

**SISTEMA DE PRESTACIÓN
ORGANIZADA DE SERVICIOS DEL
PROGRAMA DRUG MEDICAL
MANUAL DE BENEFICIARIOS**

**CIUDAD Y CONDADO DE SAN FRANCISCO
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL (BHS)
SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS (SUD)**

2020



San Francisco
Health Network

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

فارسی (Farsi)

وجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

فراهم می باشد. 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200) تماس بگیرید. می باشد.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.: اتصل برقم (TDD: 1-888-484-7200) رقم هاتف الصم والبكم 1-415-255-3737 / 1-888-246-3333

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អរ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ូន

គឺអាចមានសំរាប់ ំរអ អុើ នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200) ។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,

ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200)

ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
INFORMACIÓN GENERAL.....	9
SERVICIOS DE EMERGENCIA.....	9
CÓMO LA CIUDAD Y CONDADO DE SAN FRANCISCO BUSCA MEJORAR LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE DMC-ODS ..	9
¿Por qué es importante leer este manual?.....	10
COMO UN MIEMBRO DEL PLAN DMC-ODS DE SU CONDADO, EL PLAN DE SU CONDADO ES RESPONSABLE DE...	11
INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE NECESITAN MATERIALES EN UN IDIOMA DISTINTO	12
INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN PROBLEMAS LEYENDO	12
INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN TRASTORNOS DE AUDICIÓN	12
INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN TRASTORNOS DE LA VISIÓN	13
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	13
¿A QUIÉN CONTACTO SI SUFRIERA UNA DISCRIMINACIÓN?	13
CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA	14
OFICINA DE DERECHOS CIVILES	14
SERVICIOS.....	15
¿Qué son servicios DMC-ODS?.....	15
Servicios a pacientes ambulatorios.....	15
Servicio intensivo a pacientes ambulatorios	16
Hospitalización parcial (solo disponible en algunos condados)	16
Tratamiento residencial (sujeto a una autorización por el condado).....	16
Manejo de abstinencia	18
Tratamiento de opioides.....	18
Tratamiento asistido por medicamentos (varía según el condado)	19
Servicios de recuperación.....	19
Manejo de casos	19
Examen periódico inicial, diagnosis y tratamiento (EPSDT)	20
CÓMO OBTENER SERVICIOS DMC-ODS	21
¿Cómo obtengo los servicios de DMC-ODS?.....	21
TRANSICIÓN DE SOLICITUD DE CUIDADOS.....	21
¿Dónde puedo solicitar mantener mi proveedor anterior y fuera de la red?	21
¿Cómo puedo solicitar mantener mi proveedor fuera de la red?.....	22

¿Qué pasa si hubiese continuado viendo a mi proveedor fuera de la red luego de pasar al plan del condado?	22
¿Por qué el plan del condado negaría mi solicitud de transición de cuidados?	22
¿Qué ocurre si se niega mi solicitud de transición de cuidados?	22
¿Qué ocurre si se aprueba mi solicitud de transición de cuidados?	23
¿Qué tan rápido se procesará mi solicitud de transición de cuidados?	23
¿Qué ocurre al final de mi periodo de transición de cuidados?	23
¿Dónde puedo obtener los servicios de DMC-ODS?	23
Cuidados después de horas laborales	24
¿Cómo sé cuándo necesito ayuda?	24
¿Cómo sé cuándo un menor o adolescente necesita ayuda?	24
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL	24
¿Dónde obtengo servicios de salud mental especializados?	24
NECESIDAD MÉDICA	25
¿Qué es necesidad médica y por qué es tan importante?	25
¿Cuál es el criterio de “necesidad médica” para una cobertura de servicios de tratamiento de trastorno por uso de sustancias?	25
SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR	26
¿Cómo encuentro a un proveedor para los servicios de tratamiento de trastorno por uso de sustancias que necesito?	26
Una vez que encuentre un proveedor, ¿el plan del condado puede decirle al proveedor qué servicios obtengo?	26
¿Qué proveedores utiliza mi plan de DMC-ODS?	27
NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS	28
¿Qué es una notificación de determinación adversa de beneficios?	28
¿Cuándo obtendré una notificación de determinación adversa de beneficios?	28
¿Siempre obtendré una notificación de determinación adversa de beneficios cuando no obtenga los servicios que desee?	29
¿Qué me dirá la notificación de determinación adversa de beneficios?	29
¿Qué debo hacer cuando reciba una notificación de determinación adversa de beneficios?	30
PROCESOS PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	30
¿Qué pasa si no obtengo los servicios que deseo de mi plan DMC-ODS del condado?	30
¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, queja o audiencia imparcial estatal?	31
¿Qué pasa si necesito ayuda para resolver un problema con mi plan DMC-ODS pero no deseo presentar una queja o apelación?	31

EL PROCESO DE QUEJAS	32
¿Qué es una queja?	32
¿Cuándo puedo presentar una queja?.....	32
¿Cómo puedo presentar una queja?.....	32
¿Cómo sé si el plan del condado recibió mi queja?.....	33
¿Cuándo se decidirá mi queja?	33
¿Cómo sé si el plan del condado ha tomado una decisión con respecto a mi queja?.....	33
¿Existe una fecha límite para presentar una queja?	33
EL PROCESO DE APELACIÓN (Estándar y urgente)	33
¿Qué es una apelación estándar?	34
¿Cuándo puedo presentar una apelación?	35
¿Cómo puedo presentar una apelación?	36
¿Cómo sé si se ha tomado una decisión de mi apelación?	36
¿Existe una fecha límite para presentar una apelación?.....	36
¿Cuándo se tomará una decisión en cuanto a mi apelación?	36
¿Qué pasa si no puedo esperar 30 días para la decisión sobre mi apelación?.....	37
¿Qué es una apelación urgente?.....	37
¿Cuándo puedo presentar una apelación urgente?	37
EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL	38
¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	38
¿Cuáles son mis derechos en una audiencia imparcial estatal?.....	38
¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?.....	38
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	39
¿Existe una fecha límite para solicitar una audiencia imparcial estatal?	39
¿Puedo continuar con los servicios mientras espero una decisión de audiencia imparcial estatal?.....	40
¿Qué pasa si no puedo esperar 90 días para la decisión de la audiencia imparcial estatal?	40
INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA MEDI-CAL DE CALIFORNIA	40
¿Quiénes pueden obtener Medi-Cal?	40
¿Tengo que pagar por Medi-Cal?	41
¿Medi-Cal cubre la transportación?.....	41
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	42
¿Cuáles son mis derechos como receptor de servicios de DMC-ODS?	42
¿Cuáles son mis responsabilidades como receptor de servicios de DMC-ODS?.....	44

DIRECTORIO DE PROVEEDORES.....45

INFORMACIÓN GENERAL

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los servicios de emergencia están cubiertos las 24 horas del día 7 días de la semana. Si cree que está teniendo una emergencia relacionada a salud, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana para solicitar ayuda.

Los servicios de emergencia son servicios proporcionados para una condición médica inesperada, incluyendo una condición médica de emergencia psiquiátrica.

Una condición médica de emergencia está presente cuando tiene síntomas que causan un dolor severo o una lesión o enfermedad graves, los cuales una persona entendida y prudente (una persona no médica cuidadosa y precavida) creería o podría esperar de manera razonable que sin cuidados médicos pudiera:

- Poner su salud en grave peligro, o
- Si está embarazada, poner su salud o la salud de su hijo no nacido en grave peligro, o
- Causar un daño grave a la manera en la cual funciona su cuerpo, o
- Causar un daño grave a cualquier órgano o parte de su cuerpo.

Tiene derecho a utilizar cualquier hospital en el caso de una emergencia. Los servicios de emergencia nunca requieren de una autorización.

¿A quién contacto si tengo pensamientos suicidas?

Si usted o alguien que conoce se encuentra en una crisis, llame a la línea de vida nacional para prevención de suicidios 1-800-273-TALK (8255).

Para residentes locales que buscan asistencia en una crisis y para acceder a programas de salud mental locales, llame a 1-888-246-3333 / 1-415-255-3737 (TDD: 1-888-484-7200).

CÓMO LA CIUDAD Y CONDADO DE SAN FRANCISCO BUSCA MEJORAR LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE DMC-ODS

Le damos la bienvenida cuando accede a los servicios de Medi-Cal para el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias. Mediante su participación en el Sistema de prestación organizada de servicios del programa Drug Medi-Cal (DMC-ODS) de California, la Ciudad y Condado de San Francisco busca transformar el espectro de

atención del trastorno por consumo de sustancias (SUD) del Departamento de Servicios de Salud Conductual de la Red de Salud de San Francisco (SFHN-BHS) para promover el bienestar y la recuperación de las personas con trastorno por consumo de sustancias y padecimientos relacionados. Esto se logrará mejorando el acceso a servicios de alta calidad, sostenibles y efectivos en costos de tratamiento y atención de transición de SUD. La SFHN valora los siguientes aspectos de la atención de la salud conductual que son compatibles con el enfoque de atención del programa piloto de DMC-ODS:

1. Un sistema de atención con conocimiento de trauma que fomenta el bienestar y la capacidad de recuperación para todos en el sistema, desde nuestros clientes hasta el personal que los atiende;
2. La práctica de la humildad cultural donde hacemos un compromiso constante para comprender diferentes culturas y nos enfocamos en la humildad propia, manteniendo una apertura a la identidad cultural de la otra persona, y reconociendo que cada uno de nosotros trae a nuestro trabajo nuestro propio sistema de creencias o valores, así como nuestros prejuicios y privilegios;
3. Atención holística de la persona que integra la atención tanto conductual como física de un cliente, incluyendo la evaluación de las necesidades de familiares y otras personas significativas identificadas por el cliente;
4. Colegas que han tenido problemas de salud conductual y que ofrecen su empatía y su fortaleza a la recuperación de otras personas, y que inspiran y comparten su experiencia para crear un sistema verdaderamente orientado a la recuperación;
5. Valorar a todos los clientes que buscan nuestros servicios;
6. Toma de decisiones compartida para ofrecer la mejor atención coordinada posible, donde los clientes y sus proveedores colaboran como parte de un equipo para tomar decisiones sobre la atención en conjunto.

DMC-ODS ofrece a San Francisco la oportunidad de mitigar las desigualdades económicas y las disparidades de salud mejorando el acceso a servicios de tratamiento de SUD efectivos y de alta calidad. El objetivo general del sistema es reducir las visitas a la sala de emergencias y el uso de servicios de tratamiento de alto costo.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LEER ESTE MANUAL?

Es importante que entienda cómo funciona el plan del sistema de entrega organizada de medicinas de Medi-Cal (DMD-ODS) de modo que obtenga el cuidado que necesita. Este manual explica sus beneficios y cómo obtener cuidados. También responderá a muchas de sus preguntas.

Sabrán cómo:

- Cómo recibir servicios de tratamiento de SUD (trastornos por uso de sustancias) por medio del plan DMC-ODS de su condado.
- ¿A qué beneficios tiene acceso?
- ¿Qué hacer si tiene una pregunta o problema?
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan DMC-ODS de su condado.

Si no lee este manual ahora, debe guardar este manual de modo que lo pueda leer después.

Utilice este manual como un complemento al manual de miembro que recibió al inscribirse en su plan de beneficios actual de Medi-Cal. Esto podría ser con un plan de cuidados administrado por Medi-Cal o con el programa regular “pago por servicio” de Medi-Cal.

COMO UN MIEMBRO DEL PLAN DMC-ODS DE SU CONDADO, EL PLAN DE SU CONDADO ES RESPONSABLE DE...

- Determinar si usted es elegible para servicios de DMC-ODS del condado o de su red de proveedores.
- Coordinar sus cuidados.
- Proporcionar un teléfono de llamada gratuita que sea respondido las 24 horas del día y los 7 días de la semana que le pueda decir cómo obtener servicios del plan del condado. También puede contactar al plan del condado a este número para solicitar una disponibilidad de cuidados luego de horas laborales.
- Tener suficientes proveedores para asegurar que pueda obtener los servicios de tratamiento de SUD cubiertos por el plan del condado si los necesita.
- Informarlo y educarlo acerca de los servicios disponibles de su plan del condado.
- Proporcionarle gratuitamente servicios en su idioma o por un intérprete (si es necesario) e informándole que los servicios de este intérprete están disponibles.
- Facilitarle información escrita acerca de lo que hay disponible para usted en otros idiomas o formatos. San Francisco ofrece todos los formularios en español, vietnamita, cantonés, ruso y tagalo. Para obtener información sobre los materiales en estos idiomas, la disponibilidad de formatos alternativos, la

disponibilidad de ayudas y servicios auxiliares, etc. conéctese a:
<https://www.sfdph.org/dph/comupg/aboutdph/insideDept/CLAS/CLASResources.asp>

- Proporcionarle información sobre cualquier cambio importante en la información especificada en este manual por lo menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio. Un cambio se considera importante cuando existe un aumento o reducción en la cantidad o tipos de servicios que están disponibles, o existe un aumento o reducción en el número de proveedores de red, o existe cualquier otro cambio que tuviera un impacto en los beneficios que recibe a través del plan del condado.
- Informarlo si cualquier proveedor contratado se rehúsa a realizar o a dar soporte de cualquier servicio cubierto debido a objeciones morales, éticas o religiosas e informarle de proveedores alternativos que ofrezcan el servicio cubierto.
- Asegurar que tenga un acceso continuo a su proveedor anterior, y ahora fuera de la red, por un periodo de tiempo si el cambiar de proveedores pudiera causar que su salud sufriera o se incrementara su riesgo de una hospitalización.

Para obtener información y una referencia a los servicios contra el consumo de sustancias, llame sin costo a la línea de acceso a la salud conductual al: 1-888-246-3333.

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE NECESITAN MATERIALES EN UN IDIOMA DISTINTO

<https://www.sfdph.org/dph/comupg/aboutdph/insideDept/CLAS/CLASResources.asp>

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN PROBLEMAS LEYENDO

<https://www.sfdph.org/dph/comupg/aboutdph/insideDept/CLAS/CLASResources.asp>

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN TRASTORNOS DE AUDICIÓN

Los miembros con problemas de la vista pueden solicitar programar una reunión con el Coordinador de Competencia Cultural de Servicios de Salud Conductual del Departamento de Salud Pública al (415) 255-3426 para obtener los recursos de servicios en formato Braille. El Coordinador de Competencia Cultural también puede organizar que los programas lean los materiales a los clientes.

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN TRASTORNOS DE LA VISIÓN

Los miembros con problemas de la vista pueden solicitar programar una reunión con el Coordinador de Competencia Cultural de Servicios de Salud Conductual del Departamento de Salud Pública al (415) 255-3426 para obtener los recursos de servicios en formato Braille. El Coordinador de Competencia Cultural también puede organizar que los programas lean los materiales a los clientes.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Política de privacidad del Departamento de Salud Pública de San Francisco:

<https://www.sfdph.org/dph/files/PoliciesProcedures/PRI1-Privacy.pdf>

¿A QUIÉN CONTACTO SI SUFRIERA UNA DISCRIMINACIÓN?

La discriminación es un acto ilegal. Los Servicios de Salud Conductual (Behavioral Health Services) de San Francisco cumplen con las leyes de derechos civiles federales. Los Servicios de Salud Conductual de San Francisco no discriminan, no excluyen ni tratan a personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Los Servicios de Salud Conductual de San Francisco ofrecen lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos de fácil acceso, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Acceso de la Salud Conductual (Behavioral Health Access Center) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-888-246-3333 o, si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame al 1-888-484-7200 (TDD).

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que los Servicios de Salud Conductual de San Francisco no le han brindado estos servicios o lo han discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante los Servicios de Salud Conductual de San Francisco. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito o en persona:

- Por teléfono: comuníquese con el Centro de Acceso de la Salud Conductual (Behavioral Health Access Center) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-888-246-3333. O, si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame al 1-888-484-7200 (TDD).
- Por escrito: complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

**San Francisco Behavioral Health Services
Grievance/Appeal Office
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103**

- En persona: visite la oficina de su proveedor o el Centro de Acceso de la Salud Conductual e informe que desea presentar una queja.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al **1-800-537-7697 (TTY/TDD)**.
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

- Los formularios de queja se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Por vía electrónica: visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

SERVICIOS

¿QUÉ SON SERVICIOS DMC-ODS?

Los servicios de DMC-ODS son servicios de cuidados de salud para personas que tienen por lo menos un SUD que el médico regular no puede tratar.

Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- Servicios a pacientes ambulatorios
- Tratamiento intensivo de pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial (solo disponible en algunos condados)
- Tratamiento residencial (sujeto a una autorización previa del condado)
- Manejo de abstinencia
- Tratamiento de opioides
- Tratamiento asistido por medicamentos (varía según el condado)
- Servicios de recuperación
- Manejo de casos

Si desea informarse más acerca de cada servicio de DMC- ODS que pueda estar disponible para usted, vea las descripciones a continuación:

SERVICIOS A PACIENTES AMBULATORIOS

- Se facilitan servicios de orientación a miembros hasta nueve horas por semana y menos de seis horas por semana para adolescentes cuando se determina que es necesario médicamente y de conformidad con un plan de cliente individualizado. Los servicios pueden ofrecerse por un profesional certificado o por un asesor certificado en cualquier lugar apropiado en la comunidad.
- Los servicios a pacientes ambulatorios incluyen admisión y evaluación, planificación de tratamiento, orientación individual, orientación de grupos,

terapia familiar, servicios de parientes, educación de miembros, servicios de medicación, servicios de intervención en crisis y planificación de dada de alta.

SERVICIO INTENSIVO A PACIENTES AMBULATORIOS

- Se proporcionan servicios a pacientes ambulatorios a los miembros (un mínimo de nueve horas con un máximo de 19 horas por semana para adultos y un mínimo de seis horas con un máximo de 19 horas por semana para adolescentes) cuando se determine que es necesario médicamente y de conformidad con un plan de cliente individualizado. Los servicios consisten principalmente de orientación y educación acerca de problemas relacionados a adicciones. Los servicios pueden ofrecerse por un profesional certificado o por un asesor certificado en cualquier lugar apropiado en la comunidad.
- Los servicios intensivos a pacientes ambulatorios incluyen los mismos componentes que los servicios a pacientes ambulatorios. El mayor número de horas de servicio es la diferencia principal.

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (SOLO DISPONIBLE EN ALGUNOS CONDADOS)

- Los servicios de hospitalización parcial presentan 20 o más horas de programación clínicamente intensiva por semana, según se especifica en el plan de tratamiento del miembro. Por lo general, los programas de hospitalización parcial tienen un acceso directo a servicios psiquiátricos, médicos y de laboratorio, y deben cumplir con las necesidades identificadas que garantizan un control o manejo diario pero que pueden tratarse apropiadamente en un lugar estructurado para pacientes ambulatorios.
- Los servicios de hospitalización parcial son similares a los servicios intensivos a pacientes ambulatorios, siendo la diferencia principal un aumento en el número de horas y acceso adicional a servicios médicos.

TRATAMIENTO RESIDENCIAL (SUJETO A UNA AUTORIZACIÓN POR EL CONDADO)

- Tratamiento residencial es un programa residencial no institucional, de 24 horas no médico y de corto plazo que provee de servicios de rehabilitación

a miembros con diagnóstico de SUD cuando se determina como necesario médicamente y de conformidad con un plan de tratamiento individualizado. Cada miembro vivirá en las instalaciones y tendrá apoyo en sus esfuerzos para restaurar, mantener y aplicar interpersonales y para una vida independiente y acceso a sistemas de soporte comunitario. Los proveedores y residentes trabajan en cooperación para definir barreras, establecer prioridades, fijar objetivos, crear planes de tratamiento y resolver problemas relacionados a SUD. Los objetivos incluyen mantener una abstinencia, prepararse para desencadenantes de recaídas, mejorar la salud personal y el desempeño social e involucrarse en un cuidado continuo.

- Los servicios residenciales requieren de una autorización previa por el plan del condado. Cada autorización para servicios residenciales puede ser por un máximo de 90 días para adultos y 30 días para jóvenes. Solo se permiten dos autorizaciones para servicios residenciales en un periodo de un año. Es posible tener una extensión de 30 días por año basado en la necesidad médica. Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios residenciales hasta el último día del mes del día 60, luego de que se presente el parto. Los miembros elegibles para EPSDT (examen, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico) no tendrán los límites de autorización descritos anteriormente siempre y cuando la necesidad médica establezca la necesidad de servicios residenciales continuos.
- Los servicios residenciales incluyen admisión y evaluación, planificación de tratamiento, orientación individual, orientación grupal, terapia familiar, servicios a parientes, educación de miembros, servicios de medicación, medicamentos de salvaguardia (las instalaciones guardarán todos los medicamentos del residente y los miembros del personal de la instalación pueden asistir con la auto-administración de medicamentos), servicios de intervención en crisis, transporte (facilitación de o arreglo de transportación hacia y desde el tratamiento médicamente necesario) y planificación de dada de alta.

MANEJO DE ABSTINENCIA

- Los servicios de manejo de abstinencia se proporcionan cuando se determinan como necesarios médicamente y de conformidad con un plan individualizado del cliente. Cada miembro residirá en la instalación si está recibiendo un servicio residencia y será vigilado durante el proceso de desintoxicación. Los servicios de habilitación y rehabilitación necesarios médicamente se prestan de conformidad con un plan individualizado del cliente prescrito por un médico certificado o un recetador certificado y aprobado y autorizado de conformidad con los requisitos del Estado de California.
- Los servicios de manejo de abstinencia incluyen admisión y evaluación, observación (para evaluar el estado de salud y respuesta a cualquier medicamento recetado), servicios de medicación y planificación de dada de alta.

TRATAMIENTO DE OPIOIDES

- Se proporcionan servicios OTP/NTP (programas de tratamiento de opioides (narcóticos)) en instalaciones de NTP (programa de tratamiento de narcóticos) certificados. Los servicios necesarios médicamente se prestan de conformidad con un plan individualizado del cliente determinado por un médico certificado o un recetador certificado y aprobado y autorizado de conformidad con los requisitos del Estado de California. Se exigen los OTP/NTP para ofrecer y recetar medicamentos a miembros cubiertos de conformidad con el vademécum de DMC-ODS incluyendo metadona, buprenorfina, naloxone y disulfiram.
- Un miembro debe recibir, como mínimo, 50 minutos de sesiones de orientación con un terapeuta u orientador hasta 200 minutos por mes calendario, aunque se pueden proporcionar servicios adicionales basado en la necesidad médica.
- Los servicios de tratamiento de opioides incluyen los mismos componentes que los servicios a pacientes ambulatorios, con la inclusión de psicoterapia médica consistente de una discusión personalizada conducida por un médico de manera personal con el miembro.

TRATAMIENTO ASISTIDO POR MEDICAMENTOS (VARÍA SEGÚN EL CONDADO)

- Los servicios MAT (tratamiento asistido de medicación) están disponibles fuera de la clínica de OPT. MAT es el uso de medicamentos de receta, en combinación con una orientación y terapias conductuales, para ofrecer un enfoque holístico al tratamiento de SUD. Es opcional proporcionar este nivel de servicio para los condados participantes.
- Los servicios MAT incluyen ordenar, recetar, administrar y supervisar todas las medicaciones de SUD. La dependencia a los opioides y al alcohol, en particular, tiene opciones de medicación bien establecidas. Los médicos y otros recetadores pueden ofrecer medicamentos a miembros cubiertos de conformidad con el vademécum de DMC-ODS incluyendo buprenorfina, naloxone, disulfiram, vivitrol, acamprosate o cualquier medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de SUD.

SERVICIOS DE RECUPERACIÓN

- Los servicios de recuperación son importantes para la recuperación y el bienestar del miembro. La comunidad de tratamiento se convierte en un representante terapéutico a través del cual los miembros se capacitan y preparan para administrar el cuidado de su salud. Por lo tanto, el tratamiento debe enfatizar la función central del miembro en el manejo de su salud, uso efectivo de estrategias de soporte efectivo de autocontrol y organizar recursos internos y de la comunidad para facilitar un apoyo de autocontrol continuo a los miembros.
- Los servicios de recuperación incluyen orientación individual y grupal; asistencia/control en recuperación y abuso de sustancias (orientación en recuperación, prevención de recaídas y servicios entre compañeros); y manejo de casos (vínculos con soportes educativos, vocacionales, familiares, soporte basado en la comunidad, vivienda, transportación y otros servicios basados en la necesidad).

MANEJO DE CASOS

- Los servicios de manejo de casos ayudan a que un miembro acceda a servicios médicos, educativos, sociales, pre-vocacionales, vocacionales, de rehabilitación u otros servicios comunitarios necesarios. Estos servicios se

enfocan en la coordinación de cuidados SUD, integración en torno a cuidados primarios especialmente para miembros con un SUD crónico e interacción con el sistema de justicia penal, si es necesario.

- Los servicios de manejo de casos incluyen una evaluación integral y reevaluación periódica de las necesidades individuales para determinar la necesidad de continuar con los servicios de manejo de casos; transiciones a niveles más altos o más bajos de cuidados de SUD; desarrollo y revisión periódica de un plan de cliente que incluya actividades de servicio; comunicación, coordinación, derivación y actividades relacionadas; prestación de servicios de control para asegurar un acceso de los miembros a servicios y el sistema de prestación de servicios; control de los avances del miembro y, defensoría del miembro, vínculos a cuidados de salud física y mental, transporte y retención en servicios de cuidados primarios.
- El manejo de casos será consistente con y no violará la confidencialidad de ningún miembro tal como se establece en la ley federal y de California.

EXAMEN PERIÓDICO INICIAL, DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO (EPSDT)

Si tiene menos de 21 años de edad, puede recibir los servicios adicionales necesarios médicamente de conformidad con el programa EPSDT (examen periódico inicial, diagnóstico y tratamiento). Los servicios de EPSDT incluyen servicios de examen, visión, dental, audición y todos los otros servicios obligatorios médicamente u opcionales listados en la Sección 1396(a) del Artículo 42 del Código de los Estados Unidos para corregir o mejorar los defectos y enfermedades físicas y mentales y condiciones identificadas en un examen de EPSDT estén o no cubiertos los servicios para adultos. El requisito de la necesidad médica y economía de costos son las únicas limitaciones o exclusiones que se aplican a los servicios EPSDT.

Para una descripción más completa de los servicios EPSDT que están disponibles y para que se responda a sus preguntas, sírvase llamar a los servicios para miembros del San Francisc

CÓMO OBTENER SERVICIOS DMC-ODS

¿CÓMO OBTENGO LOS SERVICIOS DE DMC-ODS?

Si cree que necesita servicios de tratamiento de SUD (trastornos por uso de sustancias), puede obtener estos servicios solicitándolos usted mismo al plan del condado. Puede llamar al teléfono de llamada gratuita de su condado listado en la sección frontal de este manual. Puede también ser derivado de otras maneras por su plan del condado para servicios de tratamiento SUD. Se exige que el plan de su condado acepte derivaciones para servicios de tratamiento SUD de médicos y otros proveedores de cuidados primarios que crean que puede necesitar estos servicios y de su plan de salud de cuidados administrados por Medi-Cal, si usted es un miembro. Por lo general, el proveedor o el plan de salud de cuidados administrados por Medi-Cal necesitará su permiso o el permiso del padre o cuidador de un menor para hacer la derivación, a no ser que haya una emergencia. Otras personas y organizaciones también pueden hacer derivaciones al condado, incluyendo escuelas, departamentos de bienestar o servicios sociales del condado, cuidadores, tutores o miembros familiares y agencias del orden público.

Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores del San Francisco. Si cualquier proveedor contratado hace una objeción para prestar o dar soporte a cualquier servicio cubierto, el San Francisco hará que otro proveedor preste el servicio. El San Francisco responderá con derivaciones y coordinación oportunas en caso de que un servicio cubierto no esté disponible de un proveedor debido a objeciones **religiosas, éticas o morales al servicio cubierto.**

TRANSICIÓN DE SOLICITUD DE CUIDADOS

¿DÓNDE PUEDO SOLICITAR MANTENER MI PROVEEDOR ANTERIOR Y FUERA DE LA RED?

- Luego de unirse al plan del condado, puede solicitar mantener a su proveedor fuera de la red si:
 - Cambiarse a un proveedor nuevo resultaría en un perjuicio grave para su salud o incrementara su riesgo de una hospitalización o institucionalización; y

- Estaba recibiendo un tratamiento del proveedor fuera de la red antes de la fecha de su transición al plan del condado.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR MANTENER MI PROVEEDOR FUERA DE LA RED?

- Usted, sus representantes autorizados o su proveedor actual pueden presentar una solicitud por escrito al plan del condado. También puede contactar a servicios para los miembros al 1-888-246-3333, para obtener información sobre cómo solicitar servicios de un proveedor fuera de la red.
- El plan del condado le enviará un acuse de recibo escrito de su solicitud y comenzará a procesar su solicitud dentro de tres (3) días laborales.

¿QUÉ PASA SI HUBIESE CONTINUADO VIENDO A MI PROVEEDOR FUERA DE LA RED LUEGO DE PASAR AL PLAN DEL CONDADO?

- Puede solicitar una solicitud de transición retroactiva de cuidados dentro de treinta (30) días calendario de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red.

¿POR QUÉ EL PLAN DEL CONDADO NEGARÍA MI SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE CUIDADOS?

- El plan del condado puede negar su solicitud para retener su proveedor anterior, y ahora fuera de la red, si:
 - El plan del condado ha documentado problemas de calidad de cuidado con el proveedor.

¿QUÉ OCURRE SI SE NIEGA MI SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE CUIDADOS?

- Si el plan del condado niega su transición de cuidados:
 - Le notificará por escrito:
 - Le ofrecerá por lo menos un proveedor fuera de la red alternativo que le ofrezca el mismo nivel de servicios que un proveedor dentro de la red; y
 - Informe de su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la negación.
- Si el plan del cuidado le ofrece varias alternativas de proveedores dentro de la red y usted no escoge una opción, entonces el plan del condado lo derivará o lo

asignará a un proveedor dentro de la red y le notificará de dicha derivación o asignación por escrito.

¿QUÉ OCURRE SI SE APRUEBA MI SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE CUIDADOS?

- Dentro de siete (7) días de aprobar su solicitud de transición de cuidados el plan del condado le facilitará:
 - La aprobación de la solicitud;
 - La duración del acuerdo de transición de cuidados;
 - El proceso que se dará a lugar para traspasar su cuidado al final de la continuidad del periodo de cuidados; y
 - Su derecho a escoger en cualquier momento un proveedor distinto de la red de proveedores del plan del condado.

¿QUÉ TAN RÁPIDO SE PROCESARÁ MI SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE CUIDADOS?

- El plan del condado completará la revisión de su solicitud de transición de cuidados dentro de treinta (30) días calendarios desde la fecha en la cual el plan del condado reciba su solicitud.

¿QUÉ OCURRE AL FINAL DE MI PERIODO DE TRANSICIÓN DE CUIDADOS?

- El plan del condado le notificará a usted por escrito dentro de treinta (30) días calendario antes de finalizar el periodo de transición de cuidados acerca del proceso que se dará a lugar para traspasar su cuidado a un proveedor dentro de la red al final de su periodo de transición de cuidados.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER LOS SERVICIOS DE DMC-ODS?

El San Francisco se encuentra participando en el programa piloto DMC-ODS. En vista de que es un residente del San Francisco, puede obtener servicios de DMC-ODS en el condado donde viva y a través del plan DMC-ODS del condado. Su plan del condado tiene proveedores de tratamientos de SUD disponibles para tratar condiciones que estén cubiertas por el plan. Otros condados que prestan servicios de medicinas de Medi-Cal que no estén participando en el programa piloto DMC-ODS le podrán prestar servicios DMC regulares si es necesario. Si tiene menos de 21 años de edad, también es elegible para servicios EPSDT en cualquier otro condado del estado.

CUIDADOS DESPUÉS DE HORAS LABORALES

Comuníquese con el Centro de Acceso a la Salud Conductual al 1-888-246-3333 para información y servicios de referencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿CÓMO SÉ CUÁNDO NECESITO AYUDA?

Muchas personas tienen momentos difíciles en su vida y pueden experimentar problemas de SUD.

Lo más importante que hay que recordar al preguntarse a sí mismo si necesita ayuda profesional es confiar en sí mismo. Si es elegible para Medi-Cal y cree que pueda necesitar ayuda profesional, debe solicitar una evaluación de su plan del condado para determinar de seguro en vista de que reside actualmente en un condado participante en DMC-ODS.

¿CÓMO SÉ CUÁNDO UN MENOR O ADOLESCENTE NECESITA AYUDA?

Puede contactar al plan de DMC-ODS de su condado participante para una evaluación de su hijo menor o adolescente si cree que muestra cualquiera de los signos de un SUD. Si su hijo menor o adolescente califica para Medi-Cal y la evaluación del condado indica que son necesarios servicios de tratamiento de drogas y alcohol cubiertos por el condado participante, el condado arreglará que su hijo menor o adolescente reciba los servicios.

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL

¿DÓNDE OBTENGO SERVICIOS DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADOS?

Puede obtener servicios de salud mental especializados en el condado donde vive. Cada condado tiene servicios de salud mental especializados para menores, adolescentes, adultos y adultos mayores. Si tiene menos de 21 años de edad, es elegible para servicios EPSDT (examen, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico), los cuales pueden incluir cobertura y beneficios adicionales.

Su MHP determinará si necesita servicios de salud mental especializados. Si necesita servicios de salud mental especializados, el MHP lo derivará con un proveedor de salud mental.

NECESIDAD MÉDICA

¿QUÉ ES NECESIDAD MÉDICA Y POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE?

Una de las condiciones necesarias para recibir servicios de tratamiento SUD a través del plan DMC-ODS de su condado es algo denominado “necesidad médica”. Esto significa que un médico u otro profesional certificado hablará con usted para decidir si existe una necesidad médica para los servicios, y si puede recibir ayuda de los servicios si los recibe.

El término necesidad médica es importante ya que ayudará a decidir si es elegible para servicios de DMC-ODS, y qué tipo de servicios de DMC-ODS son apropiados. Decidir la necesidad médica es una parte importante del proceso de obtener servicios de DMC-ODS.

¿CUÁL ES EL CRITERIO DE “NECESIDAD MÉDICA” PARA UNA COBERTURA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS?

Como parte de decidir si necesita servicios de tratamiento de SUD, el plan DMC-ODS del condado trabajará con usted y con su proveedor para decidir si los servicios son una necesidad médica, tal como se explica anteriormente. Esta sección explica cómo su condado participante tomará dicha decisión.

Para recibir servicios a través del DMC-ODS, debe cumplir con el siguiente criterio:

- Debe estar inscrito en Medi-Cal.
- Debe residir en un condado que esté participando en el DMC-ODS.
- Debe tener por lo menos una diagnosis del DSM (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) para un trastorno relacionado a sustancias y adictivo. Cualquier adulto o joven de menos de 21 años de edad que sea evaluado como “en riesgo” por desarrollar un SUD, será elegible para servicios de intervención temprana si no cumplen con el criterio de necesidad médica.
- Debe cumplir con la definición de la ASAM (sociedad americana de medicina adictiva) para una definición de necesidad médica para servicios basados en el criterio ASAM (el criterio ASAM son estándares de tratamiento nacionales para condiciones adictivas y relacionadas a sustancias).

No es necesario que sepa si tiene una diagnosis para pedir ayuda. El plan DMC-ODS de su condado lo ayudará a obtener esta información y determinará la necesidad médica con una evaluación.

SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR

¿CÓMO ENCUENTRO A UN PROVEEDOR PARA LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS QUE NECESITO?

El plan del condado puede imponerle ciertos límites en sus opciones de proveedores. El plan DMC-ODS de su condado debe darle la oportunidad de escoger entre por lo menos dos proveedores al iniciar los servicios por primera vez, a no ser que el plan del condado tenga una buena razón del por qué no puede dar una opción, por ejemplo, solo hay un proveedor que pueda prestar el servicio que necesita. El plan de su condado debe permitirle también cambiar de proveedores. Cuando solicite cambiar de proveedores, el condado debe permitirle escoger entre por lo menos dos proveedores, a no ser que haya una buena razón para no hacerlo.

A veces los proveedores de contratos del condado dejan la red del condado por su cuenta o a solicitud del plan del condado. Cuando esto ocurre, el plan del condado debe hacer un esfuerzo de buena fe para dar una notificación por escrito de terminación de un proveedor contratado dentro de 15 días luego de recibir o emitir la notificación de terminación, a cada persona que haya estado recibiendo servicios de tratamiento de SUD del proveedor.

UNA VEZ QUE ENCUENTRE UN PROVEEDOR, ¿EL PLAN DEL CONDADO PUEDE DECIRLE AL PROVEEDOR QUÉ SERVICIOS OBTENGO?

Usted, su proveedor y el plan del condado están todos involucrados en decidir qué servicios necesita recibir a través del condado siguiendo el criterio de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos. A veces el condado dejará que usted y el proveedor decidan. Otras veces, antes de prestarse el servicio, el plan del condado puede exigir que su proveedor pida al plan del condado revisar las razones por las cuales el proveedor cree que necesita un servicio. El plan del condado debe utilizar un profesional

cualificado para hacer la revisión. El proceso de revisión se denomina un proceso de autorización de pago de plan.

El proceso de autorización del plan del condado debe seguir tiempos límites específicos. Para una autorización estándar, el plan debe tomar una decisión en cuanto a la solicitud de su proveedor dentro de 14 días calendario. Si usted o su proveedor lo solicitan, o si el plan del condado cree que conviene a sus intereses obtener más información de su proveedor, se puede extender el tiempo límite hasta por 14 días calendario adicionales. Un ejemplo de cuando una extensión podría convenir a sus intereses es cuando el condado cree que podría aprobar la solicitud de su proveedor para una autorización si el plan del condado tuviera información adicional de su proveedor y tuviera que negar la solicitud sin la información. Si el plan del condado extiende el tiempo límite, el condado le enviará una notificación escrita acerca de la extensión.

Si el condado no toma una decisión dentro del tiempo límite requerido para un estándar o una solicitud de autorización de emergencia, el plan del condado debe enviarle una notificación de determinación adversa de beneficios diciéndole que los servicios han sido negados e informándole que puede presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal.

Puede pedir más información al plan del condado sobre su proceso de autorización. Para ver cómo solicitar la información vea la sección frontal de este manual.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan del condado sobre un proceso de autorización, puede presentar una apelación ante el condado o solicitar una audiencia imparcial estatal.

¿QUÉ PROVEEDORES UTILIZA MI PLAN DE DMC-ODS?

Si es nuevo para el plan del condado, se puede encontrar una lista completa de proveedores en su plan del condado al final de este manual y contiene información acerca de dónde están ubicados los proveedores, los servicios de tratamiento de SUD que facilitan y otra información para ayudarlo a acceder a cuidados, incluyendo información acerca de los servicios culturales y de idiomas que están disponibles de los proveedores. Llame al teléfono de llamada gratuita de su condado ubicado en la sección frontal de este manual si tiene preguntas acerca de los proveedores.

NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

¿QUÉ ES UNA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS?

Una notificación de determinación adversa de beneficios, a veces denominada NOABD, es un formulario que el plan DMC-ODS de su condado utiliza para decirle cuando el plan toma una decisión acerca de si recibirá o no servicios de tratamiento SUD de Medi-Cal. Una notificación de determinación adversa de beneficios se utiliza también para decirle si su queja, apelación o apelación urgente no se resolvió a tiempo, o si no obtuvo los servicios dentro de los estándares de límites de tiempo del plan del condado para prestar los servicios.

¿CUÁNDO OBTENDRÉ UNA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS?

Obtendrá una notificación de determinación adversa de beneficios:

- Si su plan del condado o uno de los proveedores del plan del condado decide que usted no califica para recibir ningún servicio de tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple con el criterio de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que necesita un servicio de SUD y pide una aprobación del plan del condado, pero el plan del condado no está de acuerdo y niega la solicitud de su proveedor o cambia el tipo o frecuencia de servicio. La mayoría del tiempo recibirá una notificación de determinación adversa de beneficios antes de que reciba el servicio, pero a veces la notificación de determinación adversa de beneficios vendrá después de que haya recibido el servicio o mientras está recibiendo el servicio. Si recibe una notificación de determinación adversa de beneficios luego de que ya haya recibido el servicio no tendrá que pagar por el servicio.
- Si su proveedor ha pedido una aprobación del plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no completa a tiempo el proceso de aprobación.
- Si su plan del condado no le proporciona los servicios sobre la base de los tiempos límite que el plan del condado ha establecido. Llame a su plan del condado para determinar si el plan del condado ha establecido estándares de límites de tiempo.

- Si presenta una queja ante el plan del condado y el plan del condado no le responde con una decisión escrita en cuanto a su queja dentro de 90 días. Si presenta una apelación ante el plan del condado y el plan del condado no le responde con una decisión escrita en cuanto a su apelación dentro de 30 días, o si presentó una apelación urgente y no recibió una respuesta dentro de 72 horas.

¿SIEMPRE OBTENDRÉ UNA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS CUANDO NO OBTENGA LOS SERVICIOS QUE DESEE?

Existen casos en los cuales puede no recibir una notificación de determinación adversa de beneficios. Aún puede presentar una apelación ante el plan del condado o si ha completado el proceso de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal cuando ocurran estas cosas. Se incluye en este manual, información sobre cómo presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial. La información también debe estar disponible en la oficina de su proveedor.

¿QUÉ ME DIRÁ LA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS?

La notificación de determinación adversa de beneficios le dirá:

- Lo que hizo su plan del condado que lo afecta a usted y su capacidad de obtener servicios.
- La fecha de entrada en vigencia de la decisión y la razón por la cual el plan tomó esta decisión.
- Las reglas estatales o federales que el condado estaba siguiendo al tomar la decisión.
- Cuáles son sus derechos si no está de acuerdo con lo que hizo el plan.
- Cómo presentar una apelación ante el plan.
- Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Cómo solicitar una apelación urgente o una audiencia imparcial urgente.
- Cómo obtener ayuda para presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Qué tanto tiempo tiene para presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Si es elegible para continuar recibiendo servicios mientras que espera la decisión de una apelación o audiencia imparcial estatal.

- Cuándo debe presentar su solicitud para una apelación o audiencia imparcial estatal si desea que continúen los servicios.

¿QUÉ DEBO HACER CUANDO RECIBA UNA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS?

Cuando reciba una notificación de determinación adversa de beneficios debe leer cuidadosamente toda la información en el formulario. Si no entiende el formulario, su plan del condado puede ayudarlo. También puede pedir a otra persona que lo ayude.

Puede solicitar una continuación del servicio que haya sido discontinuado al presentar una apelación o una solicitud para audiencia imparcial estatal. Debe solicitar la continuación de los servicios no después de 10 días calendario después de la fecha del sello postal de la notificación de determinación adversa de beneficios o entrega personal, o antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

PROCESOS PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

¿QUÉ PASA SI NO OBTENGO LOS SERVICIOS QUE DESEO DE MI PLAN DMC-ODS DEL CONDADO?

Su plan del condado tiene una manera para resolver un problema acerca de cualquier tema relacionado a los servicios de tratamiento de SUD que esté recibiendo. Esto se denomina el proceso de resolución de problemas y podría involucrar los siguientes procesos.

1. El proceso de quejas, una expresión de descontento acerca de cualquier cosa con respecto a sus servicios de tratamiento de SUD, distinto a una determinación adversa de beneficios.
2. El proceso de apelación -La revisión de una decisión (negación o cambios a servicios) que se tomó con respecto a sus servicios de tratamiento de SUD por el plan del condado o su proveedor.
3. El proceso de audiencia imparcial del estado -revisión para asegurar que reciba los servicios de tratamiento de SUD a los cuales tiene derecho de conformidad con el programa Medi-Cal.

Presentar una queja o apelación, o una audiencia imparcial estatal no constituirá una acción en su contra y no afectará los servicios que esté recibiendo. Cuando su queja o apelación esté completa, su plan del condado le notificará a usted y a otros involucrados sobre el resultado final. Cuando su audiencia imparcial estatal esté completa, la oficina de audiencias estatales le notificará a usted y a otros involucrados sobre el resultado final.

Infórmese más acerca de cada proceso de resolución de problemas a continuación.

¿PUEDO OBTENER AYUDA PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN, QUEJA O AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Su plan del condado tendrá personal disponible para explicarle estos procesos y ayudarlo a reportar un problema ya sea una queja, apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal. También pueden ayudarlo a decidir si califica para lo que se denomina un “proceso de emergencia”, lo cual significa que será revisado más rápidamente ya que su salud o estabilidad están en riesgo. También puede autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo a su proveedor de tratamiento SUD.

Si desea ayuda, llame al 1-888-246-3333.

¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA PARA RESOLVER UN PROBLEMA CON MI PLAN DMC-ODS PERO NO DESEO PRESENTAR UNA QUEJA O APELACIÓN?

Puede obtener ayuda del estado si tiene problemas encontrando al personal correcto en el condado para ayudarlo a resolver su problema en el sistema.

Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina de asistencia legal local u otros grupos. Puede preguntar acerca de sus derechos de audiencia o asistencia legal gratuita de la unidad pública de consulta y respuestas:

Llame de manera gratuita a: 1-800-952-5253

Si es sordo y utiliza un teléfono para sordos, llame al: 1-800-952-8349

EL PROCESO DE QUEJAS

¿QUÉ ES UNA QUEJA?

Una queja es una expresión de insatisfacción acerca de cualquier cosa relacionada a sus servicios de tratamiento de SUD que no es ninguno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y audiencia imparcial estatal.

El proceso de quejas:

- Involucra procedimientos simples y fácilmente entendibles que le permiten presentar su queja de manera oral o escrita.
- No será adverso para usted o para su proveedor en ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo a un proveedor. Si autoriza a otra persona a actuar en su nombre, el plan del condado podría solicitarle firmar un formulario autorizando al plan a liberar información a dicha persona.
- Se asegurará de que los individuos que toman las decisiones estén calificados para hacerlo y no estén involucrados en ningún nivel previo de revisión o toma de decisión.
- Identifica las funciones y responsabilidades de usted, su plan del condado y su proveedor.
- Ofrece una resolución para la queja en las franjas de tiempo requeridas.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA QUEJA?

Puede presentar una queja ante el plan del condado en cualquier momento si no está contento con los servicios de tratamiento de SUD que esté recibiendo del plan del condado o tenga otra inquietud con respecto al plan del condado.

¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UNA QUEJA?

Puede llamar al número de teléfono de llamada gratuita del plan del condado para obtener ayuda con una queja. El condado le facilitará sobres con su dirección membretada en todas las sucursales del proveedor para que envíe su queja por correo. Las quejas se pueden presentar de manera oral o por escrito. Las quejas orales no necesitan un seguimiento por escrito.

¿CÓMO SÉ SI EL PLAN DEL CONDADO RECIBIÓ MI QUEJA?

Su plan del condado le informará que recibió su queja enviándole una confirmación escrita.

¿CUÁNDO SE DECIDIRÁ MI QUEJA?

El plan del condado debe tomar una decisión acerca de su queja dentro de 90 días calendario desde la fecha en la cual presentó su queja. Las franjas podrán extenderse hasta 14 días calendario si solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio. Un ejemplo de cuando un retraso podría ser para su beneficio es cuando el condado cree que podría resolver su queja si el plan del condado tuviera más tiempo para obtener información de usted u otras personas involucradas.

¿CÓMO SÉ SI EL PLAN DEL CONDADO HA TOMADO UNA DECISIÓN CON RESPECTO A MI QUEJA?

Cuando se haya tomado una decisión con respecto a su queja, el plan del condado le notificará a usted o a su representante por escrito de la decisión. Si su del plan del condado incumple con notificarlo a usted o a cualquier parte sobre la decisión de la queja a tiempo, entonces el del plan del condado le facilitará una notificación de determinación adversa de beneficios informándole de su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Su plan del condado le facilitará una notificación de determinación adversa de beneficios en la fecha en la cual expire la franja de tiempo.

¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR UNA QUEJA?

Puede presentar una queja en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y URGENTE)

Su plan del condado es responsable de permitirle solicitar una revisión de la decisión que se hizo con respecto a sus servicios de tratamiento por el plan o sus proveedores. Existen dos maneras en las cuales puede solicitar una revisión. Una manera es utilizando el proceso de apelación estándar. La otra manera es utilizando el proceso de apelación urgente. Estos dos tipos de apelación son similares; sin embargo, existen requisitos

específicos para calificar para una apelación urgente. Los requisitos específicos se explican a continuación.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN ESTÁNDAR?

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de un problema que tenga con el plan o su proveedor que involucra una negación o cambios a servicios que crea que necesite. Si solicita una apelación estándar, el plan del condado puede tomarse hasta 30 días para revisarla. Si cree que esperar 30 días pondría su salud en riesgo, debe solicitar una 'apelación urgente'

El proceso de apelación estándar:

- Le permitirá presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Si presenta su apelación en persona o por teléfono, debe hacer un seguimiento de ella con una apelación escrita y firmada. Puede obtener ayuda para redactar la apelación. Si no hace un seguimiento con una apelación firmada y escrita, puede que su apelación no se resuelva. Sin embargo, la fecha en la cual haya presentado la apelación oral será la fecha de presentación.
- Le garantizará que presentar una apelación no será adverso para usted o para su proveedor en ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo a un proveedor. Si autoriza a otra persona a actuar en su nombre, el plan podría solicitarle firmar un formulario autorizando al plan a liberar información a dicha persona.
- Hará que sus beneficios continúen luego de la solicitud de apelación y dentro de la franja de tiempo requerida, la cual es de 10 días desde la fecha postal marcada en su notificación de determinación adversa de beneficios o desde la entrega personal a usted. No necesita pagar por una continuación de servicios mientras que esté pendiente la apelación. Si solicita una continuación del beneficio, y la decisión final de la apelación confirma la decisión de reducir o discontinuar el servicio que esté recibiendo, puede que se le exija pagar el costo de servicios prestados mientras que la apelación haya estado pendiente;

- Se asegurará de que los individuos que toman la decisión estén calificados para hacerlo y no estén involucrados en ningún nivel previo de revisión o toma de decisión.
- Le permitirá a usted o a su representante examinar el archivo de su caso, incluyendo su registro médico y cualquier otro documento o registro considerado antes y durante el proceso de apelación.
- Le permitirá que tenga una oportunidad razonable de presentar evidencia y alegaciones de hecho o derecho, tanto en persona como por escrito.
- Le permite a usted, a su representante o al representante legal del patrimonio de un miembro fallecido estar incluidos como las partes de la apelación.
- Le dejará saber que su apelación se está revisando enviándole una confirmación escrita.
- Le informará de su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal, luego de culminar el proceso de apelación.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Puede presentar una apelación ante el plan DMC-ODS de su condado.

- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no califica para recibir ningún servicio de tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple con el criterio de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que necesita un servicio de tratamiento de SUD y pide una aprobación al condado, pero el condado no está de acuerdo y niega la solicitud de su proveedor o cambia el tipo o frecuencia de servicio.
- Si su proveedor ha pedido una aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no completa a tiempo el proceso de aprobación.
- Si su plan del condado no le proporciona los servicios sobre la base de los tiempos límite que el plan del condado ha establecido.
- Si usted no cree que el plan del condado presta los servicios a tiempo para cubrir sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación urgente no se resolvieron a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo en cuanto a los servicios de SUD que necesita.

¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Puede llamar al número de teléfono de llamada gratuita de su plan del condado para obtener ayuda con la presentación de la apelación. El plan le facilitará sobres con su dirección membretada en todas las sucursales del proveedor para que envíe su apelación por correo.

¿CÓMO SÉ SI SE HA TOMADO UNA DECISIÓN DE MI APELACIÓN?

El plan DMC-ODS de su condado le notificará a usted o a su representante por escrito acerca de la decisión de su apelación. Su notificación tendrá la siguiente información:

- Los resultados del proceso de resolución de la apelación.
- La fecha en la cual se tomó la decisión de la apelación.
- Si la apelación no se resuelve totalmente a su favor, la notificación también contendrá información con respecto a su derecho a una audiencia imparcial estatal y el procedimiento para presentar una audiencia imparcial estatal.

¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Debe presentar una apelación dentro de 60 días de la fecha de notificación de determinación adversa de beneficios. Tenga presente que no siempre tendrá una notificación de determinación adversa de beneficios. No habrá fechas límites para presentar una apelación cuando no reciba una notificación de determinación adversa de beneficios, por lo que puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

¿CUÁNDO SE TOMARÁ UNA DECISIÓN EN CUANTO A MI APELACIÓN?

El plan del condado debe decidir en cuanto a su apelación dentro de 30 días calendario desde que el plan del condado reciba su solicitud para la apelación. Las franjas podrán extenderse hasta 14 días calendario si solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio. Un ejemplo de cuando un retraso podría ser para su beneficio es cuando el condado cree que podría aprobar su apelación si el plan del condado tuviera más tiempo para obtener información de usted o de su proveedor.

¿QUÉ PASA SI NO PUEDO ESPERAR 30 DÍAS PARA LA DECISIÓN SOBRE MI APELACIÓN?

El proceso de apelación puede ser más rápido si este califica para el proceso de apelación urgente.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN URGENTE?

Una apelación urgente es una manera más rápida de decidir sobre una apelación. El proceso de apelación urgente sigue un proceso similar al proceso de apelación estándar. Sin embargo,

- Su apelación debe cumplir con ciertos requisitos.
- El proceso de apelación urgente también sigue fechas límites distintas a la apelación estándar.
- Puede hacer una solicitud verbal para una apelación urgente. No debe poner su apelación urgente por escrito.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA APELACIÓN URGENTE?

Si cree que esperar hasta 30 días calendario para la decisión de una apelación estándar podría poner en riesgo su vida, salud o su capacidad de lograr, mantener o volver a obtener una función al máximo, puede solicitar una resolución urgente de la apelación. Si el plan del condado está de acuerdo en que su apelación cumple con los requisitos para una apelación urgente, su condado resolverá su apelación urgente dentro de 72 horas después de que el plan del condado reciba la apelación. Las franjas de tiempo podrán extenderse hasta 14 días calendario si solicita una extensión, o si el plan del condado demuestra que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio. Si su plan del condado extiende las franjas de tiempo, el plan le dará una explicación escrita en cuanto a por qué se extendieron las franjas de tiempo.

Si el plan del condado decide que su apelación no califica para una apelación urgente, el plan del condado debe hacer esfuerzos razonables para darle una notificación oral oportuna y le notificará por escrito dentro de 2 días calendario dándole la razón de la decisión. Entonces su apelación seguirá las franjas de tiempo de la apelación estándar señaladas anteriormente en esta sección. Si no está de acuerdo con la decisión del condado en cuanto a que su apelación no cumple con el criterio de apelación urgente, puede presentar una queja.

Una vez que su plan del condado resuelva su solicitud de apelación urgente, el plan le notificará a usted y a todas las partes afectadas de manera oral y escrita.

EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Una audiencia imparcial estatal es una revisión independiente conducida el departamento de servicios sociales de California para asegurar que reciba los servicios de tratamiento de SUD a los cuales tenga derecho de conformidad con el programa Medi-Cal.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS EN UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Tiene derecho a:

- Tener una audiencia ante el departamento de servicios sociales de California (también denominada audiencia imparcial estatal).
- Informarse sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Informarse acerca de las reglas que regulan la representación en la audiencia imparcial estatal.
- Hacer que se continúen sus beneficios luego de su solicitud durante el proceso de audiencia imparcial estatal si solicita una audiencia imparcial estatal dentro de las franjas de tiempo requeridas.

¿CUÁNDO PUEDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

- Si ha completado el proceso de apelación del plan del condado.
- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no califica para recibir ningún servicio de tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple con el criterio de necesidad médica.
- Su proveedor cree que necesita un servicio de tratamiento de SUD y pide una aprobación del plan del condado, pero el plan del condado no está de acuerdo y niega la solicitud de su proveedor o cambia el tipo o frecuencia de servicio.

- Si su proveedor ha pedido una aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no completa a tiempo el proceso de aprobación.
- Si su plan del condado no le proporciona los servicios sobre la base de los tiempos límite que el condado ha establecido.
- Si usted no cree que el plan del condado presta los servicios a tiempo para cubrir sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación urgente no se resolvieron a tiempo.
- Usted y su proveedor no están de acuerdo en cuanto a los servicios de tratamiento de SUD que necesita.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal directamente del departamento de servicios sociales de California. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal escribiendo a:

División de audiencias estatales

Departamento de servicios sociales de California

744 P Street, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 95814

También puede llamar al 1-800-952-8349 o al teléfono para sordomudos 1-800-952-8349.

¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Solo tiene 120 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal. Los 120 días comienzan ya sea el día después de que el plan del condado le dé personalmente su notificación de decisión de apelación, o el día después de la fecha del sello postal de la notificación de decisión de apelación del condado.

Si no recibió una notificación de determinación adversa de beneficios puede solicitar una audiencia imparcial estatal en cualquier momento.

¿PUEDO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS MIENTRAS ESPERO UNA DECISIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Sí, si se encuentra actualmente recibiendo un tratamiento y desea continuar con su tratamiento durante su apelación, debe solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de 10 días desde la fecha del sello postal de su notificación de decisión de la apelación o entrega personal O antes de la fecha en su plan del condado le diga que los servicios se terminarán o reducirán. Cuando solicite una audiencia imparcial estatal, debe decir que desea continuar con los servicios durante su tratamiento. Adicionalmente, no tendrá que pagar por los servicios recibidos mientras que esté pendiente una audiencia imparcial estatal.

Si solicita una continuación del beneficio, y la decisión final de la audiencia imparcial estatal confirma la decisión de reducir o discontinuar el servicio que esté recibiendo, puede que se le exija pagar el costo de servicios prestados mientras que haya estado pendiente la audiencia imparcial estatal.

¿QUÉ PASA SI NO PUEDO ESPERAR 90 DÍAS PARA LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal urgente (más rápida) si cree que la franja de tiempo de 90 días calendario podría causar problemas graves a su salud, incluyendo problemas con su capacidad para obtener, mantener o recuperar funciones vitales importantes. El departamento de servicios sociales, división de audiencias estatales, revisará su solicitud de una audiencia imparcial estatal urgente y decidirá si la misma califica. Si se aprueba su solicitud de audiencia urgente, se dará a lugar una audiencia y se emitirá una decisión sobre la audiencia dentro de 3 días laborales de la fecha en la cual su solicitud sea recibida por la división de audiencias estatales.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA MEDI-CAL DE CALIFORNIA

¿QUIÉNES PUEDEN OBTENER MEDI-CAL?

Puede calificar para Medi-Cal si se encuentra en uno de estos grupos:

- 65 o más años de edad
- Menos de 21 años de edad
- Un adulto, entre 21 y 65 años basado en la elegibilidad de ingresos
- Ciego o incapacitado
- Embarazada
- Ciertos refugiados o inmigrantes de Cuba/Haití
- Recibir cuidados en un hogar de ancianos

Debe vivir en California para calificar para Medi-Cal. Llame o visite su oficina local de servicios sociales del condado para pedir una solicitud de Medi-Cal, u obtenga una en el internet en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx>

¿TENGO QUE PAGAR POR MEDI-CAL?

Puede que tenga que pagar por Medi-Cal dependiendo del monto de dinero que obtenga o gane cada mes.

- Si sus ingresos son menores a los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si su ingreso es mayor que los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, tendrá que pagar algo de dinero por sus servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal. El monto que usted paga se denomina “porción del costo”. Una vez que ha pagado su “porción del costo” Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas para ese mes. En los meses en los que no tenga gastos médicos, yo tiene que pagar nada.
- Puede que deba pagar un “copago” por cualquier tratamiento bajo Medi-Cal. Esto significa que usted paga un monto de su bolsillo cada vez que obtiene un servicio médico o de tratamiento de SUD o una droga recetada (medicina) y un copago si va a la sala de emergencias de un hospital para sus servicios regulares. Su proveedor le dirá si necesita hacer un copago.

¿MEDI-CAL CUBRE LA TRANSPORTACIÓN?

Si tiene problemas para llegar a sus citas médicas o citas para tratamiento de drogas y alcohol, el programa Medi-Cal le puede ayudar a encontrar un transporte.

- Para menores, el programa CHDP (salud infantil y prevención de incapacidad) puede ayudarlo. Puede que también desee contactar a la oficina de servicios sociales de su condado. Se puede acceder a Servicios para Familias y Niños en <http://www.sfhsa.org/174.htm> o mediante la línea TALK (415-441-KIDS). También puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, y luego haciendo clic en “Servicios” y luego en “Medi-Cal”.
- Para adultos, la oficina de servicios sociales de su condado lo puede ayudar. Para obtener una lista completa de las oficinas de la Agencia de Servicios Humanos en San Francisco, consulte <http://www.sfhsa.org/6636.htm>. O puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, y luego haciendo clic en “Servicios” y luego “Medi-Cal”.
- Si está inscrito en un MCP (plan de cuidados administrado por Medi-Cal), se exige que el MHP asista con la transportación de conformidad con la Sección 14132 (ad) del Código de Bienestar e Instituciones. Los servicios de transportación están disponibles para todas las necesidades de servicios, incluyendo aquellos no incluidos en el programa DMC-ODS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO RECEPTOR DE SERVICIOS DE DMC-ODS?

Como una persona elegible para Medi-Cal y que reside en un condado de programa piloto DMC-ODS, tiene derecho a recibir servicios de tratamiento de SUD necesarios médicamente por el plan del condado. Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dando la debida consideración a su derecho de privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas en una manera apropiada para la condición del miembro y su capacidad de entender.
- Participar en las decisiones con respecto a sus cuidados de SUD, incluyendo el derecho a rehusarse a un tratamiento.

- Recibir un acceso oportuno a cuidados, incluyendo poner a disponibilidad servicios las 24 horas del día, 7 días de la semana, cuando sea médicamente necesario tratar una condición emergencia o una condición urgente o crisis.
- Recibir la información en este manual acerca de los de tratamientos de SUD cubiertos por el plan DMC-ODS del condado, otras obligaciones del plan del condado y sus derechos según se describen en el presente.
- Hacer que se proteja su información confidencial.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que se enmienden o corrijan según se especifica en la Sección 164.524 y 164.526 del Artículo 45 del Código de Regulaciones Federales.
- Recibir materiales escritos en formatos alternativos (incluyendo Braille, impresión en tamaño grande y formato de audio) por solicitud en una manera oportuna y apropiada para el formato que se solicita.
- Recibir servicios de interpretación oral para su idioma preferido.
- Recibir servicios de tratamiento de SUD de un plan del condado que siga los requisitos del su contrato con el estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de una capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad de cuidados y cobertura y autorización de servicios.
- Acceder a servicios de consentimiento para menores, si usted es un menor.
- Acceder de manera oportuna a servicios fuera de la red que sean necesarios médicamente, si el plan no tiene un empleado o proveedor de contrato que pueda prestar los servicios. “Proveedor fuera de la red” significa un proveedor que no está en la lista de proveedores del plan del condado. El condado debe asegurar que usted no pague nada adicional por ver a un proveedor fuera de la red. Puede contactar a servicios para los miembros al 1-888-246-3333 para obtener información sobre cómo recibir los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Solicitar una segunda opinión de un profesional de cuidados de salud calificado dentro de la red del condado o uno fuera de la red, sin costo adicional para usted.
- Presentar quejas, ya sea verbalmente o por escrito, acerca de la organización o el cuidado recibido.
- Solicitar una apelación, ya sea verbalmente o por escrito, luego de recibir una notificación de determinación adversa de beneficios.

- Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal, incluyendo información sobre las circunstancias bajo las cuales es posible una audiencia imparcial urgente.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Ser libre de ejercer estos derechos sin afectar de manera adversa cómo sea tratado por el plan del condado, proveedores o por el Estado.

¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES COMO RECEPTOR DE SERVICIOS DE DMC-ODS?

Como receptor de servicios de DMC- ODS, es su responsabilidad:

- Lea cuidadosamente los materiales de información de miembros que ha recibido del plan del condado. Estos materiales lo ayudarán a entender qué servicios están disponibles y cómo obtener el tratamiento que necesita.
- Asista a su tratamiento según se programe. Tendrá el mejor resultado si sigue su plan de tratamiento. Si necesita faltar a una cita, llame a su proveedor con por lo menos 24 horas de anticipación y re programe una cita para otro día y hora.
- Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de Medi-Cal (plan del condado) cuando asista a un tratamiento.
- Deje saber a su proveedor si necesita un intérprete antes de su cita.
- Dígale a su proveedor sus inquietudes médicas para que su plan sea preciso. Mientras más completa sea la información que comparte acerca de sus necesidades, más exitoso será el tratamiento.
- Asegúrese de hacer a su proveedor cualquier pregunta que tenga. Es muy importante que entienda completamente su plan de tratamiento y cualquier otra información que reciba durante el tratamiento.
- Siga el plan de tratamiento que usted y su proveedor han acordado.
- Estar dispuesto a desarrollar una relación de trabajo sólida con el proveedor que lo esté tratando.
- Contacte al plan del condado si tiene cualquier pregunta acerca de sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor que no pueda resolver.
- Comunique a su proveedor y al plan del condado si tiene algún cambio de su información personal. Esto incluye dirección, número de teléfono y cualquier

otra información médica que pueda afectar su capacidad para participar en el tratamiento.

- Trate al personal que le provee su tratamiento con respeto y cortesía.
- Si sospecha de un fraude o algo ilegal, repórtelo al DPH Oficina de Cumplimiento y Asuntos de Privacidad 855-729-6040 o compliance.privacy@sfdph.org.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

<https://public.tableau.com/profile/sfdph.business.intelligence#!/vizhome/BHSPProviderDirectory-Spanish/INFORMATION?publish=yes>