

الأسئلة الشائعة حول مدّ فترة الرعاية لكبار السن والأشخاص المعاقين

سبتمبر 2011

السؤال #1: إذا لم يكن طبيب خدمة Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) العادية الحالي الذي يتعامل معه المستفيد يقبل أي خطط صحية، كيف سيستمر المستفيد في زيارة هذا الطبيب بعد التحاقه بخطة صحية؟

الإجابة: إذا كان أحد المستفيدين يزور طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية قبل الالتحاق بخطة صحية، فيمكن للمستفيد الاستمرار في زيارة ذلك الطبيب لمدة 12 شهراً أثناء التحاقه بالخطة الصحية، طالما أن الطبيب يوافق على العمل مع الخطة الصحية ويقبل الدفع من تلك الخطة الصحية وليس لديه أي مشكلات تتعلق بجودة الرعاية. وهذا يُطلق عليه "مدّ فترة الرعاية". إذا كان المستفيد لا يزال يريد رؤية طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية الحالي، فيتعين عليه اتباع الخطوات التالية:

1. يتعين على المستفيد الاتصال بخطته الصحية الجديدة.
2. يتعين على المستفيد إبلاغ خطته الصحية بأنه يرغب في متابعة رؤية طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية.
3. يتعين على المستفيد أن يبلغ خطته الصحية باسم طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية وأن يطلب من الخطة الصحية الاتصال بالطبيب نيابة عنه. يمكن أن يستمر طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية في رؤية المستفيد إذا قررت الخطة الصحية أن المستفيد قد زار ذلك الطبيب على مدار الـ 12 شهراً الماضية، ولا توجد أي مشكلات تتعلق بجودة الرعاية وأن الطبيب والخطة الصحية يوافقان على مبلغ الدفع.
4. سوف تُبلغ الخطة الصحية المستفيد خلال 30 يوماً من تلقي طلب المستفيد بما إذا كان لا يزال بوسعه زيارة طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية أو بما إذا كان سيتم إسناده إلى طبيب خطة صحية.
5. إذا كان طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية يرغب في مواصلة رؤية المستفيد، لكن خطته الصحية لا تسمح بذلك، يجوز للمستفيد أن يستفسر من الخطة الصحية عن كيفية تقديم شكوى.

السؤال #2: أي الأطباء يمكن للمستفيد الاستمرار في زيارتهم خارج الشبكة؟

الإجابة: يسري الوصول إلى طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) عادية من خارج الشبكة خلال مدّ فترة الرعاية (12 شهراً) على الأطباء والجراحين والأخصائيين ولا يسري على المعدات الطبية الدائمة أو خدمات النقل أو الخدمات الإضافية الأخرى. كما أنه لا يشمل تلك الخدمات التي لا تغطيها خطة الرعاية المُدارة حيث إن الإلحاق الإلزامي لـ Seniors and Persons with Disabilities (SPDs) في الرعاية المُدارة لا يؤثر على طريقة وصولهم إلى تلك الخدمات غير الخاضعة لتغطية خطة الرعاية المُدارة.

السؤال #3: هل يسري هذا على أي مستفيد من Medi-Cal في الرعاية المُدارة؟

الإجابة: لا. لا يسري هذا سوى على مستفيد كان يزور من قبل طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) عادية ومطالب الآن بالالتحاق في خطة رعاية صحية مُدارة.

لا يسري هذا على المستفيدين المسجلين بالفعل في خطة رعاية صحية مُدارة أو مستفيدين أصبحوا مؤهلين لخدمة Medi-Cal أو استعادوا مؤخرًا أهليتهم لخدمة Medi-Cal ويتعين عليهم الالتحاق بخطة صحية، وفي تلك الحالة سيتعين على المستفيد زيارة الأطباء الذين هم جزء من شبكة الخطة الصحية.

السؤال #4: إذا غيّر المستفيد خطته الصحية، هل سيحصل المستفيد على فترة 12 شهراً أخرى لزيارة طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) عادية من خارج الشبكة؟

الإجابة: لا. يحصل المستفيد على 12 شهراً فقط من تاريخ الالتحاق الأولي بالرعاية المُدارة.

السؤال #5: متى سيتم إخطار المستفيد بما إذا كان يمكنه الاستمرار في زيارة طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية الحالي؟

الإجابة: سوف تعالج الخطة الصحية كل طلب وتقدم إخطاراً إلى كل مستفيد في أسرع وقت بحسب ما تسمح به الحالة الصحية للمستفيد، وخلال 30 يوماً من تاريخ استلام الخطة الصحية للطلب.

السؤال #6: هل يمكن لطبيب خدمة Medi-Cal (FFS) عادية معتمد من خارج الشبكة أن يحيل المستفيد إلى طبيب آخر من خارج الشبكة؟

الإجابة: لا. لا يمكن لطبيب خدمة Medi-Cal (FFS) عادية من خارج الشبكة أن يحيل المستفيد إلى طبيب آخر. يتعين على الطبيب من خارج الشبكة، والمعتمد من الخطة الصحية بموجب مدّة فترة الرعاية، أن يعمل مع الخطة الصحية وشبكتها المتعاقد معها. وإذا لم يكن لدى الخطة الصحية نوع الأخصائي الذي يحتاجه المستفيد في شبكته، يتعين على الخطة الصحية أن تقدم الإحالة الضرورية من الناحية الطبية إلى أخصائي من خارج الشبكة.

السؤال #7: ماذا لو كان طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية الخاص بالمستفيد لن يتعامل مع الخطة الصحية أو لا يمكنه العمل معها؟

الإجابة: إذا لم يكن بوسع الخطة الصحية وطبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية الوصول إلى اتفاق؛ بمعنى أن الطبيب لن يقبل الدفع من الخطة الصحية أو أن الخطة الصحية لديها مشكلات تتعلق بجودة الرعاية مع ذلك الطبيب، سوف يتعين على المستفيد العمل مع خطته الصحية للانتقال إلى طبيب داخل الشبكة. يمكن للمستفيد وطبيبته كذلك تقديم Medical Exemption Request (MER). (انظر السؤال #9)

السؤال #8: ماذا يحدث لو أصبح المستفيد مؤهلاً لـ Medicare بعد إلحاقه في رعاية مُدارة؟

الإجابة: بمجرد أن يلتحق المستفيد بـ Medicare، سوف تُرسل Medi-Cal خطاباً لإبلاغ المستفيد بأنه لا يلزم بعد الآن أن يكون في خطة صحية. غير أن المستفيد يمكنه البقاء في الخطة الصحية إذا أراد ذلك.

السؤال #9: هل مدّ فترة الرعاية له أي تأثير على عملية Medical Exemption Request الحالية؟

الإجابة: لا. فمتطلبات مدّ فترة الرعاية جديدة فقط لـ SPDs الذين انتقلوا حديثاً من خدمة Medi-Cal (FFS) عادية إلى خدمة Medi-Cal Managed Care إلزامية. ولضمان الانتقال السلس إلى الرعاية المُدارة إلزامية، يجوز لمستفيد SPD الاستمرار في زيارة طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية لمدة 12 شهراً إذا كان للعضو علاقة حالية مع طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) عادية، وإذا كانت الخطة الصحية ليس لديها أي مشكلات تتعلق بجودة الرعاية مع ذلك الطبيب، وإذا كان الطبيب سيقبل أسعار الخطة الصحية المتعاقد عليها أو أسعار خدمة Medi-Cal (FFS) العادية، أيهما أعلى، وفق (13) Welfare and Institutions Code Section 14182(b).
متطلبات مدّ فترة الرعاية للخطة الصحية لا تُنهي حقوق المستفيدين SPD في تقديم MER أو طلب إلغاء التحاق في أي وقت.

تظل عملية MER الحالية بحسب ما هو مذكور في Title 22, Section 53887 ومتطلبات استكمال الخدمات المغطاة في Health and Safety Code, Section 1373.96، سارية على كافة الملتحقين برعاية Medi-Cal المُدارة، بما في ذلك SPDs.

السؤال #10: هل يتعين على الخطة الصحية الموافقة على طلب المستفيدين مواصلة الرعاية مع طبيبهم الحالي؟

الإجابة: يتعين على الخطة الصحية أن توافق على كافة الطلبات المقدمة من ملتحق SPD إلزامي مُنتقل من أجل مدّ فترة الرعاية طالما أن الطبيب المطلوب موجود في بيانات الاستخدام لدى Fee-For-Service Medi-Cal على أنه قدم خدمات للمستفيد أثناء الـ 12 شهراً الأخيرة، وطالما وافق الطبيب على قبول أسعار الخطة الصحية المتعاقد عليها أو أسعار Medi-Cal (FFS)، أيهما أعلى، وفق (13) Welfare and Institutions Code Section 14182(b).
وطالما لم تكن هناك أي مشكلات تتعلق بجودة الرعاية التي يقدمها الطبيب مما سيُجعله، في حالة توافر أي مما سبق، غير مؤهل لتوفير الخدمات إلى أي أعضاء بالخطة الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، يتعين على الخطط الصحية التقيد بمتطلبات Health and Safety Code Section 1373.96 التي تبين الظروف المحددة التي يتعين فيها إتاحة الوصول إلى أطباء خارج الشبكة لجميع الأعضاء، بما في ذلك SPDs.

السؤال #11: ما الذي تعنيه عبارة "مشكلات تتعلق بجودة الرعاية"؟

الإجابة: يُقصد بالمشكلات التي تتعلق بجودة الرعاية أن الخطة الصحية يمكنها أن توثّق أنها لن تتعاقد مع هذا الطبيب بسبب مخاوف تتعلق بجودة الرعاية التي يقدمها، مما يجعله غير مؤهل لتقديم خدمات إلى أي من أعضاء الخطة الصحية.

السؤال #12: كيف تم إخطار SPDs الملتحقين بالخطوة الإلزامية والأطباء بمتطلبات مدّة فترة الرعاية؟

الإجابة: قبل الالتحاق بخطوة إلزامية للرعاية المُدارة، تلقى المستفيدون إخطاراً قبل 90 و60 يوماً يوضح أنه يمكنهم الاستمرار مع طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية الحالي حتى إذا لم يكن الطبيب ضمن شبكة الخطوة الصحية وأنه ينبغي عليهم الاتصال بالخطوة الصحية لبدء هذه العملية. سيتم إخطار جميع أطباء خدمة Medi-Cal (FFS) العادية عن طريق Medi-Cal Provider Bulletin.

السؤال #13: إلى أي وقت يمكن للمستفيد أن يقدم شكوى إذا رفضت الخطوة الصحية طلبه لمدّة فترة الرعاية مع طبيب حالي بخدمة Medi-Cal (FFS) العادية؟

الإجابة: يجوز للمستفيد من الخطوة الصحية تقديم شكوى إلى الخطوة الصحية في أي وقت. ويتعين على الخطوة الصحية تسوية كل شكوى وتقديم إخطار خطي إلى المستفيد في أسرع وقت بحسب ما تتطلبه الحالة الصحية للمستفيد، وخلال 30 يوماً من تاريخ استلام الخطوة الصحية لإخطار الشكوى.

السؤال #14: ما الذي ينبغي أن يفعله المستفيد إذا كان يعاني من حالة طبية أو صحية خطيرة أو حادة أو مستمرة تتطلب العلاج أو المراقبة قبل أن تتخذ الخطوة الصحية قراراً بشأن طبيب المستفيد الذي ليس ضمن الشبكة أو أثناء عملية الشكوى؟

الإجابة: إذا كان للمستفيد احتياجات طبية عاجلة، فيجب عليه الاتصال بطبيب الرعاية الأولية بالخطوة الصحية وكذا الخطوة الصحية. يتعين على الخطوة الصحية أن تتأكد من حصول المستفيد على كافة الخدمات الطبية الضرورية التي تغطيها Medi-Cal ومدّة فترة الرعاية للمستفيد من أجل إكمال الخدمات الخاضعة للتغطية بما يتفق مع Health and Safety Code, Section 1373.96. سوف يقوم طبيب الرعاية الأولية بالخطوة الصحية بمساعدة المستفيد في الحصول على كافة الخدمات الطبية اللازمة.

السؤال #15: ماذا لو كان المستفيد يرغب في الاستمرار مع طبيبه من خارج الشبكة لأكثر من فترة الـ 12 شهراً المسموح بها؟

الإجابة: يجوز لكل خطة صحية أن تختار العمل مع طبيب المستفيد من خارج الشبكة لما هو أكثر من فترة مدّة الرعاية البالغة 12 شهراً، لكن لا يتعين عليهم ذلك. وبدلاً من ذلك، يجوز للمستفيد وطبيبه تقديم MER لاستبعاده من الرعاية المُدارة بحسب ما هو مبين على الموقع الإلكتروني لـ Health Care Options (HCO). وفي هذه الحالة، يتعين على الطبيب أن يقدم وثائق تفيد بأن الحالة الطبية للمستفيد غير مستقرة لدرجة أنه لا يستطيع نقله بأمان إلى طبيب داخل شبكة الخطوة الصحية.

السؤال #16: هل سيُسمح للمستفيد بالإبقاء على مواعيد منتظمة مع طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية بعد الالتحاق بخطة رعاية صحية مُدارة؟

الإجابة: يلزم الالتحاق بخطة رعاية صحية مُدارة للسماح للمستفيدين من SPD بالوصول إلى الخدمات أثناء فترة مدّ الرعاية إذا كان الموعد مع طبيب كان يزوره المستفيد SPD خلال فترة الـ 12 شهراً الماضية، بحسب ما تثبته بيانات استخدام Fee-For-Service؛ وإذا كان الطبيب يرغب في قبول الدفع من الخطة الصحية؛ وإذا لم تكن هناك أي مشكلات تتعلق بجودة الخدمة مع ذلك الطبيب. وإذا كان الموعد مع طبيب لم يزره المستفيد مطلقاً، لكن بسبب خطورة الحالة الصحية كان الإبقاء على ذلك الموعد ضرورياً من الناحية الطبية، فيتعين على الخطة الصحية أن تتيح للمستفيد الوصول إلى ذلك الطبيب وفق متطلبات استكمال الخدمات الخاضعة للتغطية في Health and Safety Code Section 1373.96.

السؤال #17: كيف يُمكن للمستفيد الحصول على أدوية جديدة أو إعادة صرف أدوية حالية بعد التحاقه بخطة صحية للرعاية المُدارة؟

الإجابة: سيتم صرف روصة الأدوية الجديدة أو المعاد صرفها والتي وصفها طبيب خدمة Medi-Cal (FFS) العادية الحالي الذي يتعامل معه المستفيد إذا كانت واردة على القائمة الرسمية للأدوية المعتمدة ضمن الخطة الصحية. وبالنسبة للروصات الجديدة التي ليست على قائمة الأدوية المعتمدة، سوف تخطر الخطة الصحية الصيدلي بأنه يلزم الحصول على تفويض مسبق ويتعين على الخطة الصحية اتخاذ قرار خلال 24 ساعة استناداً إلى التبرير الطبي المطلوب من الطبيب الذي وصف الروصنة. قد يخضع إعادة صرف أدوية غير واردة على قائمة الأدوية المعتمدة كجزء من العلاج المستمر لمراجعة متزامنة من قبل الخطة الصحية ويتعين خلال ذلك الوقت تغطية الأدوية إلى حين إخطار طبيب المستفيد بقرار الخطة والموافقة على خطة رعاية من قبل طبيب المستفيد تكون ملائمة لاحتياجاته الطبية، بحسب ما يطلبه Health and Safety Code 1367.01.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة موقع SPD الإلكتروني العام:

<http://dhcs.ca.gov/SPDinfo>.