



# 2025 - Datos de Autorizaciones Previas

Esta página contiene información sobre las autorizaciones previas para cumplir con un [reglamento](#) de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés). La autorización previa significa que un prestador de servicios médicos pide aprobación antes de que un asegurado reciba ciertos servicios. Esto ayuda a garantizar que la atención médica sea segura, necesaria para la salud del asegurado y esté incluida en la cobertura.

También compartimos una lista de servicios que necesitan aprobación antes de recibirlos. Las solicitudes de medicamentos no forman parte de esta lista.

Blue Cross and Blue Shield of Montana necesita aprobar esta [lista de servicios](#) para Healthy Montana Kids.

Solicitudes estándar	
<p><b>88%</b></p> <p>Porcentaje de solicitudes que aprobamos</p>	<p>Esto significa que la solicitud fue aprobada la primera vez que la revisamos. Solo pedimos autorización previa para algunos servicios con el fin de ayudar a asegurarnos de que la atención médica sea segura y adecuada para nuestros asegurados.</p>
<p><b>12%</b></p> <p>Porcentaje de solicitudes que no aprobamos</p>	<p>A veces no recibimos información del prestador de servicios médicos. En otras ocasiones, las solicitudes se revisan para ayudar a prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso. Si una solicitud se aprueba parcialmente, la contamos como una denegación.</p>
<p><b>72%</b></p> <p>Porcentaje de solicitudes que aprobamos después de tomar más tiempo</p>	<p>En ocasiones podemos tomar más tiempo para decidir, de modo que un prestador de servicios médicos pueda enviar más información médica. Cuando eso sucede, este número muestra el porcentaje aprobado después del tiempo adicional. No todas las áreas nos permiten hacer esto.</p>

## Solicitudes estándar

**0%**

Porcentaje de solicitudes que aprobamos después de una apelación

Una apelación ocurre cuando un asegurado o un prestador de servicios médicos nos pide revisar nuestra decisión nuevamente. Los prestadores pueden compartir más información durante la apelación, lo que puede hacer que cambiemos nuestra decisión.

**3.9 días**

Tiempo promedio que nos lleva tomar una decisión

Estos tiempos muestran la rapidez con la que tomamos decisiones para solicitudes estándar. Las normas estatales y federales establecen límites de tiempo para nuestras decisiones.

**1.9 días**

Tiempo mediano que nos lleva tomar una decisión

## Solicitudes urgentes

**99%**

Porcentaje de solicitudes que aprobamos

Esto significa que la solicitud fue aprobada la primera vez que la revisamos. Solo pedimos autorización previa para algunos servicios con el fin de ayudar a asegurarnos de que la atención médica sea segura y adecuada para nuestros asegurados.

**1%**

Porcentaje de solicitudes que no aprobamos

A veces no recibimos información del prestador de servicios médicos. En otras ocasiones, las solicitudes se revisan para ayudar a prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso. Si una solicitud se aprueba parcialmente, la contamos como una denegación.

**23.8 horas**

Tiempo promedio que nos lleva tomar una decisión

Estos tiempos muestran la rapidez con la que tomamos decisiones para solicitudes urgentes. Las normas estatales y federales también establecen límites de tiempo para esto.

**19.6 horas**

Tiempo mediano que nos lleva tomar una decisión