

Recuerde llamar antes



Antes de recibir cuidado, asegúrese de que está cubierto

Cada vez que usted o un miembro de su familia es hospitalizado o recibe ciertos servicios como paciente ambulatorio, es importante que UMR lo sepa. Queremos asegurarnos de que reciba el cuidado adecuado y que sepa si su plan pagará o no una parte del costo del tratamiento.

Usted o su proveedor de cuidado de la salud pueden llamar al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para verificar el nivel de beneficios disponible. Nuestras decisiones sólo están relacionadas con el pago. Todas las decisiones sobre qué tipo de cuidado va a recibir quedan entre usted y sus proveedores.

Hay dos motivos por los que usted o su proveedor deben llamar a UMR antes de un servicio o procedimiento médico:

Autorización previa al cuidado

Algunos tipos de cuidado requieren una revisión para determinar si son médicamente necesarios. Esto significa que generalmente cumplen con los estándares aceptados de suministro de cuidado y que se consideran eficaces para el tratamiento de su enfermedad o lesión. También revisamos si la duración de su estadía como paciente hospitalizado y el tipo de centro utilizado son clínicamente adecuados.

El hecho de no contar con una autorización previa puede resultar en una multa o en costos de desembolso personal más altos.

Determinación previa de los beneficios

Recomendamos que usted y su proveedor de cuidado de la salud también llamen con anticipación por los tratamientos que no requieren una revisión. Esto tiene como objetivo verificar la cantidad que su plan médico pagará, si corresponde, del costo del cuidado que usted tenga pensado recibir.

El pago de un gasto que no esté cubierto por el plan es responsabilidad del paciente.

Le enviaremos una carta a usted y su proveedor, notificándole si el tratamiento está o no cubierto.

Procedimientos que normalmente revisamos:¹

- Hospitalización y cirugías para pacientes hospitalizados²
- Rehabilitación y salud conductual para pacientes hospitalizados
- Centro de enfermería especializada
- Cuidado de la salud en el hogar
- Equipo médico duradero
- Servicios de radiología, tales como angiografía de resonancia magnética (MRA), resonancia magnética nuclear (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (CT scan)
- Quimioterapia y radiación
- Diálisis
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Trasplantes y servicios relacionados con trasplantes
- Cirugías reconstructivas y procedimientos estéticos
- Estudios clínicos y procedimientos experimentales
- Pruebas genéticas
- Terapias hormonales
- Medicamentos de especialidad inyectables

¹ Esta lista no incluye todo. Consulte el Resumen de Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD) para ver una lista completa de los servicios que requieren autorización previa. UMR paga a los proveedores de acuerdo con los términos de la cobertura, los beneficios, las limitaciones y exclusiones de los documentos de su plan.

² Excepto las estadías de 48 horas o menos después de un parto vaginal normal, o de 96 horas o menos después de una cesárea.

