

Condado de San Diego



Agencia de Salud y Servicios Humanos, Servicios de Salud del
Comportamiento

Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS)

Manual para beneficiarios

繁體中文(Chino)

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 1-888-724-7240 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenio)

ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԵՆ լեզու խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-888-724-7240 (TTY: 711)։

Русский (Ruso)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-724-7240 (TTY: 711)։

پښتو (Persa)

امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالی هست، دینک یم وگتفگ یراف نابز هب رگا: هجوت دیری گب سامت 1-888-724-7240 (TTY: 711) اب دشاب یم مه ارف

日本語 (Japonés)

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。1-888-724-7240 (TTY: 711) 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 1-888-724-7240 (TTY: 711)։

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-724-7240 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

آريبه عربيه (Arabe)

لصوت ا. ن اجم ل بكلف اوتت هي وغلل اة دعل مل ات ام دخن ف، ةغلل ارك ذات دحتت نك اذا: تقطوح م

711: مكبل اوصل افنت اه مقر) 1-888-724-7240 مقر

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-724-7240 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Tailandés)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-724-7240 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Camboyano)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-724-7240 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າ ພາສາ ລາວ, ການບໍ ລິ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ອ້າງພາສາ, ໂດຍບໍ່ມີຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-724-7240 (TTY: 711).

ÍNDICE

INFORMACIÓN GENERAL	8
Servicios de emergencia	8
Números de teléfono importantes	8
¿Con quién me comunico si tengo pensamientos suicidas?	8
¿Por qué es importante leer este manual?	8
Como miembro de su plan de DMC-ODS del Condado, su Plan del Condado tiene la responsabilidad de:.....	10
Información para los miembros que necesitan materiales en otros idiomas	11
Información para miembros que tienen dificultad para leer	11
Información para miembros que tienen discapacidad auditiva	11
Información para miembros que tienen discapacidad visual.....	11
Aviso sobre prácticas de privacidad.....	11
¿Con quién me comunico si siento que fui discriminado?	11
SERVICIOS.....	13
¿Qué son los servicios de DMC-ODS?	13
Los servicios de DMC-ODS en San Diego incluyen:.....	13
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS	17
¿Cómo puedo obtener servicios de DMC-ODS?	17
¿Dónde puedo obtener servicios de DMC-ODS?	17
Cuidados fuera del horario de atención	18
¿Cómo puedo saber cuándo necesito ayuda?	18
¿Cómo puedo saber cuándo un menor de edad o un adolescente necesita ayuda?	18
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	18
¿Dónde puedo obtener servicios especializados de salud mental?	18
NECESIDAD MÉDICA.....	19
¿Qué es la necesidad médica y por qué es tan importante?	19
¿Cuáles son los criterios de "necesidad médica" para la cobertura de los servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias?	19

CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR	20
¿Cómo puedo encortar un proveedor para los servicios de tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias que necesito?.....	20
Una vez que encuentre un proveedor, ¿puede el plan del condado informarle al proveedor qué servicios voy a recibir?.....	20
¿Cuáles proveedores utiliza mi plan de DMC-ODS?	21
AVISO DE DETERMINACIÓN NEGATIVA DE BENEFICIO.....	21
¿Qué es un aviso de determinación negativa de beneficios?	21
¿Cuándo recibiré un aviso de determinación negativa de beneficios?.....	21
¿Recibiré siempre un aviso de determinación negativa de beneficios cuando no reciba los servicios que deseo?	22
¿Qué me informará el aviso de determinación negativa de beneficios?.....	22
¿Qué debo hacer cuando reciba un aviso de determinación negativa de beneficios?....	23
PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	23
¿Qué sucede si no obtengo los servicios que quiero del plan de DMC-ODS de mi condado?.....	23
¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, una queja o una solicitud una audiencia imparcial estatal?	23
¿Qué sucede si necesito ayuda para resolver un problema con el plan de DMC-ODS de mi condado pero no quiero presentar una queja o una apelación?	24
EL PROCESO DE QUEJAS.....	24
¿Qué es una queja?.....	24
¿Cuándo puedo presentar una queja?	25
¿Cómo puedo presentar una queja?	25
¿Cómo puedo saber si el plan del condado recibió mi queja?.....	25
¿Cuándo se resolverá mi queja?.....	25
¿Cómo puedo saber si el plan del condado tomó una decisión sobre mi queja?	25
¿Hay una fecha límite para presentar una queja?.....	26
PROCESO DE APELACIÓN (estándar y expedita).....	26
¿Qué es una apelación estándar?.....	26
¿Cuándo puedo presentar una apelación?.....	27

¿Cómo puedo presentar una apelación?.....	27
¿Cómo sé si está resuelta mi apelación?	28
¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?	28
¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi apelación?	28
¿Qué sucede si no puedo esperar 30 días para la decisión sobre mi apelación?	28
¿Qué es una apelación expedita?.....	28
¿Cuándo puedo presentar una apelación expedita?.....	29
EL PROCESO DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL	29
¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	29
¿Cuáles son mis derechos de audiencia imparcial estatal?.....	29
¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?	30
¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	30
¿Hay una fecha límite para solicitar una audiencia imparcial estatal?	30
¿Puedo continuar con los servicios mientras espero una decisión de audiencia imparcial estatal?.....	31
¿Qué sucede si no puedo esperar 90 días para mi audiencia imparcial estatal?.....	31
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA ..	31
¿Quién puede obtener Medi-Cal?	31
¿Tengo que pagar por Medi-Cal?.....	32
¿Medi-Cal cubre gastos de transporte?.....	32
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	33
¿Cuáles son mis derechos como beneficiario de los servicios de DMC-ODS?	33
¿Cuáles son mis responsabilidades como beneficiario de los servicios de DMC-ODS? ...	34
DIRECTORIO DE PROVEEDORES	35
TRANSICIÓN DE LA SOLICITUD DE CUIDADO	35
¿Cuándo puedo solicitar conservar mi proveedor anterior que ahora está fuera de la red?	35
¿Cómo solicito conservar mi proveedor que no está incluido en mi plan de beneficios?35	
¿Qué sucede si continúo consultado a mi proveedor fuera de la red después de la transición al plan del condado?	35
¿Por qué el plan del condado denegaría mi solicitud de transición de atención?.....	36

¿Qué sucede si mi solicitud de transición de atención es denegada? 36

¿Qué sucede si mi solicitud de transición de atención es aprobada?..... 36

¿Qué tan rápido será procesada mi solicitud de transición de cuidado? 36

¿Qué sucede al final de mi período de transición de atención? 37

INFORMACIÓN GENERAL

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia se prestan las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted piensa que tiene una emergencia relacionada con su salud, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana para obtener ayuda.

Los servicios de emergencia son servicios que se prestan para una condición médica inesperada, incluida una condición médica de emergencia psiquiátrica.

Una **condición médica de emergencia** sucede cuando usted presenta síntomas que ocasionan un dolor severo o una enfermedad o lesión grave, que una persona prudente (una persona cuidadosa o precavida sin capacitación médica) podría esperar razonablemente que sin cuidados médicos podría:

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

Usted tiene el derecho de acudir a cualquier hospital en caso de emergencia. Los servicios de emergencia jamás requieren de autorización.

Números de teléfono importantes

Línea de Acceso y Crisis de San Diego (ACL, por sus siglas en inglés).....
(888) 724-7240 (TTY: 711)

¿Con quién me comunico si tengo pensamientos suicidas?

Si usted o alguien que conoce está en crisis, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (8255).

Para los residentes locales que necesitan asistencia ante una crisis y para acceder a los programas locales de salud mental, llame a la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711).

¿Por qué es importante leer este manual?

¡Bienvenido al Plan del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMCODS) del Condado de San Diego!

Tenemos la responsabilidad de poner a su disposición los servicios necesarios contra consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés). Como beneficiario, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que se describen en este Manual.

Como participante del programa piloto de exención de DMC-ODS, el Condado de San Diego se considera un plan administrado de atención de la salud, lo cual significa que usted recibirá una parte o todos sus servicios por medio de proveedores de SUD que tienen un contrato con el Condado. Los servicios del plan de DMC-ODS se prestan a través de un contrato entre los servicios de trastornos por consumo de sustancias de los Servicios de Salud del Comportamiento y el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS, por sus siglas en inglés). El área de servicio cubierta por este plan de DMC-ODS es el condado de San Diego.

Los servicios de trastornos por consumo de sustancias están a disposición de las personas que cuentan con Medi-Cal, incluidos los adolescentes, los jóvenes, los adultos y las personas mayores en el Condado de San Diego. A veces, estos servicios están disponibles a través de su médico de cabecera. A veces, se prestan por medio de un proveedor de servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. El plan de DMC-ODS del Condado de San Diego opera en virtud de las normas establecidas por el Estado de California y el gobierno federal. Cada condado en California tiene su propio contrato con el Estado a fin de prestar servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, que pueden o no ser un plan de DMC-ODS.

Es importante que usted entienda cómo funciona el plan del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos (DMC-ODS) para que pueda recibir los cuidados que necesita. Este manual explica sus beneficios y cómo obtener cuidados. También responderá muchas de sus preguntas.

Usted aprenderá:

- 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 dudas o problemas
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan de DMC-ODS de su condado

Si no lee este manual ahora, se recomienda que lo conserve para que pueda leerlo después. Utilice este manual como complemento al manual para miembros que recibió al inscribirse en su plan actual de beneficios de Medi-Cal. Este pudo ser un plan administrado de atención de la salud mediante Medi-Cal o con el programa regular de "Cuota por Servicio" de Medi-Cal.

Si tiene problemas para obtener ayuda o tiene problemas con este manual, llame a la Línea de Acceso y Crisis, un número de teléfono gratuito las 24 horas al **(888) 724-7240 (TTY: 711)** para solicitar ayuda o para averiguar sobre otras formas en que puede obtener esta información importante.

Para problemas con los servicios residenciales, puede llamar al **Programa de Defensa del Paciente del Servicio Familiar Judío (JFS, por sus siglas en inglés)** al **(800) 479-2233**.

Para problemas con pacientes ambulatorios o cualquier otro servicio del trastorno por consumo de sustancias, puede llamar al **Centro de Atención al Consumidor para la Educación y Defensa de la Salud (CCHEA, por sus siglas en inglés)** al **(877) 734-3258**.

Como miembro de su plan de DMC-ODS del Condado, su Plan del Condado tiene la responsabilidad de:

- Determinar su elegibilidad para los servicios de DMC-ODS de parte del condado o de su red de proveedores.
- Coordinar su atención de cuidados.
- Proporcionar un número telefónico gratuito, (888) 724-7240), 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. Usted también puede ponerse en contacto con el plan del condado en este número para solicitar la disponibilidad de cuidados después del horario normal de atención.
- 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 y educarle sobre los servicios disponibles para usted de parte de su plan del condado.
- Proveer servicios en su idioma o mediante un intérprete (de ser necesario) gratuitamente, e informarle sobre la disponibilidad de estos servicios de interpretación.
- Proveer información por escrito sobre los servicios que tenemos a su disposición en otros idiomas o formas. Esto ofrecer este manual en idiomas de umbral específicos para el Condado de San Diego (inglés, español, tagalo, vietnamita, árabe y persa) y otras asistencias y servicios auxiliares disponibles. Puede llamar a la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711) para recibir información en su idioma de preferencia.
- Darle aviso sobre todo cambio significativo en la información especificada de este manual por lo menos 30 días antes de la fecha prevista de entrada en vigor 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 la cantidad 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.
- Garantizar de que tiene acceso continuo a su proveedor anterior que ahora está fuera de la red durante un período de tiempo si el cambio de proveedor causaría que su salud sufriera o aumentara su riesgo de hospitalización.

Para obtener más información sobre el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos (DMC-ODS), puede llamar a la Línea de Acceso y Crisis de San Diego al (888) 724-7240 (TTY: 711).

Información para los miembros que necesitan materiales en otros idiomas

Todos los materiales de información para los beneficiarios, incluido este manual y los formularios de agravios/apelaciones, están disponibles en inglés, español y otros idiomas de umbral del Condado de San Diego. Puede acceder a estos materiales en cualquier sitio de los proveedores de trastornos de consumo de sustancias contratados por el Condado de San Diego.

Información para miembros que tienen dificultad para leer

Los pacientes que tienen problemas para leer, pueden comunicarse con la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo obtener materiales en formatos alternativos (ejemplos: audio, letra grande). También puede pedirle a un proveedor de trastornos por consumo de sustancias contratado por el Condado de San Diego que lo ayude a obtener una copia gratuita de estos materiales.

Información para miembros que tienen discapacidad auditiva

Los pacientes con discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California al 711 para comunicarse con el Condado para solicitar servicios de intérpretes sin costo alguno y la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 para obtener servicios de evaluación y derivaciones (opción de chat/mensajes de texto disponible de lunes a viernes de 4:00 p.m. a 10:00 p.m.). Las consultas por escrito para servicios de intérpretes gratis se pueden enviar a Deaf Community Services a scheduler@dcsofsd.org. También puede comunicarse la agencia al (619) 394-2488 para obtener más información.

Información para miembros que tienen discapacidad visual

Los pacientes que tienen discapacidades visuales, pueden comunicarse con la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo obtener materiales en formatos alternativos (ejemplos: audio, letra grande). También puede pedirle a un proveedor de trastornos por consumo de sustancias contratado por el Condado de San Diego que lo ayude a obtener una copia gratuita de estos materiales.

Aviso sobre prácticas de privacidad

Puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad del personal de recepción de cualquier proveedor de trastornos por consumo de sustancias o en línea en:

https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/sd/hipaa_administration/hipaa_privacy_practices.html

¿Con quién me comunico si siento que fui discriminado?

La discriminación es contra la ley. El Estado de California y DMC-ODS cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen

nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. DMC-ODS:

- Ofrece asistencias y servicios gratuitos para personas con discapacidades, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (braille, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes orales calificados
 - Información en idiomas umbrales

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Línea de Acceso y Crisis al (888) 724-7240 (TTY: 711).

Si usted cree que el Estado de California o DMC-ODS no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Jennifer Campos, Coordinador de Derechos Civiles de la Agencia de Salud y Servicios Humanos.

1255 Imperial Ave., Rm 446, MS W414

San Diego, CA 92101

Teléfono: (619) 515-6788

Fax: (619) 338-2981

Correo electrónico: jennifer.campos@sdcounty.ca.gov

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Jennifer Campos está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>. Puede presentar una queja de derechos civiles por correo o por teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.

SERVICIOS

¿Qué son los servicios de DMC-ODS?

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

Los servicios de DMC-ODS en San Diego incluyen:

- Servicios para pacientes externos
- Tratamiento intensivo para pacientes externos
- Tratamiento residencial (sujeto a autorización previa por parte del Condado)
- Manejo de abstinencia
- Tratamiento contra opioides
- Tratamiento asistido con medicamentos
- Servicios de recuperación
- Manejo de casos

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

- **Servicios para pacientes externos**
 - Se proporcionan servicios de consejería a los miembros, hasta nueve (9) horas por semana para adultos y menos de seis (6) horas por semana para adolescentes, cuando se determina que existe necesidad médica de acuerdo con el plan de tratamiento individualizado. 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 planeación para dar al paciente de alta.
- **Tratamiento intensivo para pacientes externos**
 - Los servicios de tratamiento para pacientes externos se proporcionan a los miembros (un mínimo de nueve (9) horas con un máximo de diecinueve (19) horas por semana para adultos, y un mínimo de seis (6) horas con un máximo de diecinueve (19) horas por semana para adolescentes) cuando se determina una necesidad médica de acuerdo con el plan de tratamiento individualizado. Los servicios consisten principalmente de consejería y servicios informativos sobre los problemas relacionados con las adicciones. Los servicios pueden ser prestados por un profesional autorizado o por un consejero certificado en un lugar adecuado de la comunidad.

- Los servicios de tratamiento para pacientes externos incluyen los mismos componentes que los servicios para pacientes externos. La principal diferencia es el mayor número de horas de servicio.
- **Tratamiento residencial** (sujeto a autorización por parte del Condado)
 - El tratamiento residencial es un programa residencial a corto plazo, no médico, disponible las veinticuatro (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 de tratamiento individualizado. Cada miembro 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. Los objetivos 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 plan 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 recibir una extensión de 30 días por año con base en una 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 la Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) (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 planeación para dar de alta.
- **Manejo de abstinencia**
 - Los servicios de manejo de abstinencia se proporcionan cuando se determina una necesidad médica, y de acuerdo con el plan de tratamiento individualizado. 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 de tratamiento individualizado, 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 planeación para dar de alta.
- **Tratamiento contra opioides**
 - Los servicios (OTP/NTP) del programa para tratamiento contra opioides (narcóticos), se ofrecen en los centros autorizados de (OTP/NTP). Los servicios por necesidad médica se proporcionan de acuerdo con el plan de tratamiento individualizado, 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 OTP/NTP están obligados a ofrecer y recetar medicamentos a los miembros cubiertos conforme al formulario de DMC-ODS, incluida metadona, buprenorfina, naloxona y disulfiram.
 - Un miembro debe recibir al menos cincuenta (50) minutos de sesiones de consejería con un terapeuta o consejero y hasta doscientos (200) minutos por mes calendario, aunque pueden proporcionarse servicios adicionales con base en una necesidad médica.
 - Los servicios de OTP/NTP incluyen los mismos componentes que los servicios de tratamiento para pacientes externos, con la adición de psicoterapia médica que consiste en 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, por sus siglas en inglés) están disponibles fuera de la clínica de OTP/NTP. El MAT es el uso de medicamentos que necesitan receta, en combinación con terapias conductuales y de consejería, para darle un enfoque integral y 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 emitir recetas pudieran ofrecer medicamentos a los miembros cubiertos conforme a la 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 facilita 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 autogestión para los miembros
 - Los servicios de recuperación incluyen terapia de grupo e individual; asistencia contra el consumo de sustancias/para la supervisión de recuperación (terapia de recuperación, prevención de recaídas, servicios entre personas similares); 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 miembro 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 casos 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
 - Los servicios de manejo de casos deberá ser consistente con, y no infringirá la confidencialidad de ningún miembro, según lo establecido en las leyes federales y las leyes de California.

Evaluación periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Si usted es menor de 21 años de edad, puede recibir servicios adicionales médicamente necesarios conforme a la Evaluación periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés). Los servicios de 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 de 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 de EPSDT.

Para obtener una descripción más completa de los servicios de EPSDT que están disponibles y para obtener más información sobre los servicios de EPDST relacionados con los pedidos de consumo de sustancias, llame a la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711).

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS

¿Cómo puedo obtener servicios de DMC-ODS?

Si usted cree que necesita servicios de tratamiento para trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), puede obtenerlos llamando a la Línea de Crisis y Acceso (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711). Usted también puede ser derivado al plan de su condado para servicios de tratamiento SUD de otras maneras. Su plan del condado debe aceptar derivaciones para servicios de tratamiento por SUD de médicos y otros proveedores de cuidados de servicios que consideren que usted puede requerir estos servicios y de su plan de cuidados de la salud administrado por Medi-Cal, si usted es un miembro. Por lo general, el proveedor del plan de cuidados de la salud de Medi-Cal necesitará su permiso, o el permiso de un padre de familia o tutor legal de un niño para dar la referencia, a menos que se trate de una emergencia. Otras personas y organizaciones también pueden hacer la referencia al condado, incluyendo las escuelas; departamentos de bienestar social o de servicios sociales; tutores, guardianes o miembros de la familia y agencias de aplicación de la ley. Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores del Condado de San Diego. Si algún proveedor contratado se niega a realizar, o apoyar de algún otro modo cualquier servicio cubierto, el Condado de San Diego asignará otro proveedor para que preste el servicio. El Condado de San Bernardino responderá puntualmente con derivaciones y coordinación en caso de que el servicio cubierto no esté disponible de un proveedor debido a objeciones religiosas, éticas o morales al servicio cubierto.

¿Dónde puedo obtener servicios de DMC-ODS?

El Condado de San Diego está participando en el programa piloto de DMC-ODS. Dado que usted es un residente del Condado de San Diego, puede obtener servicios de DMC-ODS en el condado donde usted vive, a través del plan de DMC-ODS de su condado. El plan de su condado tiene proveedores de tratamiento de SUD disponibles para atender afecciones cubiertas por el plan. Otros condados que prestan servicios por trastorno de abuso de sustancias (Drug Medi-Cal) que no están participando en el programa piloto de DMC-ODS podrán ofrecer servicios de DMC regulares si usted los necesita. Si usted es menor de 21 años de edad, también es candidato para recibir servicios de EPSDT en cualquier otro condado en el estado.

Cuidados fuera del horario de atención

Si necesita servicios fuera del horario de atención o los fines de semana, puede llamar a la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711) para ver si un proveedor de tratamiento está disponible para atenderlo de inmediato. Sin embargo, la mayoría de los proveedores de tratamientos externos y residenciales no admiten nuevos pacientes en las noches o los fines de semana. Si actualmente recibe servicios de tratamiento, puede hablar con su proveedor de tratamiento para obtener más información sobre cuándo el personal puede atenderlo fuera del horario de atención.

¿Cómo puedo saber cuándo necesito ayuda?

Muchas personas tienen momentos difíciles en su vida y pueden sufrir 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 necesitar ayuda profesional, debe solicitar una evaluación del plan de su condado para asegurarse de vivir actualmente en un condado que participa en un DMC-ODS.

¿Cómo puedo saber cuándo un menor de edad o un adolescente necesita ayuda?

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

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL

¿Dónde puedo obtener servicios especializados de salud mental?

Puede obtener servicios especializados de salud mental en el condado donde vive. Para obtener más información o para recibir una derivación, puede comunicarse con la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY: 711). Cada condado tiene servicios especializados de salud mental para niños, jóvenes, adultos y personas mayores. Si usted es menor de 21 años de edad, es elegible para una Evaluación periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés), que puede incluir cobertura y beneficios adicionales.

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

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 un 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 para trastornos por consumo de sustancias?

Como parte de la determinación de si usted necesita servicios de tratamiento para un SUD, el plan de DMC-ODS del condado trabajará con usted y su proveedor para decidir si los servicios responden a una necesidad médica, como se explicó en párrafos anteriores. 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 y relacionado con sustancias. Cualquier adulto o joven menor de 21 años que se considere "en riesgo" de desarrollar un SUD será elegible para los servicios de intervención temprana si no cumplen con los criterios de necesidad médica.
- Usted debe cumplir con la definición de "necesidad médica" de servicios según la Sociedad Norteamericana de Medicina contra las Adicciones (ASAM, por sus siglas en inglés) 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 DMCODS del condado le ayudará a conseguir esta información y determinará si existe la necesidad médica mediante una valoración

CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR

¿Cómo puedo encortar un proveedor para los servicios de tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias que necesito?

El plan del condado puede establecer ciertos límites sobre su elección de proveedores. El plan de DMC-ODS de su 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. El plan de su condado también debe permitirle cambiar de proveedor. Cuando usted solicite cambiar de proveedor, el condado debe permitirle elegir entre al menos dos proveedores, salvo que haya una buena razón para no hacerlo.

En ocasiones, los proveedores contratados por el condado se retiran de la red del condado por iniciativa propia o a petición del plan del condado. Cuando esto sucede, el plan del condado debe hacer todo lo posible para avisar por escrito sobre la terminación del contrato del condado con el proveedor en un plazo no mayor a 15 días después de la recepción o emisión del aviso de terminación a cada una de las personas que recibían servicios de tratamiento de SUD por el proveedor.

Una vez que encuentre un proveedor, ¿puede el plan del condado informarle al proveedor qué servicios voy a recibir?

Usted, su proveedor y el plan del condado están incluidos en la decisión de los servicios que usted necesita recibir a través del condado en virtud de los criterios de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos. A veces, el condado dejará la decisión a usted y al proveedor. 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 lo otorgue. 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. Para una autorización estándar, el plan debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor en un plazo no mayor a 14 días naturales. 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 ampliarse 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 amplía el plazo, el condado le enviará a usted un aviso por escrito sobre la extensión.

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

negativa de beneficios, indicando 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 folleto puede encontrar una lista completa de proveedores y contiene información sobre en dónde se ubican los proveedores, los servicios de tratamiento de SUD que ofrecen, y otra información para ayudarle a acceder el cuidado, incluida información sobre los servicios culturales y de idioma disponibles de los proveedores. Si tiene preguntas sobre los proveedores, llame al número telefónico gratuito de su condado, que se encuentra en la parte frontal de este manual.

AVISO DE DETERMINACIÓN NEGATIVA DE BENEFICIO

¿Qué es un aviso de determinación negativa de beneficios?

Un aviso de determinación negativa de beneficios, en ocasiones llamado NOA por sus siglas en inglés, es un formulario que el plan de DMC-ODS de su 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 de negativa de beneficios también se utiliza para decirle si su queja, 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 negativa de beneficios?

Usted recibirá un aviso de determinación negativa de 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 mayoría de las ocasiones usted recibirá un aviso de determinación negativa de beneficios antes de recibir el servicio, pero en ocasiones el aviso de determinación negativa de beneficios llegará después, cuando usted ya haya recibido el servicio, o mientras usted esté recibiendo el servicio. Si usted recibe un aviso de determinación negativa de

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 informarse si el plan del condado ha establecido estándares de tiempo.
- Si presenta una queja con el plan del condado y el plan del condado no le responde con una decisión por escrito a su queja 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 hábiles.

¿Recibiré siempre un aviso de determinación negativa de beneficios cuando no reciba los servicios que deseo?

Existen algunos casos en los que es posible que usted no reciba un aviso de determinación negativa de beneficios. Sin embargo, puede presentar una apelación con el plan del condado o si ha completado el proceso de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal cuando esto suceda. 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 informará el aviso de determinación negativa de beneficios?

El aviso de determinación negativa de beneficios le indicará:

- Qué hizo el plan de su condado afectándole 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 normas federales o estatales que el condado obedeció 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 negativa de beneficios?

Cuando usted reciba un aviso de determinación negativa de beneficios, debe leer toda la información del formulario cuidadosamente. Si no entiende el formulario, el plan de su condado puede ayudarle. También puede pedirle a otra persona que le ayude.

Puede solicitar una continuación del servicio que ha sido discontinuado cuando presente una apelación o solicitud de audiencia imparcial estatal. Deberá solicitar la continuación de los servicios antes de 10 días después de recibir el aviso de determinación negativa de beneficios o antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

¿Qué sucede si no obtengo los servicios que quiero del plan de DMC-ODS de mi condado?

El plan de su 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 quejas: una expresión de inconformidad sobre cualquier asunto relacionado con sus servicios de tratamiento de SUD que no sea el aviso de determinación negativa de beneficios.
2. El proceso de apelación: la revisión de una decisión (denegación 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 asegurarse de que usted reciba los servicios de tratamiento de SUD a los que tiene derecho conforme al programa de Medi-Cal.

Presentar una queja, una apelación o una audiencia imparcial estatal no pesará en su contra, ni afectará los servicios que usted recibe. Cuando su queja 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 el resultado final.

Posteriormente, encontrará más información sobre la resolución de cada problema.

¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, una queja o una solicitud una audiencia imparcial estatal?

Su plan del condado tendrá personal disponible para explicarle estos procesos y para ayudarle a reportar un problema, ya sea una queja, 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.

Para obtener ayuda con la presentación de servicios residenciales, puede llamar al **Programa de Defensa del Paciente del Servicio Familiar Judío (JFS, por sus siglas en inglés)** al **(800) 479-2233**.

Para obtener ayuda con la presentación relacionada con **servicios ambulatorios o cualquier otro trastorno por consumo de sustancias**, puede llamar al **Centro de Atención al Consumidor para la Educación y Defensa de la Salud (CCEHA, por sus siglas en inglés)** al **(877) 734-3258**.

¿Qué sucede si necesito ayuda para resolver un problema con el plan de DMC-ODS de mi condado pero no quiero presentar una queja o una apelación?

Usted puede obtener ayuda por parte del Estado si tiene problemas para ubicar a las personas adecuadas en el condado que puedan ayudarle a entender bien el sistema.

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

Llame al número gratuito: 1-800-952-5253

Si usted tiene deficiencia auditiva y usa TDD, llame al 1-800-952-8349

EL PROCESO DE QUEJAS

¿Qué es una queja?

Una queja 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 quejas:

- Incluirá procedimientos simples y fáciles de entender que le permitan presentar su queja oralmente 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, incluido su proveedor. Si usted autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan del condado podrá solicitarle que firme un formato 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, del plan de su condado y de su proveedor.
- Proporcionará una resolución a la queja en los plazos requeridos

¿Cuándo puedo presentar una queja?

Usted puede presentar una queja con el plan del condado si está inconforme con los servicios de tratamiento de SUD que recibe de parte del plan del condado, o si tiene alguna otra preocupación referente al plan de su condado.

¿Cómo puedo presentar una queja?

Puede llamar al número telefónico gratuito del plan de su condado para obtener ayuda con una queja. El condado le proporcionará sobres con dirección impresa en todos los sitios de los proveedores de modo que usted pueda enviar por correo su queja. Las quejas pueden presentarse oralmente o por escrito. Las quejas presentadas oralmente no requieren un seguimiento por escrito.

Para obtener ayuda con las quejas relacionadas con servicios residenciales, puede llamar al **Programa de Defensa del Paciente del Servicio Familiar Judío (JFS, por sus siglas en inglés) al (800) 479-2233.**

Para obtener ayuda con las quejas relacionadas con **servicios ambulatorios o cualquier otro trastorno por consumo de sustancias**, puede llamar al **Centro de Atención al Consumidor para la Educación y Defensa de la Salud (CCEA, por sus siglas en inglés) al (877) 734-3258.**

¿Cómo puedo saber si el plan del condado recibió mi queja?

El plan de su condado le hará saber si recibió su agravio, enviándole una confirmación por escrito.

¿Cuándo se resolverá mi queja?

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

¿Cómo puedo saber si el plan del condado tomó una decisión sobre mi queja?

Cuando se ha tomado una decisión con respecto a su queja, 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 la queja, entonces el plan del condado le dará un aviso de determinación negativa de beneficios, el cual le avisará sobre su derecho de solicitar una audiencia imparcial estatal. Su plan del condado le proporcionará un aviso de determinación negativa de beneficios en la fecha en la que vence el plazo.

¿Hay una fecha límite para presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento.

PROCESO DE APELACIÓN (estándar y expedita)

El plan de su 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 modos para solicitar una revisión. Uno de ellos es mediante el proceso de apelación estándar de apelaciones. El segundo modo 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 enseguida.

¿Qué es una apelación estándar?

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

El proceso de apelación estándar:

- 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, incluido su proveedor. Si usted autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan podrá solicitarle que firme un formato 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 negativa de beneficios. Usted no debe pagar por la continuación de los servicios mientras la apelación esté pendiente. Si

usted solicita una continuación de los beneficios, 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 pruebas 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 ante el plan de DMC-ODS de su condado:

- Si su condado o alguno de los proveedores del plan 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 recibir un servicio de tratamiento 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 condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si el plan de su 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 queja, apelación o apelación expedita no fueron resueltas a tiempo.
- Si usted o su proveedor no están de acuerdo con los servicios de SUD que usted necesita

¿Cómo puedo presentar una apelación?

Vea la primera parte de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante el plan de su Condado. Puede llamar al número gratuito del plan de su condado para obtener ayuda para presentar una apelación. 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 está resuelta mi apelación?

El plan de DMC-ODS de su 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 a partir de la fecha de la acción por la que está apelando cuando reciba un aviso de determinación negativa de beneficios. Tenga en mente que no siempre recibirá un aviso de determinación negativa de beneficios. No hay fechas límite para presentar una apelación cuando usted no recibe un aviso de determinación negativa de 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 naturales a partir de la fecha en que el plan del condado reciba su solicitud de apelación. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional, y que la demora es para beneficio de usted. Un ejemplo de cuando una demora es en su beneficio, 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 puede ser más rápido si reúne los requisitos 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 requisitos.
- El proceso de apelación expedita también tiene fechas límite distintas a las apelaciones estándar.

- Puede hacer una solicitud oral 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 requisitos 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 naturales si usted solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional, y que la demora es en su beneficio. 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 reúne los requisitos para una apelación expedita, el plan del condado debe hacer esfuerzos razonables para darle un aviso oral oportuno y le avisará por escrito en un plazo máximo de 2 días naturales, dándole la razón por la decisión. Su apelación entonces seguirá los plazos de una apelación estándar, descritos anteriormente en esta sección. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado de 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, oralmente y por escrito.

EL PROCESO DE LA 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 de 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 indique cómo solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Que se le indiquen 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 solicita una audiencia imparcial estatal 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 del plan 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 tratamiento 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 condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si el plan de su 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 queja, apelación o apelación expedita no fueron resueltas a tiempo.
- Si usted o su proveedor no están de acuerdo con los servicios de tratamiento de SUD que usted necesita.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal directamente ante el Departamento de Servicios Sociales de California. Usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal escribiendo a:

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

También puede llamar al 1-800-952-8349 o al TDD 1-800-952-8349.

¿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 negativa 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 actualmente recibe tratamiento y desea continuar su tratamiento mientras apela, debe solicitar una audiencia imparcial estatal en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se envió por correo postal o se le entregó el aviso de la decisión sobre la apelación O antes de la fecha que el plan de su Condado indica que los servicios serán suspendidos o reducidos. Cuando solicita una audiencia imparcial estatal, usted debe indicar que desea seguir recibiendo su tratamiento. Además, no tendrá que pagar por los servicios que haya recibido mientras esté pendiente la audiencia imparcial estatal.

Si usted solicita una continuación de los beneficios, y 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 sucede si no puedo esperar 90 días para mi audiencia imparcial estatal?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal expedita (más rápida) si cree que el plazo normal de 90 días naturales ocasionará serios problemas para su salud, incluyendo 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 audiencia expedita, se llevará a cabo una audiencia y se emitirá una decisión de audiencia en un plazo de 3 días hábiles posteriores a 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 se encuentra en uno de estos grupos:

- Tiene 65 años de edad, o más
- Es menor de 21 años de edad.
- Es un adulto, de entre 21 y 65 años de edad, con base en una elegibilidad por ingresos.
- Es ciego o discapacitado.
- Está embarazada.
- Ciertos refugiados, inmigrantes cubanos/haitianos.
- Recibe cuidados en un hogar para ancianos.

Usted debe vivir en California para recibir Medi-Cal. Llame o visite su oficina de servicios sociales local de su condado para pedir una solicitud para Medi-Cal, u

obtenga una en Internet al sitio <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/ApplyForMedi-cal.aspx>

¿Tengo que pagar por Medi-Cal?

Es posible que usted tenga que pagar por Medi-Cal, dependiendo de sus ingresos monetarios mensuales.

- 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 usted haya pagado su 'parte del costo', Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas durante 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 bolsillo 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 indicará si tiene que hacer un copago.

¿Medi-Cal cubre gastos de 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 al (619-692-8808). También puede comunicarse con Healthy San Diego al 619-515-6584 o comunicarse con su proveedor de atención médica de Medi-Cal. También puede obtener información en línea si visita www.dhcs.ca.gov, haga clic en 'Services' y después en 'Medi-Cal'
- En el caso de adultos, su oficina de servicios sociales del condado puede ayudar. También puede comunicarse con Healthy San Diego al 619-515-6584 o comunicarse con su proveedor de atención médica de Medi-Cal. También puede obtener información en línea si visita www.dhcs.ca.gov, haga clic en 'Services' y después en 'Medi-Cal'
- Hay servicios de transporte disponibles para todas las necesidades de servicio, incluidas aquellas que no están incluidas en el programa DMCODS.
- Si está inscrito en un plan de atención administrada (MCP, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal, se requiere que el MCP lo ayude con los servicios de transporte de acuerdo con la Sección 14132 (ad) del Código de Bienestar e Instituciones. Los servicios de transporte están disponibles para todas las necesidades de servicio, incluidas aquellas que no están incluidos en el programa de DMC-ODS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

¿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 del plan de su 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 su condición y 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.
- Recibir la información en este folleto 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 expedientes médicos, y solicitar que se enmienden o corrijan, según se especifica en 45 CFR §164.524 y 164.526.
- 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 requisitos 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 los 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 con la Línea de Acceso y Crisis al (888) 724-7240 (TTY:711) para obtener información sobre cómo recibir servicios de un proveedor de trastornos por consumo de sustancias 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 quejas formales, ya sea oralmente o por escrito, sobre la organización o el cuidado recibido.

- Solicitar una apelación, oralmente o por escrito, al recibir un aviso de determinación negativa de beneficios.
- Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal, incluidas las circunstancias en las cuales es posible tener una audiencia imparcial expedita.
- Estar libre 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 tratan.

¿Cuáles son mis responsabilidades como beneficiario de los servicios de DMC-ODS?

Como beneficiario del servicio de DMC-ODS, usted sus responsabilidades son:

- Leer cuidadosamente los materiales de información para miembros que ha recibido por 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 esté 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.
- Llevar siempre consigo su tarjeta de identificación de Medi-Cal (plan del condado) y una identificación con fotografía cuando asista a un tratamiento.
- Informar 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 formular 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 mantener 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. Puede llamar a la línea directa de fraude al (800) 822-6222.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Si usted es un beneficiario de Medi-Cal del Condado de San Diego o si cree que usted o un miembro de su familia necesita servicios por el consumo de sustancias, llame a la Línea de Acceso y Crisis (ACL) al (888) 724-7240 (TTY 711). Un representante realizará una evaluación y derivación a un proveedor del plan de DMC-ODS que realizará una evaluación para determinar la necesidad médica según los criterios de la Sociedad Norteamericana de Medicina contra las Adicciones (ASAM, por sus siglas en inglés). Si es necesario, la Línea de Acceso y Crisis proporciona autorización para el tratamiento residencial.

Para acceder al Directorio de Proveedores provisto por la Agencia de Servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego para Servicios de Salud del Comportamiento, puede visitar el siguiente enlace:

<http://sandiego.networkofcare.org/mh/services/content.aspx?id=6572>

Allí usted encontrará qué servicios o niveles de atención están disponibles por región y otra información disponible, como la dirección de los sitios, la información de contacto y la disponibilidad de servicios lingüísticos y culturales específicos.

TRANSICIÓN DE LA SOLICITUD DE CUIDADO

¿Cuándo puedo solicitar conservar mi proveedor anterior que ahora está fuera de la red?

- Después de incorporarse al plan del condado, usted puede solicitar quedarse con su proveedor que no está incluido en su plan de beneficios:
 - Cambiar a un nuevo proveedor resultaría en un grave perjuicio para su salud o aumentaría su riesgo de hospitalización o institucionalización; y
 - Usted recibió tratamiento del proveedor que no está incluido en su plan de beneficios antes de la fecha de su transición al plan del condado.

¿Cómo solicito conservar mi proveedor que no está incluido en mi plan de beneficios?

- Usted, sus representantes autorizados o su proveedor actual pueden enviar una solicitud por escrito al plan del condado. También puede comunicarse con la Línea de Acceso y Crisis al (888) 724-7240 (TTY:711) para obtener información sobre cómo solicitar servicios de un proveedor que está fuera de la red.
- El plan del condado enviará un acuse de recibo por escrito de su solicitud y comenzará a procesar su solicitud en un plazo de tres (3) días laborales.

¿Qué sucede si continúo consultado a mi proveedor fuera de la red después de la transición al plan del condado?

- Puede presentar una solicitud de transición retroactiva de la atención de salud en un plazo de treinta (30) días naturales posteriores a la recepción de los servicios de un proveedor fuera de la red.

¿Por qué el plan del condado denegaría mi solicitud de transición de atención?

- El plan del condado puede denegar su solicitud para retener a su proveedor anterior, y que ahora está fuera de la red en su plan de beneficios, si:
 - El plan del condado ha documentado problemas de calidad de atención con el proveedor.

¿Qué sucede si mi solicitud de transición de atención es denegada?

- Si el plan del condado le niega la transición de cuidado, el plan hará lo siguiente:
 - Notificarle por escrito;
 - Ofrecerle al menos un proveedor alternativo que está incluido en la red en su plan de beneficios que ofrezca el mismo nivel de servicios que el proveedor que no está en la red en su plan de beneficios; e
 - Informarle sobre su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la denegación.
- Si el plan del condado le ofrece múltiples alternativas que están incluidos en la red y usted no toma una decisión, entonces el plan del condado lo derivará o lo asignará a un proveedor que está incluido en la red y le notificará sobre tal derivación o asignación por escrito.

¿Qué sucede si mi solicitud de transición de atención es aprobada?

- En un plazo de siete (7) días posteriores a la aprobación de su solicitud de transición de atención, el plan del condado le proporcionará:
 - La solicitud de aprobación;
 - La duración de la transición del acuerdo de atención;
 - El proceso que ocurrirá para la transición de su atención al final del período de continuidad de la atención; y
 - Su derecho a elegir un proveedor diferente de su plan de beneficios de proveedores del plan del condado en cualquier momento.

¿Qué tan rápido será procesada mi solicitud de transición de cuidado?

- El plan del condado completará su revisión de su solicitud de transición de atención en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que el plan del condado recibió su solicitud.

¿Qué sucede al final de mi período de transición de atención?

El plan del condado le notificará por escrito treinta (30) días naturales antes del final del período de transición de atención sobre el proceso que ocurrirá para la transición de su atención a un proveedor dentro de la red al final de su período de transición de atención.