Requisitos definidos de autorización previa para recetas, bienes y servicios en situaciones de emergencia y de no emergencia

Del contrato de YouthCare:

5. 19.8 Servicios que requieren autorización previa. El Contratista autorizará o rechazará los Servicios Cubiertos que requieran autorización previa, incluidos los servicios farmacéuticos, tan pronto como la salud de la Persona Inscrita lo requiera. Habitualmente, las solicitudes de autorización se revisarán y se tomará una decisión dentro de los cuatro (4) días posteriores a la fecha de su recepción de parte de un Proveedor, con una extensión posible de hasta cuatro (4) días si la Persona Inscrita solicita la extensión o si el Contratista le informa al Proveedor que existe la necesidad de una justificación adicional por escrito que demuestre que el Servicio Cubierto es Médicamente Necesario y que la Persona Inscrita no saldrá perjudicada por la extensión. Si el Proveedor indica, o el Contratista determina, que el acatamiento del período ordinario para la revisión y la decisión afectaría gravemente la vida o la salud de la Persona Inscrita, el Contratista autorizará o denegará el Servicio Cubierto en un lapso no mayor a cuarenta y ocho (48) horas de haber recibido la solicitud de autorización. El Contratista autorizará o denegará la solicitud de autorización previa para servicios farmacéuticos en un lapso no mayor a veinticuatro (24) horas de haberla recibido.

5.19.8.1 El Contratista autorizará los servicios de apoyo a las personas con condiciones crónicas o continuas, o que requieran Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), de manera que reflejen la necesidad continua de tales servicios.

5.19.8.2 Para todas las decisiones de autorizaciones de fármacos cubiertos para pacientes ambulatorios, el Contratista proporcionará la notificación tal como se señala en la Sección 1927(d)(5)(A) de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

5.19.8.3 En el caso de las autorizaciones para las Personas Inscritas en Servicios y Apoyo Administrado a Largo Plazo de Medicaid (MLTSS, por sus siglas en ingles), que se encuentren en un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés), si no se da respuesta a la autorización dentro de las veinticuatro (24) horas de la solicitud y el NF está obligado por normativa a brindar el servicio porque lo ordenó un médico, entonces el Contratista deberá pagar si es un Servicio Cubierto, siempre que la solicitud concuerde con las políticas y procedimientos del Contratista.