



383 Ave FD Roosevelt  
San Juan, PR 00918-2131  
Humana.pr

6 de junio de 2022

Carta Circular: C-P-03-22

A: Todos los médicos y facilidades contratadas con Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (PPO) y Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. (HMO) para la línea de negocio Medicare Advantage

Re: Actualización requisito de referido para ciertos servicios y procedimientos

Estimado proveedor:

Para facilitar el acceso a ciertos servicios y procedimientos, desde el 1ro de mayo de 2022 realizamos cambios en el requisito de referido. A continuación, incluimos la lista de estos servicios que no requieren referido y tampoco requieren ser pre autorizados.

- Mamografía diagnóstica
- Laringoscopia
- Broncoscopia
- Clínica de terapia de Coumadin
- Tomografía computarizada
- Terapia cardíaca ambulatoria
- Sonogramas
- Enemas de Bario
- IVP
- EKG
- Prueba de esfuerzo / prueba de esfuerzo mIBI
- Doppler / dúplex
- Eco-cardiograma
- Prueba holter
- Espirometría
- Prueba de función pulmonar ("PFT")
- Electroencefalograma ("EEG")
- Uroflow
- Biopsia
- Terapia de radiación

Adjuntamos las listas de servicios que continuarán requiriendo referido y no pre autorizan y los servicios que requieren pre autorización.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta información puede comunicarse al Departamento de Servicios al Proveedor al 1-800-611-1474 o con su representante de proveedores.

Cordialmente,

David Maldonado, CPA  
Director de Proveedores

# Lista de servicios que requieren referido y no pre-autorizan



Esta guía le ofrece información básica de los servicios y códigos de procedimientos (CPT) que requieren referido y **no necesitan ser pre-autorizados**, para los productos Medicare Advantage.

**Nota:** Las categorías de servicio que se enumeran a continuación no requieren autorización, excepto en aquellas donde se indique lo contrario. Los códigos que se incluyen son solo una guía. Para información adicional referente a códigos aplicables, favor hacer referencia al Manual Current Procedural Terminology (CPT) 2022.

Servicio	Códigos de procedimiento (CPT)
Endoscopía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44360-44386</li> <li>• 43180-43273</li> <li>• 43235-43251</li> <li>• 43260-43273</li> </ul>
Colonoscopia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44388-44408</li> <li>• 45300-45398</li> <li>• G0101-G0105</li> <li>• G0120-G0122</li> </ul>
Medicina nuclear ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 78012-78075</li> <li>• 78102-78130</li> <li>• 78140-78195</li> <li>• 78201-78291</li> <li>• 78300-78351</li> <li>• 78414-78499 (excluye 78459 y 78494)</li> <li>• 78579-78598</li> <li>• 78600-78660</li> <li>• 78700-78761</li> <li>• 78800-78808</li> <li>• 79005-79445</li> </ul>
Visita oficina médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 99202-99205</li> <li>• 99211-99215</li> <li>• 99241-99245</li> <li>• 99324-99328</li> <li>• 99341-99345</li> <li>• 99347-99350</li> <li>• 92002-92004</li> <li>• 92012</li> <li>• 92014</li> <li>• 97161-97168</li> <li>• 97802-97804</li> </ul>

**Los productos Platino (H4007-016, H4007-018, H4007-019 y H4007-022) tienen unas excepciones al requerimiento de referido, según establecido por ASES. Le recomendamos verifique los beneficios específicos en la cubierta médica de su paciente. Los afiliados con los productos H4007-020 y H2029-001 no requieren de referido de su médico primario.**

Esto es solamente un resumen de beneficios. El pago de los servicios está sujeto a las pautas de la cubierta, elegibilidad y necesidad médica al momento de que los servicios son provistos.

# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

Esta guía le ofrece información básica de los servicios que requieren **pre-autorización**, como también, la documentación mínima requerida al momento de someter una solicitud de servicio.

## Procedimiento para la solicitud de pre-autorizaciones:

- Complete la forma de solicitud de servicio
- Incluya la documentación requerida, según indicado en la guía de referencia
- Incluya la justificación médica, orden médica y codificación que aplique
- Envíe formulario y documentación, vía facsímil a:
  - Medicare: 1-800-594-5309**
  - Comercial: 1-800-658-9457**
- Para los servicios especializados, listados a continuación, los requisitos son diferentes. Refiérase al final de esta guía para más información:
  - Rehabilitación ambulatoria (solo Medicare)
  - Trasplante de órganos
  - Servicios de salud mental y abuso de sustancias
  - Servicios de quimioterapia

Este documento incluye los servicios comúnmente solicitados. Recuerde que una orden médica completa debe contener al menos: nombre de paciente, fecha de emisión, servicio que está solicitando, diagnóstico que sustente el servicio que está solicitando. Debido a que en un solo documento no pueden reflejarse todas las posibles excepciones, le recomendamos verifique los beneficios específicos en la cubierta médica de su paciente y los requisitos de autorización con Humana, antes de proporcionar los servicios.

Categoría	Servicio	Códigos	Documentación adicional requerida Medicare: 1-800-594-5309 / Comercial: 1-800-658-9457
Cardiología / Vascular	Terapia de EECF / (Vasoterapia)	G0166	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios previos</li> <li>Notas de progreso</li> <li>Evidencia de cateterismo cardiaco, angioplastia y/o cirugía de corazón</li> </ul>
	EPS con ablación cardiaca	33250, 33254, 33255, 33256, 33257, 33258, 33259, 33261, 93650, 93653, 93654, 93656	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de electro-fisiólogo</li> <li>Evidencia de electrocardiograma (EKG)</li> </ul>
	Dispositivo cardiaco (Marcapaso, desfibrilador, terapia de re- sincronización, etc.)	33206, 33207, 33208, 33210, 33211, 33212, 33213, 33214, 33215, 33216, 33217, 33218, 33220, 33221, 33222, 33223, 33224, 33225, 33226, 33227, 33228, 33229, 33230, 33231, 33233, 33234, 33235, 33236, 33237, 33238, 33240, 33241, 33244, 33249, 33262, 33263, 33264, 33270, 33271, 33272, 33273, 33274, 33275, 33340, C1721, C1722, C1777, C1779, C1785, C1786, C1882, C1895, C1896, C1898, C1899, C1900, C2619, C2620, C2621, 0571T	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historial médico y de farmacia</li> <li>Evaluación de electro-fisiólogo, en caso de desfibriladores</li> <li>Estudios electrofisiológicos previos</li> <li>Resultado de ecocardiograma reciente</li> </ul>
	Holter Implantable Reveal	33285, 33286	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio previo (Holter 24 hr)</li> <li>Justificación médica</li> </ul>
	Tratamiento quirúrgico y/o escleroterapia para venas varicosas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Orden médica</li> <li>Resultado de estudios vasculares</li> <li>Evidencia de tratamiento previo</li> <li>Justificación médica</li> </ul>
Posibles procedimientos cosméticos	Mamoplastia reductiva	19318	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso / Estatura</li> <li>Evaluación cirujano</li> <li>Evidencia de tratamiento previo</li> <li>Ej. Seis meses, mínimo, de terapia física concurrente</li> </ul>
	Septoplastia / Rinoplastia	30400, 30410, 30420, 30430, 30435, 30450, 30460, 30462, 30465, 30468, 30520, 30620, 30999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de EENT</li> <li>Resultado de estudios radiológicos</li> <li>Evidencia de tratamiento previo</li> </ul>
	Ginecomastias	19300	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación cirujano</li> <li>Mamografía reciente</li> <li>Evidencia de estudios hormonales recientes</li> </ul>
	Reconstrucción de Seno	11920, 11921, 11922, 11970, 11971, 15771, 15772, 15877, 19316, 19325, 19328, 19330, 19340, 19342, 19350, 19355, 19357, 19361, 19364, 19367, 19368, 19369, 19370, 19371, 19380, 19396, 19499	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de oncólogo</li> <li>Evaluación de cirujano</li> </ul>
	Blefaroplastia	15820, 15821, 15822, 15823, 67900, 67901, 67902, 67903, 67904, 67906, 67908, 67909, 67911, 67914, 67915, 67916, 67917, 67921, 67922, 67923, 67924, 67950	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado de campo visual</li> <li>Evidencia de obstrucción visual</li> <li>Consulta con oftalmólogo</li> </ul>
	Reconstrucción Post-bariátrica (paniclectomía)	15830, 15847, 15877	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación cirujano</li> <li>Evidencia de tratamiento previo</li> <li>Fotos del área afectada</li> </ul>

# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

Categoría	Servicio	Códigos	Documentación adicional requerida Medicare: 1-800-594-5309 / Comercial: 1-800-658-9457
<b>Cirugías de espalda</b>	Fusión lumbar Laminectomías, entre otros procedimientos	20999, 22103, 22116, 22207, 22208, 22214, 22216, 22222, 22224, 22226, 22510, 22511, 22512, 22513, 22514, 22515, 22526, 22527, 22532, 22533, 22534, 22548, 22551, 22552, 22554, 22556, 22558, 22585, 22586, 22590, 22595, 22600, 22610, 22612, 22614, 22630, 22632, 22633, 22634, 22800, 22802, 22804, 22808, 22810, 22812, 22818, 22819, 22830, 22840, 22841, 22842, 22843, 22844, 22845, 22846, 22847, 22848, 22849, 22850, 22852, 22853, 22854, 22855, 22856, 22857, 22858, 22859, 22861, 22862, 22864, 22865, 22867, 22868, 22869, 22870, 22899, 27279, 27280, 62287, 62380, 63001, 63003, 63005, 63011, 63012, 63015, 63016, 63017, 63020, 63030, 63035, 63040, 63042, 63043, 63044, 63045, 63046, 63047, 63048, 63050, 63051, 63052, 63053, 63055, 63056, 63057, 63064, 63066, 63075, 63076, 63077, 63078, 63081, 63082, 63085, 63086, 63087, 63088, 63090, 63091, 63101, 63102, 63103, 63170, 63172, 63173, 63185, 63190, 63191, 63197, 63200, 63250, 63251, 63252, 63265, 63266, 63267, 63268, 63270, 63271, 63272, 63273, 63275, 63276, 63277, 63278, 63280, 63281, 63282, 63283, 63285, 63286, 63287, 63290, 63295, 63300, 63301, 63302, 63303, 63304, 63305, 63306, 63307, 63308, 64628, 64629, 0095T, 0098T, 0163T, 0164T, 0165T, 0656T, 0657T, 0202T, 0219T, 0220T, 0221T, 0222T, 0274T, 0275T, C1821, C2614, S2348, S2350, S2351	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia de tratamiento previo</li> <li>Resultados de estudios radiológicos</li> <li>Justificación médica</li> </ul>
<b>Procedimientos urológicos</b>	Litotripsia ESWL entre otros procedimientos	50010-50135, 50220-50290, 50300-50380, 50400-50405, 50500-50549, 50590-50593, 50600-50660, 5700-50949, 51020-51597, 51800-51999, 52214-52240, 52260-52353, 52355-53085, 53210-53520, 53850-53899, 54000-54065, 54110-54450, 54512, 54700, 54830-54861, 54900-55680, 55720-55980	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios radiológicos (KUB, Sonograma renal, IVP o CT)</li> <li>Justificación médica</li> </ul>
<b>Cirugía Orales (No dentales)</b>	Maxilofacial Ortognática	21010, 21050, 21060, 21070, 21073, 21085, 21100, 21110, 21116, 21125, 21127, 21141, 21142, 21143, 21145, 21146, 21147, 21150, 21151, 21154, 21155, 21159, 21160, 21188, 21193, 21194, 21195, 21196, 21198, 21199, 21206, 21208, 21210, 21215, 21240, 21242, 21243, 21244, 21247, 29800, 29804	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de cirujano maxilofacial</li> <li>Estudios radiológicos</li> <li>Justificación médica</li> </ul>
<b>Trasplante de Tejido</b>	Córnea, hueso y piel		<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de especialista</li> <li>Estudios previos</li> <li>Cotización del suplidor, si aplica</li> </ul>
<b>Cirugía Bariátrica</b>		43644, 43645, 43770 - 43775, 43842, 43843, 43845, 43846, 43847, 43848, 43860, 43886, 43887, 43888	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orden médica</li> <li>Justificación</li> <li>Evidencia de tratamiento o plan para bajar de peso supervisado a través de Nutricionista o médico</li> <li>Evaluación psicológica</li> <li>Otros estudios o historial medico</li> </ul>
<b>Terapia de cámara hiperbárica</b>		99183, G0277	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orden médica</li> <li>Justificación médica</li> <li>Duración de tratamiento</li> </ul>

# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

Categoría	Servicio	Códigos	Documentación adicional requerida Medicare: 1-800-594-5309 / Comercial: 1-800-658-9457
<b>Estudio radiológico de alta tecnología</b>	MRI, (incluido vistas 3D en ambos) PET, CTA, MRA, PET-CT Scan, Colonoscopia virtual	70336, 70496, 70498, 70540, 70542, 70543, 70544, 70545, 70546, 70547, 70548, 70549, 70551, 70552, 70553, 70554, 70555, 71275, 71550, 71551, 71552, 71555, 72141, 72142, 72146, 72147, 72148, 72149, 72156, 72157, 72158, 72159, 72191, 72195, 72196, 72197, 72198, 73206, 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, 73223, 73225, 73706, 73718, 73719, 73720, 73721, 73722, 73723, 73725, 74174, 74175, 74181, 74182, 74183, 74185, 74261, 74262, 74263, 74712, 75557, 75559, 75561, 75563, 75565, 75571, 75574, 75635, 76376, 77046, 77047, 77048, 77049, 77084, 78459, 78491, 78492, 78608, 78609, 78811, 78812, 78813, 78814, 78815, 78816, C8900, C8901, C8902, C8903, C8905, C8906, C8908, C8909, C8910, C8911, C8912, C8913, C8914, C8918, C8919, C8920, C8931, C8932, C8933, C8934, C8935, C8936, S8037, S8042, G0219, G0235, G0252	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> <li>• Breve historial médico y tratamiento</li> <li>• Para la colonoscopia virtual evidencia de fallo al estudio convencional</li> </ul>
<b>Equipo médico duradero</b>	CPAP / BiPAP	E0601, E0562, E0470, E0471, E0472, E0561	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del neumólogo</li> <li>• Resultados de pruebas de polisomnografía (estudio del sueño)</li> </ul>
	Oxígeno	E0424, E0425, E0430, E0431, E0433, E0434, E0435, E0439, E0440, E0441, E0442, E0443, E0444, E0447, E0455, E0465, E0466, E0467, E0482, E0487, E0560	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados recientes de gases arteriales u oximetría</li> </ul>
	Cama, sillón de ruedas, mattress especial, etc.	K0001 - K0195 E0260, E0181, E0182, E0184, E0185, E0186, E0187, E188, E0189, E0194, E0196, E0197, E0198, E0199	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> </ul>
	Equipo móvil asistido (sillas de rueda eléctricas, scooters, etc)	K0800 - K0891, K0900	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación en persona (documento face to face)</li> <li>• Evaluación del hogar</li> <li>• Certificación médica</li> </ul>
	Máquinas de CPM	E0935	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Evaluación de fisiatra</li> <li>• Notas de progreso del terapeuta físico</li> <li>• Reporte de operación</li> </ul>
	Stimulator Devices	E0720 - E0770	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> <li>• Evidencia de estudios previos</li> <li>• Evidencia de tratamiento previo</li> </ul>
	Máquinas de infusión (Manejo de Dolor)	E0776 - E0791	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> <li>• Evaluación de neumólogo que incluya historial del paciente</li> <li>• Evidencia de estudios previos</li> <li>• Evidencia de tratamiento previo</li> </ul>
	Chalecos externos (ej: desfibrilador cardiaco o función respiratoria)	K0606	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> </ul>

# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

Categoría	Servicio	Códigos	Documentación adicional requerida Medicare: 1-800-594-5309 / Comercial: 1-800-658-9457
<b>Prótesis Bandejas quirúrgicas Ortesis</b>	Externas	21086, 21088, A9282, L5000, L5010, L5020, L5050, L5060, L5100, L5105, L5150, L5160, L5200, L5210, L5220, L5230 L5250, L5270, L5280 L5301, L5312, L5321, L5331, L5341, L5500-L5505, L5510-L5600, L5610-L5617, L5618, L5620, L5622, L5624, L5626, L5628, L5629, L5630- L5653, L5654 - L5699, L5700 -L5707, L5710 - L5782, L5785, L5790, L5795, L5810 - L5999, L6000 - L6026, L6050, L6055, L6100, L6110, L6120, L6130, L6200, L6205, L6250, L6300, L6310, L6320, L6350, L6360, L6370, L6380 - L6388, L6400, L6450, L6500, L6550, L6570, L6580, L6582, L6584, L6586, L6588, L6590, L6600, L6605, L6610, L6611, L6615, L6616, L6620, L6621, L6623, L6624, L6625, L6628, L6629, L6630, L6632, L6635, L6637, L6638, L6640, L6641, L6642, L6645, L6646, L6647, L6648, L6650, L6655, L6660, L6665, L6670, L6672, L6675, L6676, L6677, L6680, L6682, L6684, L6686, L6687, L6688, L6689, L6690, L6691, L6692, L6693, L6694, L6695, L6696, L6697, L6698, L6703, L6704, L6706, L6707, L6708, L6709, L6711, L6712, L6713, L6714, L6715, L6721, L6722, L6805, L6810, L6880, L6881, L6882, L6883, L6884, L6885, L6890, L6895, L6900, L6905, L6910, L6915, L6920, L6925, L6930, L6935, L6940, L6945, L6950, L6955, L6960, L6965, L6970, L6975, L7007, L7008, L7009, L7040, L7045, L7170, L7180, L7181, L7185, L7186, L7190, L7191, L7259, L7360, L7362, L7364, L7366, L7367, L7368, L7400, L7401, L7402, L7403, L7404, L7405, L7499, L7510, L7520, L7700, L8000, L8001, L8002, L8010, L8015, L8020, L8030, L8031, L8032, L8033, L8035, L8039, L8040 - L8049, L8300 - L8330, L8400 - L8485, L8499, L8500 - L8515, L8600, L8603 - L8607, L8608 - L8613, L8630 - L8659	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de fisiatra</li> <li>• Evaluación de protesista</li> <li>• Nivel de funcionalidad</li> <li>• Justificación médica</li> </ul>
	Internas	L8699	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cotización de suplidor</li> <li>• Resultado de radiología</li> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> </ul>
	Ortesis	L0112 - L4631	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden y justificación médica</li> </ul>
<b>Estudios del sueño o polisomnografía</b>		95807, 95808, 95810, 95811	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> </ul>
<b>Facilidad de enfermería diestra – SNF</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y plan de tratamiento que incluya estado y nivel de funcionalidad actual y pronóstico del paciente</li> <li>• Justificación médica</li> <li>• Notas de progreso (para extensiones de estadía)</li> </ul>
<b>Facilidades de rehabilitación subaguda (nivel inpatient o subagudo)</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación que incluya nivel de funcionamiento actual</li> <li>• Plan y frecuencia del tratamiento que incluya la pronóstico del paciente y tiempo estimado</li> <li>• Justificación médica</li> <li>• Notas de progreso (para extensiones de estadía)</li> </ul>
<b>Cuidado de salud en el hogar</b>	Cualquier modalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Física – “PT”</li> <li>• Terapia Ocupacional – “OT”</li> <li>• Terapia Habla – “ST”</li> <li>• Enfermería – “RN”</li> <li>• Asistente de enfermería</li> </ul>	G0299, G0151, G0152, G0153, G0155, G0156, G0270	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación de afiliado confinado en el hogar</li> <li>• Frecuencia, cantidad y tratamientos por modalidad</li> <li>• Evidencia tratamiento previo</li> <li>• Justificación médica</li> <li>• Para cuidado o curación en la piel (lesiones o úlceras) se debe incluir:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• fotos del área afectada (en caso de lesiones en la piel)</li> <li>• medidas, descripción y resultados de cultivo (si aplica) en caso de lesiones en la piel</li> </ul> </li> </ul>

# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

Categoría	Servicio	Códigos	Documentación adicional requerida Medicare: 1-800-594-5309 / Comercial: 1-800-658-9457
Ambulancias	No Emergencia	A0428	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de necesidad médica</li> </ul>
Transporte No Emergente		A0110, A0120, A0130	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Justificación médica</li> </ul>
Pañales desechables para adultos		A4520, T4521, T4522, T4523, T4524	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica con diagnósticos correspondientes</li> <li>• Grupo / PBP</li> <li>• H4007-018</li> </ul>
Terapia de infusión en el hogar	Antibióticos, hidrataciones, etc		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Dosis, frecuencia y ruta</li> <li>• Resultados de laboratorios / cultivos (si aplica)</li> <li>• Resultado de estudios radiológicos (si aplica)</li> </ul>
Suplidos diabéticos	Tirillas / Lancetas	A4253, A4259, E0607	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificación médica</li> <li>• <b>Nota:</b> Pre-autorización requerida solo cuando se excede el límite establecido por Medicare para suplidos</li> <li>• No insulino dependiente = suplido de 90 por 90 días (frecuencia 1 vez al día)</li> <li>• Insulino dependiente = suplido de 300 por 90 días (frecuencia de 2-3 veces al día)</li> </ul>
Manejo de Dolor			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Estudios radiológicos</li> <li>• Notas de progreso</li> </ul>
Implantes auditivos	Coclear Baha system, entre otros	69930, L8614, L8615, L8616, L8617, L8618, L8619, L8621, L8622, L8623, L8624, L8625, L8627, L8628, L8629, S2235	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica y evaluación del especialista</li> <li>• Estudios previos</li> <li>• Evaluación precisa que confirme discapacidad auditiva por audiólogo</li> <li>• Implante debe estar aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)</li> </ul>
Monitoreo de epilepsia			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica y justificación del especialista</li> <li>• Notas de progreso que incluyan tratamiento previo (medicamentos)</li> <li>• Evidencia de estudio previos (ej: MRI de cabeza, electroencefalograma ambulatorio)</li> </ul>
Silla de baño	Cada 5 años	E0240	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Grupo / PBP</li> <li>• H2029 001, H4007-012, H4007-016, H4007-018, H4007-019, H4007-020, H4007-021, H4007-022, H4007-815 y H4007-817</li> </ul>
Monitor de presión	Cada 5 años	A4670	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Grupo / PBP</li> <li>• H2029 001, H4007-012, H4007-013, H4007-016, H4007-018, H4007-019, H4007-020, H4007-021, H4007-022, H4007-815 y H4007-817</li> </ul>

# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

Categoría	Servicio	Códigos	Documentación adicional requerida Medicare: 1-800-594-5309 / Comercial: 1-800-658-9457
Pruebas genéticas y/o moleculares		81105, 81106, 81107, 81108, 81109, 81110, 81111, 81112, 81120, 81121, 81161, 81162, 81163, 81164, 81165, 81166, 81167, 81168, 81171, 81172, 81173, 81174, 81175, 81176, 81177, 81178, 81179, 81180, 81181, 81182, 81183, 81184, 81185, 81186, 81187, 81188, 81189, 81190, 81191, 81192, 81193, 81194, 81200, 81201, 81202, 81203, 81204, 81205, 81209, 81212, 81215, 81216, 81217, 81218, 81219, 81220, 81221, 81222, 81223, 81224, 81225, 81226, 81227, 81228, 81229, 81230, 81231, 81232, 81233, 81234, 81236, 81237, 81239, 81240, 81241, 81242, 81243, 81244, 81245, 81247, 81248, 81249, 81250, 81251, 81252, 81253, 81254, 81255, 81257, 81258, 81259, 81260, 81265, 81266, 81269, 81272, 81273, 81275, 81276, 81277, 81278, 81279, 81283, 81284, 81285, 81286, 81287, 81288, 81289, 81290, 81291, 81292, 81293, 81294, 81295, 81296, 81297, 81298, 81299, 81300, 81301, 81302, 81303, 81304, 81305, 81306, 81307, 81308, 81309, 81310, 81311, 81312, 81313, 81314, 81315, 81316, 81317, 81318, 81319, 81320, 81321, 81322, 81323, 81324, 81325, 81326, 81327, 81328, 81329, 81330, 81331, 81332, 81333, 81334, 81335, 81336, 81337, 81343, 81344, 81345, 81346, 81347, 81348, 81349, 81350, 81351, 81352, 81353, 81355, 81357, 81360, 81361, 81362, 81363, 81364, 81374, 81376, 81400, 81401, 81402, 81403, 81404, 81405, 81406, 81407, 81408, 81410, 81411, 81412, 81413, 81414, 81415, 81416, 81417, 81419, 81420, 81422, 81425, 81426, 81427, 81430, 81431, 81432, 81433, 81434, 81435, 81436, 81437, 81438, 81439, 81440, 81442, 81443, 81444, 81445, 81448, 81450, 81455, 81460, 81465, 81470, 81471, 81479, 81490, 81493, 81500, 81503, 81504, 81507, 81507, 81518, 81519, 81520, 81521, 81522, 81523, 81525, 81529, 81535, 81536, 81538, 81540, 81541, 81542, 81546, 81551, 81552, 81544, 81599, 83006, 83080, 83951, 88120, 88121, 88364, 88366, 88374, 88377, 0004M, 0007M, 0011M, 0012M, 0013M, 0016M, 0017M, 0005U, 0009U, 0012U, 0013U, 0014U, 0017U, 0018U, 0019U, 0021U, 0022U, 0023U, 0026U, 0029U, 0030U, 0031U, 0032U, 0033U, 0035U, 0036U, 0037U, 0045U, 0047U, 0048U, 0049U, 0050U, 0053U, 0055U, 0056U, 0060U, 0067U, 0069U, 0070U, 0071U, 0072U, 0073U, 0074U, 0075U, 0076U, 0078U, 0079U, 0089U, 0090U, 0094U, 0101U, 0102U, 0103U, 0111U, 0120U, 0129U, 0130U, 0131U, 0132U, 0133U, 0134U, 0135U, 0136U, 0137U, 0138U, 0153U, 0154U, 0155U, 0156U, 0157U, 0158U, 0159U, 0160U, 0161U, 0162U, 0169U, 0170U, 0171U, 0172U, 0173U, 0175U, 0177U, 0195U, 0203U, 0204U, 0205U, 0208U, 0209U, 0211U, 0212U, 0213U, 0214U, 0215U, 0216U, 0217U, 0218U, 0229U, 0230U, 0231U, 0232U, 0233U, 0234U, 0235U, 0236U, 0237U, 0238U, 0239U, 0242U, 0244U, 0245U, 0250U, 0252U, 0253U, 0254U, 0258U, 0260U, 0262U, 0264U, 0265U, 0266U, 0267U, 0268U, 0269U, 0270U, 0271U, 0272U, 0273U, 0274U, 0276U, 0277U, 0278U, 0285U, 0286U, 0287U, 0288U, 0289U, 0290U, 0291U, 0292U, 0293U, 0294U, 0296U, 0297U, 0298U, 0299U, 0300U, 036U, 0307U, 0313U, 0314U, 0315U, 0317U, 0318U, S3800, S3840, S3841, S3842, S3844, S3845, S3846, S3849, S3850, S3852, S3853, S3854, S3861, S3865, S3870	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica</li> <li>• Estudios previos</li> <li>• Justificación</li> <li>• Completar el formulario específico para pruebas genéticas</li> </ul>



# Guía de servicios que requieren pre-autorización | 2022

A continuación la información pertinente para enviar las Pre-autorizaciones de servicios especializados:

Servicio	Unidad Especializada	
Rehabilitación ambulatoria (solo Medicare) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Física – “PT”</li> <li>• Terapia Ocupacional – “OT”</li> <li>• Terapia Habla - “ST”</li> <li>• Fisiatra “PMR”</li> </ul>	Therapy Network of Puerto Rico (TNPR)  <b>Dirección Postal:</b> Therapy Network of Puerto Rico PO Box 195327 San Juan, PR 00919-5327	<b>Tels.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-877-614-5056</li> <li>• Seleccione opción # 2 para verificar estatus de terapia</li> <li>• Fax: 1-877-403-5544 (Proveedores)</li> <li>• Fax: 1-800-615-0148 (Para enviar orden médica)</li> </ul>
Trasplante de órganos	<b>Humana Transplant Team</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tel.: 1-866-421-5663</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fax: 1-502-508-9300</li> </ul>
Servicios de salud mental, abuso de sustancias y hospitalizaciones parciales	<b>APS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tel.: 1-800-503-7929</li> <li>• Fax: 787-641-2756</li> </ul>	
Servicios de quimioterapias en centros de infusión, oficinas médicas	<b>Oncology Analytics</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tel.: 1-877-815-0819</li> <li>• Fax: 1-844-964-7707</li> <li>• Email: Sas-pr@oncologyanalytics.com</li> </ul>	

La pre-autorización de cualquier procedimiento no es una garantía de pago ya que está sujeto a beneficios, elegibilidad y cubierta al momento de la prestación de los servicios. Las aprobaciones son basadas en necesidad médica, tal como lo define el plan de beneficios o certificados del asegurado. El no solicitar la pre-autorización de un servicio, puede resultar en reducciones de pago por el servicio ofrecido y reducción de beneficios para el asegurado, basado en su contrato y el certificado de cubierta.

REV. 05/2022