



Si durante la evaluación de autorización previa o la revisión clínica inicial de una solicitud no hay información clínica o si no se proporciona información clínica suficiente con la solicitud, Community se comunicará con el médico tratante, el proveedor ordenante o el centro que proporciona servicios para pedirles la información para solicitar la información necesaria.

- Community le envía al proveedor una carta por fax y correo regular que describe específicamente la información que falta para que Community tome una determinación.
- Si no se recibe información por parte del proveedor en un plazo de _____ días hábiles, Community se comunica con el miembro y le envía una carta y también le envía una carta al proveedor de cuidado primario (PCP) en la que se indica que se solicitó más información.
- Si no se recibe información adicional por parte del proveedor en un plazo de _____ días calendario, Community emitirá una denegación administrativa.

Sitio web para proveedores

Requisito de HHSC (UMCM 3.32) Fecha de vigencia: 01/01/2021



Plazos de decisión de la autorización previa

Community dicta una resolución sobre la autorización previa dentro de los siguientes plazos de acuerdo con los requisitos reglamentarios estatales:

Revisión prospectiva

Urgente	Tan pronto como sea posible según la situación clínica, pero a más tardar un día hábil de recibir una solicitud para una decisión de administración de uso (UM)
De rutina	Dentro de los tres días hábiles después de recibir una solicitud para una decisión de UM
Pacientes internados	Dentro de un día hábil después de recibir una solicitud para una decisión de UM

Revisión concurrente

Community dictará una resolución sobre una reducción o la finalización del contrato de un tratamiento previamente aprobado con suficiente tiempo para permitirle al paciente solicitar una revisión de la decisión de reducción o finalización del contrato. El miembro recibirá una decisión actualizada antes de que se realice la reducción o la finalización del contrato, pero antes de **dos días hábiles después de que se recibió la solicitud**.

Revisión retrospectiva

Community dictará una resolución en un plazo de **30 días calendario** después de recibir una solicitud para una decisión retrospectiva de UM. Una solicitud retrospectiva está relacionada con un servicio que un proveedor ya suministró y para el que el proveedor no presentó una reclamación. Puede enviar solicitudes por fax para una retrospectiva con documentación de respaldo al 713.576.0937.

Si no se obtiene una autorización previa

Community denegará una reclamación si el proveedor no obtiene una autorización antes de proporcionarle servicios a un miembro. En ningún caso será un miembro económicamente responsable de los pagos por tales servicios, salvo por los gastos de miembros requeridos por el plan/programa específico de beneficios del miembro.

Planificación del alta

Community ofrece servicios de planificación del alta de manera oportuna y adecuada para una transición sin problemas de un hospital, un centro de enfermería especializada o de rehabilitación al domicilio del miembro. La planificación del alta incluye, entre otros, los siguientes:

- Servicios de salud en el hogar
 - Visitas de enfermería especializada
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del Habla
- Servicios para pacientes ambulatorios: Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla
- Equipos médicos duraderos (incluidos suministros)
- Toda otra necesidad de alta urgente para la transición del miembro de regreso a su domicilio.

Sitio web para proveedores

Requisito de HHSC (UMCM 3.32) Fecha de vigencia: 01/01/2021



Envíe solicitudes de autorización previa a Community al menos **de 24 a 48 horas antes de recibir el alta de un hospital, un centro de enfermería especializada o de rehabilitación.**

Si un miembro recibe el alta fuera del horario laboral o durante el fin de semana, los proveedores deben presentar solicitudes de planificación del alta al siguiente día hábil. Las autorizaciones de alta se revisan para evaluación y tratamiento inicial.

Para continuar un tratamiento y recibir servicios después de la autorización del alta, se requieren instrucciones médicas del PCP o especialista del miembro. Estas solicitudes deben enviarse al número de fax correspondiente para solicitudes de autorización previa.

- Complete el formulario de solicitud de autorización previa estándar de Texas o el formulario de autorización previa preferida de Community.
- Adjunte una orden de alta del hospital (guion firmado, documentación del alta, orden electrónica o verbal y el Título 19). Incluya los códigos de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD-10), los códigos solicitados de la terminología de procedimientos actuales (CPT) o los códigos del Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS) con la frecuencia, duración y cantidad de visitas o visitas solicitadas.
- Para miembros en transición de un hospital de cuidado agudo a un centro de cuidado agudo a largo plazo (LTAC) o un centro de atención de enfermería especializada (SNF):
 - Envíe una solicitud por fax (formulario de autorización previa y órdenes de traslado con información clínica) al: 713.295.2284
- Para miembros en transición de un hospital de cuidado agudo, un LTAC o un SNF al hogar (lugar de residencia):
 - Envíe una solicitud por fax (formulario de autorización previa y órdenes de alta con información clínica) al: 713.848.6940
- Envíe solicitudes de autorización de salud conductual al: 713.576.0932

Todas las solicitudes de autorización para planificación del alta siguen los procesos y procedimientos establecidos relacionados con la elegibilidad, los beneficios, la necesidad médica y otros requisitos reglamentarios.