

Autorizaciones previas para seguros

Lo que las familias necesitan saber

Esta hoja informativa le explicará qué es una autorización previa, quién la escribe, quiénes la revisan y por qué las familias pueden y deben involucrarse en el proceso.

¿Qué es una autorización previa?

Una autorización previa es una decisión tomada por su plan de salud para determinar que un servicio médico, tratamiento, medicamento o equipo es **médicamente necesario**. A veces se le llama "solicitud de autorización" o "aprobación previa". A menudo un terapeuta u otro proveedor será el que llene el papeleo de una autorización previa, hará que el médico de atención primaria lo firme y lo presentará con la información médica necesaria.

¿Quién es responsable de llenar una autorización previa?

En la mayoría de los casos, el proveedor que suministra el servicio o el equipo (por ejemplo, el proveedor de equipo médico o terapeuta) es responsable de llenar los papeles de la autorización previa.

¿Cómo sé si una autorización previa es necesaria y cuándo se requiere una nueva?

Medicaid o el plan de seguro de salud le hará saber al proveedor cuándo es necesaria una autorización previa y cuándo debe renovarse. Por ejemplo, el plan de seguro médico puede aprobar cinco visitas de terapia y requerir que una nueva autorización previa sea presentada antes de que se aprueben más visitas.

¿Quién toma la decisión para aprobar o negar la autorización?

Para Medicaid de Wisconsin, los miembros del personal designado en el Departamento de servicios de salud del estado son los que aprueban o niegan las solicitudes de autorización previa. La mayoría de los HMO y otros planes de seguro de salud también tienen funcionarios designados para revisar todas las solicitudes de autorizaciones previas. Si los revisores tienen preguntas acerca de si el servicio es médicamente necesario, puede enviar la autorización previa de vuelta y pedir más información o documentación.

¿Las familias pueden influir en el proceso de autorización?

¡Sí! Las familias pueden participar activamente en el desarrollo de la autorización previa. Esto puede ayudar a asegurarse de que la autorización previa incluya toda la información pertinente y proporcionará una imagen completa de por qué es necesario el servicio o tratamiento. Las familias pueden:

- Ofrecerse a revisar la autorización previa para verificar su exactitud
- Ofrecerse a proporcionar documentos adicionales o información de antecedentes
- Obtener cartas de otros proveedores o personas de apoyo que trabajan con el niño/a.

¿Qué toman en consideración Medicaid y otros planes de seguros con respecto a una autorización previa?

Los revisores tendrán en cuenta lo siguiente:

- Si un artículo o servicio es médicamente necesario y apropiado
- Cuánto costará
- Si es probable que sea eficaz, de alta calidad y prescrito en el momento adecuado para el niño/a
- Si hay un producto menos costoso o una alternativa más apropiada
- Si el proveedor o destinatario ha abusado de los servicios o no los ha utilizado correctamente

¿Cuáles son algunas de las razones por que se niega una autorización previa?

Una razón común de negación es que el proveedor no insiste en la necesidad médica. Además, algunos proveedores no están familiarizados con las solicitudes de autorización previa y las presentan sin toda la información necesaria. En casos raros los proveedores pueden decirle que algo no está cubierto si no quieren hacer una autorización previa o si la primera fue negada.

A veces los proveedores utilizan ciertos términos cuando completan una autorización previa. Sin saberlo, pueden utilizar los mismos términos que la escuela utilizó en el IEP y a Medicaid le parece que está pagando algo dos veces, por lo que niegan la autorización previa debido a *la duplicación de servicios*.

¿Qué es la "duplicación de servicios"?

Al revisar una autorización previa, Medicaid probablemente solicitará una copia del IEP de su hijo/a para ver si su hijo/a ya está recibiendo el mismo tratamiento o servicios que solicita. Medicaid no cubre un servicio que ya se ofrece en la escuela o que se debe proporcionar en la escuela. Esto es especialmente cierto porque a menudo la escuela también envía facturas a Medicaid por los servicios que presta.

Si la autorización previa es para servicios de terapia, una familia puede comunicarse con el proveedor para asegurarse de que los objetivos de la terapia estén relacionados al funcionamiento en el hogar y en la comunidad y no estén relacionados con la educación. Para más información, vaya a la hoja de datos de Family Voices sobre servicios de terapia basada en la escuela y la comunidad.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar servicios en contacto con las siguientes organizaciones:

- Regional Centers for Children and Youth with Special Health Care Needs. (Centros regionales para niños y jóvenes con necesidades especiales de asistencia médica). www.dhs.Wisconsin.gov/cyshcn/index.htm
- Wisconsin First Step, 24-horas, al teléfono **1-800-642-7837** o www.mch-hotlines.org/wisconsin-first-step