

### ¿Qué es una Autorización Previa?

Una **Autorización Previa (PA)**, por su sigla) es un proceso de aprobación utilizado por los planes de cobertura de salud y Medicaid de Wisconsin para decidir si un servicio, dispositivo o tratamiento médico, está cubierto por el plan. A veces se llama una solicitud de **autorización** o **aprobación previa**. En la mayoría de los casos, los planes de salud y Medicaid aprueban las solicitudes de PA en función a su decisión de si el tratamiento o servicio es **médicamente necesario**.

### ¿Quién es responsable de completar una PA?

En la mayoría de los casos, el proveedor que suministra el servicio o equipo, como el proveedor de equipos médicos, médico o terapeuta, es responsable de llenar los documentos de la PA.

### ¿Cómo sé si se necesita una PA o cuándo se requiere una nueva?

Medicaid o su plan de salud privado le informarán al proveedor cuándo se necesita una PA y cuándo debe renovarse. Por ejemplo, el plan de salud puede aprobar cinco visitas de terapia y requerir que se presente una nueva PA antes que se aprueben más visitas.

### ¿Quién toma la decisión de aprobar o negar la solicitud de PA?

Los miembros designados del personal del Departamento de Servicios de Salud (DHS, por su sigla) revisan todas las solicitudes de PA para Medicaid. La mayoría de los planes de salud también tienen miembros del personal designados para revisar todas las solicitudes de PA. Si los revisores tienen preguntas sobre si el servicio es médicamente necesario, pueden enviar la solicitud de PA de vuelta al proveedor y pedir más documentación o detalles.

### ¿Pueden las familias influir en el proceso de PA?

**¡Sí!**, Las familias pueden participar activamente en la redacción de la solicitud de autorización previa. Esto puede ayudar a garantizar que la PA incluya toda la información relevante y esto proporcionará una imagen completa del porqué se necesita un servicio o tratamiento.

#### Las familias pueden:

- Ofrecerse a revisar la PA para comprobar su exactitud.
- Ofrecer el proporcionar documentación adicional o información de antecedentes
- Solicitar cartas de otros proveedores o apoyo a las personas que trabajan con el niño.

#### Definición de Necesidad Médica

El Departamento de Servicios de Salud define un **servicio médicamente necesario** como un servicio que se requiere para prevenir, identificar o tratar una enfermedad, lesión o discapacidad de un beneficiario. Además, **también considera** otros requisitos, incluyendo el **valor del tratamiento**, el que cumpla con **las normas médicas**, que no duplique otros tratamientos o servicios, que es el más **adecuado**, y es **seguro y eficaz**.

El DHS afirma: "Wisconsin Medicaid reembolsa solo por los servicios que son médicamente necesarios según se define en la sección [HFS 101.03\(96m\)](#), [Código Administrativo de Wisconsin](#)."

"Medicaid puede negar o recuperar el pago si un servicio no cumple con los requisitos de necesidad médica de Medicaid."

## ¿Qué tienen en cuenta los planes de salud y Medicaid al revisar una solicitud de PA?

Los revisores considerarán lo siguiente:

- Si un artículo o servicio es médicamente necesario y apropiado
- Cuánto va a costar
- La probabilidad de que sea eficaz, de alta calidad y prescrito en el momento adecuado para el niño
- Si hay una alternativa menos costosa o más apropiada
- Si el proveedor o el destinatario ha utilizado o hecho mal uso de los servicios

## ¿Cuáles son algunas razones por las que se deniegan las solicitudes de PA?

Un plan de salud o Medicaid puede negar una solicitud de PA si el proveedor no documentó que es médicamente necesario. En otros casos, los proveedores que no están familiarizados con completar las solicitudes de PA pueden enviarlas sin toda la información necesaria. En raras ocasiones, los proveedores podrían decir que algo no está cubierto si no quieren presentar un PA o si se les negó la primera PA. A veces, sin saberlo, los proveedores usan los mismos términos cuando completan una PA que la escuela usó en el Plan de Educación Individual (IEP). Para Medicaid, esto puede parecer como si se les estuvieran pidiendo que pagaran por lo mismo dos veces por lo cual la negaran basados en **duplicación de servicios**

## ¿Cuáles son las situaciones más comunes por las cuales las familias son negadas las PA por "duplicación de servicios"?

Muchas familias que buscan servicios de terapia física, ocupacional o del habla para sus hijos con necesidades especiales reciben negaciones de Wisconsin Medicaid debido a la duplicación de servicios.

Al revisar una solicitud de PA para servicios de terapia, Medicaid probablemente solicitará una copia del IEP de la escuela para ver si su hijo ya está recibiendo las mismas terapias o servicios en la escuela. Medicaid no cubrirá un servicio que ya se está siendo proporcionado por y en la escuela o que se debe proporcionar en la escuela. Esto es especialmente cierto porque las escuelas facturan a Medicaid por los servicios de terapia.

## ¿Cuál es la Solución?

Si el PA es para servicios de terapia, una familia puede trabajar con el proveedor para asegurarse de que los objetivos de la terapia están relacionados con el funcionamiento en el hogar y en la comunidad y **no** son relacionados a la educación o la escuela. Si Medicaid niega la solicitud de PA, el proveedor puede volver a enviar la PA con detalles o documentación adicionales. Si esto no tiene éxito, una familia puede **apelar la negación**. Consulte la **Guía de Abogados para una Audiencia Justa** de HealthWatch Wisconsin.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda?

Si tiene preguntas, comuníquese con su **Centro Regional para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado Médico**. Para encontrar su Centro, vaya a [dhs.wisconsin.gov/cyshcn/regionalcenters.htm](https://dhs.wisconsin.gov/cyshcn/regionalcenters.htm) o llame al **800.642.7837**.

Cada familia tiene una voz • Juntos, nuestras voces serán escuchadas

[familyvoiceswi.org](https://familyvoiceswi.org)