Những Thắc Mắc Thường Gặp về Gia Hạn Thời Gian Chăm Sóc Chữa Trị dành cho Người Cao Niên và Người Khuyết Tật

Tháng Chín 2011

Câu hỏi số #1: Nếu bác sĩ Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) chính hiện tại của người thụ hưởng không chấp nhận bất kỳ chương trình sức khỏe nào, làm thế nào để người thụ hưởng tiếp tục tới khám chữa bệnh với bác sĩ này sau khi ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe?

Đáp: Nếu đang tới khám chữa bệnh với một bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường trước khi ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe, người thụ hưởng có thể tiếp tục tới khám chữa bệnh với bác sĩ đó trong 12 tháng trong thời gian tham gia chương trình sức khỏe đó, miễn là bác sĩ này đồng ý hợp tác với chương trình sức khỏe, chấp nhận tiền trả của chương trình sức khỏe đó, và không có các vấn đề về chất lượng dịch vụ y tế. Trường hợp này gọi là "giai đoạn gia hạn chăm sóc sức khỏe." Nếu vẫn muốn tới khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường hiện tại, người thụ hưởng phải tuân theo các bước sau đây:

1. Người thụ hưởng phải gọi cho chương trình sức khỏe mới của mình.
2. Người thụ hưởng phải cho chương trình sức khỏe biết nguyện vọng muốn tiếp tục tới khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường của họ.
3. Người thụ hưởng phải cho chương trình sức khỏe biết tên của bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường của họ và đề nghị chương trình sức khỏe liên lạc với bác sĩ đó thay mặt cho họ. Bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường có thể tiếp tục khám chữa bệnh cho người thụ hưởng nếu chương trình sức khỏe đó thấy rằng người thụ hưởng tới khám chữa bệnh với bác sĩ này trong 12 tháng vừa qua, và không có các vấn đề về chất lượng dịch vụ y tế, và bác sĩ cũng như chương trình sức khỏe thỏa thuận về số tiền chi trả.
4. Trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu của người thụ hưởng, chương trình sức khỏe sẽ cho người thụ hưởng biết họ có thể tiếp tục tới khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường của họ hay không hoặc là họ sẽ được giao cho một bác sĩ trong chương trình sức khỏe phụ trách.
5. Nếu bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường đó muốn tiếp tục khám chữa bệnh cho người thụ hưởng, nhưng chương trình sức khỏe của họ từ chối, thì người thụ hưởng có thể hỏi chương trình sức khỏe về cách thức gửi khiếu nại.

Câu hỏi số #2: Người thụ hưởng có thể tiếp tục tới khám chữa bệnh với những bác sĩ nào ngoài mạng lưới?

Đáp: Người thụ hưởng được sử dụng bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường ngoài mạng lưới trong giai đoạn gia hạn chăm sóc sức khỏe (12 tháng), bao gồm các bác sĩ, bác sĩ giải phẫu, và bác sĩ chuyên khoa, và không áp dụng cho dụng cụ y tế lâu bền, phương tiện chuyên chở, hoặc các dịch vụ phụ trợ khác. Không bao gồm các dịch vụ bị loại trừ vì việc tham gia bắt buộc của Seniors and Persons with Disabilities (SPDs) vào chương trình điều quản y tế không ảnh hưởng tới cách thức sử dụng các dịch vụ bị loại trừ.

Câu hỏi số #3: Điều này có áp dụng cho bất kỳ người thụ hưởng Medi-Cal nào trong chương trình điều quản y tế không?

Đáp: Không. Qui định này chỉ áp dụng cho người thụ hưởng trước đây đã từng tới khám chữa bệnh với một bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường và hiện giờ phải ghi danh tham gia một chương trình điều quản y tế.

Qui định này không áp dụng cho những người thụ hưởng hiện đã ở trong một chương trình điều quản y tế hoặc những người thụ hưởng bắt đầu hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc vừa mới bắt đầu hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal lại và phải ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe, trong trường hợp đó người thụ hưởng sẽ phải tới khám chữa bệnh với các bác sĩ ở trong mạng lưới chương trình sức khỏe đó.

Câu hỏi số #4: Nếu người thụ hưởng thay đổi các chương trình sức khỏe, họ có được tới khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường ngoài mạng lưới của họ thêm 12 tháng nữa không?

Đáp: Không. Người thụ hưởng chỉ được hưởng 12 tháng kể từ ngày ghi danh tham gia lần đầu vào chương trình điều quản y tế.

Câu hỏi số #5: Khi nào người thụ hưởng sẽ được thông báo về việc có thể tiếp tục tới khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường hiện thời của họ?

Đáp: Chương trình sức khỏe sẽ giải quyết từng yêu cầu và thông báo cho mỗi người thụ hưởng nhanh chóng như tình trạng sức khỏe của người thụ hưởng đòi hỏi, và trong vòng 30 ngày tính theo lịch kể từ ngày chương trình sức khỏe nhận được yêu cầu.

Câu hỏi số #6: Bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường ngoài mạng lưới đã được chấp thuận của người thụ hưởng có thể giới thiệu người thụ hưởng tới bác sĩ khác ngoài mạng lưới không?

Đáp: Không. Bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường ngoài mạng lưới không thể giới thiệu người thụ hưởng tới bác sĩ khác. Một bác sĩ ngoài mạng lưới (đã được chương trình sức khỏe đó chấp thuận theo giai đoạn gia hạn khám chữa bệnh) phải làm việc với chương trình sức khỏe và mạng lưới làm việc theo hợp đồng của chương trình đó. Nếu chương trình y tế không có dạng bác sĩ chuyên khoa mà người thụ hưởng cần trong mạng lưới của họ, chương trình sức khỏe đó phải giới thiệu bác sĩ chuyên khoa cần thiết về mặt y tế ngoài mạng lưới.

Câu hỏi số #7: Nếu bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường của người thụ hưởng sẽ không hoặc không thể làm việc với chương trình sức khỏe thì sao?

Đáp: Nếu chương trình sức khỏe và bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường không thể đi đến thỏa thuận; có nghĩa là bác sĩ đó sẽ không nhận tiền chi trả từ chương trình sức khỏe đó hoặc chương trình sức khỏe có các vấn đề về chất lượng y tế với bác sĩ đó, thì người thụ hưởng sẽ cần phải làm việc với chương trình sức khỏe của họ để chuyển sang một bác sĩ trong mạng lưới. Người thụ hưởng và bác sĩ của họ cũng có thể nộp Medical Exemption Request (MER). (Xem Câu hỏi số 9)

Câu hỏi số #8: Nếu người thụ hưởng bắt đầu hội đủ điều kiện nhận Medicare sau khi ghi danh tham gia chương trình điều quản y tế thì sao?

Đáp: Một khi người thụ hưởng đã ghi danh tham gia Medicare, Medi-Cal sẽ gửi thư thông báo cho người thụ hưởng đó biết là họ không còn bắt buộc phải tham gia một chương trình sức khỏe. Tuy nhiên, người thụ hưởng có thể tiếp tục ở trong chương trình sức khỏe của họ nếu muốn.

Câu hỏi số #9: Giai đoạn tiếp tục chăm sóc sức khỏe được mở rộng có ảnh hưởng gì tới thủ tục Medical Exemption Request hiện thời không?

Đáp: Không. Các yêu cầu về tiếp tục chăm sóc sức khỏe được mở rộng chỉ là các yêu cầu mới đối với những SPDs vừa mới chuyển tư Medi-Cal (FFS) sang Medi-Cal Managed Care bắt buộc. Để bảo đảm chuyển tiếp suôn sẻ sang chương trình điều quản y tế bắt buộc, người thụ hưởng SPD có thể tiếp tục tới khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thống thường của mình trong 12 tháng nếu hội viên đó hiện đang khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường của mình, nếu chương trình sức khỏe không gặp vấn đề gì về chất lượng y tế với bác sĩ đó, và nếu bác sĩ đó sẽ chấp nhận các mức giá theo hợp đồng của chương trình sức khỏe đó hoặc các mức giá thông thường của Medi-Cal (FFS); mức nào cao hơn sẽ áp dụng, theo Welfare and Institutions Code Section 14182(b) (13).

Các yêu cầu về giai đoạn tiếp tục chăm sóc sức khỏe được mở rộng đối với các chương trình sức khỏe không loại bỏ quyền hạn nộp MER hoặc xin rút khỏi chương trình của những người thụ hưởng SPD vào bất cứ lúc nào.

Thủ tục MER hiện thời như đã nêu trong Title 22, Section 53887 và việc chấp hành các yêu cầu về dịch vụ được bao trả trong Health and Safety Code, Section 1373.96, vẫn có hiệu lực, đối với tất cả những người tham gia chương trình điều quản y tel Medi-Cal; kể cả các SPDs.

Câu hỏi số #10: Chương trình sức khỏe đó có phải chấp nhận yêu cầu của người thụ hưởng về việc tiếp tục khám chữa bệnh với bác sĩ hiện thời của họ không?

Đáp: Chương trình sức khỏe phải chấp nhận mọi yêu cầu của một SPD bắt buộc đang chuyển chương trình đối với việc tiếp tục chăm sóc sức khỏe được mở rộng miễn là dữ liệu sử dụng Fee-For-Service Medi-Cal xác định bác sĩ được yêu cầu đã cung cấp dịch vụ cho người thụ hưởng trong 12 tháng gần đây nhất, bác sĩ đó đồng ý chấp nhận các mức giá theo hợp đồng của chương trình sức khỏe hoặc các mức gia Medi-Cal (FFS) rmức nào cao hơn sẽ áp dụng, chiếu theo Welfare and Institutions Code Section 14182(b) (13), và bác sĩ đó không gặp vấn đề gì về chất lượng chăm sóc sức khỏe mà nếu không sẽ khiến họ không hội đủ điều kiện cung cấp dịch vụ cho bất kỳ hội viên nào của chương trình sức khỏe. Ngoài ra, các chương trình sức khỏe phải tuân thủ các qui định của Health and Safety Code Section 1373.96, trong đó nêu bật những trường hợp cụ thể phải tạo điều kiện cho tất cả các hội viên tiếp cận các bác sĩ ngoài mạng lưới, kể cả các SPDs.

Câu hỏi số #11: Các vấn đề về chất lượng chăm sóc sức khỏe có nghĩa là gì?

Đáp: Vấn đề về chất lượng chăm sóc sức khỏe có nghĩa là một chương trình sức khỏe có thể ghi chép hồ sơ là họ sẽ không ký hợp đồng với bác sĩ này do các lo ngại về chất lượng chăm sóc sức khỏe mà bác sĩ đó cung cấp, và vì vậy họ không hội đủ điều kiện cung cấp dịch vụ cho bất kỳ hội viên nào của chương trình sức khỏe.

Câu hỏi số #12: Các SPDs và bác sĩ đã được thông báo như thế nào về các yêu cầu tiếp tục chăm sóc sức khỏe được mở rộng?

Đáp: Trước khi ghi danh vào chương trình điều quản y tế theo qui định bắt buộc, người thụ hưởng nhận được thông báo trước 60 ngày và 90 ngày, trong đó giải thích rằng họ có thể tiếp tục khám chữa bệnh với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường hiện tại của mình ngay cả khi bác sĩ đó không ở trong mạng lưới của chương trình sức khỏe và họ cần liên lạc với chương trình sức khỏe đó để bắt đầu thủ tục này. Tất cả các bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường sẽ được thông báo qua Medi-Cal Provider Bulletin.

Câu hỏi số #13: Người thụ hưởng phải gửi khiếu nại trong bao lâu nếu chương trình sức khỏe từ chối đơn xin gia hạn giai đoạn tiếp tục chăm sóc sức khỏe với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường hiện tại của họ?

Đáp: Người thụ hưởng của chương trình sức khỏe có thể gửi khiếu nại với chương trình sức khỏe vào bất cứ lúc nào. Chương trình sức khỏe phải giải quyết từng khiếu nại và thông báo bằng văn bản cho người thụ hưởng nhanh chóng theo nhu cầu về tình trạng sức khỏe của người thụ hưởng, và trong vòng 30 ngày tính theo lịch kể từ ngày chương trình sức khỏe nhận được khiếu nại.

Câu hỏi số #14: Người thụ hưởng cần làm gì nếu có một tình trạng sức khỏe hay chứng bệnh nghiêm trọng, cấp tính hoặc thường xuyên, đòi hỏi phải điều trị hoặc theo dõi trước khi chương trình sức khỏe ra quyết định về bác sĩ ngoài mạng lưới của người thụ hưởng đó hoặc trong quá trình khiếu nại?

Đáp: Nếu người thụ hưởng có nhu cầu y tế cấp thiết, họ phải gọi cho bác sĩ chăm sóc chính trong chương trình sức khỏe hoặc chương trình sức khỏe của họ. Chương trình sức khỏe phải bảo đảm là người thụ hưởng có được tất cả các dịch vụ được Medi-Cal bao trả và cần thiết về mặt y tế và cho phép người thụ hưởng tiếp tục chăm sóc sức khỏe để hoàn tất các dịch vụ được bao trả chiếu theo Health and Safety Code, Section 1373.96. Bác sĩ chăm sóc chính của chương trình sức khỏe sẽ giúp người thụ hưởng có được tất cả các dịch vụ cần thiết về y tế.

Câu hỏi số #15: Nếu người thụ hưởng muốn tiếp tục khám chữa bệnh với bác sĩ ngoài mạng lưới của họ quá 12 tháng được phép thì sao?

Đáp: Mỗi chương trình sức khỏe có thể chọn hợp tác với bác sĩ ngoài mạng lưới của người thụ hưởng sau giai đoạn gia hạn tiếp tục chăm sóc sức khỏe 12 tháng, nhưng họ không bắt buộc phải làm như vậy. Cách khác là người thụ hưởng và bác sĩ của họ có thể nộp đơn MER xin rút tên ra khỏi chương trình điều quản y tế, như ghi rõ trên website Health Care Options (HCO). Trong trường hợp này, bác sĩ phải cung cấp chứng từ cho thấy chứng bệnh của người thụ hưởng không ổn định tới mức họ không thể chuyển tiếp an toàn sang một bác sĩ trong mạng lưới của chương trình sức khỏe đó.

Câu hỏi số #16: Người thụ hưởng có được phép giữ buổi hẹn đã thu xếp với bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường sau khi ghi danh tham gia một chương trình điều quản y tế không?

Đáp: Chương trình điều quản y tế phải cho phép người thụ hưởng SPD sử dụng dịch vụ trong thời gian gia hạn chăm sóc sức khỏe nếu buổi hẹn đó là với một bác sĩ mà người thụ hưởng SPD đã tới khám chữa bệnh trong 12 tháng vừa qua, dựa trên kết quả xác minh qua dữ liệu sử dụng Fee-For-Service; bác sĩ đó có muốn nhận tiền chi trả từ chương trình sức khỏe đó hay không; và có vấn đề gì về chất lượng chăm sóc sức khỏe với bác sĩ đó hay không. Nếu buổi hẹn đó là với một bác sĩ mà người thụ hưởng chưa bao giờ gặp, nhưng do một chứng bệnh nghiêm trọng nên họ phải giữ buổi hẹn đó vì lý do sức khỏe, thì chương trình sức khỏe phải cho phép nhận dịch vụ chiếu theo các yêu cầu về hoàn tất dịch vụ được bao trả trong Health and Safety Code Section 1373.96.

Câu hỏi số #17: Người thụ hưởng có thể mua thuốc mới hay mua tiếp thuốc hiện đang dùng như thế nào sau khi ghi danh tham gia một chương trình điều quản y tế?

Đáp: Toa thuốc cho thuốc mới hoặc thuốc mua tiếp được bác sĩ Medi-Cal (FFS) thông thường hiện tại của người thụ hưởng kê toa sẽ được cấp thuốc nếu loại thuốc đó nằm trong danh sách các loại thuốc được bao trả của chương trình sức khỏe đó. Đối với toa thuốc mới không nằm trong danh sách được bao trả, chương trình sức khỏe sẽ thông báo cho dược sĩ biết là phải có sự cho phép trước và chương trình sức khỏe phải ra quyết định trong vòng 24 giờ dựa trên lý do y tế mà bác sĩ kê toa đưa ra. Trường hợp mua tiếp thuốc không nằm trong danh sách thuốc được bao trả nằm trong lịch trình điều trị liên tục có thể sẽ được chương trình sức khỏe duyệt xét song song. Trong thời gian đó loại thuốc này phải được bao trả cho tới khi bác sĩ của người thụ hưởng đã được thông báo về quyết định của chương trình và một kế hoạch chăm sóc phù hợp với nhu cầu y tế của họ đã được bác sĩ của người thụ hưởng nhất trí, như qui định trong Health and Safety Code 1367.01.

Để biết thêm chi tiết, vui lòng tới website tổng quát dành cho SPD:

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