



**BlueCross BlueShield**  
of Illinois

## Detalles del programa de autorización de servicios de Medicaid y requisitos de notificación, vigente a partir del 1 de septiembre de 2025

Esta información se aplica a los asegurados de **Blue Cross Community Health Plans<sup>SM</sup>**.

**Prestadores de servicios médicos fuera de la red:** los prestadores de servicios médicos que no participan en la red deben solicitar autorización previa para todos los servicios.

### **Limitaciones de los servicios incluidos en la cobertura por el contrato del asegurado**

El siguiente contenido incluye información sobre los requisitos de autorización previa y notificación previa al servicio para los servicios que no son de emergencia prestados a nuestros asegurados de Medicaid. La necesidad médica, según se define en el manual para asegurados, debe determinarse antes de que se emita un número de autorización previa. Las reclamaciones recibidas por Blue Cross and Blue Shield of Illinois que no tengan un número de autorización previa pueden resultar en una determinación adversa. Es posible que los prestadores de servicios médicos no soliciten el pago al asegurado cuando se considere que los servicios no cumplen con la necesidad médica y se rechace la reclamación.

### **Requisitos de autorización previa y notificación**

Para los servicios programados, es posible que se requiera autorización previa antes de prestar el servicio. La notificación del ingreso de un paciente hospitalizado debe realizarse en un plazo de un día hábil después del ingreso del asegurado. La notificación de la solicitud de prolongación de la atención en curso debe presentarse en un plazo de un día hábil a partir del último día del servicio con cobertura. No cumplir estos requisitos podría resultar en una determinación adversa.

### **Necesidad medica**

La necesidad médica, según se define en el manual para asegurados, se debe cumplir para todos los servicios, independientemente de los requisitos de autorización previa. Todos los servicios están sujetos a revisión retrospectiva y recuperación de acuerdo con las normas y regulaciones estatales y federales. La información clínica debe acompañar todas las solicitudes de autorización para demostrar la necesidad médica. Los casos en los que la solicitud de autorización no vaya acompañada de la información clínica podrían resultar en una determinación adversa.

**Criterios clínicos e información sobre políticas médicas:** Nuestro programa de autorización de servicios utiliza criterios reconocidos a nivel nacional, además de las políticas médicas específicas de nuestra cobertura médica para evaluar la necesidad médica y las normas de

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation,  
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield  
Association

atención. Para consultar los criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción y las Pautas de atención médica de MCG, visite: [Availity® Essentials](#). También puede revisar nuestras [políticas médicas](#).

## Requisitos para el ingreso en el centro

**Hospitalización programada:** todo ingreso planificado (programado) para recibir atención hospitalaria (quirúrgica, no quirúrgica, de salud mental o por abuso de sustancias) debe contar con autorización previa.

**Hospitalización no programada:** toda notificación de hospitalización no programada (quirúrgica, no quirúrgica, de salud mental o por abuso de sustancias) debe realizarse en un plazo de un día hábil después del ingreso en el centro.

**Atención de enfermería especializada y atención médica aguda a largo plazo:** el ingreso en un centro de enfermería especializada, un hospital de atención médica aguda a largo plazo o un centro de rehabilitación requiere autorización previa.

**Programas residenciales para el tratamiento del abuso de sustancias:** todo ingreso a programas residenciales para el tratamiento por abuso de sustancias requiere una notificación en un plazo de 24 horas después del ingreso y están sujetas a una revisión de necesidad médica.

## Revisión simultánea

**Definición:** Se lleva a cabo una revisión simultánea durante la hospitalización o durante cualquier tratamiento.

**Proceso:** El proceso incluye la evaluación de la necesidad médica del paciente y la idoneidad de la atención durante un episodio activo de atención, como una hospitalización, para garantizar una continua eficiencia, eficacia y calidad de la atención. Una revisión simultánea se puede llevar a cabo por teléfono, fax o mediante [Availity Essentials](#).

**Objetivo:** El objetivo es garantizar que el paciente reciba el nivel adecuado de atención en el momento oportuno, gestionar los gastos, agilizar las transiciones de atención y coordinar los servicios en curso para satisfacer las necesidades del asegurado mientras se encuentra en un entorno de atención de enfermedades agudas o de atención posterior a las enfermedades agudas.

## Revisión retrospectiva

**Definición:** La revisión retrospectiva (posterior al servicio) es el proceso de realizar una determinación (aprobación o rechazo) de la cobertura y/o la necesidad médica después de la prestación de los servicios.

**Proceso:** El proceso incluye la revisión de la elegibilidad y los beneficios, los datos clínicos y la solicitud de documentación justificativa adicional.

**Objetivo:** El objetivo es evaluar la idoneidad clínica.

## Revisión de la calidad

Una revisión de la calidad es una evaluación sistemática posterior al servicio de un proceso o servicio para garantizar que cumple con los estándares y expectativas definidos y se utiliza para mantener y mejorar el rendimiento.

## Discusión entre pares

**Definición:** Una discusión entre pares es una conversación entre el profesional médico que trata al paciente y el director médico de la cobertura o la persona designada correspondiente para analizar una decisión adversa sobre una autorización previa.

**Objetivo:** Esto permite el intercambio de información clínica adicional que podría no haberse incluido en la solicitud inicial.

## Requisitos de Autorización Previa de Medicaid

Para obtener información detallada sobre los requisitos del código del procedimiento de autorización previa, la información sobre la delegación, los criterios clínicos y las políticas médicas asociadas, consulte [los materiales de apoyo para la autorización previa \(programas gubernamentales\)](#).

Nota: Algunas solicitudes de autorización se enviarán a [Carelon Medical Benefits Management](#).

**Recordatorio:** La verificación y la presentación de la elegibilidad y los beneficios, así como la autorización previa, se pueden iniciar en línea mediante la herramienta Autorizaciones y Órdenes médicas (Authorizations & Referrals) a través de [Availity Essentials](#).

## Requisitos de autorización para servicios médicos y quirúrgicos

Servicios incluidos	¿Se requiere autorización previa?
Técnicas de imagen avanzadas (tomografías por emisión de positrones, angiografías por resonancia magnética, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Atención por alergias, incluidas las pruebas y el suero	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Ambulancia	Aérea: sí, transporte médico en aeronave de ala fija Terrestre: no
Cirugía bariátrica	Sí
Extractores de leche y suministros de remplazo	No; sujeto a los beneficios y al monto en dólares del equipo médico duradero (DME, en inglés).
Quimioterapia y radioterapia	Sí: consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Servicios quiroprácticos	Sí
Servicios incluidos en la cobertura proporcionados en las clínicas escolares	No
Equipo médico duradero: suministros médicos, ortesis y prótesis	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa. Además, se requiere autorización previa para cualquier equipo médico duradero, reparación, prótesis o dispositivo ortopédico de más de \$1,500.
Atención dental de emergencia	Sí
Servicios de autocontrol de la diabetes	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Servicios de diálisis	Se requiere autorización previa para hemodiálisis realizada más de 3 veces por semana
Servicios de doula	Se requiere si se supera el límite de cantidad.
Pruebas genéticas	Sí: consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Dispositivos y servicios para la audición	Sí

Servicios incluidos	¿Se requiere autorización previa?
Parto en el hogar	Se requiere notificación
Atención médica a domicilio y servicios intravenosos	Sí: consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Centro para pacientes terminales	Sí
Servicios hospitalarios ambulatorios	Sí: consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Atención de enfermería especializada y servicios de terapia	Sí: consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Servicios del sueño	Sí: consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Inyecciones	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Asesoramiento sobre la lactancia	Se requiere si se supera el límite de cantidad.
Servicios de apoyo a largo plazo	Los servicios de apoyo a largo plazo requieren una evaluación previa, determinación de elegibilidad y planificación del servicio. Este proceso se completa con el coordinador de atención/servicios del asegurado y el equipo de tratamiento. Una vez completada la planificación del servicio, el proceso de autorización se completa de acuerdo con las pautas y requisitos estatales. La elegibilidad se limita a los asegurados que reúnen los requisitos debido a su estado de exención o a la elegibilidad establecida después de una evaluación.
Centros de enfermería especializada	Sí
Centros de enfermería básica	Sí, hasta que el asegurado figure en el expediente de crédito del paciente.
Servicios de asesoramiento nutricional	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.

Servicios incluidos	¿Se requiere autorización previa?
Servicios de oncología médica	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Cirugías menores	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Servicios musculoesqueléticos (columna vertebral, articulaciones, dolor)	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Consultas presenciales con prestadores de atención primaria o especialistas, practicantes de enfermería y asistentes médicos	No, si se trata de un profesional médico de la red; de lo contrario, se requiere autorización previa.
Servicios de cuidado personal y enfermería privada (en el hogar o en la escuela) para menores de 21 años que reúnen los requisitos del programa de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico	Sí; si el niño tiene una discapacidad, puede ser elegible para recibir más servicios. Llame al servicio de atención al cliente y solicite hablar con un Coordinador de servicios médicos/Encargado del caso para obtener más información.
Servicios de podiatría (pie y tobillo)	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Servicios de maternidad y relacionados con el embarazo	No
Servicios de oncología radioterápica	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.
Exámenes físicos de rutina, programas de salud preventiva para niños y chequeos de la niñez a la adolescencia	No
Segundas opiniones (dentro de la red)	No
Cirugía, incluida la atención preoperatoria y postoperatoria: cirujano asistente, anestesista y trasplantes de órganos	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa. (Nota: Todos los trasplantes y las evaluaciones previas al trasplante requieren autorización previa).
Servicios de rehabilitación especial, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, rehabilitación cardíaca y rehabilitación pulmonar	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa.

## Requisitos de autorización para servicios de salud mental

Las hospitalizaciones posteriores a las enfermedades agudas, los centros de enfermería especializada, los servicios de rehabilitación y los servicios de atención de enfermedades agudas a largo plazo requieren autorización previa y deben obtenerse y confirmarse a través de BCBSIL.

Servicios incluidos	¿Se requiere autorización previa?
Consultas presenciales estándares a médicos especialistas en salud mental, que pueden incluir consejeros, trabajadores sociales, psiquiatras o psicólogos	No
Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados	Sí
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Sí
Hospitalización parcial por salud mental	Sí
Hospitalización parcial por abuso de sustancias	Sí
Farmacoterapia con apoyo para la adicción a los opioides	No
Tratamiento ambulatorio intensivo de salud mental	Sí
Tratamiento ambulatorio intensivo por abuso de sustancias	Sí
Servicios de evaluación y planificación del tratamiento	No
Unidad móvil de intervención en caso de crisis	No
Estabilización de crisis	No
Intervención en casos de crisis	No
Tratamiento asertivo comunitario	Sí
Equipo de apoyo comunitario	Sí
Rehabilitación psicosocial	Sí
Pruebas psicológicas	No
Pruebas neuropsicológicas	No
Terapia electroconvulsiva	No
Pruebas de desarrollo	Consulte la lista de códigos de procedimientos para conocer los requisitos de autorización previa
Evaluación de ingreso/alta de SUPR (División de Prevención y Recuperación del Consumo de Sustancias)	No

Servicios incluidos	¿Se requiere autorización previa?
Terapia de grupo por abuso de sustancias de SUPR	No
Terapia individual por abuso de sustancias de SUPR	No
Terapia individual/de grupo intensiva por abuso de sustancias de SUPR	Sí
Centros residenciales por abuso de sustancias de SUPR	Sí
Deshabitación por abuso de sustancias de SUPR	Sí

## Registro de cambios

Fecha de revisión	Cambio en la autorización del servicio	Justificación	Fecha de entrada en vigor
agosto de 2025	N/A	N/A	1 de septiembre de 2025

### Publicado el 2 de septiembre de 2025

Verificar la elegibilidad y/o la información sobre los beneficios y/u obtener una autorización previa o notificación previa para un servicio no garantiza el pago. Los beneficios se determinarán una vez recibida la reclamación y se basarán, entre otros factores, en la elegibilidad del asegurado y los términos de su certificado de cobertura correspondientes en la fecha en que se prestaron los servicios. Si tiene alguna pregunta, comuníquese al número correspondiente que figura en la tarjeta de identificación del asegurado.

Carelon Medical Benefits Management (anteriormente AIM Specialty Health) es una compañía independiente que tiene un contrato con BCBSIL para proporcionar servicios de gestión de la utilización de tratamientos para los asegurados con cobertura a través de BCBSIL.

Availity es una marca registrada de Availity, LLC, una compañía aparte que opera una red de información de salud para brindar servicios de intercambio electrónico de información a los profesionales médicos. Availity presta servicios administrativos a BCBSIL. BCBSIL no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor, ni los productos o servicios que ofrecen.