

## Referencias Médicas y Autorizaciones Previas

### Consejos para Miembros

**Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP | Banner Medicare Advantage Prime HMO**

#### Referencias

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) de la red no necesita darle una referencia médica antes de usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. Tampoco se requieren referencias de su PCP para cuidados de emergencia o servicios médicos que se necesiten con urgencia.

Si su PCP solicita un procedimiento médico específico, es posible que necesite autorización previa del plan de salud.

#### Autorizaciones Previas

Si tiene una referencia médica para un proveedor o procedimiento fuera de la red, deberá tener este servicio autorizado por el plan.

El PCP o especialista es responsable de enviar la información apropiada en el Formulario de Autorización Previa.

*P: ¿Cuándo se completará la Autorización Previa?*

Solicitudes estándar	dentro de los 14 días calendarios a partir de la recepción de la solicitud
Solicitudes estándar de medicamentos de la Parte B	dentro de las 72 horas posteriores al momento de recibir la solicitud
Solicitudes rápidas	dentro de las 72 horas posteriores a partir de la recepción de la solicitud
Solicitudes rápidas de medicamentos de la Parte B	dentro de las 24 horas posteriores al momento de recibir la solicitud

#### Sugerencia Útil

Si no ha recibido ninguna actualización sobre el estado de su referencia y / o autorización previa en 14 días calendario o tiene preguntas, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de seguro médico.

### **Banner Medicare Advantage Plus PPO**

#### Referencias Médicas y Autorizaciones Previas

No se requieren referencias médicas de su Proveedor de Atención Primaria (PCP) para servicios cubiertos de proveedores de la red y especialistas.

No necesita obtener una referencia médica o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios.

#### Sugerencia Útil

Si tiene alguna pregunta sobre si un proveedor o servicio está en la red o fuera de la red, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de seguro médico.