

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)



San Francisco
Health Network

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Non-English Access to Service – Free of Charge

Spanish (Español) - 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).

Chinese (繁體中文)

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)

Vietnamese (Tiếng Việt)

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).

Filipino (Tagalog)

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).

Korean (한국어)

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.

Armenian (Հայերեն)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (415-255-3737; TDD: 415-473-3344)

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

Japanese (日本語)

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。

Hmong (Hmoob) - 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).

TABLA DE CONTENIDOS

INFORMACIÓN GENERAL.....	4
SERVICIOS.....	8
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS.....	13
NECESIDAD MÉDICA.....	15
CÓMO SELECCIONAR A UN PROVEEDOR.....	16
AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS.....	18
PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	21
EL PROCESO DE AGRAVIO.....	22
EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y EXPEDITO).....	24
EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL.....	28
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA.....	31
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO.....	32
DIRECTORIO DE PROVEEDORES.....	35

INFORMACIÓN GENERAL

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los servicios de emergencia están cubiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted cree que tiene una emergencia de salud, llame al 911 o acuda por ayuda a la sala de emergencias más cercana.

Los Servicios de Emergencia son servicios que se prestan por una afección médica inesperada, incluyendo una afección médica de emergencia psiquiátrica.

Una afección médica de emergencia está presente cuando usted tiene síntomas que causan dolor severo o una enfermedad seria o una lesión, que un laico prudente (una persona no médica cuidadosa o precavida) creería y podría razonablemente esperar que sin cuidado médico podría:

- Poner su salud en grave peligro, o
- Si está embarazada, poner su salud o la salud de su bebé por nacer en grave peligro,
- Causar un daño grave a la forma en que funciona su cuerpo, o
- Causar un daño grave a algún órgano o parte del cuerpo.

Usted tiene derecho a usar cualquier hospital en caso de emergencia. Los servicios de emergencia nunca requieren autorización.

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 usted comprenda cómo funciona el plan del Sistema de prestación organizada de servicios del programa Drug Medi-Cal (DMC-ODS) para que usted pueda obtener la atención que necesita. Este manual le explica sus beneficios y cómo obtener cuidados. También responderá muchas de sus preguntas.

Usted se informará sobre:

- Cómo recibir servicios de tratamiento para un trastorno de consumo de sustancias (SUD) mediante su plan de DMC-ODS del condado.

- A cuáles beneficios tiene acceso
- Qué hacer si tiene una duda o problema.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro de su plan de DMC-ODS del condado

Si no lee este manual ahora, se recomienda conservar este manual para que pueda leerlo después.

Utilice este manual como un complemento al manual para miembros que recibió al inscribirse en su plan actual de beneficios de Medi-Cal. Esto pudiera ser con un plan administrado de atención de la salud mediante Medi-Cal o con el programa regular de "Tarifa por Servicio" de Medi-Cal.

COMO MIEMBRO DEL PLAN DMC-ODS DE SAN FRANCISCO, EL PLAN ES RESPONSABLE DE ...

- Averiguar si usted es elegible para los servicios de DMC-ODS del Condado de San Francisco o su red de proveedores.
- Coordinar su cuidado.
- Proporcionar un número telefónico gratuito que atienda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y que pueda orientarle sobre cómo obtener servicios de parte del plan del condado. También puede comunicarse con el plan del condado a este número para solicitar la disponibilidad de atención fuera del horario laboral.
- Tener suficientes proveedores para garantizar que usted pueda obtener los servicios de tratamiento de SUD cubiertos por el plan del condado en caso de necesitarlos.
- Informarle detalladamente sobre los servicios disponibles para usted de parte de su plan del condado.
- Proporcionarle los servicios en su idioma o mediante un intérprete (de ser necesario) sin costo alguno, y también hacerle saber que estos servicios del intérprete están disponibles.
- Proporcionarle información por escrito sobre lo que hay disponible para usted en otros idiomas o por otros medios. San Francisco ofrece todas 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>

- Darle aviso sobre todo cambio significativo en la información especificada de este manual por lo menos 30 días antes de la fecha efectiva prevista del cambio. Un cambio sería considerado significativo cuando hay un aumento o una disminución en la cantidad o el tipo de servicios que están disponibles, o si hay un aumento o una disminución en el número de proveedores de la red, o si hay cualquier otro cambio que afectaría los beneficios que usted recibe a través del Plan del Condado.
- Informarle si algún proveedor contratado se niega a realizar o apoyar cualquier servicio cubierto debido a objeciones morales, éticas o religiosas, e informarle de proveedores alternativos que ofrecen el servicio cubierto.

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 DIFERENTE

Los miembros que necesitan materiales en otro idioma pueden consultar:

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

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN PROBLEMAS PARA LEER

Miembros que tienen problemas para leer, por favor consulten:

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

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN PROBLEMAS PARA ESCUCHAR

Miembros que tienen problemas para escuchar, por favor consulten:

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

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN PROBLEMAS PARA ESCUCHAR

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.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

SERVICIOS

¿CUÁLES SON LOS SERVICIOS DMC-ODS?

Los servicios de DMC-ODS son servicios de atención de la salud para personas que tienen al menos un SUD que un médico regular no puede tratar.

LOS SERVICIOS DMC-ODS INCLUYEN:

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

Si quiere saber más sobre cada servicio de DMC-ODS que pudiera estar disponible para usted, favor de leer las siguientes descripciones:

SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS

- Se proporcionan servicios de consejería a los miembros, hasta nueve horas por semana para adultos y menos de seis horas por semana para adolescentes, cuando se determina que existe necesidad médica de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Los servicios pueden ser prestados

por un profesional autorizado o por un consejero certificado en un lugar adecuado de la comunidad.

- Los servicios para pacientes externos incluyen el ingreso y la valoración, la planificación del tratamiento, la consejería individual, la consejería de grupo, la terapia familiar, los servicios colaterales, los servicios informativos para miembros, los servicios de medicamentos, los servicios de intervención en caso de crisis y la planificación del alta.
- Los servicios para pacientes externos se consideran atención de nivel uno y no requieren autorización.

TRATAMIENTO INTENSIVO PARA PACIENTES EXTERNOS

- Los servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos se proporcionan 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 determina una necesidad médica de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Los servicios consisten principalmente de consejería y servicios informativos sobre los problemas relacionados con las adicciones. Los servicios pueden ser prestados por un consejero certificado en un lugar adecuado de la comunidad.
- Los servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos incluyen los mismos componentes que los servicios para pacientes externos. La principal diferencia es el mayor número de horas de servicio.

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (SOLO DISPONIBLE EN ALGUNOS CONDADOS)

- Los servicios de hospitalización parcial incluyen 20 o más horas de programación clínica intensiva por semana, tal y como se especifica en el plan de tratamiento del miembro. Los programas de hospitalización parcial generalmente tienen acceso directo a servicios de laboratorio, médicos y psiquiátricos, y sirven para cumplir con las necesidades identificadas que ameriten un manejo o supervisión diarios, pero que se puedan abordar de manera adecuada en un ambiente estructurado para pacientes externos.
- Los servicios de hospitalización parcial son similares a los servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos, siendo la principal diferencia un aumento en el número de horas y el acceso adicional a servicios médicos.
- Este servicio no está disponible en el condado de San Francisco.

TRATAMIENTO RESIDENCIAL (SUJETO A PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL CONDADO)

- El tratamiento residencial es un programa residencial a corto plazo, no médico, disponible las 24 horas, que no involucra a una institución, y que ofrece servicios de rehabilitación para miembros con un diagnóstico de SUD cuando se determina una necesidad médica, de acuerdo con un plan individualizado de tratamiento. Cada paciente debe vivir en el lugar y debe recibir apoyo en sus esfuerzos por restaurar, mantener y aplicar las habilidades de vida independiente e interpersonales, y por acceder a los sistemas comunitarios de apoyo. Los proveedores y residentes trabajan de forma colaborativa para definir las barreras, establecer las prioridades, establecer las metas, generar los planes de tratamiento y resolver los problemas relacionados con el SUD. Las metas incluyen conservar la abstinencia, prepararse para los desencadenantes de recaídas, mejorar la salud personal y el funcionamiento social, y participar en cuidados continuos.
- Los servicios residenciales requieren de una autorización previa por parte del condado. Cada autorización para los servicios residenciales puede ser por un máximo de 90 días para adultos y de 30 días para jóvenes. Solamente se permiten dos autorizaciones para servicios residenciales por cada periodo de un año. Es posible tener una extensión de 30 días por año con base en la necesidad médica. Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios residenciales hasta el último día del mes en el que cumplan 60 días después del parto. Los miembros elegibles para Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) (menores de 21 años) no tendrán los límites de autorización descritos anteriormente, siempre y cuando la necesidad médica establezca que se requiere de servicios residenciales continuos.
- Los servicios residenciales incluyen admisión y valoración, planificación de tratamiento, consejería individual, consejería de grupo, terapia familia, servicios colaterales, servicios informativos para miembros, servicios de medicamentos, protección de medicamentos (los centros almacenarán todos los medicamentos del residente y los miembros del personal del centro pueden ayudar con la autoadministración de medicamentos del residente), servicios de intervención en caso de crisis, transporte (provisión de o la coordinación del transporte hacia y desde un tratamiento médicamente necesario), y planificación del alta.

MANEJO DE ABSTINENCIA

- Los servicios de manejo de abstinencia se proporcionan cuando se determina una necesidad médica, y de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Cada miembro debe residir en el lugar si recibe un tratamiento residencial, y se supervisará durante el proceso de desintoxicación. Los servicios por necesidad médica para la habilitación y la rehabilitación se proporcionan de acuerdo con el plan individualizado del cliente, recetados por un médico autorizado o alguien con la capacidad de recetar, y aprobados y autorizados de acuerdo con los requerimientos del Estado de California.
- Los servicios de manejo de abstinencia incluyen ingreso y valoración, observación (para evaluar el estado de salud y la respuesta a todo medicamento recetado), servicios de medicamentos y planificación del alta.

TRATAMIENTO CONTRA OPIOIDES

- Se ofrecen servicios de Programa de Tratamiento (OTP/NTP) contra Opioides (Narcóticos) en los centros autorizados de NTP. Los servicios por necesidad médica se proporcionan de acuerdo con el plan individualizado del cliente, determinado por un médico autorizado o alguien con la capacidad de recetar, y aprobados y autorizados de acuerdo con los requerimientos del Estado de California. Los OTP/NTP están obligados a ofrecer y recetar medicamentos a los miembros cubiertos conforme a la lista autorizada de DMC-ODS, incluida metadona, buprenorfina, naloxona y disulfiram.
- Un miembro debe recibir al menos 50 minutos de sesiones de consejería con un terapeuta o consejero y hasta 200 minutos por mes calendario, aunque pueden proporcionarse servicios adicionales con base en la necesidad médica.
- Los servicios de tratamiento contra opioides incluyen los mismos componentes que los servicios de tratamiento para pacientes externos, con la adición de psicoterapia médica que consiste de charlas en persona realizadas con un médico, de manera individual con el miembro.

TRATAMIENTO ASISTIDO CON MEDICAMENTOS (VARÍA SEGÚN EL CONDADO)

- Los servicios de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) están disponibles fuera de la clínica de OTP. El MAT es el uso de medicamentos que necesitan receta, en combinación con terapias conductuales y de consejería, para darle un enfoque integral personal al tratamiento de un SUD. Ofrecer este nivel de servicio es opcional para los condados participantes.

- Los servicios de MAT incluyen ordenar, recetar, administrar y supervisar todos los medicamentos para el SUD. La dependencia al alcohol y de opioides, en particular, tienen opciones bien establecidas de medicamentos. Los médicos y otras personas autorizadas para recetar pudieran ofrecer medicamentos a los miembros cubiertos conforme al lista autorizada de DMC-ODS, incluyendo buprenorfina, naloxona, disulfiram, vivitrol, acamprosato o cualquier medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de un SUD.

SERVICIOS DE RECUPERACIÓN

- Los servicios de recuperación son importantes para el bienestar y la recuperación del miembro. La comunidad del tratamiento se convierte en un agente terapéutico a través del cual se empodera y se prepara a los miembros para que manejen su salud y la atención de su salud. Por lo tanto, el tratamiento debe enfatizar el papel central del miembro en el manejo de su salud, utilizar estrategias eficaces de apoyo para el automanejo, y organizar los recursos comunitarios e internos para proporcionar un apoyo continuo de automanejo para los miembros.
- Los servicios de recuperación incluyen consejería de grupo e individual; asistencia contra el consumo de sustancias/para la supervisión de recuperación (consejería de recuperación, prevención de recaídas, servicios entre iguales); y manejo de caso (vinculación a servicios informativos, vocacionales, de apoyo familiar, de apoyo comunitario, de vivienda, de transporte y otros, según sea necesario).

MANEJO DE CASOS

- Los servicios de manejo de casos ayudan a un beneficiario a acceder a los servicios necesarios médicos, educativos, sociales, prevocacionales, vocacionales, de rehabilitación u otro tipo de servicios comunitarios. Estos servicios se enfocan en la coordinación del cuidado del SUD, la integración de los cuidados primarios especialmente para los miembros con un SUD crónico, y la interacción con el sistema de justicia penal, en caso de ser necesario.
- Los servicios de manejo de caso incluyen una valoración integral y una revaloración periódica de las necesidades individuales para determinar la necesidad de continuar con los servicios de manejo de caso; transiciones a niveles más altos o más bajos de cuidado del SUD; desarrollo y revisión periódica de un plan del cliente que incluya actividades del servicio;

comunicación, coordinación, referencias y actividades relacionadas; supervisión del servicio para garantizar que el miembro pueda acceder al servicio y al sistema de servicios; supervisión de los avances del miembro; y defensa del miembro, vinculación a cuidados de salud mental y física, transporte y retención en servicios de cuidados primarios.

- El manejo del caso será consistente con y no infringirá la confidencialidad de ningún miembro, según lo establecido en la ley Federal y de California.

EVALUACIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO (EPSDT)

Si usted es menor de 21 años de edad, puede recibir servicios adicionales médicamente necesarios conforme a la Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT). Los servicios EPSDT incluyen exámenes de detección, servicios de visión, dentales, de audición y demás servicios obligatorios y opcionales médicamente necesarios contemplados en la ley federal 42 U.S.C. 1396d (a) para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en un examen de detección EPSDT, independientemente de que los servicios estén cubiertos o no para adultos. El requisito de necesidad médica y efectividad en costos son las únicas limitaciones o exclusiones aplicables a los servicios EPSDT.

Para obtener una descripción más completa de los servicios de EPSDT que están disponibles y para que le respondan sus preguntas, llame sin costo a la Línea de acceso a la salud conductual al: 1-888-246-3333.

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS

¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS?

Si usted cree que necesita servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (SUD), puede obtenerlos solicitándolos al plan del condado usted mismo. Puede llamar sin costo a la línea de acceso a la salud conductual al 1-888-246-3333. También existen otras formas en las cuales usted puede recibir una referencia a su plan del condado para servicios de tratamiento de SUD. Su plan del condado está obligado a aceptar las referencias para servicios de tratamiento de SUD de parte de médicos y otros proveedores de cuidados primarios que piensen que usted pudiera necesitar estos servicios, y de parte de su plan administrado de atención de la salud mediante Medi-Cal, si usted es miembro. Generalmente, el proveedor o el plan administrado de atención de la salud mediante Medi-Cal necesitará su permiso o el

permiso de uno de los padres o cuidadores de un menor de edad para hacer la referencia, a menos que sea una emergencia. Otras personas y organizaciones pudieran también hacer referencias al condado, incluyendo las escuelas; los departamentos de servicios sociales o de asistencia social; los curadores, tutores o familiares; así como las agencias de la ley.

Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores de Servicios contra el Consumo de Sustancias de la Red de Salud de San Francisco. Si cualquier proveedor contratado se opone a realizar o apoyar cualquier servicio cubierto, la Ciudad y Condado de San Francisco hará arreglos para que otro proveedor preste el servicio. La Ciudad y Condado de San Francisco responderá puntualmente con referencias y coordinación en caso de que un servicio cubierto no esté disponible por parte de un proveedor debido a objeciones religiosas, éticas o morales al servicio cubierto.

Las estrategias de San Francisco para mejorar las transiciones de la atención entre los diferentes niveles de atención incluyen "transferencias simpáticas" como:

- Transiciones de rutina de la atención por todo el espectro del tratamiento manejadas por gerentes de casos y coordinadores de la atención en cada programa
- El Programa de Acceso al Tratamiento (TAP) tramita las solicitudes de transición de la atención al nivel tres, residencial, revisando la recomendación del nivel de atención de SUD y autorizando las referencias.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS?

La Ciudad y Condado de San Francisco participa en el programa piloto de DMC-ODS. Ya que usted es residente de San Francisco, puede obtener servicios de DMC-ODS en el condado donde vive a través del plan DMC-ODS del condado. Su plan del condado tiene proveedores de tratamiento de SUD disponibles para tratar los padecimientos cubiertos por el plan. Otros condados que ofrecen servicios de tratamiento por trastorno de abuso de sustancias (Drug Medi-Cal: DMC) que no están participando en el programa piloto de DMC-ODS podrán proporcionarle servicios regulares de DMC si es necesario. Si usted es menor de 21 años de edad, también es elegible para los servicios EPSDT en cualquier otro condado en todo el estado.

ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO DE SERVICIO

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 PUEDO SABER CUANDO NECESITO AYUDA?

Muchas personas batallan en la vida y pudieran sufrir de problemas con un SUD.

Lo más importante que debe recordar al preguntarse si necesita ayuda profesional es confiar en usted mismo. Si usted es elegible para Medi-Cal y cree que puede necesitar ayuda profesional, debe solicitar una evaluación al plan de su condado para confirmarlo, ya que actualmente reside en un condado participante de DMC-ODS.

¿CÓMO PUEDO SABER CUANDO UN NIÑO O UN ADOLESCENTE NECESITAN AYUDA?

Puede comunicarse con el plan de DMC-ODS de su condado participante para una valoración de su hijo(a) menor de edad si cree que él/ella muestra alguno de los signos de un SUD. Si su hijo(a) menor de edad califica para Medi-Cal y la valoración del condado indica que son necesarios los servicios de tratamiento contra alcohol o drogas que están cubiertos por el condado participante, el condado hará los arreglos para que su hijo(a) menor de edad reciba los servicios.

NECESIDAD MÉDICA

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

Una de las condiciones necesarias para recibir los servicios de tratamiento de SUD mediante su plan de DMC-ODS del condado es la llamada "necesidad médica". Esto significa que un médico u otro profesional autorizado hablarán con usted para decidir si existe una necesidad médica de los servicios, y si es posible ayudarle mediante los servicios si los recibiera.

El término "necesidad médica" es importante porque ayudará a decidir si usted es elegible para los servicios de DMC-ODS, y qué tipo de servicios de DMC-ODS son los adecuados. Decidir si existe una necesidad médica es una parte muy importante del proceso para recibir los servicios de DMC-ODS.

¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE "NECESIDAD MÉDICA" PARA LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS?

Como parte de la determinación de si usted necesita servicios de tratamiento de SUD, el plan de DMC-ODS del condado trabajará con usted y su proveedor de DMC-ODS para decidir si los servicios responden a una necesidad médica, tal y como ya se explicó. Esta sección explica cómo su condado participante tomará esa decisión.

Con el fin de recibir los servicios mediante el DMC-ODS, usted debe cumplir con los siguientes criterios:

- Usted debe estar inscrito en Medi-Cal.
- Usted debe residir en un condado que participe en el DMC-ODS.
- Debe tener al menos un diagnóstico basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de un trastorno adictivo relacionado con sustancias, con ciertas excepciones para los jóvenes menores de 21 años, y debe tener una evaluación de "en riesgo" de desarrollar un SUD.
- Usted debe cumplir con la definición de "necesidad médica" de servicios según la Sociedad Norteamericana de Medicina contra las Adicciones (ASAM) para servicios con base en los criterios de ASAM (los Criterios de ASAM son el estándar nacional de tratamiento para los padecimientos adictivos y relacionados con sustancias).

Usted no necesita saber si tiene un diagnóstico para pedir ayuda. Su plan de DMC-ODS del condado le ayudará a conseguir esta información y determinará si existe la necesidad médica mediante una valoración.

CÓMO SELECCIONAR A UN PROVEEDOR

¿CÓMO PUEDO ENCONTRAR UN PROVEEDOR PARA LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE NECESITO?

El plan del condado puede establecer ciertos límites sobre su elección de proveedores. Su plan de DMC-ODS del condado debe darle la oportunidad de elegir entre al menos dos proveedores cuando usted apenas inicia con los servicios, a menos que el plan del condado tenga una buena razón por la que no pueda

ofrecer opciones, por ejemplo, si solo hay un proveedor que puede dar el servicio que usted necesita. Su plan del condado también debe permitirle cambiar de proveedor. Cuando usted solicite cambiar de proveedor, el condado debe permitirle elegir entre al menos dos proveedores, a menos que haya una buena razón para no hacerlo.

En ocasiones, los proveedores contratados por el condado se salen de la red del condado por iniciativa propia o a petición del plan del condado. Cuando esto ocurre, el plan del condado debe hacer un esfuerzo de buena fe para dar un aviso por escrito sobre la finalización del contrato del condado con el proveedor en un plazo no mayor a 15 días después de la recepción o emisión del aviso de finalización, a cada una de las personas que recibían servicios de tratamiento de SUD de parte de dicho proveedor.

UNA VEZ QUE ENCUENTRE A UN PROVEEDOR, ¿PUEDE EL PLAN DEL CONDADO INFORMAR AL PROVEEDOR SOBRE QUÉ SERVICIOS TENGO?

Usted, su proveedor, y el plan del condado participan para decidir qué servicios necesita recibir de parte del condado, al seguir los criterios de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos. En ocasiones el condado le dejará a usted y al proveedor la decisión. En otras ocasiones, el plan del condado pudiera requerir que su proveedor le pida al plan del condado que revise las razones por las que su proveedor cree que usted necesita un servicio, antes de que se proporcione. El plan del condado debe asignar a un profesional calificado para que haga la revisión. Este proceso de revisión se denomina proceso de autorización de pago del plan.

El proceso de autorización de parte del plan del condado debe seguir tiempos específicos. En el caso de una autorización estándar, el plan debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor en un plazo no mayor a 14 días calendario. Si usted o su proveedor solicitan, o si el plan del condado considera que es para beneficio de usted, recibir más información de parte de su proveedor, el plazo puede extenderse hasta por otros 14 días. Un ejemplo de cuando una extensión pudiera ser para su beneficio es cuando el condado considera que pudiera ser posible aprobar la solicitud de su proveedor si el plan del condado contara con información adicional de parte de su proveedor, y que tendría que negar la solicitud si no contara con dicha información. Si el plan del condado extiende el plazo, el condado le enviará a usted un aviso por escrito sobre la extensión.

Si el condado no toma una decisión dentro del plazo requerido para una solicitud de autorización estándar o expedita, el plan del condado debe enviarle un Aviso de

Determinación Adversa sobre Beneficios, diciéndole que se le niegan los servicios y que puede presentar una apelación o pedir una Audiencia Imparcial Estatal.

Usted puede pedir al plan del condado más información sobre este proceso de autorización. Consulte la sección del frente de este manual para ver cómo solicitar la información.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan del condado sobre un proceso de autorización, puede presentar una apelación con el condado o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

¿CUÁLES PROVEEDORES UTILIZA MI PLAN DE DMC-ODS?

Si usted es nuevo en el plan del condado, al final de este manual puede encontrar información sobre cómo obtener una lista completa de proveedores de parte de su plan del condado, la cual contiene información sobre dónde se ubican los proveedores, los servicios de tratamiento de SUD que ofrecen, y otra información para ayudarle a acceder a la atención, incluida información sobre los servicios culturales y de idiomas que están disponibles de parte de los proveedores. Si usted tiene alguna pregunta sobre los proveedores, llame sin costo a la Línea de acceso a la salud conductual al: 1-888-246-3333.

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS

¿QUÉ ES UN AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS?

Un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios, en ocasiones llamado un NOA, es un formulario que su plan de DMC-ODS del condado utiliza para avisarle cuando el plan tome una decisión sobre si usted recibirá o no servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal. Un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios también se utiliza para decirle si su agravio, apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo, o si usted no recibió los servicios dentro de los estándares de tiempo del plan del condado para proporcionar los servicios.

¿CUÁNDO RECIBIRÉ UN AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS?

Usted recibirá un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios:

- Si su plan del condado o alguno de los proveedores del plan del condado deciden que usted no califica para recibir servicios de tratamiento de SUD de

Medi-Cal debido a que usted no cumple con los criterios de necesidad médica.

- Si su proveedor cree que usted necesita un servicio de SUD y pide la aprobación de parte del plan del condado, pero el plan del condado no está de acuerdo y se niega a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio. La mayor parte de las veces usted recibirá un Aviso de Determinación de Adversa sobre Beneficios antes de recibir el servicio, pero en ocasiones el Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios llegará después, cuando usted ya haya recibido el servicio, o mientras usted esté recibiendo el servicio. Si usted recibe un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios después de haber recibido el servicio, usted no tendrá que pagar por el servicio.
- Si su proveedor le ha pedido su aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le proporciona servicios con base en los plazos que el plan del condado ha establecido. Llame a su plan del condado para averiguar si el plan del condado ha establecido estándares de tiempo.
- Si presenta un agravio con el plan del condado y el plan del condado no le responde con una decisión por escrito a su agravio en un plazo máximo de 90 días. Si presenta una apelación con el plan del condado y el plan del condado no le responde con una decisión por escrito a su apelación en un plazo máximo de 30 días, o si usted presentó una apelación expedita y no recibió una respuesta en un plazo de tres días laborables.

¿SIEMPRE RECIBIRÉ UN AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS CUANDO NO OBTENGO LOS SERVICIOS QUE DESEO?

Existen algunos casos en los que es posible que usted no reciba un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios. Aún así puede presentar una apelación con el plan del condado o si ha completado el proceso de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal si tales casos llegaran a ocurrir. En este manual se incluye 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 EL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS?

El Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios le dirá:

- Qué hizo su plan del condado que le afecte a usted y a su posibilidad de recibir los servicios.
- La fecha de entrada en vigor de la decisión y la razón por la que el plan tomó la decisión.
- Las reglas federales o estatales que el condado siguió para tomar la decisión.
- Cuáles son sus derechos si usted no está de acuerdo con lo que hizo el plan.
- Cómo presentar una apelación con el plan.
- Cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cómo solicitar una apelación expedita o una audiencia imparcial expedita.
- Cómo obtener ayuda para presentar una apelación o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cuánto tiempo tiene para presentar una apelación o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Si usted es elegible para seguir recibiendo servicios mientras espera por la decisión de una Apelación o de una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cuándo usted debe presentar su Apelación o solicitud de Audiencia Imparcial Estatal si desea que los servicios continúen.

¿QUÉ DEBO HACER CUANDO RECIBA UN AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS?

Cuando usted reciba un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios, debe leer toda la información del formulario cuidadosamente. Si no entiende el formulario, su plan del condado puede ayudarle. También puede pedirle a otra persona que le ayude.

Usted puede solicitar la continuación del servicio que se ha suspendido cuando presente una apelación o una solicitud de audiencia imparcial estatal. Debe solicitar la continuación de los servicios a más tardar 10 días después de recibir un Aviso de determinación adversa sobre beneficios o antes de la fecha efectiva del cambio.

PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

¿QUÉ SUCEDE SI NO RECIBO LOS SERVICIOS QUE QUIERO DEL PLAN DMC-ODS DE MI CONDADO?

Su plan del condado tiene un procedimiento para que usted pueda resolver un problema relacionado con los servicios de tratamiento de un SUD que usted recibe. Esto se llama el proceso de resolución de problemas, y puede incluir los siguientes procesos.

1. El proceso de agravio: una expresión de inconformidad sobre cualquier cosa relacionada con sus servicios de tratamiento de SUD.
2. El proceso de apelación: la revisión de una decisión (negación o cambio de los servicios) que el plan del condado o su proveedor tomaron sobre sus servicios de tratamiento de SUD.
3. El proceso de audiencia imparcial estatal: una revisión para asegurarnos de que usted reciba los servicios de tratamiento de SUD a los que tiene derecho en virtud del programa Medi-Cal.

Presentar un agravio, una apelación o una Audiencia Imparcial Estatal no pesará en su contra, ni afectará los servicios que usted recibe. Cuando su agravio o apelación se haya resuelto, su plan del condado le avisará a usted y a los demás involucrados sobre sus hallazgos. Cuando su Audiencia Imparcial Estatal se haya resuelto, la Oficina de Audiencias Estatales le avisará a usted y a los demás involucrados sobre sus hallazgos.

A continuación hay más información sobre cada proceso de resolución de problemas.

¿PUEDO OBTENER AYUDA PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN O UN AGRAVIO, O SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Su plan del condado tendrá personal disponible para explicarle estos procesos y para ayudarle a reportar un problema, ya sea un agravio, una apelación o una solicitud de Audiencia Imparcial Estatal. También pueden ayudarle a decidir si usted califica para lo que se conoce como un proceso "expedito", lo que significa que se revisará con mayor rapidez debido a que su salud o estabilidad están en riesgo. Usted también puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluyendo a su proveedor de tratamiento de SUD.

Si desea ayuda, llame a nuestra Línea de acceso a la salud conductual al: 1-888-246-3333.

¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO AYUDA PARA RESOLVER UN PROBLEMA CON EL PLAN DMC-ODS DE MI CONDADO, PERO NO DESEO PRESENTAR UN AGRAVIO O UNA APELACIÓN?

Usted puede obtener ayuda de parte del Estado si tiene problemas para encontrar a la gente adecuada en el condado que pueda ayudarle a entender bien el sistema.

Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de su asistencia legal o con otros grupos. Puede preguntar por sus derechos de audiencia o de ayuda legal gratuita a la Unidad Pública de Investigación y Respuesta:

Llame sin costo: 1-888-952-5253

Si usted sufre sordera y utiliza el TDD, llame al: 1-888-952-8349

(EL PROCESO DE AGRAVIO)

¿QUÉ ES UN AGRAVIO?

Un agravio es una expresión de inconformidad sobre cualquier asunto relacionado con sus servicios de tratamiento de SUD que no sean alguno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación ni de Audiencia Imparcial Estatal.

El proceso de agravio:

- Involucrará procedimientos simples y fáciles de entender que le permitan presentar su agravio de forma verbal o por escrito.
- No pesará en su contra ni en contra de su proveedor en ninguna forma.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluyendo a su proveedor. Si usted autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan del condado pudiera pedirle firmar un formulario con el que autorice al plan la divulgación de información a dicha persona.
- Garantizará que las personas que toman las decisiones estén calificadas para hacerlo y que no hayan participado en ningún nivel previo de revisión ni de toma de decisiones.
- Identificará los roles y responsabilidades de usted, de su plan del condado y de su proveedor.
- Proporcionará una resolución al agravio en los tiempos requeridos.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UN AGRAVIO?

Usted puede presentar un agravio con el plan del condado si no está satisfecho(a) con los servicios de tratamiento de SUD que recibe de parte del plan del condado, o si tiene alguna otra preocupación referente a su plan del condado.

¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UN AGRAVIO?

Puede llamar al número gratuito de su plan del condado para obtener ayuda con un agravio. El condado le proporcionará sobres con dirección impresa en todos los sitios de los proveedores, de forma que usted pueda enviar por correo su agravio. Los agravios pueden presentarse de forma verbal o por escrito. No será necesario dar un seguimiento por escrito a los agravios que se hagan de forma verbal.

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

Su plan del condado le hará saber si recibió su agravio, mediante el envío de una confirmación por escrito.

¿CUÁNDO SE DECIDIRÁ SOBRE MI AGRAVIO?

El plan del condado debe tomar una decisión sobre su agravio en un plazo no mayor a 90 días calendario desde la fecha en que usted presentó el agravio. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional, y que el retardo es para beneficio de usted. Un ejemplo de cuando un retardo pudiera ser para beneficio de usted es cuando el condado cree que pudiera ser posible resolver su agravio si el plan del condado tuviera un poco más de tiempo para recabar información de parte de usted o de otras personas involucradas.

¿CÓMO SÉ SI EL PLAN DEL CONDADO HA TOMADO UNA DECISIÓN SOBRE MI AGRAVIO?

Cuando se ha tomado una decisión con respecto a su agravio, el plan del condado le avisará a usted o su representante por escrito sobre la decisión. Si su plan del condado no le avisa a tiempo a usted o a alguna de las partes afectadas de la decisión sobre el agravio, entonces el plan del condado le dará un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios, el cual le avisará sobre su derecho de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Su plan del condado le proporcionará un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios en la fecha en la que expire el plazo.

¿HAY UNA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR UN AGRAVIO?

Usted puede presentar un agravio en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y EXPEDITO)

Su plan del condado es responsable de permitirle solicitar una revisión de una decisión que el plan o sus proveedores tomaron con respecto a sus servicios de tratamiento de SUD. Existen dos formas en las que puede solicitar una revisión. Una de las formas es mediante el proceso de apelación estándar. La segunda forma es mediante el proceso de apelación expedita. Estas dos formas de apelación son similares; sin embargo, existen requerimientos específicos para calificar para una apelación expedita. Los requerimientos específicos se explican a continuación.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN ESTÁNDAR?

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de un problema que usted tenga con el plan o con su proveedor y que involucre la negación o cambios en los servicios que usted cree que necesita. Si usted solicita una apelación estándar, el plan del condado puede tomarse hasta 30 días para revisarla. Si usted cree que esperar 30 días pondrá en riesgo su salud, debe pedir una "apelación expedita".

El proceso estándar de apelaciones:

- Le permitirá presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Si usted presenta su apelación en persona o por teléfono, debe dar seguimiento con una apelación por escrito y firmada. Puede pedir ayuda para escribir la apelación. Si no da seguimiento con una apelación por escrito y firmada, no se dará resolución a su apelación. Sin embargo, la fecha en la que usted presente la apelación verbal será considerada la fecha de presentación de la apelación.
- Se asegurará de que la presentación de una apelación no pesará en su contra ni en contra de su proveedor, de ninguna forma.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluyendo a su proveedor. Si usted autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan del condado pudiera pedirle firmar un formulario con el que autorice al plan la divulgación de información a dicha persona.
- Hará que sus beneficios continúen tras la solicitud de una apelación, dentro del plazo requerido, que es de 10 días desde la fecha en que se envió por correo o se le entregó de manera personal su Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios. Usted no debe pagar por la continuación de los servicios mientras la apelación esté pendiente. Si usted solicita la continuación del beneficio, y la decisión final de la apelación confirma la decisión de reducir o suspender el servicio que está recibiendo, es posible

que tenga que pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación estaba pendiente;

- Garantizará que las personas que toman las decisiones estén calificadas para hacerlo y que no hayan participado en ningún nivel previo de revisión ni de toma de decisiones.
- Le permitirá a usted o a su representante que examine su archivo de caso, incluido su expediente médico y cualquier otro documento o expediente considerados durante el proceso de apelación, antes y durante el proceso de apelación.
- Le dará una oportunidad razonable para presentar evidencias y declaraciones, en persona o por escrito.
- Le permitirá a usted, a su representante legal o al representante legal de la herencia de un miembro fallecido ser incluidos como partes de la apelación.
- Le hará saber si su apelación está en revisión, mediante el envío de una confirmación por escrito.
- Le informará sobre su derecho de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, después de la conclusión de un proceso de apelación.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Usted puede presentar una apelación con su Plan DMC-ODS del condado:

- Si su condado o alguno de los proveedores contratados del condado deciden que usted no califica para recibir servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal debido a que usted no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que usted necesita un servicio de SUD y pide la aprobación de parte del condado, pero el condado no está de acuerdo y se niega a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio.
- Si su proveedor le ha pedido su aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le proporciona servicios con base en los plazos que el plan del condado ha establecido.

- Si usted no considera que el plan del condado esté proporcionando los servicios con una velocidad acorde con sus necesidades.
- Si su agravio, apelación o apelación expedita no fueron resueltos a tiempo.
- Si usted o su proveedor no están de acuerdo con respecto a la determinación de los servicios de SUD que usted necesita.

¿CÓMO PUEDO PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Consulte la parte delantera de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación con el plan de su condado. Puede llamar al número gratuito de su plan del condado para obtener ayuda con la presentación de un agravio. El plan le proporcionará sobres con dirección impresa en todos los sitios de los proveedores, de forma que usted pueda enviar por correo su apelación.

¿CÓMO SÉ SI MI APELACIÓN HA SIDO RESUELTA?

Su plan DMC-ODS del condado le avisará a usted o a su representante por escrito sobre su decisión con respecto a su apelación. El aviso tendrá la siguiente información:

- Los resultados del proceso de resolución de apelación.
- La fecha en la que se tomó la decisión con respecto a la apelación.
- Si la apelación no se resuelve por completo en su favor, el aviso también tendrá información referente a su derecho a una Audiencia Imparcial Estatal, y el procedimiento para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

¿HAY UNA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Usted debe presentar una apelación en un plazo máximo de 60 días desde la fecha de la acción por la que está apelando cuando reciba un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios. Tenga en mente que no siempre recibirá un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios. No hay fechas límite para presentar una apelación cuando usted no recibe un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios; así que puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

¿CUÁNDO SE TOMARÁ UNA DECISIÓN SOBRE MI APELACIÓN?

El plan del condado debe decidir sobre su apelación en un plazo no mayor a 30 días calendario desde que el plan del condado reciba su solicitud de apelación. Los

plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional, y que el retardo es para beneficio de usted. Un ejemplo de cuando un retardo es para beneficio de usted, es cuando el condado cree que pudiera ser posible aprobar su apelación si el plan del condado tuviera un poco más de tiempo para recabar información de parte de usted o de su proveedor.

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

El proceso de apelación pudiera ser más rápido si califica para el proceso de apelación expedita.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN EXPEDITA?

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

- Su apelación debe cumplir con ciertos requerimientos.
- El proceso de apelación expedita también tiene fechas límite distintas a las apelaciones estándar.
- Puede hacer una solicitud verbal para recibir una apelación expedita. No tiene que poner por escrito su solicitud de apelación expedita.

¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA APELACIÓN EXPEDITA?

Si usted cree que esperar hasta 30 días para una decisión de una apelación estándar pondrá en riesgo su vida, su salud o su capacidad para obtener, conservar o recuperar una función máxima, puede solicitar una resolución expedita de una apelación. Si el plan del condado está de acuerdo con que su apelación cumple con los requerimientos para una apelación expedita, su condado resolverá su apelación expedita en un plazo de 72 horas después de que el plan del condado reciba la apelación. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional, y que el retardo es para beneficio de usted. Si su plan del condado extiende los plazos, el plan le dará una explicación por escrito sobre por qué se extendieron los plazos.

Si el plan del condado decide que su apelación no califica para una apelación expedita, el plan del condado debe hacer esfuerzos razonables para darle un aviso verbal oportuno y le avisará por escrito en un plazo máximo de 2 días calendario,

dándole la razón para la decisión. Su apelación entonces seguirá los plazos de una apelación estándar, establecidos previamente en esta sección. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado sobre que su apelación no cumple con los criterios para una apelación expedita, puede presentar un agravio.

Una vez que su plan del condado resuelva su apelación expedita, el plan le avisará a usted y a todas las partes afectadas, verbalmente y por escrito.

EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Una Audiencia Imparcial Estatal es una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales de California para garantizar que usted reciba los servicios de tratamiento de SUD a los que tiene derecho conforme al programa Medi-Cal.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS CON RESPECTO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Usted tiene el derecho a:

- Tener una audiencia ante el Departamento de Servicios Sociales de California (también llamada Audiencia Imparcial Estatal).
- Que se le diga cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Que se le digan las reglas que rigen la forma de representación en una Audiencia Imparcial Estatal.
- Que continúen sus beneficios tras su solicitud durante el proceso de la Audiencia Imparcial Estatal si usted la solicita dentro de los plazos requeridos.

¿CUÁNDO PUEDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal:

- Si ha completado el proceso de apelación del plan del condado.
- Si su condado o alguno de los proveedores contratados del condado deciden que usted no califica para recibir servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal debido a que usted no cumple con los criterios de necesidad médica.

- Si su proveedor cree que usted necesita un servicio de SUD y pide la aprobación de parte del plan del condado, pero el plan del condado no está de acuerdo y se niega a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio.
- Si su proveedor le ha pedido su aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le proporciona servicios con base en los plazos que el condado ha establecido.
- Si usted no considera que el plan del condado esté proporcionando los servicios con una velocidad acorde con sus necesidades.
- Si su agravio, apelación o apelación expedita no fueron resueltos a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con respecto a la determinación del tratamiento de SUD que usted necesita.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal directamente al Departamento de Servicios Sociales de California. Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal escribiendo a:

*State Hearing Division
California Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 95814*

También puede llamar al 1-888-952-8349 o al TDD 1-888-952-8349.

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

Sólo tiene 120 días para pedir una Audiencia Imparcial Estatal. Los 120 días comienzan a partir de un día después en que el plan del condado le entregue personalmente su aviso de decisión de apelación, o el día después de la fecha del matasellos del aviso de decisión de apelación del condado.

Si usted no recibió un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en cualquier momento.

¿PUEDO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS MIENTRAS ESPERO LA DECISIÓN DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Usted puede seguir con los servicios del tratamiento mientras espera la decisión de una Audiencia Imparcial Estatal si su proveedor piensa que es necesario continuar con el servicio de tratamiento de SUD que ya recibe y le pide su aprobación al plan del condado para continuarlos, pero el condado no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio que el proveedor solicitó. Usted siempre recibirá un Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios de parte de su plan del condado cuando esto ocurra. Además, usted no tendrá que pagar por los servicios recibidos mientras la Audiencia Imparcial Estatal esté pendiente.

Si usted solicita la continuación del beneficio, y la decisión final de la Audiencia Imparcial Estatal confirma la decisión de reducir o suspender el servicio que está recibiendo, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios prestados mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente.

¿QUÉ NECESITO HACER SI DESEO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS MIENTRAS ESPERO LA DECISIÓN DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?

Si usted desea que los servicios continúen durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal, debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en un plazo no mayor a 120 días desde la fecha del aviso de resolución del condado.

¿QUÉ SUCEDE SI NO PUEDO ESPERAR 120 DÍAS PARA LA DECISIÓN SOBRE MI APELACIÓN?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal expedita (más rápida) si cree que el plazo normal de 120 días provocará serios problemas para su salud, incluidos problemas con su capacidad para obtener, conservar o recuperar funciones vitales importantes. El Departamento de Servicios Sociales, División de Audiencias Estatales, revisará su solicitud de una Audiencia Imparcial Estatal y decidirá si califica. Si se aprueba su solicitud de una audiencia expedita, se hará una audiencia y la decisión de la audiencia se emitirá en un plazo no mayor a 3 días laborables desde la fecha en que la División de Audiencias Estatales reciba su solicitud.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA

¿QUIÉN PUEDE OBTENER MEDI-CAL?

Usted puede calificar para Medi-Cal si está en uno de estos grupos:

- 65 años de edad, o mayor
- Menor a 21 años de edad
- Un adulto, de entre 21 y 65 años de edad, con base en una elegibilidad por ingresos
- Ciego o discapacitado
- Está embarazada
- Ciertos refugiados, o inmigrantes cubanos/haitianos
- Recibe cuidados en un centro de cuidados de enfermería

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

¿TENGO QUE PAGAR POR MEDI-CAL?

Es posible que usted tenga que pagar por Medi-Cal, dependiendo de la cantidad de dinero que reciba o gane por mes.

- Si sus ingresos son menores que los límites establecidos por Medi-Cal para el tamaño de su familia, usted no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si sus ingresos son mayores que los límites establecidos por Medi-Cal para el tamaño de su familia, usted tendrá que pagar algo de dinero por los servicios médicos o de tratamiento de SUD de Medi-Cal. La cantidad que usted paga se llama su 'parte del costo'. Una vez que haya pagado su 'parte del costo', Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas ese mes. En los meses en los que usted no tenga gastos médicos, no tiene que pagar nada.
- Es posible que usted tenga que hacer un "copago" por cualquier tratamiento realizado con Medi-Cal. Es posible que usted tenga que pagar dinero de su bolsa cada vez que reciba un servicio de tratamiento de SUD o médico, o un

medicamento con receta (medicina), y un copago si usted acude a una sala de emergencias para sus servicios regulares.

Su proveedor le dirá si necesita hacer un copago.

¿MEDI-CAL CUBRE EL TRANSPORTE?

Si tiene problemas para llegar a sus citas médicas, o a sus citas para el tratamiento contra el alcohol y las drogas, el programa Medi-Cal puede ayudarle a encontrar transporte.

- En el caso de menores de edad, el programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP) puede ayudarle. O bien puede comunicarse con su oficina de servicios sociales del condado. Se puede acceder a los servicios sociales de San Francisco en la Agencia de Servicios Humanos de San Francisco. 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 si visita www.dhcs.ca.gov, luego da clic en "Services" y luego en "Medi-Cal".
- En el caso de adultos, su oficina de servicios sociales del condado 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 también puede obtener información en línea si visita www.dhcs.ca.gov, luego da clic en "Services" y luego en "Medi-Cal".
- Hay servicios de transporte disponibles para todas las necesidades de servicio, incluyendo aquellas que no están incluidas en el programa DMC-ODS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

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

Como persona elegible para Medi-Cal y que reside en un condado con el programa piloto de DMC-ODS, usted tiene el derecho de recibir los servicios de tratamiento de SUD médicamente necesarios de parte su plan del condado. Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto, tomando en consideración su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre opciones disponibles de tratamiento y sus alternativas, presentada de manera adecuada para la condición del miembro y su capacidad de comprensión.
- Participar en las decisiones referentes a la atención de su salud, incluido el derecho de rehusarse a recibir tratamiento.
- Recibir acceso oportuno a los cuidados, incluidos los servicios disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, cuando es médicamente necesario para tratar un padecimiento de emergencia o urgente, o una crisis por un padecimiento.
- Recibir la información en este manual sobre los servicios de tratamiento de SUD cubiertos por el plan DMC-ODS del condado, otras obligaciones del plan del condado y sus derechos, tal y como se describen aquí.
- Que se proteja su información confidencial de salud.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que se modifiquen o corrijan según lo especificado en las secciones 164.524 y 164.526 de 45 CFR.
- Recibir materiales por escrito en formatos alternativos (incluidos Braille, letra grande y formato de audio) a solicitud y de forma oportuna y adecuada para el formato que se solicita.
- Recibir servicios de interpretación oral en el idioma de su preferencia.
- Recibir servicios de tratamiento de SUD de parte de un plan del condado que siga los requerimientos de su contrato con el Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, aseguramiento de una capacidad y unos servicios adecuados, coordinación y continuidad del cuidado, y cobertura y autorización de los servicios.
- Acceder a Servicios de Consentimiento para Menores, si usted es menor de edad.
- Acceder de manera oportuna a los servicios médicamente necesarios fuera de la red, si el plan no tiene un empleado o proveedor contratado que pueda dar esos servicios. "Proveedor fuera de la red" significa un proveedor que no está en la lista de proveedores del plan del condado. El condado debe

asegurarse de que usted no pague nada extra por consultar con un proveedor fuera de la red. Puede comunicarse a servicios para miembros al 1-888-246-3333 para obtener información sobre cómo recibir servicios de un proveedor fuera de la red.

- Solicitar una segunda opinión de parte de un profesional calificado del cuidado de la salud dentro de la red del condado, o uno fuera de la red, sin costo adicional para usted.
- Expresar agravios, ya sea oralmente o por escrito, sobre la organización o el cuidado recibido.
- Solicitar una apelación, verbalmente o por escrito, al recibir aviso de una determinación adversa sobre beneficios.
- Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal, incluyendo información sobre las circunstancias en las cuales es posible tener una audiencia imparcial expedita.
- Estar libres de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizados como medios de coerción, disciplina, ventaja o represalia.
- La libertad para ejercer estos derechos sin que eso afecte la forma en que el plan del condado, los proveedores, o el Estado lo(a) tratan.

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

Como beneficiario del servicio de DMC-ODS, es responsabilidad de usted:

- Leer cuidadosamente los materiales de información para miembros que ha recibido de parte del plan del condado. Estos materiales le ayudarán a entender qué servicios están disponibles y cómo obtener un tratamiento si lo necesita.
- Asistir a su tratamiento tal y como fue programado. Usted tendrá el mejor resultado si sigue su plan de tratamiento. Si usted necesita faltar a una cita, llamar a su proveedor al menos con 24 horas de anticipación y re programe la cita para otro día y otra hora.
- Siempre llevar su tarjeta de identificación de Medi-Cal (plan del condado) y una identificación con foto cuando asista a un tratamiento.
- Hacerle saber a su proveedor antes de su cita si usted necesita un intérprete.

- Comunicar a su proveedor todas sus preocupaciones médicas para que su plan sea preciso. Entre más completa sea la información que usted comparta sobre sus necesidades, más exitoso será su tratamiento.
- Asegurarse de hacer a su proveedor cualquier pregunta que tenga. Es muy importante que usted comprenda por completo su plan de tratamiento y cualquier otra información que reciba durante el tratamiento.
- Seguir el plan de tratamiento que usted y su proveedor han acordado.
- Estar dispuesto(a) a generar una buena relación de trabajo con el proveedor que lo está tratando.
- Comunicarse con el plan del condado si tiene alguna pregunta sobre sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor, el cual no pueda resolver.
- Comunicar a su proveedor y plan del condado si tiene algún cambio en su información personal. Esto incluye dirección, número telefónico y cualquier otra información médica que pueda afectar su capacidad para participar en el tratamiento.
- Tratar con respeto y cortesía al personal que le proporciona el tratamiento.
- Si sospecha de la existencia de un fraude o actos incorrectos, repórtelo. El Departamento de Salud Pública de San Francisco tiene una línea directa anónima y confidencial: 1-855-729-6040.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

El siguiente enlace lo llevará al directorio de proveedores 2017-2018 que contiene los nombres, la ubicación, los teléfonos y los idiomas de todos los Servicios de Salud Conductual de San Francisco:

<https://www.sfdph.org/dph/files/CBHSdocs/ProviderListsGuides/EnglishBHS-ProviderList2017-2018.pdf>

Para obtener información sobre el acceso o espacios abiertos, comuníquese con el programa directamente o llame a nuestra Línea de acceso a la salud conductual al: 1-888-246-3333.