

Madalas na Mga Katanungan ukol sa Pinahabang Pagpapatuloy ng Pag-aalaga para sa Mga Senior at Taong May Kapansanan

Setyembre 2011

Tanong #1: Kung ang kasalukuyang regular na Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) na doktor ng beneficiary ay hindi tumatanggap ng anumang mga planong pangkalusugan, paano makakapagpatuloy ang beneficiary na magpatingin sa doktor na ito makalipas na sila ay nag-enroll sa isang planong pangkalusugan?

Sagot: Kung ang beneficiary ay nagpatingin sa isang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor bago mag-enroll sa isang planong pangkalusugan, maaaring magpatuloy na magpatingin ang beneficiary sa doktor na iyon sa loob ng 12 buwan habang sila ay naka-enroll sa planong pangkalusugan, basta't sumang-ayon ang doktor na makipagtrabaho sa planong pangkalusugan, tumatanggap ng mga bayad mula sa planong pangkalusugan, at walang mga isyu sa kalidad ng pag-aalaga. Ito ay tinatawag na "pinahabang pagpapatuloy ng panahon ng pag-aalaga." Kung nais pa rin ng beneficiary na magpatingin sa kanilang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor, kailangan sundin ang mga hakbang na ito:

1. Kailangang tawagan ng beneficiary ang kanilang bagong planong pangkalusugan.
2. Kailangang sabihin ng beneficiary sa kanilang planong pangkalusugan na gusto nilang magpatuloy magpatingin sa kanilang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor.
3. Kailangang sabihin ng beneficiary sa kanilang planong pangkalusugan ang pangalan ng kanilang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor at hilingin sa planong pangkalusugan na makipag-ugnayan sa doktor sa ngalan nila. Ang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ay maaaring magpatuloy na tingnan ang beneficiary kung napasyahan ng planong pangkalusugan na ang beneficiary ay nagpatingin sa doktor na iyon sa nakaraang 12 buwan, na walang mga isyu sa kalidad ng pag-aalaga, at ang doktor at planong pangkalusugan ay sumasang-ayon sa halaga ng babayaran.
4. Sa loob ng 30 araw nang matanggap ang kahilingan ng beneficiary, ipagbibigay-alam ng planong pangkalusugan sa beneficiary kung maaari pa rin silang magpatingin sa kanilang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor o kung itatalaga sila sa isang doktor ng planong pangkalusugan.
5. Kung ang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ay handang magpatuloy na tingnan ang beneficiary, pero umayaw ang kanilang planong pangkalusugan, maaaring tanungin ng beneficiary sa planong pangkalusugan kung paano magsampa ng karaingan.

Tanong #2: Aling mga doktor maaaring magpatuloy na magpatingin ang beneficiary na wala sa network?

Sagot: Access sa isang hindi kasama sa network na regular na doktor ng Medi-Cal (FFS) para sa pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga (12 buwan) na gagamitin sa mga manggagamot, mga siruhano, at espesyalista, at hindi gagamitin sa mga matibay na kagamitang medikal, transportasyon, o iba pang mga karagdagang serbisyo. Hindi rin kasama ang mga serbisyong wala sa pinamamahalaang pag-aalaga bilang sapilitang page-enroll ng Seniors and Persons with Disabilities (SPDs) patungo sa pinamamahalaang pag-aalaga ay hindi nakakaapekto sa paraan na kanilang gamitin ang mga serbisyong wala sa pinamamahalaang pag-aalaga.

Tanong #3: Ito ba ay gagamitin sa sinumang beneficiary ng Medi-Cal na nasa pinamamahalaang pag-aalaga?

Sagot: Hindi. Ito ay ginagamit lamang sa beneficiary na dating nagpapatingin sa isang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor at ngayon ay hinihiling na mag-enroll sa isang planong pangkalusugan ng pinamamahalaang pag-aalaga.

Hindi ito ginagamit sa mga beneficiary na mayroon nang planong pangkalusugan sa pinamamahalaang pag-aalaga o mga beneficiary na naging karapat-dapat para sa Medi-Cal o kamakailan lamang muli naging karapat-dapat sa Medi-Cal at dapat na mag-enroll sa isang planong pangkalusugan, kung saan ang beneficiary ay kailangang magpatingin sa mga doktor na bahagi ng network ng planong pangkalusugan.

Tanong #4: Kung magbago ng planong pangkalusugan ang beneficiary, makakakuha ba ang beneficiary ng isa pang 12 buwan panahon upang makapagpatingin sa kanilang wala sa network na regular na Medi-Cal (FFS) na doktor?

Sagot: Hindi. Ang beneficiary ay mayroon lamang 12 buwan mula sa petsa ng kanilang unang pag-enroll sa pinamamahalaang pag-aalaga.

Tanong #5: Kailan ipagbibigay-alam sa beneficiary kung maaari silang magpatuloy o hindi na magpatingin sa kanilang kasalukuyang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor?

Sagot: Ipoproseso ng planong pangkalusugan ang kanilang kahilingan at magkakaloob ng paunawa sa bawat beneficiary kaagad ayon sa hinihiling ng kundisyon ng kalusugan ng beneficiary, at sa loob ng 30 araw batay sa kalendaryo mula sa petsa nang matanggap ng planong pangkalusugan ang kahilingan.

Tanong #6: Maaari bang irekumenda ng naauprubahan na wala sa network na regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ng beneficiary sa ibang wala sa network na doktor?

Sagot: Hindi. Ang isang wala sa network na regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ay hindi maaaring magrekumenda sa beneficiary ng iba pang doktor. Isang hindi kasama sa network na doktor, na inaprubahan ng planong pangkalusugan sa ilalim ng pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga, ay kailangang makipagtrabaho kasama ng planong pangkalusugan at ang nakakontraang network nito. Kung ang planong pangkalusugan ay walang uri ng espesyalista na kinakailangan ng beneficiary mula sa kanilang network, ang planong pangkalusugan ay kailangang magkaloob ng kinakailangan sa paggagamot na inirerekumandang espesyalista na wala sa network.

Tanong #7: Paano kung ang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ng beneficiary ay hindi puwede o hindi maaaring makapagtrabaho sa planong pangkalusugan?

Sagot: Kung ang planong pangkalusugan at ang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ay hindi magawang makahanap ng kasunduan, na nangangahulugan na ang doktor ay hindi tatanggap ng bayad mula sa planong pangkalusugan o ang planong pangkalusugan ay may mga isyu sa kalidad ng pag-aalaga sa doktor na iyon, kinakailangang makipagtrabaho ang beneficiary sa kanilang planong pangkalusugan upang lumipat sa isang nasa network na doktor. Ang beneficiary at ang kanilang doktor ay maaari rin magsampa ng isang Medical Exemption Request (MER). (Tingnan ang Tanong #9)

Tanong #8: Ano ang mangyayari kung ang beneficiary ay maging karapat-dapat para sa Medicare pagkatapos na ma-enroll sa isang pinamamahalaang pag-aalaga?

Sagot: Sa sandaling ang beneficiary ay naka-enroll na sa Medicare, ang Medi-Cal ay magpapadala ng isang liham na nagbibigay-alam sa beneficiary na hindi na hinihiling sa kanila na sumali sa isang planong pangkalusugan. Gayunman, ang beneficiary ay maaaring manatili sa kanilang planong pangkalusugan kung gusto nila.

Tanong #9: Ang pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga ba ay may anumang epekto sa kasalukuyang proseso ng Medical Exemption Request?

Sagot: Wala. Ang pinahabang pagpapatuloy ng pag-aalaga na mga kahilingan ay mga bagong kahilingan lamang para sa mga SPD na kakalipat lamang mula sa regular na Medi-Cal (FFS) patungo sa sapilitang Medi-Cal Managed Care. Upang matiyak ang madaling paglipat sa isang sapilitang pinamamahalaang pag-aalaga, ang beneficiary ng SPD ay maaaring magpatuloy na magpatingin sa kanilang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor sa loob ng 12 buwan kung ang miyembro ay may kasalukuyang ugnayan sa kanilang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor, kung ang planong pangkalusugan ay walang mga isyu sa kalidad ng pag-aalaga sa nasabing doktor, at kung tatanggapin ng doktor ang mga nakontratang takdang presyo ng planong pangkalusugan o ang regular na Medi-Cal (FFS) na takdang presyo, alinman ang mas mataas, nang alinsunod sa Welfare and Institutions Code Section 14182(b) (13).

Ang mga kahilingan sa pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga para sa mga planong pangkalusugan ay hindi nagtatanggal ng mga karapatan sa mga beneficiary ng SPD na magsampa ng MER o pag-alis sa pagkaka-enroll na kahilingan kahit kailan.

Ang kasalukuyang proseso ng MER tulad ng nakalahad sa Title 22, Section 53887 at ang pagkukumpleto sa mga kahilingan ng mga sakop na serbisyo sa Health and Safety Code, Section 1373.96, ay mananatili ang pagkakatakdang, para sa lahat ng mga naka-enroll sa pinamamahalaang pag-aalaga ng Medi-Cal; kasama na ang mga SPD.

Tanong #10: Dapat bang ipagkaloob ng planong pangkalusugan ang kahilingan ng mga beneficiary na ipagpatuloy ang pag-aalaga sa kanilang kasalukuyang doktor?

Sagot: Hinihiling mula sa planong pangkalusugan na ipagkaloob ang lahat ng mga kahilingan sa pamamagitan ng paglilipat sa sapilitang SPD para sa pinahabang pagpapatuloy ng pag-aalaga basta't ang doktor na hiniling ay kinilala sa data ng paggamit ng Fee-For-Service Medi-Cal tulad na nagbigay ng serbisyo sa beneficiary sa pinakahuling 12 buwan, ang doktor ay sumasang-ayon na tanggapin ang nakakontratang mga takdang halaga ng planong pangkalusugan o ang mga takdang halaga ng Medi-Cal (FFS), kung alinman ang mas mataas, nang alinsunod sa Welfare and Institutions Code Section 14182(b)(13), at ang doktor ay walang mga isyu sa kalidad ng serbisyo, na kung hindi kaya'y, gagawin silang hindi karapat-dapat na magbigay serbisyo sa sinumang miyembro ng planong pangkalusugan. Dagdag pa rito, ang mga planong pangkalusugan ay dapat na sumunod sa mga kahilingan ng Health and Safety Code Section 1373.96 na nagbabalangkas sa mga tiyak na pangyayari kung saan ang access sa mga wala sa network na doktor ay kailangan ipagkaloob sa lahat ng mga miyembro, kasama na ang mga SPD.

Tanong #11: Ano ang kahulugan ng mga isyu sa kalidad ng pag-aalaga?

Sagot: Ang isyu sa kalidad ng pag-aalaga ay nangangahulugan na ang planong pangkalusugan ay maaaring ilahad sa dokumento na hindi sila makikipagkontrata sa doktor na ito dahil sa mga pagkabahala sa kalidad ng pag-aalaga na kanilang ipinagkakaloob, at gagawin silang hindi karapat-dapat na magkaloob ng mga serbisyo sa sinumang mga miyembro ng planong pangkalusugan.

Tanong #12: Ilang sapilitang mga SPD at doktor ang napagsabihan ukol sa mga kahiligan nga pinahabang pagpapatuloy ng pag-aalaga?

Sagot: Bago ang sapilitang page-enroll sa pinamamahalaang pag-aalaga, ang beneficiary ay nakatanggap ng isang 90-araw at 60-araw na paunawa, na nagpapaliwanag na maaaring hindi sila maaaring manatili sa kanilang kasalukuyang regular na Medi-Cal (FFS) na doktor kahit na ang doktor ay wala sa network ng planong pangkalusugan upang maumpisahan ang proseso. Lahat ng regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ay pagsasabihan sa pamamagitan ng isang Medi-Cal Provider Bulletin.

Tanong #13: Gaano katagal bago dapat magsampa ng karaingan ang beneficiary kung tinanggihan ng planong pangkalusugan ang kanilang kahilingan para sa pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga sa kanilang kasalukuyang Medi-Cal (FFS) na doktor?

Sagot: Ang beneficiary ng planong pangkalusugan ay maaaring magsampa ng karaingan sa planong pangkalusugan kahit kailan. Dapat lutasin ng planong pangkalusugan ang bawat karaingan at magkaloob ng nakasulat na paunawa sa beneficiary sa sandaling kailanganin ayon sa kundisyon ng kalusugan ng beneficiary, at sa loob ng 30 araw na base sa kalendaryo mula sa petsa na ang planong pangkalusugan ay nakatanggap ng paunawa ng karaingan.

Tanong #14: Ano ang dapat gawin ng beneficiary kung sila ay may malubha, biglaan o patuloy na medikal o kundisyon ng kalusugan na kinakailangan ang paggagamot o pagbabantay bago magdesisyon ang planong pangkalusugan tungkol sa wala sa network na doktor ng beneficiary o habang isinasagawa ang proseso ng karaingan?

Sagot: Kung ang beneficiary ay may maagap na pangangailangang medikal, kailangan nilang tawagan ang kanilang primary care na doktor at kanilang planong pangkalusugan. Hinihiling mula sa planong pangkalusugan tiyakin na ang beneficiary ay makakatamo ng lahat ng mga kinakailangan sa paggagamot na sakop na serbisyo sa Medi-Cal at magkakaloob sa beneficiary ng pagpapatuloy na pag-aalaga para sa pagtatapos ng mga sakop na serbisyo bilang pagsunod sa Health and Safety Code, Section 1373.96. Ang primary care na doktor ng planong pangkalusugan ay tutulong sa beneficiary sa pagtatamo ng lahat ng mga serbisyong kinakailangan sa paggagamot.

Tanong #15: Paano kung nais ng beneficiary na magpatuloy sa kanilang wala sa network na doktor nang higit sa pinapahintulatang 12 buwan?

Sagot: Ang bawat planong pangkalusugan ay maaaring piliin na makipagtrabaho sa wala sa network ng doktor ng beneficiary makalipas ang 12 buwan na pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga, pero hindi nila ito kailangang gawin. Bilang alternatibo, ang beneficiary at ang kanilang doktor ay maaaring magsampa ng MER upang tanggalin mula sa pinamamahalaang pag-aalaga tulad nang ipinaliwanag sa website ng Health Care Options (HCO). Sa ganitong kaso, kailangan magkaloob ang doktor ng mga dokumento na ang medikal na kundisyon ng beneficiary ay hindi matatag sa punto na hindi nila ligtas na malilipat sa isang doktor na nasa network ng planong pangkalusugan.

Tanong #16: Papahintulutan ba ang beneficiary na mapanatili ang isang naka-schedule na appointment sa isang regular na doktor ng Medi-Cal (FFS) makalipas na mag-enroll sa isang pinamamahalaang pag-aalaga na planong pangkalusugan?

Sagot: Ang pinamamahalaang pag-aalaga na planong pangkalusugan ay hinihiling na pahintulutan ng access ang mga beneficiary ng SPD habang isinasagawa ang pinahabang pagpapatuloy na panahon ng pag-aalaga kung ang appointment ay sa isang doktor ng SPD na beneficiary na nagpatingin sa loob ng nakaraang 12 buwan, tulad nang napatotohanan sa Fee-For-Service data ng paggamit; kung ang doktor ay handang tanggapin ang bayad mula sa planong pangkalusugan; at kung walang mga isyu sa kalidad ng pag-aalaga sa nasabing doktor. Kung ang appointment ay sa isang doktor na hindi pa kailanman nagpatingin ang beneficiary, pero dahil sa isang malubhang medikal na kundisyon, kinakailangan sa paggagamot na panatilihin ang appointment, sa gayon, dapat pahintulutan ng access ng planong pangkalusugan alinsunod sa pagkukumpleto ng mga kahilingan ng mga sakop na serbisyo sa Health and Safety Code Section 1373.96.

Tanong #17: Paano makakakuha ang beneficiary ng mga bagong gamot o ipa-refill ang kasalukuyang mga gamot pagkatapos na sila ay mag-enroll sa isang pinamamahalaang pag-aalaga ng planong pangkalusugan?

Sagot: Ang reseta para sa bago o na-refill na gamot na inireseta ng kasalukuyan at regular na Medi-Cal (FFS) na doktor ng beneficiary ay pupunan kung nasa listahan ng formulary ito ng mga pinahihintulutang gamot ng planong pangkalusugan. Para sa bagong reseta na wala sa formulary, pagsasabihan ang parmasyutiko ng planong pangkalusugan na kailangan ang paunang awtorisasyon at ang planong pangkalusugan ay dapat na magpasya sa loob ng 24 oras batay sa medikal na pangangatuwiran na hiniling mula sa nagresetang doktor. Ang isang refill ng gamot na wala sa formulary na bahagi ng patuloy na paggagamot ay maaaring sumailalim sa kasabay na nangyayaring pagrerepaso ng planong pangkalusugan kung kailan dapat nasakop ang gamot hanggang napagbigay-alam sa doktor ng beneficiary ang desisyon ng plano at ang plano ng pag-aalaga ay napagsang-ayunan ng doktor ng beneficiary na angkop para sa kanilang mga pangangailangan sa paggagamot, tulad nang hinihiling ng Health and Safety Code 1367.01.

Para sa karagdagang impormasyon, mangyari lamang tingnan ang pangkalahatang website ng SPD:

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