

LISTA DE AUTORIZACIÓN PREVIA 2019

INTERCOMMUNITY HEALTH NETWORK CCO

Ciertos servicios médicos y procedimientos quirúrgicos requieren la autorización de InterCommunity Health Network Coordinated Care Organization (IHN-CCO) por escrito antes de que los servicios se lleven a cabo. Toda la cobertura está sujeta a las Normas Administrativas de Oregon y a la Lista Priorizada de la Comisión de Revisión de la Evidencia de Salud de Oregon (HERC, por sus siglas en inglés); véase <http://www.oregon.gov/oha/HPA/CSI-HERC/PrioritizedList/1-1-2018%20CPT-4-HCPCS.pdf>.

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

- Acupuntura.
- Todos los servicios no contratados.
 - **Excepción:** pruebas de laboratorio, radiografías y diálisis.
- Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros, prótesis y ortesis con un monto de facturación superior a \$300 para la compra. Artículos de alquiler con una tarifa de alquiler superior a \$300 por mes o duración del alquiler superior a tres meses.
- Cápsulas/endoscopias inalámbricas y estudios de monitorización de la motilidad.
- Dependencia química:
 - hospitalaria y residencial;
 - desintoxicación médica/química.
- Lentes de contacto.
- Procedimientos opcionales o planificados ambulatorios o en el hospital.
 - Centro de cirugía.
 - **Excepción:** colonoscopias y endoscopias.
- Prueba genética.
 - **Excepción:** prueba prenatal estándar.
- Oxigenoterapia hiperbárica.
- Medicamentos infundidos/inyectados (ver lista adjunta).
- Atención para pacientes hospitalizados*.
 - **Excepción:** trabajo de parto y parto.
 - **Excepción:** el recién nacido se queda menos de cinco días.
 - **Excepción:** terapias respiratorias/pulmonares.
- Atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
- Servicios de salud mental:
 - tratamiento diurno;
 - hospitalarios* y residenciales.
- Cirugía de cuello y espalda (incluso los procedimientos en el consultorio).
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios que excedan las treinta consultas (ciento veinte unidades) por año calendario, incluso:
 - terapia ocupacional;
 - fisioterapia;
 - logopedia (terapia del lenguaje);
 - rehabilitación pulmonar/cardíaca.
- Cirugía y servicios potencialmente estéticos, experimentales o reconstructivos, incluso tecnologías nuevas y emergentes, y ensayos clínicos**.
- Servicios radiológicos (los que se detallan a continuación):
 - imágenes por resonancia magnética (IRM);
 - medicina nuclear; tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y angiografía por tomografía computarizada coronaria (CTA, por sus siglas en inglés).
- Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).
- Sustituto de la piel; derivados de la ingeniería tisular.
- Trasplantes
 - Los trasplantes de córnea y renales solo requieren aprobación si se realizan fuera del estado.

IHN-CCO puede revisar y rechazar servicios que no sean médicamente adecuados.

Médicamente adecuado: servicios y suministros médicos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad física o mental, o una lesión, que:

- (a) son consistentes con los síntomas de una afección médica o el tratamiento de una afección médica;
- (b) cumplen con los estándares de buenas prácticas médicas y son generalmente aceptados por la comunidad médica, utilizan medicina basada en evidencia y se consideran efectivos;
- (c) no son solo para la conveniencia del afiliado o el proveedor del servicio o el suministro médico;
- (d) son los servicios médicos o suministros médicos más rentables que se pueda brindar de manera segura al afiliado; y
- (e) están determinados por IHN-CCO según la información y la documentación disponibles y de acuerdo con los términos del Plan.

*Los servicios de emergencia no requieren autorización previa. Comuníquese con IHN-CCO en caso de estadías de observación o admisiones de emergencia que excedan las cuarenta y ocho horas (dos días) a fin de garantizar que todo el tratamiento del afiliado este adecuadamente coordinado.

**La cirugía y los servicios cosméticos, experimentales o reconstructivos, incluso las tecnologías nuevas y emergentes, y los ensayos clínicos tienen los siguientes requisitos y consideraciones:

- Los servicios cosméticos y experimentales, que pueden incluir tecnologías nuevas o emergentes, a menudo no satisfacen la necesidad médica y por lo general no están cubiertos.
- Los servicios que puedan considerarse reconstructivos requerirán autorización previa para demostrar la necesidad médica, independientemente de su importe o los códigos facturados.
- Se requiere autorización previa para tecnologías nuevas o emergentes a fin de garantizar que el servicio cumpla con los estándares actuales de atención aceptados.

Se requiere autorización previa de IHN-CCO para los siguientes medicamentos cuando se pagan en virtud del plan médico. Cualquier otra marca equivalente del medicamento a continuación también requiere autorización previa:

- | | | |
|---|---|---|
| • Abatacept (Orencia) | • Etanercept (Enbrel) | • Palifermin (Kepivance) |
| • AbobotulinumtoxinA (Dysport) | • Fulvestrant (Faslodex) | • Palivizumab (Synagis) |
| • Adalimumab (Humira) | • Acetato de Glatiramer (Copaxone, Glatopa) | • Palonosetrón (Aloxi) |
| • Aflibercept (Eylea) | • Golimumab (Simponi, Simponi Aria) | • Panitumumab (Vectibix) |
| • Agalsidasa Beta (Fabrazyme) | • Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos (G-CSF) (filgrastim, Granix, Neupogen, Zarxio) | • Pasireotida (Signifor) |
| • Albiglutida (Tanzeum) | • Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos y Macrófagos (GM-CSF) (sargramostim, leucina) | • Pegaptanib (Macugen) |
| • Alemtuzumab (Campath, Lemtrada) | • Ácido Hialurónico, Inyección Intraarticular (Durolane, Gel-One) | • Pegloticasa (Krystexxa) |
| • Alglucosidasa Alfa (Myozyme) | • Icatibant (Firazyr) | • Pegvisomant (Somavert) |
| • Inhibidor de la Proteínasa alfa-1 (Aralast NP, Glassia, ProLactin-C, Zemaria) | • Idursulfase (Elaprase) | • Pembrolizumab (Keytruda) |
| • Factor Antihemofílico (Hemofil M, Koate, Monoclate-P) | • Imiglucerasa | • Pertuzumab (Perjeta) |
| • Belatacept (Nulojix) | • Inmunoglobulina Intravenosa (IgIV, Bivigam, Carimune, Cuvitru, Gammagard, Octagam, Privigen) | • Ranibizumab (Lucentis) |
| • Belimumab (Benlysta) | • Infliximab (Remicade, Inflectra, Renflexis) | • RimabotulinumtoxinB (Myobloc) |
| • Bevacizumab (Avastin) | • Interferón y Peginterferón (Intron A, Avonex, Betaseron, Extavia, Rebif, Pegasys) | • Rituximab (Rituxan) |
| • Bortezomib (Velcade) | • Ipilimumab (Yervoy) | • Romiplostim (Nplate) |
| • Inhibidor de C1 Esterasa (Berinert, Cinryze, Haegarda, Ruconest) | • Lanreotido (Somatuline) | • Secukinumab (Cosentyx) |
| • Certolizumab (Cimzia) | • Laronidasa (Aldurazyme) | • Somatropina (Genotropin, Humatrope, Norditropin, Saizen, Omnitrope, Nutropin) |
| • Cetuximab (Erbix) | • Mecasermina (Increlex) | • Taliglucerasa (Eleyso) |
| • Factor de Coagulación IX (Idelvion) | • Mepolizumab (Nucala) | • Teduglutida (Gattex) |
| • Factor de Coagulación VIIa (NovoSeven RT) | • Natalizumab (Tysabri) | • Teriparatida (Forteo) |
| • Colagenasa, inyectable (Xiaflex) | • Nivolumab (Opdivo) | • Tocilizumab (Actemra) |
| • Daratumumab (Darzalex) | • Octreotida (Sandostatin) | • Trastuzumab (Herceptin) |
| • Denosumab (Prolia, Xgeva) | • Ocrelizumab (Ocrevus) | • Ustekinumab (Stelara) |
| • Eculizumab (Soliris) | • Omalizumab (Xolair) | • Vedolizumab (Entyvio) |
| • Ácido Etilendiaminotetraacético (EDTA), Agente Quelante | • OnabotulinumtoxinA (Botox) | • Velaglucerasa (Vpriv) |
| • Elotuzumab (Empliciti) | • Oprelvekin (Neumega) | |
| • Epoetina y Darbepoetina (Epogen, Procrit, Aranesp) | | |
| • Epoprostenol (Flolan, Veletri) | | |

¿Preguntas? Comuníquese con nosotros al 541-768-4550 | 1-800-832-4580 | TTY 1-800-735-2900

INTERCOMMUNITY HEALTH NETWORK CCO • 2300 NW WALNUT BLVD • CORVALLIS, OR 97330