BlueCross BlueShield of Illinois

# 2025 - Datos de Autorizaciones Previas

Esta página contiene información sobre las autorizaciones previas para cumplir con un reglamento de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés). Una autorización previa ayuda a asegurar que la atención médica sea adecuada, eficaz y que tenga cobertura antes de recibirla.

Centramos la revisiones en los casos en que más importan, para que nuestros asegurados reciban la atención médica que necesitan, para que los prestadores de servicios médicos tengan claridad y para evitar gastos innecesarios.

También compartimos una lista de servicios que requieren la aprobación de Blue Cross and Blue Shield of Illinois antes de recibir atención médica. Las solicitudes de medicamentos no forman parte de esta lista.

| Solicitudes estándar | |
|---|---|
| El **87%** de las solicitudes fueron aprobadas de inmediato | La mayoría de las solicitudes se aprueban la primera vez, sin demoras ni pasos adicionales.<br><br>**Lo que significa:** Los prestadores de servicios médicos y los asegurados avanzan rápidamente con confianza. |
| El **13%** de las solicitudes no fueron aprobadas | Una pequeña parte de las solicitudes no se aprueban, generalmente cuando se necesita más información o cuando el servicio podría no ser la mejor opción.<br><br>**Lo que significa:** Ayudamos a evitar la atención médica que tal vez no brinde el resultado o valor adecuados. |
| El **55%** de las solicitudes fueron aprobadas después de recibir más información | Cuando se proporcionan detalles adicionales, muchas de las solicitudes se aprueban después de la revisión.<br><br>**Lo que significa:** Tomamos un enfoque cuidadoso y exhaustivo para asegurarnos de tomar decisiones fundamentadas antes de aprobar una solicitud. |

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

257315.0626

## Solicitudes estándar

| | |
|---|---|
| El **7%** de las solicitudes fueron aprobadas después de una apelación | Algunas decisiones se revisan nuevamente y se aprueban después de una apelación con información nueva o adicional.<br>**Lo que significa:** Existe un proceso claro de reconsideración para asegurar que cada caso tenga una revisión justa. |
| **1.29 días** Tiempo promedio de decisión | La mayoría de las solicitudes estándar se revisan y se procesan en un poco más de un día.<br>**Lo que significa:** La atención médica sigue avanzando sin largas esperas. |
| **0.2 días** Tiempo típico (mediano) de decisión | Muchas decisiones se toman en tan solo unas horas.<br>**Lo que significa:** En la mayoría de los casos, los prestadores de servicios médicos y los asegurados reciben respuestas sin demora. |

## Solicitudes urgentes

| | |
|---|---|
| El **80%** de las solicitudes fueron aprobadas de inmediato | La mayoría de las solicitudes urgentes se aprueban de inmediato.<br>**Lo que significa:** Cuando el tiempo es clave para la atención médica, las decisiones se toman rápido para que se inicie el tratamiento. |
| El **20%** de las solicitudes no fueron aprobadas | Una pequeña proporción de solicitudes urgentes no se aprueban, por lo general, cuando se necesita más información o cuando el servicio podría no ser la mejor opción.<br>**Lo que significa:** Ayudamos a asegurar que se brinde la atención médica adecuada en el momento adecuado. |
| **8 horas** Tiempo promedio de decisión | Las solicitudes urgentes suelen revisarse en cuestión de horas.<br>**Lo que significa:** Una respuesta rápida favorece una atención médica oportuna cuando más importa. |
| **2 horas** Tiempo típico (mediano) de decisión | |