

CHÍNH SÁCH VÀ QUY TRÌNH	
Số Chính Sách và TIÊU ĐỀ: PH05 Cho Phép Trước	
Bộ phận Chính Chịu Trách Nhiệm Tuân Thủ Chính Sách: Dược Phẩm	SỐ CHÍNH SÁCH: PH05
Bộ phận chịu ảnh hưởng của chính sách/Bộ phận phụ chịu trách nhiệm tuân thủ chính sách: Chọn (các) bộ phận chịu trách nhiệm tuân thủ toàn bộ, hoặc một phần của chính sách hoặc quy trình được nêu	
1) ☐ Tất Cả Các Bộ Phận 2) ☒ Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi & Xã Hội (BH/SS) 3) ☐ Quản Lý Quyền Lợi (BA) 4) ☒ Quản Lý Trường Hợp (CM) 5) ☒ Yêu Cầu Bảo Hiểm (CLMS) 6) ☐ Thị Trường Cộng Đồng & Sự Tham Gia của Hội Viên (MAR) 7) ☐ Tuân Thủ (CMP/HPA) 8) ☒ Cấu Trúc (CFG)v 9) ☐ Quản Lý Hợp Đồng Với Nhà Cung Cấp (CONT) 10) ☐ Văn Hóa & Ngôn Ngữ (CL) 11) ☐ Dịch Vụ Khách Hàng (CS)	12) ☐ Cơ Sở Vật Chất (FAC) 13) ☐ Tài Chính (FIN) 14) ☐ Nhân Sự (HR) 15) ☐ Công Nghệ Thông Tin / Hệ Thống Cốt Lõi (CNTT) 16) ☒ Dược Phẩm (PH) 17) ☐ Mạng Lưới Nhà Cung Cấp (PRO) 18) ☒ Cải Thiện Chất Lượng (QI) và Công Bằng Y Tế (GRV/HE/HEQ/PHM/QM) 19) ☒ Quản Lý Hoạt Động Sử Dụng (UM) 20) ☐ Thu Mua (PRM) 21) ☐ Hành Chính (SAF/BC/EM) 22) ☒ Quản Lý Y Tế (MM)
LOẠI SẢN PHẨM: ☒ Medi-Cal	Số Chính Sách Thay Thế: Không áp dụng

I. MỤC ĐÍCH

Chính sách này đưa ra cấu trúc về cách xử lý yêu cầu cho phép trước về thuốc được bác sĩ kê đơn.

II. CHÍNH SÁCH

Cho Phép Trước được sử dụng đối với các thuốc được bác sĩ kê đơn có thể gây ra các vấn đề về hiệu quả, độc tính hoặc việc sử dụng để đảm bảo hội viên nhận được liệu pháp điều trị bằng thuốc hiệu quả, an toàn và chất lượng cao.

III. QUY TRÌNH

- A. Cho Phép Trước được sử dụng để thúc đẩy việc sử dụng dược phẩm một cách hiệu quả và hợp lý.
- B. Thuốc được xem xét Cho Phép Trước khi đáp ứng bất kỳ tiêu chí nào sau đây:
1. Thuốc có khả năng được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ.
 2. Thuốc có khả năng được sử dụng cho các chỉ định không phải là quyền lợi được bao trả.
 3. Có mối lo ngại đáng kể về mặt lâm sàng liên quan đến khả năng sử dụng quá liều thuốc.
 4. Có tiềm năng sử dụng đáng kể nhưng bị coi là không hiệu quả về mặt chi phí.
 5. Có mối lo ngại đáng kể về khả năng sử dụng thuốc không tối ưu.
- C. Tiêu chí Cho Phép Trước được chia thành ba loại chính:
1. Tiêu chí chẩn đoán xác định các dấu hiệu cấu thành cách sử dụng có thể chấp nhận được của một loại thuốc.
 2. Tiêu chí về người kê đơn xác định các chuyên gia chăm sóc sức khỏe kê đơn được chấp thuận để sử dụng các loại thuốc hoặc nhóm thuốc cụ thể.
 3. Tiêu chí cụ thể về thuốc xác định liều lượng, tần suất sử dụng, thời gian điều trị được chấp thuận hoặc các khía cạnh cụ thể khác khi sử dụng thuốc.
- D. Tiêu Chí Cho Phép Trước dựa trên thông tin từ các nguồn có thẩm quyền được xem xét theo các đặc điểm của nhóm hội viên Health Plan of San Joaquin and Mountain Valley Health Plan (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe”) và các điều kiện hành nghề của địa phương. Nguồn thông tin được xem xét trong quá trình phát triển, sửa đổi và chấp thuận trong tiêu chí Cho Phép Trước bao gồm nhưng không giới hạn ở:
1. Tài liệu khoa học đã xuất bản
 2. Cơ Sở Dữ Liệu Thông Tin Thuốc Facts and Comparison Formulary Services
 3. Micromedex

4. Dịch vụ đánh giá nhà thuốc và y tế
 5. Trang web National Guidelines Clearinghouse của Cơ Quan Quản Lý Chất Lượng và Nghiên Cứu Y Tế (AHRQ), Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services)
 6. Cơ Sở Dữ Liệu Thông Tin Thuốc American Hospital Formulary Services
 7. Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm
 8. Thông tin trên nhãn của nhà sản xuất được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt
 9. Khuyến nghị của các tổ chức chuyên khoa y tế, chăm sóc sức khỏe và tổ chức thiết lập tiêu chuẩn
 10. Khuyến nghị của các cơ quan quản lý, nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe của chính phủ
 11. Thành phần mạng lưới nhà cung cấp
 12. Đặc điểm hội viên
- E. Sau khi Ủy Ban Dược Phẩm & Điều Trị (P&T) chấp thuận yêu cầu Cho Phép Trước đối với thuốc được bác sĩ kê đơn, Giám Đốc Dược Phẩm:
1. Xác minh tài liệu về Yêu Cầu Cho Phép Trước trong biên bản cuộc họp của P&T.
 2. Thông báo cho các cá nhân chịu trách nhiệm thực hiện yêu cầu của quy trình Cho Phép Trước và các hạn chế liên quan (nếu có).
 3. Chính thức ghi lại các tiêu chí của quy trình Cho Phép Trước.
 4. Đảm bảo rằng:
 - a. Nhà cung cấp sẽ được thông báo qua cảnh báo dành cho nhà cung cấp vào thời điểm không dưới bốn mươi lăm (45) ngày làm việc trước ngày thay đổi có hiệu lực.
 - b. Bản tin hàng quý dành cho Hội Viên và Nhà Cung Cấp nhắc nhở người nhận rằng quyền lợi y tế đã được cập nhật và có thể xem thông tin cập nhật trên trang web của tổ chức.
- F. Thông tin cần thiết, bao gồm các biểu mẫu liên quan, hỗ trợ yêu cầu Cho Phép Trước có trên trang web của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và được Bộ Phận Dược Phẩm cung cấp qua điện thoại và dưới dạng bản cứng theo yêu cầu.

G. Quy trình Xem Xét Cho Phép Trước (PA) của Nhân Viên Dược Phẩm trong Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe:

1. Tất cả các yêu cầu cho phép trước đối với một số dịch vụ y tế và thuốc sẽ được Dược Sĩ hoặc Bác Sĩ được cấp phép xem xét (tức là Người Bình Duyệt).
2. Các quyết định mà Dược Sĩ và Người Bình Duyệt có thể đưa ra bao gồm:
 - a. **Chấp thuận** – Chấp thuận yêu cầu theo yêu cầu.
 - b. **Chấp Thuận có Sửa Đổi (Sửa Đổi)** – Yêu cầu cho phép có thể được Dược Sĩ hoặc Bác Sĩ Lâm Sàng sửa đổi vì những lý do sau:
 - i. Nếu một phần của dịch vụ được yêu cầu đáp ứng sự cần thiết về mặt y tế, tuy nhiên những dịch vụ khác không đáp ứng sự cần thiết về mặt y tế.
 - ii. Quyết định có thể được sửa đổi khi số lượng các dịch vụ được yêu cầu không đáp ứng sự cần thiết về mặt y tế.
 - c. **Từ chối** – Từ chối bảo hiểm cho thuốc hoặc dịch vụ được yêu cầu.
3. Tài liệu về phác đồ dùng thuốc không hiệu quả phải được cung cấp cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe theo biểu mẫu lịch sử kê đơn thuốc theo toa (nằm trong First CI, hệ thống quản lý chăm sóc của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe hoặc từ các hồ sơ dược phẩm), yêu cầu bảo hiểm y tế, hoặc hồ sơ y tế và có thể bao gồm liều lượng, thời gian và khung thời gian điều trị. Các trường hợp ngoại lệ sẽ được xem xét theo từng trường hợp.
4. Hệ Thống Phân Cấp Theo Tiêu Chí Y Tế
 - a. Những tiêu chí đánh giá sau đây được sử dụng khi đánh giá các yêu cầu cho phép cụ thể về điều trị y tế, theo thứ tự như sau:
 - i. Ủy Ban Dược Phẩm và Điều Trị của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe đã phê duyệt các tiêu chí/chính sách bảo hiểm đóng vai trò là tiêu chí đánh giá y tế chính để bác sĩ đưa ra các quyết định về cho phép thuốc.
 - ii. MCG – Nhà cung cấp được công nhận trên toàn quốc và là nguồn tiêu chí đánh giá y tế thứ hai của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe để quyết định sự cho phép.

- iii. Tiêu Chí theo Hướng Dẫn của Nhà Cung Cấp Medi-Cal tại Tiểu Bang California có vai trò là nguồn tham khảo chính để quyết định bảo hiểm theo quyền lợi và tài liệu tham khảo thứ ba cho tiêu chí cho phép khi không có hướng dẫn từ MCG liên quan đến yêu cầu hoặc tiêu chí đánh giá chính không đủ.
 - iv. Các hướng dẫn được xuất bản, bình duyệt, công nhận trên toàn quốc chẳng hạn như, nhưng không giới hạn ở Khuyến Nghị của Lực Lượng Đặc Nhiệm Phòng Ngừa Hoa Kỳ (USPSTF), Viện Hàn Lâm Nhi Khoa Hoa Kỳ (AAP).
 - v. Các Dược Sĩ, nhân viên quản lý Hoạt Động Sử Dụng (UM), giám đốc y tế và người bình duyệt của bác sĩ sử dụng Tiêu Chí Quản Lý Sử Dụng Chung của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe khi không thể tìm thấy tiêu chí cần thiết về mặt y tế trong Chính Sách Bảo Hiểm Dược Phẩm của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe, Hướng Dẫn từ MCG và Hướng Dẫn của Nhà Cung Cấp Medi-Cal.
 - vi. Yêu cầu về Sàng Lọc, Chẩn Đoán và Điều Trị Sớm, Định Kỳ (EPSDT) theo DHCS APL 23-005 và chính sách của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe UM48.
5. Các kỹ thuật viên dược phẩm được cấp phép có thể chấp thuận các yêu cầu cho phép trước nếu chúng đáp ứng các tiêu chí cụ thể được xác định trước (tức là quy trình) cho việc chấp thuận do Dược Sĩ và/hoặc Bác Sĩ của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe xây dựng và xác nhận.
6. Các yêu cầu về PA không áp đặt giới hạn số lượng hoặc giới hạn không phải số lượng nghiêm ngặt hơn đối với thuốc điều trị bệnh tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện so với đơn thuốc y tế/phẫu thuật theo 42 CFR 438.900 et. Seq.
7. Các yêu cầu của PA về phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị tình trạng Rối Loạn Tâm Thần Kinh Tự Miễn Ở Trẻ Em Liên Quan đến Nhiễm Trùng Liên Cầu Khuẩn (PANDAS) và Hội Chứng Tâm Thần Kinh Khởi Phát Cấp Tính Ở Trẻ Em (PANS) phải được xem xét và giải quyết kịp thời theo mức độ nghiêm trọng của bệnh ở người đăng ký.
- a. Phương pháp điều trị PANDAS/PANS được bao trả bao gồm các thuốc kháng sinh, thuốc và liệu pháp hành vi để kiểm soát các triệu chứng tâm thần kinh, thuốc điều hòa miễn dịch, trao đổi huyết tương và liệu pháp immunoglobulin tiêm tĩnh mạch.

- b. Bảo hiểm cho PANDAS/PANS sẽ không phải chịu khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ hoặc khoản chia sẻ chi phí lớn hơn mức được áp dụng cho các quyền lợi khác được cung cấp theo hợp đồng.
- c. Các yêu cầu đối với PANDAS/PANS sẽ không bị từ chối hoặc chậm trễ do hội viên đã nhận được điều trị trước đó hoặc nhận được phương pháp điều trị tương tự hoặc vì hội viên được chẩn đoán mắc hoặc đã được điều trị bệnh này dưới một tên gọi khác, bao gồm viêm não tự miễn.
- d. Các yêu cầu về liệu pháp điều hòa miễn dịch cho PANDAS/PANS không được giới hạn hoặc yêu cầu thử nghiệm các liệu pháp chỉ điều trị các triệu chứng tâm thần kinh trước khi cho phép bảo hiểm cho liệu pháp điều hòa miễn dịch.
- e. Việc xem xét các yêu cầu về PANDAS/PANS phải tuân thủ các khuyến nghị về điều trị được nêu trong hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện tại được công bố trong tài liệu y khoa được bình duyệt hoặc do các tổ chức bao gồm chuyên gia là các bác sĩ lâm sàng điều trị.
- f. Các yêu cầu về PANDAS/PANS ban đầu có thể có mã chẩn đoán là viêm não tự miễn nhưng sau khi được chỉ định một mã hoặc các mã cụ thể cho PANDAS/PANS, thì bệnh sẽ được mã hóa theo quy ước đặt tên và mã hóa phù hợp đồng thời các yêu cầu được liệt kê sẽ vẫn được áp dụng.

H. Thời Hạn Ra Quyết Định, Hệ Thống Phân Cấp Theo Tiêu Chí Y Tế và Thư Thông Báo Hành Động cho các Yêu cầu Cho Phép Trước về Thuốc Được Bác Sĩ Kê Đơn:

- 1. Các quy trình được nêu trong chính sách Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe UM01 - Xem Xét Cho Phép và Giới Thiệu, UM06 – Tiêu Chí Đánh Giá Y Tế và UM 07 - Thông Báo Hành Động đối với Các Dịch Vụ Bị Chậm Trễ, Từ Chối, Sửa Đổi hoặc Chấm Dứt được tuân theo khi đưa ra các quyết định và gửi thư thông báo cho các hội viên và nhà cung cấp.
- 2. Có thể tìm thấy chi tiết Khung Thời Gian Thông Báo Cụ Thể trong [Bảng 1. Khung Thời Gian của Quyết Định và Thông Báo](#)

3. Quy trình kháng cáo được mô tả trong quy định Kháng Cáo của Hội Viên, chính sách QM65 của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe dành cho bất kỳ quyết định nào không yêu cầu sự cho phép.

IV. (CÁC) TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM

- A. Định Nghĩa về Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý Của Medi – Cal Có Hợp Đồng với DHCS (Phụ Lục A, Tài Liệu Đính Kèm I, 1.0 Định Nghĩa)
- B. [Liên Kết Bảng Thuật Ngữ](#)
- C. Danh Sách Từ Viết Tắt Trong Hợp Đồng Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý Của Medi-Cal (Phụ Lục A, Tài Liệu Đính Kèm I, 2.0 Từ Viết Tắt)
- D. [Bảng 1. Khung Thời Gian của Quyết Định và Thông Báo](#)

V. NGUỒN THAM KHẢO

- A. DHCS APL 22-012 – Sắc Lệnh Hành Pháp của Thống Đốc N-01-19, Về Chuyển Tiếp Quyền Lợi Dược Phẩm Medi-Cal từ Chăm Sóc Có Quản Lý sang Medi-Cal Rx
- B. DMHC APL 24-023 – Các Quy Định Mới Ban Hành Ảnh Hưởng Đến Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe (AB 2105)
- C. Bộ Luật An Toàn & Sức Khỏe, §1363.01, 1367.20, 1367.22, và 1367.24
- D. Chính Sách về Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe UM01 – Quy Trình Cho Phép/Giới Thiệu
- E. Chính Sách của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe UM06 – Tiêu Chí Đánh Giá Y Tế
- F. Chính Sách của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe UM07 – Thông Báo Hành Động đối với Các Dịch Vụ Bị Chậm Trễ, Từ Chối, Sửa Đổi hoặc Chấm Dứt
- G. Chính Sách QM65 của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe – Kháng Cáo của Hội Viên
- H. Tiêu Chuẩn UM13 của NCQA – Quy Trình Quản Lý Dược Phẩm
- I. SSA 1927(d)(5)
- J. Tiêu Đề 22, CCR, §53914
- K. Tiêu Đề 28, CCR, §1300.68
- L. Tiêu Đề 28, CCR, §1300.67.214
- M. Bộ Luật Phúc Lợi & Định Chế (W & I) 14185(a)(1)

VI. LỊCH SỬ SỬA ĐỔI

*Phiên bản 001 tính đến 01/01/2023

Phiên Bản*	Tóm Tắt Sửa Đổi	Ngày
000	07/08, 09/08, 11/10, 06/12, 11/14, 05/15, 09/16, 09/17, 02/18, 12/18, 07/19, 12/19, 07/20, 06/21, 12/21, 09/22	Không áp dụng
001	Chuyển PH05 sang mẫu mới. Đã cập nhật để đảm bảo nội dung tương tự PH18 và tham khảo ý kiến của Dược Sĩ đánh giá và các yêu cầu bảo hiểm y tế.	06/16/2023
002	Chuyển PH05 sang mẫu mới.	05/20/2024
003	Bao gồm hệ thống phân cấp theo tiêu chí y tế và cập nhật thời điểm/cách thức sửa đổi cho phép.	08/30/2024
004	Bao gồm các yêu cầu theo AB 2105 trong DMHC APL 24-023.	02/20/2025
Ngày Có Hiệu Lực Ban Đầu: 01/01/1999		

VII. Đánh Giá và Phê Duyệt của Ủy Ban

Tên Ủy Ban	Phiên Bản	Ngày
Ủy Ban Tuân Thủ	003	02/20/2025
Ủy Ban Giám Sát Quyền Riêng Tư & Bảo Mật (PSOC)		
Ủy Ban Đảm Bảo Tính Liêm Chính Của Chương Trình		
Ủy Ban Kiểm Tra & Giám Sát		
Xem Xét Chính Sách	003	11/27/2024
Ủy Ban Giám Sát và Thúc Đẩy Công Bằng Y Tế, Cải Thiện Chất Lượng (QIHEC)	003	09/18/2024
Ủy Ban Quản Lý Hoạt Động và Chất Lượng		
Than Phiền		

VIII. PHÊ DUYỆT CỦA CƠ QUAN QUẢN LÝ

Cơ Quan	Người Đánh Giá	Phiên Bản	Ngày
Sở dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS)	Quản Lý Hợp Đồng của DHCS	001	12/30/2022
Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)			

IX. Chữ ký phê duyệt*

Chữ Ký	Tên Chức Danh	Ngày
	Chủ Tịch Ủy Ban Quản Lý Chuyên Môn (PRC)	
	Người Soạn Chính Sách	
	Quản Lý Bộ Phận	
	Tổng Giám Đốc Điều Hành	

*Chữ ký có trong bản lưu hồ sơ, sẽ không có trong bản xuất bản

Bảng 1. Khung Thời Gian của Quyết Định và Thông Báo

Loại Yêu Cầu	Quyết Định	Thông Báo Ban Đầu của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe dành cho Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe (Thông Báo Có thể Bằng Miệng và/hoặc Điện Tử)	Thông Báo Từ Chối và Sửa Đổi bằng Văn Bản/Điện Tử dành cho Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe và Hội Viên
Trước Khi Cung Cấp Dịch Vụ Thông Thường (Không Khẩn Cấp) Tất cả thông tin cần thiết được nhận tại thời điểm yêu cầu ban đầu	<u>Trong vòng 5 ngày làm việc kể từ khi nhận được tất cả thông tin thực sự cần thiết để đưa ra quyết định</u> - Bất kỳ quyết định nào bị trì hoãn quá thời hạn đều được coi là từ chối và phải được xử lý ngay lập tức. - Trong tình huống này, hội viên có quyền yêu cầu kháng cáo với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi cho hội viên thông báo bằng văn bản về mọi quyền kháng cáo.	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Chưa Được Xác Định	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định <u>Hội viên:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định.
Trước Khi Cung Cấp Dịch Vụ Thông Thường (Không Khẩn Cấp) – Cần Được Gia Hạn Thông tin lâm sàng bổ sung - Yêu cầu tham vấn của Chuyên Gia Đánh Giá - Thực hiện khám hoặc xét nghiệm bổ sung (Còn Được Gọi Là: Hoãn)	<u>Trong vòng 5 ngày làm việc kể từ khi nhận được thông tin thực sự cần thiết để đưa ra quyết định nhưng không quá 14 ngày theo lịch từ ngày nhận được yêu cầu</u> - Quyết định có thể bị hoãn lại và thời hạn được gia hạn thêm 14 ngày theo lịch chỉ khi Hội Viên hoặc nhà cung cấp của Hội Viên yêu cầu gia hạn, hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe/Nhóm Nhà Cung Cấp có thể cung cấp lý do chính đáng theo yêu cầu của Tiểu Bang về sự cần thiết của thông tin bổ sung và mức độ phù hợp của thông tin đó với lợi ích của Hội Viên - Thông báo cho hội viên và chuyên gia chăm sóc sức khỏe về quyết định hoãn, bằng văn bản trong vòng 5 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu & gia hạn 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu ban đầu về việc gửi thông tin theo yêu cầu. Thông báo hoãn cần bao gồm thông tin bổ sung cần thiết để ra quyết định, loại chuyên gia đã đánh giá và/hoặc các loại khám hoặc xét nghiệm bổ sung cần thiết và ngày dự kiến đưa ra quyết định	<u>Chuyên gia chăm sóc sức khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Chưa Được Xác Định	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định <u>Hội viên:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định

	<u>Đã nhận được thông tin bổ sung</u> - Nếu nhận được thông tin theo yêu cầu, quyết định phải được đưa ra trong vòng 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông tin, không vượt quá 28 ngày theo lịch từ ngày nhận được yêu cầu về dịch vụ <u>Chưa nhận được thông tin bổ sung hoặc thông tin bổ sung không đầy đủ</u> - Nếu sau 28 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu về cho phép trước, nhà cung cấp không tuân thủ yêu cầu về thông tin bổ sung, thì chương trình sẽ đưa ra quyết định dựa trên thông tin có sẵn. - Bất kỳ quyết định nào bị trì hoãn quá thời hạn đều được coi là từ chối và phải được xử lý ngay lập tức. - Trong tình huống này, hội viên có quyền yêu cầu kháng cáo với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi cho hội viên thông báo bằng văn bản về mọi quyền kháng cáo.		
<i>Cho Phép Gấp (Trước Khi Cung Cấp Dịch Vụ)</i> Các yêu cầu trong đó nhà cung cấp cho biết hoặc Nhóm Nhà Cung Cấp/Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe quyết định rằng khung thời gian tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng tới tính mạng hoặc sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc phục hồi tối đa chức năng của Hội Viên. Tất cả thông tin cần thiết được nhận tại thời điểm yêu cầu ban đầu	<u>Trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu, quyết định sẽ được đưa ra kịp thời phù hợp với tình trạng của người đăng ký, không quá 72 giờ</u> - Bất kỳ quyết định nào bị trì hoãn quá thời hạn đều được coi là từ chối và phải được xử lý ngay lập tức. - Trong tình huống này, hội viên có quyền yêu cầu kháng cáo với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi cho hội viên thông báo bằng văn bản về mọi quyền kháng cáo.	<u>Chuyên gia chăm sóc sức khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Chưa Được Xác Định	Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định, không quá 3 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu về dịch vụ

Cho Phép Gấp (Trước Khi Cung Cấp Dịch Vụ) - Cần Gia Hạn Các yêu cầu trong đó nhà cung cấp cho biết hoặc Nhóm Nhà Cung Cấp/Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe quyết định rằng khung thời gian tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng tới tính mạng hoặc sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc phục hồi tối đa chức năng của Hội Viên. Yêu cầu thông tin lâm sàng bổ sung	<u>Yêu cầu thông tin lâm sàng bổ sung:</u> Khi hết 72 giờ hoặc ngay sau khi quý vị biết rằng quý vị sẽ không đáp ứng khung thời gian 72 giờ, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước, thông báo cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe và hội viên bằng biểu mẫu "hoãn lại" và ghi rõ thông tin chi tiết về thông tin chưa nhận được, nội dung cần tham vấn và/hoặc loại khám hoặc xét bổ sung cần thiết để ra quyết định và ngày dự kiến đưa ra quyết định - Lưu ý: có thể gia hạn thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu Hội Viên yêu cầu gia hạn, hoặc nếu Nhóm Nhà Cung Cấp/Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có thể cung cấp lý do chính đáng theo yêu cầu của Tiểu Bang về sự cần thiết của thông tin bổ sung và mức độ phù hợp của thông tin đó với lợi ích của Hội Viên <u>Đã nhận được thông tin bổ sung</u> - Nếu đã nhận được thông tin được yêu cầu, quyết định phải được đưa ra trong vòng 1 ngày làm việc kể từ khi nhận được thông tin. <u>Chưa nhận được thông tin bổ sung hoặc thông tin bổ sung không đầy đủ</u> - Bất kỳ quyết định nào bị trì hoãn quá thời hạn đều được coi là từ chối và phải được xử lý ngay lập tức. - Trong tình huống này, hội viên có quyền yêu cầu kháng cáo với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi cho hội viên thông báo bằng văn bản về mọi quyền kháng cáo.	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội viên:</u> Chưa được xác định	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định
<u>Đánh giá đồng thời phác đồ điều trị đã có sẵn –</u> (tức là dịch vụ nội trú, liên tục/không lưu trú) Trong trường hợp đánh giá đồng thời, dịch vụ chăm sóc sẽ không bị gián đoạn cho đến khi nhà cung cấp dịch vụ điều trị của người đăng ký đã	Trong vòng tối đa 5 ngày làm việc, tùy theo tính cấp bách về tình trạng y tế của Hội Viên LƯU Ý: Khi tình trạng của người đăng ký khiến người đăng ký phải đối mặt với mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe của mình bao gồm, nhưng không giới hạn ở nguy cơ tử vong, mất chân tay hoặc chức năng cơ thể quan trọng khác hoặc khung thời gian thông thường để ra quyết định... sẽ gây bất lợi đến tính mạng hoặc sức khỏe của người đăng	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Chưa Được Xác Định	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội viên:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định

được thông báo về quyết định của chương trình và nhà cung cấp dịch vụ điều trị đồng ý rằng chương trình chăm sóc phù hợp với nhu cầu y tế của bệnh nhân đó. CA H&SC 1367.01 (h)(3)	ký hoặc có thể gây nguy hiểm đến khả năng phục hồi chức năng tối đa của người đăng ký, các quyết định chấp thuận, sửa đổi hoặc từ chối yêu cầu của các nhà cung cấp trước hoặc đồng thời với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người đăng ký, phải được đưa ra kịp thời phù hợp với tình trạng của người đăng ký, không quá 72 giờ sau khi chương trình nhận được thông tin thực sự cần thiết và theo yêu cầu của chương trình để đưa ra quyết định (CA H&SC 1367.01 (h)(2)) - Bất kỳ quyết định nào bị trì hoãn quá thời hạn đều được coi là từ chối và phải được xử lý ngay lập tức. - Trong tình huống này, hội viên có quyền yêu cầu kháng cáo với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe phải gửi cho hội viên thông báo bằng văn bản về mọi quyền kháng cáo.		
Sau Khi Cung Cấp Dịch Vụ / Đánh Giá Hội Tổ- Tất cả thông tin cần thiết được nhận tại thời điểm yêu cầu (quyết định và thông báo phải được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày yêu cầu)	Trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu	<u>Hội Viên & Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Chưa được xác định	<u>Hội Viên & Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu
Sau Khi Cung Cấp Dịch Vụ – Cần Được Gia Hạn Yêu cầu thông tin lâm sàng bổ sung	Yêu cầu thông tin lâm sàng bổ sung (còn gọi là: hoãn) - Quyết định hoãn phải được đưa ra ngay sau khi Chương Trình biết rằng cần thông tin bổ sung để đưa ra quyết định nhưng không quá 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu - Đã nhận được thông tin bổ sung - Nếu đã nhận được thông tin được yêu cầu, quyết định phải được đưa ra trong vòng 30 ngày làm việc kể từ khi nhận được thông tin Ví dụ: Tổng số là X + 30 trong đó X = số ngày cần để nhận thông tin theo yêu cầu	<u>Hội Viên & Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Chưa được xác định	<u>Hội Viên & Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được thông tin cần thiết để ra quyết định

Dịch Vụ Chăm Sóc Cuối Đời - Nội Trú	<u>Chưa nhận được thông tin bổ sung hoặc thông tin bổ sung không đầy đủ</u> Nếu chưa nhận được thông tin theo yêu cầu hoặc thông tin được yêu cầu không đầy đủ, quyết định phải được đưa ra dựa trên thông tin có sẵn chậm nhất vào cuối ngày 30 theo lịch trong thời hạn cung cấp thông tin, trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 24 giờ kể từ khi đưa ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Chưa được xác định	<u>Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định <u>Hội Viên:</u> Trong vòng 2 ngày làm việc kể từ khi ra quyết định
--	---	--	---