

Lista de aprobación previa para 2025

InterCommunity Health Network CCO

InterCommunity Health Network CCO

InterCommunity Health Network Coordinated Care Organization's (IHN-CCO) cuenta con una lista de servicios que IHN-CCO debe revisar para que estén cubiertos. Esto significa que su proveedor de atención médica debe enviar una solicitud de revisión al plan de IHN-CCO.

Para miembros mayores de 21 años:

No todos los pares de afecciones y tratamientos están cubiertos por Oregon Health Plan (OHP). Hay un punto final en la lista llamado "la línea" o "el nivel de financiación". Los pares por encima de la línea están cubiertos y los pares por debajo de la línea no lo están. Algunas afecciones y tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertos. Verifique si la afección está por debajo de la línea, ya que las afecciones por debajo de la línea no se pagarán sin una autorización previa aprobada⁴.

Para miembros menores de 21 años:

Las solicitudes para miembros entre 0 y 21 años seguirán la regla de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). La regla de EPSDT es un beneficio de atención médica que se brinda a niños y jóvenes. Esto comenzó el 1 de enero de 2023. IHN-CCO cubrirá cualquier servicio apropiado y médicamente necesario. Esto incluye artículos "debajo de la línea" de la Lista de medicamentos priorizados, así como servicios que no aparecen en dicha lista, como el equipo médico duradero. No se requiere aprobación previa para los servicios por debajo de la línea.

Obtenga más información sobre la Lista de medicamentos priorizados en oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx.

Se requiere la aprobación previa de IHN-CCO para los siguientes servicios médicos y procedimientos quirúrgicos:

IHN-CCO dispone de una lista de códigos de referencia y revisión para los servicios que se indican a continuación en IHNtogether.org/your-benefits/prior-approval y samhealthplans.org/providers/care-management/authorizations.

- Acupuntura **solo** si se superan las 30 consultas por año calendario.
- Todos los servicios no contratados.
 - **Excepción:** diálisis, vacunas contra la gripe, análisis de laboratorio y radiografías.
- Servicios de terapia conductual aplicada (ABA).
- Cápsula/endoscopia inalámbrica y estudios de monitorización de la motilidad.
- Lentes de contacto.
- Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR).
- Equipo médico duradero (DME) y suministros, prótesis y aparatos ortopédicos con un monto de facturación superior a \$500 por compra. Artículos de alquiler con una tarifa superior a \$500 por mes o una duración del alquiler que supere los tres meses.
 - **Excepción: No requieren autorización previa (PA):** suministros para personas con diabetes (monitores de glucosa estándar, lancetas, dispositivos de lancetas) y de presión positiva en las vías respiratorias (PAP).
- Cirugías planificadas/electivas en un quirófano, sala de operaciones, hospital o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC).
 - **Excepción:** Colonoscopias, endoscopias gastrointestinales (GI) (con y sin biopsias).
 - **Excepción:** Endoscopias de oído, nariz y garganta (ENT) (con o sin biopsias).
 - **Excepción:** Esterilización voluntaria.
- Prueba genética.
 - **Excepción:** Prueba prenatal estándar.
- Oxigenoterapia hiperbárica (HBOT).
- Atención hospitalaria para pacientes internados¹.
 - **Excepción:** Trabajo de parto y hospitalización por parto inferior a 96 horas.
 - **Excepción:** Recién nacido con internación inferior a 96 horas.
- Atención de rehabilitación para pacientes internados.
- Servicios de salud mental.
 - Tratamiento intensivo diurno/hospitalización parcial.
 - Paciente internado¹, subagudo y residencial.
 - Dependencia de sustancias químicas.
 - Estimulación magnética transcraneal.
 - Terapia electroconvulsiva.
- Evaluaciones neuropsicológicas.
- Servicios de rehabilitación cardíacos/pulmonares para pacientes ambulatorios que superen las 30 consultas.
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios que superen las 30 consultas (120 unidades) por año calendario, por servicio, entre ellos:
 - Terapia ocupacional.
 - Fisioterapia.
 - Terapia del habla y del lenguaje.
 - **Excepción:** Evaluación y reevaluación.
- Nutrición parenteral y enteral (los suministros relacionados siguen los requisitos de aprobación previa de DME).

- Cirugía y servicios potencialmente estéticos, experimentales o reconstructivos, incluidas tecnologías nuevas y emergentes y ensayos clínicos².
- Pruebas de análisis de laboratorio propias.
- Medicamentos administrados por el proveedor³.
- Servicios radiológicos para lo siguiente:
 - Imágenes por resonancia magnética para las regiones mamaria, cerebral, cervical, lumbar y torácica.
 - Tomografía de emisión de positrones (PET).
 - Angiografía por tomografía computarizada (CTA) coronaria.
- Centro de enfermería especializada.
- Sustitutos dérmicos: Derivados de la ingeniería tisular.
- Cirugías de columna.
- Inyecciones en la columna para controlar el dolor (incluidos los procedimientos en el consultorio).
 - **Excepción:** Mielografía.
 - **Excepción:** Bloqueos de nervios como parte de una cirugía cubierta.
- Trasplantes (incluida la preparación).
- Colonoscopia virtual.

- 1 Los servicios de emergencia no precisan aprobación previa. Informe a IHN-CCO sobre todas las consultas a la sala de emergencias y las estadías en el hospital que duren más de 48 horas.
- 2 Existen normas sobre cuándo se permiten ciertos servicios. Esto incluye lo siguiente:
 - Estética: Son servicios realizados para mejorar la apariencia únicamente.
 - Servicios experimentales: Servicios que aún no han pasado la etapa de prueba.
 - Cirugía reconstructiva: Servicios para reparar un área dañada o lesionada.
 - Tecnología nueva.
 - Ensayos clínicos.
- 3 **Medicamentos administrados por el proveedor:** los medicamentos que necesitan aprobación figuran en una Lista de autorización previa de farmacia. La lista se encuentra en nuestro sitio web en IHNtogether.org/Prescriptions and samhealthplans.org/Find-a-Drug.
- 4 Los artículos se revisan antes de ser aprobados. Se revisa lo siguiente:
 - Si se ajustan a los síntomas o el tratamiento de una afección médica.
 - Si cumplen con los estándares de las buenas prácticas de salud. Estándares generalmente aceptados por expertos en medicina. Si existen investigaciones que demuestren que el servicio es seguro y eficaz.
 - Si se está utilizando para algo más que la conveniencia del miembro o del proveedor del servicio o de los suministros médicos.
 - Si son los más efectivos entre los servicios o suministros que se brindan.

Las decisiones sobre los servicios se tomarán utilizando los detalles y documentos proporcionados y las normas del plan.

¿Tiene preguntas?

Llame a Servicio al Cliente al **541-768-7863** o al **866-203-3435** (TTY **800-735-2900** o **711**) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

You can get this in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 866-203-3435 (TTY 800-735-2900 or 711). We accept relay calls.

Puede obtenerlo en otros idiomas, letra grande, Braille o el formato que prefiera. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 866-203-3435 (TTY 800-735-2900 o 711). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.