

# REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA



El Proveedor solicitante es responsable de verificar la elegibilidad y los beneficios del Miembro en la fecha del servicio. La aprobación de la Autorización Previa está sujeta a todos los límites y exclusiones del plan. Tenga en cuenta que los requisitos de Autorización Previa se aplican a todos los Proveedores dentro y fuera de la red. Es posible que Alliant Health Plans necesite ayudar a devolver al Miembro a un Proveedor dentro de la red cuando sea medicamente seguro.

La siguiente lista de servicios que requieren Autorización Previa no es inclusiva. Para conocer los requisitos de Autorización Previa por código específico, puede usar la Herramienta de Verificación de Autorización Previa, ubicada en su portal de Proveedores o en la sección de Proveedor de AlliantPlans.com, o comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al **(800) 811-4793**.

<b>MAGENES AVANZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomografía Computarizada (CT)</li> <li>• Tomografía por Emisión de Positrones (PET)</li> <li>• Imagen por Resonancia Magnética (MRI)</li> <li>• Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)</li> <li>• Colangiopancreatografía por resonancia magnética</li> <li>• Resonancia Magnética Espectroscopia</li> <li>• Estudio de Perfusión miocárdico</li> <li>• Guía de Resonancia Magnética</li> </ul>
<b>SALUD DE COMPORTAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desintoxicación</li> <li>• Paciente hospitalizado</li> <li>• Programa de Tratamiento Intensivo para pacientes ambulatorios</li> <li>• Programa de Hospitalización Parcial</li> <li>• Servicios del Centro de Tratamiento Residencial</li> </ul>
<b>SERVICIOS RELACIONADOS CON ENSAYOS CLINICOS</b>	Todos los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado
<b>DIALISIS</b>	Toda Diálisis
<b>EQUIPO MEDICO DURADERO (DME), ORTESIS Y PROTESIS (O&amp;P), SUMINISTROS MEDICOS</b>	DME: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos de asistencia ambulatoria (excluyendo muletas, bastones y andadores)</li> <li>• Monitoreo continuo de glucosa</li> <li>• Máquinas de movimiento pasivo continuo</li> <li>• Máquinas de CPAP y BIPAP</li> <li>• Equipo Médico Duradero (DME) Personalizado</li> <li>• Ventiladores domésticos</li> <li>• Cascos</li> <li>• Camas y accesorios de hospital</li> <li>• Bombas de insulina</li> <li>• Prótesis (excluyendo prótesis mamarias)</li> <li>• Dispositivos generadores de voz</li> <li>• Sillas de ruedas y accesorios</li> <li>• Sistema Vac para heridas</li> <li>• Suministros de bombas de insulina</li> </ul>



# REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

<b>EXAMENES DE DROGAS</b>	Exámenes de drogas
	<b>EXCEPCIONES:</b> Exámenes de drogas facturados con una POS 11 (Oficina) o POS 81 (Laboratorio Independiente) <b>no</b> requieren Autorización Previa.
<b>SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO</b>	Todos los servicios de salud en el hogar y cuidados paliativos
<b>THERAPIA DE INFUSION EN EL HOGAR (HIT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de farmacia de especialidad (cuando el medicamento se factura por día)</li> <li>• Terapia de infusión en el hogar</li> </ul>
	<b>EXCEPCIONES:</b> Terapia de infusión en el hogar para la administración de antibióticos y la administración de hidratación IV no requieren Autorización Previa
<b>TERAPIA DE OXIGENO HIPERBARICO</b>	Todas las terapias de oxígeno hiperbárico
<b>ADMISION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	<p>Todas las admisiones de pacientes hospitalizados requieren Autorización Previa, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisiones a la Unidad de cuidados intensivos Neonatales Niveles II, III, o IV (Código de ingresos 0172, 0173, o 0174)</li> <li>• Rehabilitación para pacientes hospitalizados</li> <li>• Centro de enfermería especializada (SNF)</li> </ul>
	<b>EXCEPCIONES:</b> Las admisiones de pacientes hospitalizadas relacionadas con la maternidad no requieren Autorización Previa.
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genética</li> <li>• Cromosómica</li> <li>• ADN</li> <li>• Patología molecular</li> </ul>
<b>ESTANCIAS DE OBSERVACION</b>	<p>Todas las estancias de Observación requieren Autorización Previa, excepto las admisiones de observación de la Sala de Emergencias</p>
	<b>NOTA:</b> Se quiere Autorización Previa para solicitudes de admisión de pacientes hospitalizados dentro de un día laboral si se admiten.

# REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA



## SERVICIOS AMBULATORIOS

- Abdominoplastia
- Artroscopia
- Blefaroplastia
- Braquiterapia
- Reducción de senos
- Cirugía y procedimientos
- Cirugía del Túnel Carpiano
- Quimiodenervación
- Quimioterapia
- Implantes Coclear
- Relacionado con la odontología
- Electroencefalograma
- Eliminación del exceso de piel
- Revisión facial y de orejas/aumento/ reconstrucción
- Capsula Endoscópica Intestinal
- Histerectomía y Procedimientos Relacionados
- Dispositivos Implantables
- Fijación Interdental
- Reparación/ Reconstrucción/Reemplazo de articulaciones
- Mastectomía

# REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA



<p><b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b> (CONT'D)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>EXCEPCION:</b> Los diagnósticos de cáncer de mama <b>no</b> requieren Autorización Previa.</li> <li>● Cirugía de Mohs</li> <li>● Orquiectomía</li> <li>● Procedimientos invasivos para el control del dolor (que incluyen, entre otros, Inyecciones Epidurales de Esteroides, Facetas y Botox)</li> <li>● Paniclectomia</li> <li>● Reparación Reconstructiva Pectus Excavatum</li> <li>● Escrotoplastia</li> <li>● Cirugía nasal y de senos paranasales</li> <li>● Corrección del color de la piel</li> <li>● Estudios del sueño             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Excepción – estudios del sueño sin supervisión</li> </ul> </li> <li>● Cirugía de columna</li> <li>● Cirugía de estómago/colon</li> <li>● Estimulación magnética transcraneal repetitiva terapéutica (TMS)</li> <li>● Servicios/procedimientos relacionados con trasplantes</li> <li>● Tratamiento de defectos de contorno</li> <li>● Alimentación parenteral total (TPN)</li> <li>● Reducción del embarazo multifetal</li> <li>● Neuroestimulador</li> <li>● Agente de diagnóstico radio farmacológico</li> <li>● Sistema genital masculino de procedimiento no listado</li> <li>● Sistema Nervioso de Procedimiento no listado</li> <li>● Cirugía vaginal/perineo</li> <li>● Cirugía de venas</li> <li>● Ligadura de varices</li> <li>● Tratamiento de venas varicosas</li> <li>● Embolización u Oclusión vascular</li> </ul>
<p><b>TERAPIAS AMBULATORIAS</b></p>	<p>Todas las terapias ambulatorias</p> <p><b>EXCEPCIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluaciones</li> <li>● Terapia física</li> <li>● Terapia ocupacional</li> <li>● Servicios de rehabilitación terapéutica quiropráctica</li> </ul>
<p><b>FARMACIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para medicamentos especializados u otros medicamentos de farmacia administrados en cualquier entorno que no sea de paciente interno, se puede requerir una Autorización Previa. Comuníquese con Magellan Rx, Administradora de Beneficios de Farmacia de Alliant Health Plan, al <b>(800) 424-1799</b> opción 3, opción 1.</li> <li>● Para los medicamentos administrados en un entorno de oficina, se puede requerir una Autorización Previa a través de nuestro programa Med Pharm. Para más información o para obtener una Autorización Previa, llame al <b>(800) 865-5922</b>, opción 2 o visite el <a href="#">web portal</a>.</li> <li>● Más información específica sobre medicamentos está disponible en la</li> </ul>

# REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA



	<p><a href="#">página del formulario</a> de AlliantPlans.com.</p>
--	---



# REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

<b>CIRUGIA RECONSTRUCTIVA SURGERY</b>	La cirugía reconstructiva, que incluye, entre otras, la reconstrucción mamaria, está cubierta solo en la medida en que sea medicamente necesaria.
	<b>NOTA:</b> Los procedimientos de embellecimiento no están cubiertos. Consulte el Certificado de Cobertura para servicios no cubiertos
<b>SERVICIOS DE TRASPLANTE</b>	Todos los procedimientos de trasplante, incluidas las evaluaciones de trasplantes, deben estar previamente autorizados y ser medicamente necesarios y no experimentales o de investigación, de acuerdo con los criterios establecidos por Alliant. Los Proveedores deben comunicarse con Alliant Health Plans para verificar las instalaciones participantes en la red de trasplantes antes de referir a los Miembros para la evaluación o los servicios de trasplante, lo que podría resultar en un trasplante (por ejemplo, quimioterapia de dosis alta). Es sumamente importante, tanto para el Proveedor como para el Miembro, que se ponga en contacto con el Departamento de Administración de casos de Alliant Health Plans tan pronto como el Miembro haya completado la evaluación y el Proveedor haya considerado al Miembro como un candidato apropiado para ser incluido en la lista para el trasplante. Para iniciar una autorización de trasplante, llame a Alliant Health Plans al <b>(800) 865-5922</b> .
<b>TRANSPORTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte Terrestre en ambulancia: No emergente</li> <li>• Transporte aéreo en ambulancia: No emergente</li> </ul>
<b>SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS NO CUBIERTOS</b>	Consulte el Certificado de Cobertura para servicios no cubiertos.

La información incluida en esta lista puede cambiar periódicamente. Para obtener actualizaciones de la lista, visite [AlliantPlans.com](http://AlliantPlans.com), seleccione Proveedores y seleccione Formularios y documentos en el menú principal. Seleccione “Procedimientos que requieren Autorización Previa” en Recursos Médicos.

Para obtener una Autorización Previa, llame al **(800) 865-5922** o envíe por fax un formulario de Autorización Previa completado al **(866) 370-5667**.

Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al **(800) 811-4793**.