



Criterios de la Necesidad Médica

¿Qué son los Criterios de la Necesidad Médica y cuándo se utilizan?

El plan *Western Health Advantage (WHA)* o su agrupación médica asignada (agrupación) requiere una autorización previa (aprobación previa), para la mayor parte de la atención y de los servicios que usted recibe, a fin de asegurar que éstos estén cubiertos bajo los beneficios de su plan médico. Cuando su médico de atención primaria (*primary care physician - PCP*) decida que usted necesita consultar con un(a) especialista, o que requiere procedimientos, servicios o equipo especiales, el *PCP* le mandará un envío a consulta, al departamento de Administración Médica de su agrupación, para su evaluación y para su aprobación previa.

Se verifica la elegibilidad, se revisa el nombre del/de la especialista en el envío a consulta, para asegurar que éste(a) sea un proveedor participante o que esté afiliado(a) a la red, y se comprueba el servicio solicitado, para ver si es un beneficio cubierto. Si el envío a consulta es para obtener servicios médicos, las personas encargadas del proceso de evaluación evaluarán la condición médica de usted, sus diagnósticos, su expediente clínico y el servicio solicitado, para asegurar que sea necesario, desde el punto de vista médico, y apropiado, en base a su situación particular.

¿Quién es responsable del proceso de evaluación?

Generalmente, los enfermeros con experiencia en la administración de la utilización de servicios (*utilization management - UM*) son el personal encargado de tomar las decisiones iniciales, para la aprobación de las solicitudes de envío a consulta. Los enfermeros de la *UM* utilizan criterios clínicos objetivos, aprobados previamente, para evaluar cada envío a consulta que requiera una aprobación previa, a fin de determinar la necesidad médica. Los criterios clínicos son directrices de tratamiento, desarrolladas por médicos y otros expertos médicos. Éstas se basan en normas nacionalmente reconocidas, de atención y del ejercicio de la medicina. Los criterios que utilizan el plan *WHA* y su grupo de evaluadores son objetivos, y su uso promueve consistencia en las decisiones, para pacientes con condiciones y necesidades de atención médica, que sean iguales o similares.

¿Quién toma la decisión resultante de la evaluación?

Según la ley de California, solamente un médico puede denegar o modificar una solicitud de servicio que involucre una decisión de necesidad médica, incluyendo las solicitudes de tratamiento que involucren tecnología nueva o considerada de índole experimental. Si el/la enfermero(a) encargado(a) de la evaluación puede verificar que un servicio solicitado es necesario, desde el punto de vista médico, utilizando criterios clínicos, el/la enfermero(a) puede aprobar la solicitud (siempre y cuando se cumplan todas las otras condiciones, como la verificación de la elegibilidad y la cobertura de beneficios vigentes). Si el/la enfermero(a) encargado(a) de la evaluación no puede establecer la necesidad, desde el punto de vista médico, el envío a consulta y toda la documentación de apoyo se le envían a un médico capacitado o a un comité médico de evaluación, para tomar la decisión final. Los médicos encargados de la evaluación utilizan criterios apropiados, directrices de cobertura de beneficios y su propia pericia médica y juicio médico confiable, a fin de tomar decisiones de necesidad médica en casos individuales.

¿Cuál es el fundamento, para establecer los criterios que se utilizan a fin de tomar la decisión?

Los criterios de necesidad médica que utilizan el plan *WHA* y sus agrupaciones contratadas incluyen las Directrices de Atención de *Milliman (Milliman Care Guidelines)*, los Criterios de Tratamiento de *InterQual/McKesson (InterQual/McKesson Treatment Criteria)*, las Directrices de Beneficios Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS*) y de *St. Anthony (CMS and St. Anthony's Medicare Benefit Guidelines)*, las políticas de *Medi-Cal*, y las Directrices de Tratamiento *Hayes, Inc.*, referentes a la Nueva Tecnología y a los Procedimientos de Índice Experimental (*Hayes, Inc. Treatment Guidelines for New Technology and Experimental Procedures*). También es posible que algunas agrupaciones contratadas por el plan *WHA* utilicen sus propias directrices de atención y de tratamiento, internamente desarrolladas y aprobadas en comité.

Todos los criterios que utilizan el plan *WHA* y sus agrupaciones contratadas se desarrollan y se adoptan, para utilizarse con la participación de médicos y otros profesionales médicos, que estén en el ejercicio activo de la profesión, y que tengan pericia relevante a los temas que se traten en los criterios. Estas directrices son consistentes con principios y procesos de tratamiento, clínicamente confiables, y son evaluadas, actualizadas y aprobadas, como mínimo anualmente, por los Comités de Administración de la Utilización de Servicios y de Mejoría de la Calidad y por la Junta de Directores del Plan. Luego, los resultados de las evaluaciones se comparten con nuestros proveedores.

Cuando se deniegue o modifique un servicio solicitado, y éste involucre una decisión de necesidad médica, se mencionan los criterios específicos que se utilizaron, para tomar la decisión, en las cartas de notificación, que se les envían a los miembros y a los médicos involucrados en el envío a consulta. La demás información en la carta explica cómo usted o un(a) representante pueden presentar una apelación al plan *WHA*, y con quién debe comunicarse, si tiene información adicional que podría cambiar el resultado de la decisión.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Usted puede ver nuestro sitio de Internet, para obtener más información acerca de éste u otros servicios en www.westernhealth.com.

El servicio *TDD/TTY* está a la disposición de las personas con discapacidades del oído o del habla, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., ya sea en inglés o en español, llamando al: (888) 877-5378, ó puede marcar el 711. En caso de que necesite un(a) traductor(a) en persona o por teléfono, comuníquese al **Departamento de Servicio de Atención a los Miembros y a los Proveedores del Plan *WHA***, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., al (888) 563-2250.

Por favor, los miembros de *CalPERS* llamen al número de teléfono en el lado reverso de su tarjeta de identificación, o para comunicarse con su representante personal del Servicio de Atención a los Miembros del plan *WHA*, llamen al: (916) 563-2251, ó al número telefónico gratuito: (888) 563-2251.

El plan *WHA* tiene representantes que hablan español, para ayudarle. Para obtener información o ayuda en español, por favor, llame al (888) 563-2250.

Documento público: Esta hoja de datos es solamente una guía general. Consulte su folleto de Prueba de Cobertura (*Evidence of Coverage - EOC*) para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones.