Formulario de solicitud de autorización de CCA Health California (HMO) (Determinación de la organización)

Instrucciones

Se necesita una autorización previa para todos los procedimientos y servicios médicos mencionados en la tabla a continuación. **Los proveedores y los centros deben estar dentro de la red.** Complete este formulario en su totalidad, incluya la documentación clínica de respaldo y envíelo por fax a Administración de Utilización al 1-866-207-6779. Las solicitudes de autorización de rutina se procesan dentro de los 14 días calendario y las solicitudes aceleradas/urgentes por motivos médicos dentro de las 72 horas. (**SOLICITUDES ACELERADAS/URGENTES POR MOTIVOS MÉDICOS: LA DESIGNACIÓN DE SOLICITUD DE SERVICIO URGENTE/ACELERADO SE DA CUANDO EL TRATAMIENTO SOLICITADO ES NECESARIO PARA EVITAR UN DETERIORO GRAVE DE LA SALUD DEL MIEMBRO O PODRÍA PONER EN PELIGRO LA CAPACIDAD DE LA PERSONA INSCRITA PARA RECUPERAR LA FUNCIÓN MÁXIMA. LAS SOLICITUDES FUERA DE ESTA DEFINICIÓN DEBEN PRESENTARSE COMO DE RUTINA/NO URGENTES. LAS SOLICITUDES URGENTES/ACELERADAS QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS MÉDICOS ESTÁN SUJETAS A REVISIÓN Y AJUSTE A CATEGORÍA MÁS BAJA. UNA ORDEN ESCRITA/FIRMADA POR EL MÉDICO QUE SOLICITA SERVICIOS ACELERADOS SERÁ PROCESADA DENTRO DE LAS 72 HORAS.** La elegibilidad del paciente debe verificarse al momento del servicio llamando a Servicios para los miembros de CCA Health California al 1-866-207- 6539 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, excepto los feriados; y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los feriados.

Las reclamaciones se pagarán si se ha otorgado una autorización previa y el miembro es elegible. Las autorizaciones aprobadas son válidas hasta por 90 días. Transcurrido ese plazo, deberá presentarse una nueva solicitud junto con documentación de respaldo actualizada, si corresponde. Se requiere autorización previa para las admisiones electivas o planificadas de pacientes hospitalizados. Todas las demás admisiones de pacientes hospitalizados con enfermedades agudas, psiquiátricas y en centros de enfermería especializada (SNF) están sujetas a revisiones simultáneas. Para conocer el estado de la autorización, puede llamar a Administración de Utilización de CCA Health California al 1-833-848-1212.

Servicios especializados comunes que requieren autorización previa

- Atención electiva/planificada para pacientes hospitalizados
- Atención médica en el hogar, incluidas enfermería especializada, rehabilitación e infusión en el hogar
- Estudios por imágenes (no incluye mamografías, radiografías y ecografías o estudios de vista única/plana) y medicina nuclear
- Radiología de intervención
- Quimioterapia y radiación
- Servicios ambulatorios de salud mental, que incluyen abuso de sustancias/desintoxicación química/IOP
- Cirugía ambulatoria, rehabilitación que incluye fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla
- Fototerapia y radioterapia
- Atención de heridas
- Inyectables (Parte B) administrados en el consultorio del médico con excepción de las vacunas administradas por un médico de atención primaria (PCP)
- Equipo médico duradero (DME)
- Diálisis en el área de servicio
- Colonoscopia y endoscopia (fuera de los exámenes preventivos de rutina)
- Electromiografía, estudios de conducción nerviosa
- Audífonos
- Dispositivos ortésicos y protésicos
- Exámenes cardíacos (no incluye EKG) y cateterismo
- Terapia médica nutricional

Formulario de solicitud de autorización de CCA Health California (HMO) (Determinación de la organización)

Fecha de la solicitud:_____ ☐ Acelerada por motivos médicos (sujeto a revisión)

Información del paciente

_____
Nombre del paciente

Para verificación de la elegibilidad llame al 1-866-207-6539

_____ _____
Número de identificación del miembro Fecha de nacimiento

_____ _____ _____ _____
Nombre del médico de atención primaria Contacto Teléfono Fax

Información del proveedor que realiza la remisión

_____ _____ _____ _____
Nombre del proveedor Persona que completa este formulario Teléfono directo Fax directo

Indicación para la remisión

Diagnóstico(s)/Código(s)_____

Código(s) CPT _____

Mencione la afección clínica del paciente, los datos de laboratorio u otros datos de diagnóstico _____

_____

Consulta o servicio solicitado _____

Información del proveedor solicitado (de la remisión)

_____ _____ _____
Nombre del proveedor/centro solicitado Teléfono Fax

Envíe por fax las solicitudes de autorización a Administración de Utilización de CCA Health California al 1-866-207-6779. Las solicitudes de autorización de rutina se procesan dentro de los 14 días calendario; las aceleradas/urgentes dentro de las 72 horas. Llame al 1-833-848-1212 para conocer el estado de la autorización.

CCA Health California es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. Lainscripción en el plan depende de la renovación del contrato.