

Lista de autorizaciones previas de Medicare (HMO-SNP, HMO-MAPD)

Para tener la lista de códigos CPT/HCPCS completa, por favor vea las Herramientas de Autorización Previa en línea, en el sitio web del Plan de Salud; actualizado el 3/2019

Categoría de servicio	Servicios/Procedimientos
Acupuntura/Quiropráctic	La cobertura de Medicare para servicios quiroprácticos solo se extiende para tratamientos de manipulación manual de la columna que corrigen una subluxación con dicho tratamiento, siempre que sea razonable y médicamente necesario
Ambulancia: Servicio aéreo sin emergencia	Requiere autorización previa antes del transporte
Servicios de terapia de comportamiento	Tratamiento diurno Terapia electroconvulsiva (ECT) Psiquiatría hospitalaria Terapia ambulatoria intensiva Examen neuropsicológico Hospitalización parcial Tratamiento/rehabilitación para el trastorno de abuso sustancias
Ensayos clínicos Solo con notificación	Un ensayo clínico es un tipo de investigación clínica que sigue un plan o protocolo predefinido
Implante y cirugía coclear	Proporciona estimulación eléctrica directa al nervio auditivo, evitando las células transductoras usuales que están ausentes o sin funcionalidad en un coclear sordo
Procedimientos cosméticos/dermatológicos	Incluye cualquier procedimiento quirúrgico enfocado en mejorar la apariencia, excepto cuando se requiera una reparación inmediata (es decir, tan pronto sea posible médicamente) por causa de una herida accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformado Incluyendo, entre otros, lo siguiente: Exfoliación química, electrólisis Dermoabrasión/exfoliación química Tratamiento láser Inyecciones en la piel e implantes
Prueba de detección de drogas	Pruebas cuantitativas por abuso de drogas
Equipo Médico Duradero (DME)	BiPAP Estimulador de crecimiento óseo Camas/colchones de hospital Bombas de infusión Equipos de elevación, incluyendo unidades TENS Estimulador del nervio vago Ventiladores Sillas de ruedas personalizadas Sillas de ruedas eléctricas Bomba de aspiración de heridas (presión negativa)
Contrapulsación Externa Mejorada (EECP)	Se debe autorizar anticipadamente cualquier elemento o servicio potencialmente considerado experimental o de investigación
Servicios experimentales/de investigación	Se debe autorizar anticipadamente cualquier elemento o servicio potencialmente considerado experimental o de investigación

Lista de autorizaciones previas de Medicare (HMO-SNP, HMO-MAPD)

Para tener la lista de códigos CPT/HCPCS completa, por favor vea las Herramientas de Autorización Previa en línea, en el sitio web del Plan de Salud; actualizado el 3/2019

Categoría de servicio	Servicios/Procedimientos
Servicios de cambio de sexo	Término común para describir la cirugía o cirugías que afirman la identidad de género de las personas
Asesoría genética y pruebas	Las pruebas genéticas son un tipo de prueba médica que identifica cambios en los cromosomas, genes o proteínas
Hospicio: solo notificación para manejo de casos (no se requiere autorización previa)	En casa u hospital
Terapia hiperbárica O2	Incluye la terapia de HBO una cámara
Infertilidad	Terapia con medicamentos, pruebas, tratamiento
Admisión hospitalaria	Hospitalización severa Rehabilitación en hospitalización Hospital de agudos a largo plazo (LTAC) Centro de enfermería especializada (SNF)
Examen neuropsicológico	Evaluaciones para miembros con antecedentes de trastornos psicológicos, neurológicos o médicos que afectan el funcionamiento cognitivo o neuroconductual
Suplementos y/o servicios nutricionales	Fórmula administrada vía alimentación enteral por sonda
Etapas de observación	Se requiere autorización previa si es mayor a 48 horas
Ortopedia/Prótesis	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Los dispositivos prostéticos que reemplazan una parte o función del cuerpo se obtienen cuando un doctor o profesional de la salud, registrado en Medicare, los solicita ▫ Las opciones de cobertura limitada para zapatos y dispositivos ortopédicos incluyen extremidades y ojos artificiales, así como soportes para brazos, piernas, espalda o cuello, prótesis mamarias después de la mastectomía
Terapia ambulatoria realizada en instalaciones o clínicas ambulatorias gratuitas	Terapia ocupacional (OT) Terapia física (PT) Terapia del lenguaje (ST) Requiere autorización después de 12 visitas combinadas
Manejo del dolor Se requiere autorización, a menos que se realice como parte de una cirugía	Inyección epidural Inyección en las facetas Bloqueo de la rama medial Ablación por radiofrecuencia Punto de activación Inyección en la articulación sacroilíaca (SI)

Lista de autorizaciones previas de Medicare (HMO-SNP, HMO-MAPD)

Para tener la lista de códigos CPT/HCPCS completa, por favor vea las Herramientas de Autorización Previa en línea, en el sitio web del Plan de Salud; actualizado el 3/2019

Radioterapia	Radioterapia estereotáctica Radioterapia de intensidad modulada (IMRT) Terapia con rayos de protones Terapia con rayos de neutrones
Categoría de servicio	Servicios/Procedimientos
Radiología Visite www.radmd.com	MRI, MRA, PET Scan, CT, Imagen cardiaca PET MRA CT Imagen cardiaca
Estudios del sueño	Cirugía y tratamiento
Cirugías, independientemente del lugar de servicio	Aborto Cirugía bariátrica Blefaroplastia Aumento de senos (excepto para después de una mastectomía) Reducción de senos Endoscopia por cápsula Implantes de condrocitos Implantes de coclear Escisión de lesión Osteotomía Facial Histerectomía Reemplazo de articulaciones Mastectomía por ginecomastia Cirugía oral -- Cirugía de articulación temporomandibular Otoplastia Cirugía reconstructiva y plástica Rinoplastia Neuromodulación del nervio sacro Revisión de cicatrices Septoplastia Cirugía de columna, incluyendo fusión, estabilización, disquectomía Uvulopalatofaringoplastia/Uvolofaringoplastia Venas (ablación, ligación, extirpación, escleroterapia) Parada X: cirugía de columna
Trasplantes	Todas las evaluaciones y procedimientos de trasplantes incluyendo, entre otros, interconsultas para trasplantes, tipificación HLA, búsqueda de donantes y procedimiento de trasplante

Lista de autorizaciones previas de Medicare (HMO-SNP, HMO-MAPD)

Para tener la lista de códigos CPT/HCPCS completa, por favor vea las Herramientas de Autorización Previa en línea, en el sitio web del Plan de Salud; actualizado el 3/2019

Categoría de servicio	Servicios/Procedimientos			
Medicamentos Medicare parte B (Biofarmacia) Los medicamentos resaltados requieren tratamiento escalonado	Actemra®	Hemofilia	Ocrevus™	Solaris®
	Aldurazyme®	H.P. Acthar® Gel	Orencia®	Spinraza™
	Aralast®	Ilaris®	Probuphine®	Stelara®
	Benlysta®	Inmunoglobulina	Prolastin®	Tysabri®
	Botox®	Krystexxa®	Provenge®	Ventavis®
	Brineura™	Lemtrada®	Radicava™	Visudyne®
	Cerezyme®	Lucentis®	Radiesse®	Vpriv™
	Cinqair®	Lumizyme®	Remicade®	Xeomin®
	Cinryze®	Macugen®	Remodulin®	Xolair®
	Dysport®	Myobloc®	Rituxan® (no solo oncológico)	Zemaira®
	Eylea®	Myozyme®	Rituxan Hycela™	Zinplava™
	Exondys 51™	Naglazyme®	Autoinyectables	
	Fabrazyme®	Nplate®	Sculptra®	
	Glassia™	Nucala®	Simponi® Aria™	

Todos los miembros deben verificar su elegibilidad y beneficios antes de que se les preste el servicio. El pago, independientemente de la autorización, depende de la elegibilidad del miembro al momento en que se presta el servicio.

LOS PROVEEDEROS O ESTABLECIMIENTOS NO PARTICIPANTES REQUIEREN AUTORIZACIÓN PARA TODOS LOS SERVICIOS, EXCEPTO CUANDO SE INDIQUE.

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes HMO y HMO SNP, y con algunos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato