



# Proceso de Autorización

## ¿Por qué tengo que seleccionar un médico de atención primaria?

Todos los miembros nuevos del plan *Western Health Advantage (WHA)* tienen que seleccionar un médico de atención primaria (*primary care physician - PCP*) cuando se asocian con la Organización para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization – HMO*). Los médicos y especialistas de atención primaria son participantes en una agrupación médica. Las agrupaciones médicas (agrupaciones) tienen contratos con el plan *WHA*, para proporcionarles a ustedes, nuestros miembros, servicios de atención médica. Además, existen en la organización otros clínicos profesionales capacitados (médicos y enfermeros), que evalúan los envíos a consultas con especialistas, para determinar su pertinencia.

Su *PCP* tiene la responsabilidad de coordinar su atención médica, proporcionándole a usted tratamiento directo o haciendo los envíos a consultas con proveedores especialistas, de la red del plan *WHA*. Toda la atención que no sea urgente o de emergencia, tiene que recibirla de su *PCP* o de otro proveedor de la red del plan *WHA*.

## ¿Qué pasa si necesito un(a) especialista?

A fin de expandir la selección de especialistas para nuestros miembros Comerciales y los de Medicare, el plan *WHA* tiene un programa único llamado *Envíos a Consulta Advantage*. Esto significa que cuando su *PCP* decide que usted necesita consultar a un(a) especialista, usted puede recibir atención de un médico fuera de la agrupación afiliada de su *PCP*. Sin embargo, el/la especialista tiene que ser un médico participante de la red de proveedores del plan *WHA*, que acepte *Envíos a Consulta Advantage*. Los médicos que no participan en el programa se identifican en la Guía de Proveedores del Plan *WHA*.

## ¿Por qué ciertos servicios cubiertos requieren aprobación previa?

En algunos casos, ciertos servicios cubiertos requieren autorización previa (aprobación previa) de la agrupación médica afiliada de su *PCP*, o del plan *WHA*, para asegurar que éstos se paguen, bajo los beneficios de su plan médico. Las excepciones incluyen la atención de Acceso Directo (*Direct Access*), que incluye los servicios de emergencia, los exámenes anuales de oftalmología (de los ojos) y la atención rutinaria ginecológica y de obstetricia, que usted puede recibir sin aprobación previa, siempre y cuando el médico que proporcione los servicios esté en la red del plan *WHA*. Además, usted puede recibir inyecciones contra la gripe (*flu*) y la neumonía, exámenes de los senos y mamogramas de un proveedor de la red, sin la aprobación previa de su agrupación. Su *PCP* sabrá cuándo se necesita una aprobación previa. Si el *PCP* decide que usted tiene que consultar a un(a) especialista, se le manda un envío a consulta, a la agrupación de él/ella o a la de usted, para su evaluación, rastreo o para la toma de decisión. El personal administrativo médico verifica su elegibilidad, para el seguro y para la cobertura de beneficios, luego evalúa la solicitud, para asegurarse de que el/la especialista indicado(a) en el envío a consulta sea un(a) proveedor(a) de la red. Según sea pertinente, profesionales clínicos (enfermeros y médicos) evaluarán la solicitud, para asegurarse de que es necesaria, desde el punto de vista médico. Si se aprueba, a usted, a su *PCP* y al/a la especialista indicado(a) en el envío a consulta, se les notifica, por escrito, de la decisión. Las decisiones tienen que tomarse dentro de períodos de tiempo estrictos, y se basan en la urgencia de la situación de usted y en los requisitos legales, que protegen los derechos de los pacientes.

## ¿Qué pasa si se deniega o se modifica la solicitud de aprobación previa?

Si un médico encargado de la evaluación deniega o modifica una solicitud para consultar a un(a) especialista, a usted, a su *PCP* y al/a la especialista indicado(a) en el envío a consulta, se les notifica, por escrito de la decisión y de las razones. Usted o un(a) representante que actúe a nombre de usted, incluyendo un médico, puede apelar la decisión al plan médico. Si usted no está satisfecho(a) con la decisión del plan *WHA* sobre la apelación, los derechos legales permiten que una organización externa evalúe su caso, y tome una decisión independiente, que es obligatoria para el plan médico.

El plan *WHA* se asegura de que todas las denegaciones se basen en la pertinencia de la atención y los servicios, tomando en cuenta sus circunstancias individuales, sus necesidades de tratamiento y los beneficios de su plan médico. Las decisiones nunca están ligadas a ningún incentivo financiero ni a ninguna compensación de la(s) persona(s) encargada(s) de llevar a cabo la evaluación. Esto significa que las decisiones son justas y objetivas, y se realizan sin influencia monetaria ni ningún otro posible conflicto de interés. Además, las decisiones de evaluación se evalúan formalmente, por lo menos una vez al año, para asegurarse de que sean consistentes.

## ¿Dónde puedo encontrar más información y una lista actualizada de la Red de Proveedores del plan *WHA*?

Al seleccionar un nuevo *PCP*, o al cambiar su *PCP*, revise primero, para asegurarse de que, en ese momento, el médico todavía sea parte de la Red de Proveedores del plan *WHA*. Los *PCP* y especialistas que tienen contrato con el plan *WHA* se indican en la Guía de Proveedores del plan *Western Health Advantage*, que se hace pública en el sitio de Internet del plan *WHA* en: [www.westernhealth.com](http://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.