

Preguntas Frecuentes sobre la Extensión para la Continuidad de la Atención para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad

Septiembre de 2011

Pregunta #1: Si el doctor actual de Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) regular de un beneficiario no acepta planes de salud, ¿cómo puede el beneficiario continuar viendo a este doctor una vez que se ha inscrito en un plan de salud?

Respuesta: Si el beneficiario estaba viendo a un doctor de Medi-Cal (FFS) regular antes de inscribirse en el plan de salud, el beneficiario podría continuar viendo a ese doctor durante 12 meses mientras esté inscrito en el plan de salud, siempre y cuando el doctor acepte trabajar con el plan de salud, acepte pagos del plan de salud y no tenga problemas en la calidad de la atención. Esto se llama “período extendido de continuidad de la atención”. Si el beneficiario aún desea ver a su doctor actual de Medi-Cal (FFS), debe seguir los pasos siguientes:

1. El beneficiario debe llamar a su nuevo plan de salud.
2. El beneficiario debe indicarle a su plan de salud que desea continuar viendo a su doctor de Medi-Cal (FFS) regular.
3. El beneficiario debe indicarle a su plan de salud el nombre de su doctor de Medi-Cal (FFS) regular y pedir al plan de salud que se comunique con el doctor en su nombre. El doctor de Medi-Cal (FFS) regular podría continuar viendo al beneficiario si el plan de salud determina que el beneficiario ha visto al doctor en los últimos 12 meses, que no existen problemas en la calidad de la atención y que el doctor y el plan de salud están de acuerdo con la cantidad del pago.
4. Dentro de los 30 días después de haber recibido la solicitud del beneficiario, el plan de salud le indicará al beneficiario si aún puede ver a su doctor de Medi-Cal (FFS) regular o si se le asignará a un doctor del plan de salud.
5. Si el doctor de Medi-Cal (FFS) regular está de acuerdo con continuar viendo al beneficiario pero su plan de salud dice que no, el beneficiario podría preguntar al plan de salud sobre la forma de presentar una queja.

Pregunta #2: ¿Cuáles son los doctores fuera de la red a los cuales podría continuar viendo el beneficiario?

Respuesta: El acceso a un doctor que esté fuera de la red de Medi-Cal (FFS) regular para un período extendido de continuidad de la atención (12 meses) es aplicable a médicos, cirujanos y especialistas, y no es aplicable a equipo médico perdurable, transporte u otros servicios auxiliares. Tampoco incluye aquellos servicios que no son cubiertos por el plan de salud administrada como consecuencia de la inscripción obligatoria de Seniors and Persons with Disabilities (SPDs) en un plan de salud de atención administrada, y esto no tiene consecuencias en la forma en que ellos acceden a los servicios que no están cubiertos por el plan de salud.

Pregunta #3: ¿Es esto aplicable a cualquier beneficiario de Medi-Cal en atención administrada?

Respuesta: No. Esto aplica únicamente al beneficiario que ha estado viendo anteriormente a un doctor de Medi-Cal (FFS) regular y que ahora necesita inscribirse a un plan de salud de atención administrada.

Esto no es aplicable a beneficiarios que ya se encuentran en un plan de salud de atención administrada o beneficiarios que son elegibles para Medi-Cal o recientemente han obtenido nuevamente la elegibilidad para Medi-Cal y deben inscribirse en un plan de salud, en cuyo caso el beneficiario deberá ver doctores que formen parte de la red del plan de salud.

Pregunta #4: Si el beneficiario cambia de plan de salud, ¿recibe el beneficiario otro período de 12 meses para ver a un doctor que esté fuera de la red de Medi-Cal (FFS) regular?

Respuesta: No. El beneficiario únicamente recibe 12 meses a partir de la fecha de su inscripción inicial en atención administrada.

Pregunta #5: ¿Cuándo se le notificará al beneficiario si puede o no continuar viendo a su doctor de Medi-Cal (FFS) regular?

Respuesta: El plan de salud procesará cada solicitud y enviará un aviso a cada beneficiario tan pronto como así lo requiera la condición de salud del beneficiario y dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que el plan de salud reciba la solicitud.

Pregunta #6: ¿Puede el doctor autorizado que esté fuera de la red de Medi-Cal (FFS) regular derivar al beneficiario a otro doctor que esté fuera de la red?

Respuesta: No. Un doctor que esté fuera de la red de Medi-Cal (FFS) regular no puede derivar al beneficiario a otro doctor. Un doctor que esté fuera de la red, que haya sido autorizado por el plan de salud conforme al período extendido de continuidad de la atención, debe trabajar con el plan de salud y dentro de la red del plan. Si el plan de salud no cuenta con el tipo de especialista que el beneficiario necesita en su red, el plan de salud debe proporcionar el especialista fuera de la red que haya sido requerido.

Pregunta #7: ¿Qué sucede si el doctor de Medi-Cal (FFS) regular del beneficiario no puede trabajar con el plan de salud o no lo hará?

Respuesta: Si el plan de salud y el doctor de Medi-Cal (FFS) regular no logran llegar a un acuerdo; esto significa que el doctor no aceptará recibir el pago de parte del plan de salud o que el plan de salud tiene problemas en la calidad de la atención con dicho doctor, el beneficiario deberá acordar con su plan de salud la transición a un doctor dentro de la red. El beneficiario y su doctor podrían también presentar una Medical Exemption Request (MER). (Véase la Pregunta #9)

Pregunta #8: ¿Qué sucede si el beneficiario se torna elegible para Medicare luego de haberse inscrito a la atención administrada?

Respuesta: Una vez que el beneficiario se haya inscrito en Medicare, Medi-Cal le enviará una carta informándole al beneficiario que ya no es necesario que esté en un plan de salud. Sin embargo, el beneficiario podría permanecer en su plan de salud si así lo desea.

Pregunta #9: ¿Afecta el período extendido de continuidad de la atención el proceso existente de la Medical Exemption Request?

Respuesta: No. Los requisitos de la extensión para la continuidad de la atención son requisitos nuevos únicamente para SPDs que estén en nueva transición desde Medi-Cal (FFS) a Medi-Cal Managed Care obligatorio. Para asegurar una transición sin complicaciones a la atención administrada obligatoria, un beneficiario SPD podría continuar viendo a su doctor de Medi-Cal (FFS) regular durante 12 meses si el miembro tiene actualmente una relación con su doctor de Medi-Cal (FFS) regular, si el plan de salud no tiene problemas en la calidad de la atención con dicho médico y si el doctor aceptará las tarifas convenidas del plan de salud o las tarifas de Medi-Cal (FFS) regular; según cuál de esas dos sea más alta, de conformidad con Welfare and Institutions Code Section 14182(b) (13).

Los requisitos del período extendido de continuidad de la atención para los planes de salud no eliminan los derechos de los beneficiarios SPD a presentar una MER o una solicitud de cancelación de la inscripción en cualquier momento.

El proceso actual de MER tal y como se establece en el Title 22, Section 53887 y los requisitos para la prestación de los servicios cubiertos establecidos en el Health and Safety Code, Section 1373.96, continúan vigentes para todos los afiliados de la atención administrada de Medi-Cal; incluyendo a SPDs.

Pregunta #10: ¿Debe el plan de salud aceptar la solicitud de los beneficiarios para recibir atención continua con su doctor actual?

Respuesta: El plan de salud debe aceptar todas las solicitudes sobre extensión para la continuidad de la atención de un SPD cuya transición sea obligatoria, siempre y cuando se haya identificado en los datos que utiliza Fee-For-Service Medi-Cal que el doctor que está siendo solicitado ha proporcionado servicios al beneficiario durante los últimos 12 meses, el doctor esté de acuerdo en aceptar las tarifas convenidas por el plan de salud o las tarifas de Medi-Cal (FFS), según cuál de esas dos sea más alta, de conformidad con Welfare and Institutions Code Section 14182(b)(13), y que el doctor no presente problemas en la atención de salud, ya que de ser así, esto lo haría inelegible para proporcionar servicios a cualquier miembro del plan de salud. Además, los planes de salud deben cumplir con los requisitos de Health and Safety Code Section 1373.96 los cuales enumeran las circunstancias específicas en las cuales se proporcionará a todos los miembros el acceso a doctores fuera de la red; incluyendo a SPDs.

Pregunta #11: ¿Qué significa problemas en la calidad de la atención?

Respuesta: Un problema en la calidad de la atención significa que un plan de salud puede documentar que ellos no contratarían a este doctor debido a inquietudes con la calidad de la atención que ellos proporcionan, y lo cual implicaría que estos son inelegibles para proporcionar servicios a cualquier miembro del plan de salud.

Pregunta #12: ¿En qué forma se ha notificado a SPDs y doctores sobre los requisitos de la extensión para la continuidad de la atención?

Respuesta: Previo a la inscripción en la atención administrada obligatoria, el beneficiario recibió un aviso 90 días y 60 días antes, el cual explicaba que podría permanecer con su doctor actual de Medi-Cal (FFS) regular aún si el doctor no estaba en la red del plan de salud y que el beneficiario debía comunicarse con el plan de salud para iniciar este proceso. A todos los doctores regulares de Medi-Cal (FFS) se les notificará a través del Medi-Cal Provider Bulletin.

Pregunta #13: ¿Cuánto tiempo tiene el beneficiario para presentar una queja si el plan de salud deniega su solicitud para un período extendido de continuidad de la atención con su doctor de Medi-Cal (FFS) regular?

Respuesta: Un beneficiario del plan de salud podría presentar una queja ante el plan de salud en cualquier momento. El plan de salud debe resolver cada queja y enviar una notificación por escrito al beneficiario tan pronto como así lo requiera la condición de salud del beneficiario y dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que el plan de salud reciba el aviso de la queja.

Pregunta #14: ¿Qué debería hacer el beneficiario si tiene una condición de salud o padecimiento médico serio, agudo o permanente que requiera tratamiento o vigilancia antes de que el plan de salud tome una decisión acerca del doctor del beneficiario que esté fuera de la red o durante el proceso de queja presentada?

Respuesta: Si el beneficiario tiene necesidades médicas urgentes, debe llamar a su doctor de atención primaria del plan de salud y a su plan de salud. Es obligatorio que el plan de salud garantice que el beneficiario reciba todos los servicios médicos necesarios cubiertos por Medi-Cal y proporcione al beneficiario la continuidad de la atención para la prestación de los servicios cubiertos de conformidad con Health and Safety Code, Section 1373.96. El doctor de atención primaria del plan de salud ayudará al beneficiario a obtener todos los servicios médicos necesarios.

Pregunta #15: ¿Qué sucede si el beneficiario desea continuar con su doctor que esté fuera de la red por más de los 12 meses permitidos?

Respuesta: Cada plan de salud podría elegir trabajar con el doctor del beneficiario que está fuera de la red después de que pasen los 12 meses del período extendido de continuidad de la atención, pero no está obligado a hacerlo. Alternativamente, el beneficiario y su doctor podrían presentar una MER para que se le elimine de la atención administrada, tal como se describe en el sitio web de Health Care Options (HCO). En este caso, el doctor debe proporcionar documentación que establezca que la condición médica del beneficiario no está estable a tal punto de que no pueden transferirlo a un doctor de la red del plan de salud.

Pregunta #16: ¿Se le permitirá al beneficiario mantener una cita programada con un doctor de Medi-Cal (FFS) regular después de que él o ella esté en el plan de salud de atención administrada?

Respuesta: El plan de salud de atención administrada está obligado a permitir acceso a los beneficiarios SPD durante el período extendido de continuidad de la atención si la cita es con un doctor que el beneficiario SPD haya visitado en los últimos 12 meses, si es que así ha sido verificado a través de los datos de utilización de Fee-For-Service; si el doctor está dispuesto a aceptar el pago por parte del plan de salud; y si no existen problemas en la calidad de la atención con dicho doctor. Si la cita es con un doctor que nunca ha visitado el beneficiario, pero es médicamente necesario mantener la cita debido a una condición médica seria, entonces, el plan de salud debe permitirle el acceso de conformidad con los requisitos para la prestación de servicios cubiertos establecidos en el Health and Safety Code Section 1373.96.

Pregunta #17: ¿Cómo puede el beneficiario recibir nuevos medicamentos o reabastecimiento de sus medicamentos actuales después de que se haya inscrito en un plan de salud de atención administrada?

Respuesta: La receta para un fármaco nuevo o su reabastecimiento el cual haya sido prescrito por el doctor actual de Medi-Cal (FFS) regular del beneficiario, será reabastecido si este se encuentra en la lista de formulario que incluye los fármacos aprobados por el plan de salud. Para nuevas recetas que no estén en el formulario, el plan de salud le notificará al farmacéutico que es necesaria la autorización previa y que el plan de salud debe tomar una decisión dentro de las 24 horas en base a la justificación médica solicitada por parte del doctor que emite la receta. El reabastecimiento de un medicamento que no esté en el formulario y que sea parte de un tratamiento continuo podría estar sujeto a una revisión concurrente por parte del plan de salud y, durante dicho tiempo, el medicamento debe ser cubierto hasta que el doctor del beneficiario haya sido notificado de la decisión del plan y el doctor del beneficiario haya aceptado un plan de atención adecuado a las necesidades médicas del beneficiario, conforme al Health and Safety Code 1367.01.

Para mayor información, por favor visite el sitio web general de SPD:

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