
AUTORIZACIÓN PREVIA

La autorización previa (también conocida como precertificación o prenotificación) determina si un tratamiento médico que no sea de emergencia es médicamente necesario, si es compatible con el diagnóstico, si el miembro tiene beneficios y si los servicios solicitados deben proporcionarse en el entorno adecuado.

La autorización previa no es una garantía de pago. Independientemente de si un proveedor obtuvo la autorización previa requerida, Community Health Choice debe procesar la reclamación de un proveedor de acuerdo con la elegibilidad, las limitaciones contractuales, las pautas de cobertura de beneficios, los requisitos federales o estatales aplicables, las revisiones de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI), el manual de procedimientos para proveedores de Medicaid de Texas (TMPPM) y los requisitos de otros programas, según corresponda.

Servicios para Proveedores

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

Lunes a viernes

de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender las llamadas.

Teléfono

713.295.5007 o 1.833.276.8306

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

[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.

Cómo presentar una solicitud de autorización previa

Sitio web para proveedores

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



- [Autorizaciones para farmacias \(Se dirigirá al proveedor a https://prescribers.navitus.com/logon.aspx?returnurl=%2fSecured-Pages%2fNav%2fResources%2fformulary.aspx\)](https://prescribers.navitus.com/logon.aspx?returnurl=%2fSecured-Pages%2fNav%2fResources%2fformulary.aspx)
- [Autorizaciones para servicios de la vista](#)
- 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: 713.295.7059
- 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: 713.576.0939 (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 y 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

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 comunica al proveedor por fax o llamada telefónica que presente la información faltante.
- Si no se recibe información adicional por parte del proveedor, Community emitirá una denegación administrativa.

Sitio web para proveedores

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



Plazos de determinación de la autorización previa

Community dicta una resolución 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 determinación de administración de uso (UM) |
| De rutina | Dentro de los tres días hábiles después de recibir una solicitud para una determinación de UM |
| Pacientes internados | Dentro de un día hábil después de recibir una solicitud para una determinación de UM |

Revisión concurrente

Community dicta la determinación para la reducción o finalización del contrato de un tratamiento previamente aprobado con tiempo suficiente para permitirle al paciente que solicite una revisión y reciba una decisión antes de que se realice la reducción o la finalización del contrato, pero antes de **dos días hábiles**.

Revisión retrospectiva

Community dictará una determinación en un plazo de **30 días calendario** desde la recepción de una determinación retrospectiva de UM para un servicio que el 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 de manera administrativa 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 que surjan por tales servicios, salvo por los gastos aplicables de miembros que puedan ser requeridos por un plan/programa de beneficios.

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 puede incluir, 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.

Asegúrese de enviar 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..**

Sitio web para proveedores

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



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. De ser necesario, todas las autorizaciones de alta se revisarán para evaluación y tratamiento inicial.

Para continuar un tratamiento y recibir servicios después de la autorización del alta, se requerirán 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 seguirán los procesos y procedimientos establecidos relacionados con la elegibilidad, los beneficios, la necesidad médica y otros requisitos reglamentarios.